

РКФ

**РОССИЙСКИЙ
КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИЙ
ФОРУМ**



К ОЛОПРОКТОЛОГИЯ

научно-практический медицинский журнал

МАТЕРИАЛЫ

**Всероссийской научно-практической
конференции с международным
участием «Достижения современной
колопроктологии»**

**23-25 августа 2018 г.
г. СУЗДАЛЬ**

№2 (64) 2018 (приложение)

ISSN 2073-7556

<http://www.gnck.ru>
<http://akr-online.ru>

Всё
Началось с...
ЭНТИВИО®



ЭНТИВИО® – единственный биологический препарат с селективным воздействием на кишечник для лечения болезни Крона и язвенного колита^{1-3*}

Торговое наименование: Энтивио®, Рег.уд. №ЛП-003697. **Действующее вещество:** Ведолизумаб – 300 мг. **Лекарственная форма:** лиофилизат для приготовления концентрата для приготовления раствора для инфузий. **Показания к применению:** Язвенный колит. Пациенты со среднетяжелым или тяжелым активным язвенным колитом с неадекватным ответом, неэффективностью лечения или непереносимостью одного или нескольких препаратов стандартной терапии; с неудовлетворительным ответом, утратой ответа или непереносимостью одного или нескольких ингибиторов фактора некроза опухоли-альфа. **Болезнь Крона.** Пациенты со среднетяжелой или тяжелой активной болезнью Крона с неадекватным ответом, неэффективностью лечения или непереносимостью одного или нескольких препаратов стандартной терапии; с неудовлетворительным ответом, утратой ответа или непереносимостью одного или нескольких ингибиторов фактора некроза опухоли-альфа. **Способ применения и дозы:** схема лечения одинакова для язвенного колита и болезни Крона. Препарат Энтивио® 300 мг вводится пациентам в виде внутривенной инфузии в течение 30 минут, затем в той же дозе через 2 недели и через 6 недель после первого введения, и далее каждые 8 недель. В случае отсутствия терапевтического эффекта к 14-ой неделе у пациентов с язвенным колитом следует рассмотреть вопрос о целесообразности дальнейшего лечения. У пациентов с болезнью Крона с отсутствием клинического ответа на терапию, терапевтический эффект может быть достигнут с помощью введения препарата Энтивио® 300 мг на 10-ой неделе. При отсутствии признаков клинического ответа к 14-ой неделе у пациентов с болезнью Крона курс лечения следует прекратить. У пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона, у которых наблюдается снижение клинического ответа на лечение, терапевтический эффект может быть достигнут с помощью введения препарата Энтивио® 300 мг каждую 4-ую неделю. Если поддерживающая терапия прервана и возникает необходимость возобновить лечение, следует использовать режим дозирования с интервалом каждые 4 недели. **Полная информация по способу применения и дозам представлена в инструкции по медицинскому применению.** **Противопоказания:** детский возраст до 18 лет; гиперчувствительность к ведолизумабу или другим компонентам препарата; активная форма тяжелых инфекционных заболеваний, таких как туберкулез, сепсис, цитомегаловирусная инфекция, листериоз, и оппортунистические инфекции, такие как прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия. **Побочное действие.** **Наиболее частые нежелательные реакции ($\geq 1/10$):** назофарингит, головная боль, артралгия. **Частые нежелательные реакции ($\geq 1/100$, $< 1/10$):** бронхит, гастроэнтерит, инфекции верхних дыхательных путей, грипп, синусит, фарингит, парестезия, гипертензия, боль в области ротоглотки, заложенность носа, кашель, анальный абсцесс, анальная трещина, тошнота, диспепсия, запор, вздутие живота, метеоризм, геморрой, сыпь, зуд, экзема, эритема, ночная потливость, акне, мышечные спазмы, боль в спине, мышечная слабость, утомляемость, боль в конечностях, пирексия. **Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по применению.** **Особые указания.** Перед началом лечения препаратом Энтивио® рекомендуется проведение вакцинации всех пациентов в соответствии с действующими рекомендациями по иммунизации. Препарат следует применять под строгим наблюдением квалифицированного медицинского персонала, способного осуществлять контроль реакции гиперчувствительности, включая анафилактическую реакцию. Пациенты должны находиться под строгим наблюдением во время инфузии и после ее завершения в течение двух часов для первых двух инфузий, и примерно одного часа для последующих инфузий. **Перечень всех особых указаний представлен в инструкции по медицинскому применению.**

Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

*Первый и единственный препарат с селективным блокированием воспаления в кишечнике среди биологических препаратов для лечения ВЗК, зарегистрированных в РФ на 23.04.2018.

1. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Энтивио® РУ №ЛП-003697. 2. Soler D, et al. The Binding Specificity and Selective Antagonism of Vedolizumab, an anti- $\alpha 4\beta 7$ integrin therapeutic antibody in development for inflammatory bowel diseases. J Pharmacol Exp Ther. 2009; 330 (3): 864-875.

3. Gilroy L, Allen P. Clin Exp Gastroenterol. 2014; 7: 163-172

Информация для специалистов здравоохранения. Дата выпуска материала: май 2018 г.



ООО «Такеда Фармасьютикалс»
ул. Усачева, 2, стр. 1, 119048, Москва, Россия
Тел.: (495) 933 5511, факс: (495) 502 1625;
www.takeda.com.ru

ЭНТИВИО®
ВЕДОЛИЗУМАБ

**Ассоциация
колопроктологов
России**



Адрес редакции и издателя:

123423, Москва,
ул. Саяма Адила, д. 2
Тел.: (499) 199-00-68
Факс: (499) 199-00-68
E-mail: proctologia@mail.ru,
magazine@gnck.ru
www.akr-online.ru
www.gnck.ru

Ответственный секретарь:

Рыбаков Е.Г.
E-mail: proctologia@mail.ru

**Зав. редакцией
и выпускающий редактор:**

Поликарпова Е.Е.
Тел.: (499) 199-00-68

**Регистрационное
удостоверение**

ПИ №77-14097

Журнал включен в каталог
«Газеты и журналы»
агентства «Роспечать»

Индекс: 80978

для индивидуальных подписчиков
(цена за полугодие – 560 руб.)

Журнал включен в Российский
индекс научного цитирования.
С электронной версией журнала
можно ознакомиться на сайте
научной электронной библиотеки
по адресу: <http://elibrary.ru/>

Редакция журнала не несет
ответственность за содержание
рекламных объявлений

Подписано в печать 25.07.2018
Формат 200×280 мм
Усл. печ. л. 9,62
Тираж 1000 экз. Заказ № 00650-8
Отпечатано в ООО «Кедр».
119021, Москва, Zubovskiy bulvar,
д. 21-23, стр. 1

КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

№ 2 (64) 2018 (приложение)

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
«АССОЦИАЦИЯ КОЛОПРОКТОЛогов РОССИИ»

Выходит один раз в три месяца
Основан в 2002 году

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор	Ю.А. ШЕЛЫГИН, чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор
Зам. гл. редактора	И.Л. ХАЛИФ, д.м.н., профессор
	С.И. АЧКАСОВ, д.м.н., профессор
	Л.А. БЛАГОДАРНЫЙ, д.м.н., профессор
	А.В. ВЕСЕЛОВ, к.м.н.
	О.В. ГОЛОВЕНКО, д.м.н., профессор
	В.Н. КАШНИКОВ, д.м.н.
	А.М. КУЗЬМИНОВ, д.м.н., профессор
	А.И. МОСКАЛЕВ, к.м.н.
	И.В. ПОДДУБНЫЙ, д.м.н., профессор
	А.В. ПУГАЕВ, д.м.н., профессор
	Е.Г. РЫБАКОВ, д.м.н., профессор
	С.И. СЕВОСТЬЯНОВ, д.м.н., профессор
	А.Ю. ТИТОВ, д.м.н.
	С.А. ФРОЛОВ, д.м.н.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

АЛИЕВ Ф.Ш.; д.м.н., профессор (Тюмень, Россия)
ВАСИЛЬЕВ С.В.; д.м.н., профессор (Санкт-Петербург, Россия)
ВЕСЕЛОВ В.В.; д.м.н., профессор (Москва, Россия)
ГРИГОРЬЕВ Е.Г.; д.м.н., профессор, член-корр. РАН (Иркутск, Россия)
ГРОШИЛИН В.С.; д.м.н. (Ростов-на-Дону, Россия)
ЗАРОДНИК И.В.; д.м.н. (Москва, Россия)
ИЩЕНКО В.Н.; д.м.н., профессор (Владивосток, Россия)
КАРАЧУН А.М.; д.м.н., профессор (Санкт-Петербург, Россия)
КАРПУХИН О.Ю.; д.м.н., профессор (Казань, Россия)
КАТОРКИН С.Е.; к.м.н. (Самара, Россия)
КОСТЕНКО Н.В.; д.м.н., профессор (Астрахань, Россия)
КУЛИКОВСКИЙ В.Ф.; д.м.н., профессор (Белгород, Россия)
МУРАВЬЕВ А.В.; д.м.н., профессор (Ставрополь, Россия)
ОРЛОВА Л.П.; д.м.н., профессор (Москва, Россия)
ПОЛОВИНКИН В.В.; д.м.н. (Краснодар, Россия)
СТОЙКО Ю.М.; д.м.н., профессор, академик РАЕН (Москва, Россия)
ТИМЕРБУЛАТОВ В.М.; д.м.н., профессор, член-корр. РАН (Уфа, Россия)
ТОТИКОВ В.З.; д.м.н., профессор (Владикавказ, Россия)
ЧЕРДАНЦЕВ Д.В.; д.м.н., профессор (Красноярск, Россия)
ЧЕРКАСОВ М.Ф.; д.м.н., профессор (Ростов-на-Дону, Россия)
ЧИССОВ В.И.; д.м.н., профессор, академик РАН (Москва, Россия)
ХУБЕЗОВ Д.А.; д.м.н., профессор (Рязань, Россия)
ЯИЦКИЙ Н.А.; д.м.н., профессор, академик РАН (Санкт-Петербург, Россия)
DZIKI ADAM; профессор (Лодзь, Польша)
HABOUBI NAJIB; профессор (Манчестер, Великобритания)
KRIVOKAPIC ZORAN; профессор (Белград, Сербия)
MROCZKOWSKI PAWEŁ; профессор (Кассель, Германия)
PANIS YVES; профессор (Париж, Франция)
ROMANO GIOVANNI; профессор (Неаполь, Италия)
SANTORO GIULIO; профессор (Тревизо, Италия)
SKŘIČKA TOMAŠ; профессор (Брно, Чехия)
SZCZEPKOWSKI MAREK; профессор (Варшава, Польша)
ZBAR ANDREW; профессор (Мельбурн Австралия)

Решением Высшей Аттестационной Комиссии (ВАК) Министерства образования и науки Российской Федерации научно-практический медицинский журнал «Колопроктология» включен в новый «Перечень рецензируемых научных изданий, рекомендуемых ВАК, для публикации основных научных результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук» (№ 750 по состоянию на 19.04.2016).

Приглашаем авторов публиковать различные материалы клинической направленности: оригинальные статьи, обзоры, лекции, случаи из практики.

**Russian
Association of
Coloproctology**



KOLOPROKTOLOGIA

№ 2 (64) 2018 (supplement)

JOURNAL OF RUSSIAN
ASSOCIATION OF COLOPROCTOLOGY

ISSN 2073-7556

Since 2002 year

EDITORIAL OFFICE

Saliyam Adil 2,
Moscow, Russia, 123423

Phone & fax: +7 (499) 199-00-68

E-mail: proctologia@mail.ru,
magazine@gnck.ru

<http://akr-online.ru>

<http://www.gnck.ru>

Editor-in-Chief

Cor. member of RAS, prof. Y.A. SHELYGIN, Moscow, Russia

Editorial board

Prof. S.I. ACHKASOV, Moscow, Russia
Prof. L.A. BLAGODARNY, Moscow, Russia
Cand. med. sci. A.V. VESELOV, Moscow, Russia
Prof. O.V. GOLOVENKO, Moscow, Russia
Dr. med. sci. V.N. KASHNIKOV, Moscow, Russia
Prof. A.M. KUZMINOV, Moscow, Russia
Cand. med. sci. A.I. MOSKALEV, Moscow, Russia
Prof. I.V. PODDUBNY, Moscow, Russia
Prof. A.V. PUGAEV, Moscow, Russia
Prof. E.G. RYBAKOV, Moscow, Russia
Prof. S.I. SEVOSTIANOV, Moscow, Russia
Dr. med. sci. A.Y. TITOV, Moscow, Russia
Dr. med. sci. S.A. FROLOV, Moscow, Russia
Prof. I.L. HALIF, Moscow, Russia

EDITORIAL ADVISORY BOARD

ALIEV F.Sh.; Prof. (Tyumen, Russia)
VASIL'EV S.V.; Prof. (Saint-Petersburg, Russia)
VESELOV V.V.; Prof. (Moscow, Russia)
GRIGOR'EV E.G.; Prof. (Irkutsk, Russia)
GROSHILIN V.S. (Rostov-on-Don, Russia)
ZARODNUK I.V. (Moscow, Russia)
ISHCHENKO V.N.; Prof. (Vladivostok, Russia)
KARACHUN A.M.; Prof. (Saint-Petersburg, Russia)
KARPUKHIN O.Yu.; Prof. (Kazan, Russia)
KATORIKIN S.E. (Samara, Russia)
KOSTENKO N.V.; Prof. (Astrakhan, Russia)
KULIKOVSKY V.F.; Prof. (Belgorod, Russia)
MURAV'EV A.V.; Prof. (Stavropol, Russia)
ORLOVA L.P.; Prof. (Moscow, Russia)
POLOVINKIN V.V. (Krasnodar, Russia)
STOIKO Yu.M.; Cor.member of RAS, Prof. (Moscow, Russia)
TIMERBULATOV V.M.; Cor.member of RAS, Prof. (Ufa, Russia)
TOTIKOV V.Z.; Prof. (Vladikavkaz, Russia)
CHERDANTSEV D.V.; Prof. (Krasnoyarsk, Russia)
CHERKASOV M.F.; Prof. (Rostov-on-Don, Russia)
CHISSOV V.I.; Cor.member of RAS, Prof. (Moscow, Russia)
KHUBEZOV D.A.; Prof. (Ryazan, Russia)
YAITSKI N.A.; Cor.member of RAS, Prof. (Saint-Petersburg, Russia)
DZIKI ADAM; Prof. (Lodz, Poland)
HABOUBI NAJIB; Prof. (Manchester, Great Britain)
KRIVOKAPIC ZORAN; Prof. (Belgrade, Serbia)
MROCZKOWSKI PAWEŁ; Prof. (Kassel, Germany)
PANIS YVES; Prof. (Paris, France)
ROMANO GIOVANNI; Prof. (Naples, Italy)
SANTORO GIULIO; Prof. (Treviso, Italy)
SKŘIČKA TOMAŠ; Prof. (Brno, Czech Republic)
SZCZEPKOWSKI MAREK; Prof. (Warsaw, Poland)
ZBAR ANDREW; Prof. (Melbourne, Australia)

ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ПРОКТОЛОГИЯ

Андреев А.Л. ЛАЗЕРНАЯ ГЕМОРРОИДОПЛАСТИКА (LHP) И МУКОПЕКСИЯ (RAR) В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КОМБИНИРОВАННОГО ГЕМОРРОЯ 3-4 СТАДИИ.....	9
Андреев А.Л. ЛАЗЕРНАЯ СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ, ПЕРВЫЙ ОПЫТ.....	9
Атрощенко А.О., Долгопятов И.А., Поздняков С.В., Данилов М.А., Абдулатипова З.М., Саакян Г.Г., Стрельцов Ю.А., Николаева А.О., Егоров В.С. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ВИДЕО-АССИСТИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ (VAAFT) ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА.....	9
Белик Б.М., Ковалев А.Н. НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СЛОЖНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	10
Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л. ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ В РАДИКАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	10
Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л. ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ НАРУЖНОГО ГЕМОРРОЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	11
Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л. ПРИМЕНЕНИЕ PRP-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ СО СФИНКТЕРОСПАЗМОМ.....	11
Белоцкая Л.В., Чистохин С.Ю. СТЕПЛЕРНАЯ ГЕМОРРОИДОПЕКСИЯ С ОДНОМОМЕНТНЫМ ИССЕЧЕНИЕМ НАРУЖНЫХ УЗЛОВ.....	12
Брежнев С.Г., Жданов А.И., Коротких Н.Н., Коротких К.Н. СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РАНЫ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.....	12
Брежнев С.Г., Коротких Н.Н., Попов Р.В., Сомов К.А. ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.....	13
Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованый А.И., Соркин Р.Г. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ 2-3 СТАДИИ МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ ПОДСЛИЗИСТОЙ ДЕСТРУКЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ ТКАНИ.....	13
Грошили В.С., Мрыхин Г.А., Швецов В.К., Чернышова Е.В. КОМБИНИРОВАННЫЙ МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ.....	14
Грошили В.С., Швецов В.К., Бакуляров М.Ю., Узунян Л.В. НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ.....	14
Давидович Д.Л. ВОЗМОЖНОСТИ ЛОКАЛЬНО-РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ.....	14
Давидович Д.Л. СЕЛЕКТИВНАЯ ДОПЛЕР-КОНТРОЛИРУЕМАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С МУКОПЕКСИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ.....	15
Данилов М.А., Атрощенко А.О., Поздняков С.В. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ WHITENEAD.....	15
Дульеров К.А., Хитарьян А.Г., Завгородняя Р.Н. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ПОДХОДЕ.....	16
Егоркин М.А., Болквадзе Э.Э., Вечорко В.И., Горбунов И.Н., Обухов В.К. АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ И ГАНГРЕНА ФУРЬЕ. СОВРЕМЕННЫЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ.....	17
Егоркин М.А., Горбунов И.Н., Болквадзе Э.Э., Обухов В.К., Вечорко В.И. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛОКАЛЬНОГО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИССЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.....	17
Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А., Шамин А.В., Разин А.Н. ПРИМЕНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЕМ.....	17
Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А., Шамин А.В., Сотников В.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО И ТРАНСАНАЛЬНОЙ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ (HAL-RAR) ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВНУТРЕННЕМ ГЕМОРРОЕ.....	18
Загрядский Е.А. ОПЕРАЦИЯ BASSCOM II (CLEFT-LIFT) ПРИ РЕЦИДИВЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.....	18
Захарченко А.А., Винник Ю.С., Путилин А.В., Полевец К.О., Полежаев Л. ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ II-III СТАДИИ: HAL-RAR ИЛИ EMBORRHOID TECHNIQUE – ЗА И ПРОТИВ.....	18
Зубенков М.В., Осмоловский С.В., Сырейщиков В.В., Харабет Е.И. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ HAL-RAR ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ГЕМОРРОЕ С ИССЕЧЕНИЕМ НАРУЖНОГО ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА И БЕЗ.....	19

Зубенков М.В., Осмоловский С.В., Харабет Е.И. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ LIFT ПРИ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩАХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОДНОГО ДНЯ	20
Ильканич А.Я., Курбанов С.С. ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ АМБУЛАТОРНЫХ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ОКРУЖНОГО ЦЕНТРА КОЛОПРОКТОЛОГИИ Г. СУРГУТА.....	20
Ильканич А.Я., Матвеева А.С., Лопацкая Ж.Н. ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ТАЗОВЫМ ПРОЛАПСОМ.....	20
Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А., Краснова В.Н. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПЕРАЦИИ LIFT В ЛЕЧЕНИИ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ.....	21
Каторкин С.Е., Разин А.Н., Журавлев А.В., Чернов А.А., Шамин А.В., Тулупов М.С. НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАРЕКТАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ.....	21
Кузьминов А.М., Мухин И.А., Фоменко О.Ю., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Вышегородцев Д.В. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ГЕМОРОИДЕКТОМИИ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ СКАЛЬПЕЛЕМ.....	22
Кузьминов А.М., Фролов С.А., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Черножукова М.О. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ	22
Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Кривчикова А.П., Абулатифа А.М., Аленичева М.С., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Братищева Н.Н. АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	23
Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Кривчикова А.П., Абулатифа А.М., Аленичева М.С., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Братищева Н.Н. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ С АПИКАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКОЙ.....	23
Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Гобеджишвили В.В., Жабина А.В. ЛЕЧЕНИЕ РАН ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА	23
Лахин А.В., Лахин А.А. ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ	24
Личман Л.А., Каторкин С.Е., Андреев П.С., Давыдова О.Е. МАРСУПИАЛИЗАЦИИ НЕПРЕРЫВНЫМ ШВОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ КОПЧИКОВОЙ КИСТОЙ	24
Маракуца Е.В., Ботезату А.А., Монул С.Г. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ МЕСТНЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ НИТРОГЛИЦЕРИНОВОЙ МАЗИ.....	25
Муравьев А.В., Ефимов А.В., Линченко В.И., Муравьев К.А., Бруснев Л.А. ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА В СОЧЕТАНИИ СО СТРИКТУРОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	25
Муравьев А.В., Лысенко О.В., Лаврешин П.М., Муравьев К.А., Галстян А.Ш., Оверченко Д.Б. ПРОФИЛАКТИКА АНАЛЬНОГО СТЕНОЗА.....	25
Мусин А.И., Ульянов А.А., Жижин Н.К. ВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В АМБУЛАТОРНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ	26
Наврұзов С.Н., Нарұзов Б.С., Шаймарданов Э.К. ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА.....	26
Наврұзов С.Н., Нарұзов Б.С., Шаймарданов Э.К. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПОСЛЕРОДОВОЙ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ.....	27
Нечай И.А., Мальцев Н.П., Афанасьева Е.П., Лакашия И.Т. ОПЕРАЦИЯ HAL-RAR В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	27
Нечай И.А., Мальцев Н.П., Божченко А.А., Сивашинский М.С., Павлов М.В. ПИЛОНИДАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ – ИЗВЕСТНАЯ ПРОБЛЕМА. ЕСТЬ ЛИ НОВЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ?	28
Пантюков Е.Д., Велиев Т.И., Шаляпин Д.И. НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.....	28
Сергацкий К.И., Междлужан А.С., Захаров А.Д., Милютин Е.Ю., Зайцева М.А. ОБЪЕМ НЕКРЭКТОМИИ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ МЕТОДОМ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ФЛЕГМОНОЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ	28
Смелова Н.Н., Родин П.В., Нардин С.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СКЛЕРОТЕРАПИИ С УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИЕЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРОЯ	29
Соловьев А.О., Соловьев О.Л., Воробьев А.А., Соловьева Г.А. МРТ ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ	29
Соловьев А.О., Соловьев О.Л., Воробьев А.А., Соловьева Г.А., Хитарьян А.Г., Ковалев С.А. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИМЕНЕНИЯ СКЛЕРОТЕРАПИИ ГЕМОРОЯ С УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ	30
Соломка А.Я., Ульянов А.А., Плетнер П.Д., Кузнецов Д.Э., Ачкасов Е.Е. ОРИГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОТЕХНОЛОГИЙ	30

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Сотников В.М., Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Андреев П.С.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	30
<i>Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Красенков Ю.В., Фролкин В.И., Ковалев Б.В.</i> РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАГНОИВШЕГОСЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.....	31
<i>Татьянченко В.К., Сухая Ю.В., Богданов В.Л., Красенков Ю.В., Тюнина Е.И.</i> НАШИ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОГО МЕТОДА ГРАЦИЛЛОПЛАСТИКИ ЗАМЫКАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	31
<i>Татьянченко В.К., Сухая Ю.В., Воронова О.В., Гагарина Я.С., Манулик А.Ф.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОКЦИГОДИНИИ.....	31
<i>Тотиков В.З., Дзанаева Д.Б., Тотиков З.В.</i> ПЛАСТИКА ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ТОТАЛЬНОМ ПРОЛАПСЕ И РЕКТОЦЕЛЕ 2-3 СТЕПЕНИ.....	32
<i>Тотиков В.З., Тотиков З.В., Калицова М.В., Медоев В.В.</i> К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ.....	32
<i>Фоменко О.Ю., Шельгин Ю.А., Попов А.А., Титов А.Ю., Белоусова С.В., Федоров А.А., Ефремова Е.С.</i> ЧАСТОТА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ДЕФЕКАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ.....	33
<i>Фролов С.А., Кузьминов А.М., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Богормистров И.С., Черножукова М.О., Ким Е.В.</i> ДВУХКОМПОНЕНТНЫЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ КЛЕЙ В ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	33
<i>Цыганков П.В., Мрыхин Г.А., Грошилин В.С., Султанмурадов М.И.</i> ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИСТУЛОСКОПИИ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ И СЛОЖНЫХ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩАХ.....	34
<i>Чистохин С.Ю., Белоцкая Л.В.</i> ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ВЫБОР ВАРИАНТА ОПЕРАЦИИ ПРИ ГЕМОРРОЕ.....	34
<i>Шамин А.В., Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А., Разин А.Н.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ.....	35
<i>Шельгин Ю.А., Орлова Л.П., Киселев Д.О., Трубачева Ю.Л., Калинина И.В., Самсонова Т.В., Богданова Е.М.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОРЕКТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В В-РЕЖИМЕ (2D) И С ТРЕХМЕРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ИЗОБРАЖЕНИЯ (3D) В ДИАГНОСТИКЕ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	35
<i>Этков В.Н., Сомов К.А., Куркин А.В., Музальков В.А.</i> ВЫБОР ВАРИАНТОВ ЛАТЕКСНОГО ЛИГИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ.....	36
<i>Ярмушов И.Н., Родин П.В., Нардин С.В., Гладков В.И., Игнатьев Р.О.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕЖИМА ФУЛЬГУРАЦИИ РАДИВОЛНОВЫХ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКИХ АППАРАТОВ ПРИ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ.....	36

ГЛАВА 2. ОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

<i>Атрощенко А.О., Долгопятов И.А., Поздняков С.В., Данилов М.А., Абдулатипова З.М., Саакян Г.Г., Стрельцов Ю.А., Николаева А.О., Егоров В.С.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РОБОТИЧЕСКИХ, ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	37
<i>Атрощенко А.О., Стрельцов Ю.А., Абдулатипова З.М., Данилов М.А., Долгопятов И.А., Саакян Г.Г., Егоров В.С., Поздняков С.В.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ИНДОЦИАНИНА ЗЕЛЕНОГО В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.....	37
<i>Ачкасов С.И., Цуканов А.С., Варданян А.В., Шубин В.П., Семенов Д.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЛИНЧА У РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ.....	38
<i>Велиев Т.И., Пантюков Е.Д.</i> ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ РАКОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	38
<i>Галашев Н.В., Макаров А.И., Мандрощенко Т.Ю., Свиньин С.Л.</i> ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА.....	38
<i>Дарвин В.В., Краснос Е.А., Добалюк А.В., Варганова А.Н.</i> НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА СИГМОВИДНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ: ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	39
<i>Захарченко А.А., Попов А.В., Винник Ю.С., Путилин А.В., Маркелова Н.М.</i> РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ: РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ – ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ВЫСОКОДОЗНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ С ПРОГРАММОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РАДИОМОДИФИКАЦИИ МЕТРОНИДАЗОЛОМ.....	39
<i>Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А.</i> ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	40
<i>Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Братищева Н.Н., Кривчикова А.П., Аленичева М.С.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИИ РЕФЛЕКТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОНКОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ.....	40

<i>Муравьев А.В., Линченко В.И., Бруснев Л.А.</i> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АТИПИЧНЫХ РАДИОЧАСТОТНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	41
<i>Мухин А.Г., Мухин И.А., Зароченцева Н.В.</i> РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ БУШКЕ-ЛЕВЕНШТЕЙНА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	41
<i>Орлов А.Е., Козлов С.В., Каганов О.И., Воздвиженский М.О., Савельев В.Н., Ткачев М.В.</i> ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОНКОМАРКЕРОВ ОТ УРОВНЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ	42
<i>Орлов А.Е., Козлов С.В., Каганов О.И., Воздвиженский М.О., Савельев В.Н., Ткачев М.В.</i> ПРИМЕНЕНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТЕРМОАБЛЯЦИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ РАКОВ В ПЕЧЕНИ.....	42
<i>Орлов А.Е., Козлов С.В., Каганов О.И., Воздвиженский М.О., Савельев В.Н., Ткачев М.В.</i> РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....	43
<i>Орлов А.Е., Козлов С.В., Каганов О.И., Воздвиженский М.О., Савельев В.Н., Ткачев М.В.</i> ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК VI СТАДИИ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНИ.....	43
<i>Орлов А.Е., Козлов С.В., Каганов О.И., Воздвиженский М.О., Ткачев М.В.</i> ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....	43
<i>Орлов А.Е., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В.</i> ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК	44
<i>Помазкин В.И.</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ АНАСТОМОЗА «БОК-В-КОНЕЦ» ПРИ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ	44
<i>Тотиков З.В., Тотиков В.З., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э., Качмазов А.К.</i> ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ФОНЕ ДЕКОМПРЕССИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА	45
<i>Тур Г.Е., Прохоров А.В., Пономарёва К.А., Радкевич Д.С.</i> КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК С МЕТАСТАЗАМИ В ЯИЧНИКИ	45
<i>Урюпина А.А., Грошилин В.С., Погосян А.А.</i> ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	46
<i>Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Назаров И.В.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕСТНЫМ РЕЦИДИВОМ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	46
<i>Щаева С.Н.</i> ПЯТИЛЕТНЯЯ КАНЦЕРСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭКСТРЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА.....	47
<i>Эктов В.Н., Глухов А.А., Шамаева Т.Е., Минаков О.Е.</i> ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ТОЛСТОКИШЕЧНЫЙ ЛАВАЖ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	47

ГЛАВА 3. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

<i>Ачкасов С.И., Сушков О.И., Куликов А.Э.</i> РЕЗЕРВУАРИТЫ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ ТАЗОВЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВУАРОВ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ	48
<i>Ильканич А.Я., Жудылина Н.В., Дул И.Д., Дрожжина Н.П., Куцирь И.В.</i> РОЛЬ ЦЕНТРА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА В ОЦЕНКЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ В РЕГИОНЕ	48
<i>Исаев В.Р., Давыдова О.Е., Андреев П.С., Каторкин С.Е., Личман Л.А.</i> ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ С УЧЕТОМ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПАТОВ СТЕНКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ	48
<i>Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Максименков А.В., Назаров В.А., Колозян Д.А.</i> ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ	49
<i>Карпунин О.Ю., Зиганшин М.И., Сакулин К.А.</i> БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ ХИРУРГИИ МЕДЛЕННО-ТРАНЗИТОРНОГО ЗАПОРА?.....	49
<i>Каторкин С.Е., Журавлёв А.В., Тулупов М.С., Разин А.Н.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОСТОМОЙ И ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКОЙ ГРЫЖЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА.....	50
<i>Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Рубанченко А.С., Сторожилов Д.А., Наумов А.В.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ПЕННЫХ АЭРОЗОЛЕЙ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ.....	50
<i>Медоев В.В., Тотиков В.З., Тотиков З.В., Калицова М.В.</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	50

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Наврузов С.Н., Наврузов Б.С., Ибрагимов А.Ю., Пазылова Д.У.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	51
<i>Озерова О.С., Полторыхина Е.А., Веселов В.В., Мтвралашвили Д.А.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА «ГЕМОБЛОК» В ОСТАНОВКЕ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ.....	51
<i>Полторыхина Е.А., Озерова О.С., Власов С.Б., Хованова М.С.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИГАТУРЫ «ENDOLOOP» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ И ТОНКОЙ КИШКИ	52
<i>Помазкин В.И.</i> ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ С ДЛИТЕЛЬНЫМ ВРЕМЕНЕМ СУЩЕСТВОВАНИЯ КОЛОСТОМЫ	52
<i>Помазкин В.И.</i> ДИВЕРСИОННЫЙ КОЛИТ: РЕАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА?	53
<i>Пырх А.В., Ивинская О.В., Широков И.И., Никитин О.Н., Федоренко А.А., Архипов В.В., Бойко В.И., Кокин М.А.</i> АМБУЛАТОРНАЯ ПОЛИПЭКТОМИЯ. ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ	53
<i>Тур Г.Е., Прохоров А.В.</i> РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ... ..	54
<i>Филиппов Д.В., Комиссаров И.А., Корниенко Е.А., Габрусская Т.В., Коляков А.Л., Баранов Д.Г.</i> ПЕРВЫЙ ОПЫТ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ	54
<i>Фролова К.С.</i> ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА, ПОЛУЧАЮЩИХ ИНГИБИТОРЫ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ – АЛЬФА.....	55
<i>Шапошников В.И.</i> КОРРЕКЦИЯ КОПРОСТАЗА, КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	55
<i>Щербак О.В., Поддубный И.В., Козлов М.Ю., Малашенко А.С.</i> ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ КРОНА.....	56

ГЛАВА 4. СТОМЫ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

<i>Ачкасов С.И., Сушков О.И., Москалев А.И., Веселов А.В., Ланцов И.С.</i> МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ	57
<i>Евдокимов Г.М., Конопацкова О.М., Щеголева О.В.</i> РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ СТОМИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ.....	57
<i>Ильканич А.Я., Воронин Ю.С.</i> ЗНАЧЕНИЕ РАННЕГО КОРМЛЕНИЯ В СНИЖЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ	57
<i>Калицова М.В., Тотиков В.З., Тотиков З.В., Медоев В.В.</i> СПОСОБЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ЛИКВИДАЦИИ ОДНОСТВОЛЬНЫХ ИЛЕОСТОМ.....	58
<i>Худякова К.А., Калашникова И.А., Орлова Л.П.</i> ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ МАРКИРОВКИ МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ	58

ГЛАВА 5. РАЗНОЕ

<i>Ачкасов С.И., Сушков О.И., Лукашевич И.В., Суровегин Е.С.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПОВСЕДНЕВНОЙ РАБОТЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА ХИРУРГОВ РОССИИ	59
<i>Коптлеуов А.Ж.</i> ФОРМИРОВАНИЕ КЛАПАННОГО ТОНКОТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ПРАВСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЕКТОМИИ	59
<i>Лаврешин П.М., Галстян А.Ш., Журавель Р.В.</i> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПОДГОТОВКИ ПРЯМОЙ КИШКИ К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ	60
<i>Муравьев А.В., Галстян А.Ш., Петросянц С.И.</i> ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.....	60
<i>Овсянников В.И., Березина Т.П., Шемеровский К.А.</i> ИЗМЕНЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ПОВТОРНОМ СТРЕССЕ И В ПОСТСТРЕССОРНОМ ПЕРИОДЕ.....	60
<i>Помазкин В.И.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕПАРАЦИОННОЙ МЕТОДИКИ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА «ОТКРЫТОЙ» ТОЛСТОЙ КИШКЕ	61
<i>Штыркова С.В., Данишян К.И.</i> ПЕРИАНАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ОНКОГЕМАТОЛОГИИ.....	61

Уважаемые читатели!

Архив журнала «Колопроктология» за 2002-2018 гг.
находится в открытом (бесплатном) доступе на сайтах:

- ◇ Общероссийской общественной организации
«Ассоциация колопроктологов России» – <http://akr-online.ru/>
- ◇ ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава
России – <http://www.gnck.ru/>
- ◇ Научной электронной библиотеки – <http://www.elibrary.ru/>

ЛАЗЕРНАЯ ГЕМОРОИДОПЛАСТИКА (LHP) И МУКОПЕКСИЯ (RAR) В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КОМБИНИРОВАННОГО ГЕМОРРОЯ 3-4 СТАДИИ

Андреев А.Л.

ООО «АВА-ПЕТЕР», клиника «Скандинавия», Санкт-Петербург, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов лечения хронического геморроя.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Лазерная геморроидопластика (LHP) применена у 185 пациентов (2014-2017 гг.). Геморрой 2 стадии – 8, 3 стадии – 168, 4 стадии – 9 (циркулярный – 6). Сопутствующие проктологические заболевания: Анальные бахромки – 16, хроническая анальная трещина – 9, параректальный свищ – 7, анальный полип – 8. При комбинированном геморрое 3-4 стадии применяли сочетание Лазерной геморроидопластики и мукопексии с лифтингом слизистой. Операции выполнялись с помощью светодиодного лазера Ceralas с длиной волны 1470 nm и одноразового инструментария (стекловолокна, проктоскопа и канюли). Общая характеристика стекловолокна: остроконечный (копьевидный), прочный наконечник из оксида кремния, для легкого введения в подслизистый слой, радиальное распределение лазерного излучения, однородное (гомогенное) излучение на строго ограниченной (дозированной) области ткани, без «горячих точек» и карбонизации. После LHP осуществляли мукопексию и лифтинг слизистой (RAR). В основном операцию выполняли под общей внутривенной анестезией, и только у двух пациентов под местной. Продолжительность операции составляла от 15 до 30 мин (в среднем, $20 \pm 3,21$ мин.). Интраоперационных осложнений не было. Среднее время нахождения пациента в клинике составило 18 часов. Болевой послеоперационный синдром был умеренный, не требующий назначения наркотических анальгетиков. Пациенты возвращались к трудовой деятельности через 3-6 дней. При обследовании через 6 мес. после операции у 4 пациентов выявлен внутренний геморрой 1-2 степени, который устранен лигированием геморроидальных узлов латексными кольцами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Комбинированное применение Лазерной Геморроидопластики и мукопексии в лечении геморроя 3-4 стадии эффективно и имеет ряд неоспоримых преимуществ: малотравматичность, проведение лазерной деструкции геморроя в подслизистом слое и мукопексии, минимизирует болезненные ощущения в послеоперационном периоде, отсутствие кровотечений во время и после операции, заживление без воспалительных явлений в области воздействия лазера, применение одноразового стекловолокна и лазерной энергии гарантированно исключает развитие воспалительных осложнений после операции, короткое время оперативного вмешательства, сокращение сроков выздоровления, нет послеоперационных рубцов, минимальное число рецидивов. Лазером одномоментно можно устранить геморрой, а также параректальный свищ, анальные трещины, полипы, бахромки и кондиломы.

ЛАЗЕРНАЯ СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ, ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Андреев А.Л.

ООО «АВА-ПЕТЕР», клиника «Скандинавия», Санкт-Петербург, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов лечения параректальных свищей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Лазерная облитерация параректальных транссфинктерных свищей применена у 4 пациентов (с февраля по апрель 2018 г.). У двух пациентов свищ прямой кишки сочетался с комбинированным геморроем 3 стадии. Операции выполнялись с помощью светодиодного лазера Ceralas с длиной волны 1470 nm и одноразового инструментария (стекловолокна, проктоскопа). Общая характеристика стекловолокна: полукруглый прочный наконечник из оксида кремния, радиальное распределение лазерного излучения, однородное (гомогенное) излучение на строго ограниченной (дозированной) области ткани, без «горячих точек» и карбонизации. Лазерное стекловолокно проводили через ректальный свищ с помощью пуговчатого зонда и эластичного катетера диаметром 3 мм. После лазерной облитерации свища, внутреннее его отверстие ушивали, осуществляя мукопексию и лифтинг слизистой. Операцию выполняли под общей внутривенной анестезией. У двух пациентов помимо лазерной облитерации ректального свища выполнили лазерную геморроидопластику. Средняя продолжительность операции составляла 15 мин. Интраоперационных осложнений не было. Среднее время нахождения пациента в клинике составило 8 часов. Болевой послеоперационный синдром был незначительный, не требующий назначения наркотических анальгетиков. Пациенты возвращались к трудовой деятельности через 3-5 дней. У всех пациентов достигнуто закрытие параректального свища.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Лазерная облитерация параректальных свищей – современный перспективный малотравматичный, бескровный, амбулаторный, сфинктеросохраняющий метод, который обеспечивает у пациентов полное сохранение функции удержания кала и газов. Первые результаты применения метода лазерной облитерации параректальных свищей свидетельствуют о его эффективности, однако требуется оценка отдаленных результатов лечения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ВИДЕО-АССИСТИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ (VAAFT) ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Атрощенко А.О., Долгопятков И.А., Поздняков С.В., Данилов М.А., Абдулатипова З.М., Саакян Г.Г., Стрельцов Ю.А., Николаева А.О., Егоров В.С.

ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр им. А.С.Логина ДЗМ, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Прямокишечные свищи при болезни Крона (БК) встречаются у 30% пациентов с данной патологией и крайне тяжело поддаются лечению. В настоящее время разработано множество методик для хирургического лечения свищей. Самой распространенной операцией являлось иссечение свища с перемещением слизистой оболочки или слизистой-мышечного лоскута дистального отдела прямой кишки для ликвидации внутреннего отверстия свища. Отдаленные результаты операции, а именно эффек-

тивность в 64% случаев, возникновение недержания в 9,4% случаев говорят о необходимости разработки и применения новых методик.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты видео-ассистированного лечения свищей прямой кишки (VAAFT) при болезни Крона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проспективное пилотное исследование, включающее 11 пациентов БК с периаанальными осложнениями, которым проведено хирургическое лечение свищей прямой кишки по методике VAAFT в период с ноября 2016 по февраль 2018 гг. На первом этапе лечения пациентам выполнена установка резинового дренажа-сетона через свищевой ход для дренирования дополнительных затеков и профилактики развития тазового сепсиса на фоне иммуносупрессивной терапии, направленной на достижение ремиссии БК. После достижения клиничко-эндоскопической ремиссии, пациентам выполнено хирургическое лечение свищей прямой кишки по методике VAAFT. Предоперационное обследование включало: колоноскопию, фистулографию, трансректальное ультразвуковое исследование; при необходимости – МРТ малого таза. В 8 случаях диагностированы трансфинктерные свищи, в 2 – экстрасфинктерные. Оперативное вмешательство выполнялось при помощи фистулоскопа и заключалось в удалении эпителиальной выстилки стенки свищевых ходов и детрита с помощью щеточки и дальнейшей электрокоагуляции его стенок. Закрытие внутреннего отверстия свищевого хода в 3 случаях выполнено путем наложения аппаратного шва, в 8 – выполнено низведение полнослойного лоскута слизистой прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя продолжительность операции составила 50 мин. Ни в одном случае не потребовалось выполнения дополнительных разрезов в периаанальной области и рассечения мышечных волокон элементов сфинктерного аппарата прямой кишки. В послеоперационном периоде медикаментозный прием препаратов не потребовался. У 1 больного на 9 сутки после операции выявлено осложнение в виде миграции полнослойного внутреннего лоскута с развитием рецидива свища прямой кишки.

ВЫВОДЫ. Применение методики VAAFT является безопасным и малотравматичным методом в лечении прямокишечных свищей при болезни Крона, который позволяет минимизировать хирургическую травму и избежать повреждения анального сфинктера, что особо важно с учетом характерного прогрессирования заболевания в течение всей жизни пациента и высокого риска повторного возникновения свищей прямой кишки.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СЛОЖНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Белик Б.М., Ковалев А.Н.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В настоящее время одной из наиболее актуальных задач хирургической колопроктологии является разработка и внедрение эффективных малоинвазивных сфинктеросохраняющих вариантов оперативного лечения сложных параректальных свищей, применимых в амбулаторной практике.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Совершенствование малоинвазивных методов лечения трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей (ТСС, ЭСС) прямой кишки в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В исследование включены 159 пациентов со свищами прямой кишки, находившихся на лечении в стационаре «одного дня» за период с 2012 г. по март 2018 г. У 85 (53,5%) пациентов отмечались ТСС и 74 (46,5%) – ЭСС прямой кишки. На первом этапе лечения пациентам в просвет свищевых каналов устанавливали постоянный латексный дренаж «Seton». На втором этапе лечения после купирования гнойно-воспалительного процесса в параректальной клетчатке осуществляли радикальное хирургическое вмешательство, направленное на ликвидацию свища. Сроки нахождения дренажа «Seton» в полости свищевых каналов до радикального вмешательства составили у пациентов с ТСС – 49,5±7,5 суток и с ЭСС – 68,7±9,2 суток. Хирургическое вмешательство заключалось в рассечении или иссечении свища аппаратом «сургитрон» в просвет прямой кишки. С целью уменьшения отека и улучшения микроциркуляции в тканях периаанальной зоны больным дополнительно проводили флеботропную медикаментозную терапию (Детралекс 1000 мг по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 3-4-х дней, затем по 1 таблетке 2 раза в сутки).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Постоянное нахождение дренажа «Seton» в свищевом канале обеспечивало полноценное дренирование всех гнойных полостей и купирование острого инфекционно-воспалительного процесса в параректальной клетчатке, а также способствовало фиброзу свищевых ходов, что создавало оптимальные условия для проведения радикальной операции. Использование постоянного латексного дренажа «Seton» при ТСС и ЭСС прямой кишки на этапе подготовки больных к радикальному хирургическому вмешательству позволило избежать рецидива заболевания после операции у 148 (93,1%) пациентов. Заживление раны периаанальной зоны наблюдалось через 29,4±2,8 суток после оперативного вмешательства. Рецидив заболевания был отмечен в 11 (6,9%) наблюдениях.

ВЫВОДЫ. Применение постоянного латексного дренажа «Seton» на этапе подготовки к выполнению радикального хирургического вмешательства при ТСС и ЭСС прямой кишки в амбулаторных условиях позволяет значительно уменьшить травматичность операции, снизить частоту рецидивов и рубцовых деформаций периаанальной зоны, сократить сроки заживления раны и восстановления трудоспособности у этой категории пациентов.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА ВЫСОКОКАЧЕСТВЕННОЙ РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ В РАДИКАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджян А.Л.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В последние годы в связи с развитием стационарозамещающих технологий в амбулаторной практике все большее распространение получают малоинвазивные хирургические методы лечения геморроя. Одной из таких технологий является метод высокочастотной радиоволновой хирургии (ВРХ), который широко используется в амбулаторной колопроктологии. В то же время применение этого метода при лечении острого тромбоза геморроидальных узлов в амбулаторных условиях по-прежнему является дискутабельным.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить возможности и клиниче-

скую эффективность метода ВРХ в радикальном лечении острого тромбоза геморроидальных узлов в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведен анализ результатов лечения 468 пациентов с острым тромбозом геморроидальных узлов, у которых проводилось радикальное хирургическое лечение с использованием метода ВРХ в амбулаторных условиях или стационаре «одного дня» за период с 2012 по март 2018 гг. У 380 (81,2%) пациентов отмечался острый тромбоз наружного геморроидального узла. Из их числа у 229 (60,3%) больных тромбоз геморроидального узла осложнялся его некрозом и/или кровотечением. У 88 (18,8%) пациентов имел место острый тромбоз внутреннего геморроидального узла. У всех пациентов осуществлялось радикальное иссечение тромбированных геморроидальных узлов радиоволновым аппаратом «ЭФА» в режиме резания (мощность – 50-100 Вт, частота – 1,5 МГц). После удаления геморроидального узла его ложе обрабатывали в режиме биполярной коагуляции (мощность – 60-90 Вт, частота – 375 кГц). У пациентов с III степенью тяжести острого геморроя с целью уменьшения выраженности отека и воспаления тканей перианальной зоны на фоне тромбированных и воспаленных узлов перед их радикальным удалением в течение нескольких дней проводили превентивную консервативную терапию, включая флеботропные медикаментозные средства (препарат Детралекс по 1000 мг).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 468 пациентов с острым тромбозом геморроидальных узлов, получавших амбулаторное лечение с использованием метода ВРХ, у 434 (92,7%) наблюдалось выздоровление. За счет минимального термического повреждения тканей при использовании ВРХ у больных не был выражен болевой синдром, заживление раны завершалось на $9,3 \pm 2,7$ сутки, а трудоспособность пациентов восстанавливалась на $2,4 \pm 1,3$ сутки после операции. Общее время нахождения пациента в стационаре «одного дня» составило $5,8 \pm 0,2$ часов. Рецидив заболевания, потребовавший повторного оперативного вмешательства, был отмечен у 34 (7,3%) пациентов в сроки от 1 до 5 лет.

ВЫВОДЫ. Применение метода ВРХ в лечении острого тромбоза геморроидальных узлов позволяет существенно уменьшить травматичность оперативного вмешательства и в большинстве случаев добиться радикального излечения заболевания в амбулаторных условиях с минимальной затратой времени пребывания пациента в лечебном учреждении.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ НАРУЖНОГО ГЕМОРРОЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Высокая распространенность геморроя диктует необходимость поиска новых малоинвазивных способов его лечения, применимых в амбулаторной практике в качестве стационарозамещающих технологий, позволяющих уменьшить число осложнений и сократить сроки нетрудоспособности пациентов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить возможности применения лазерной вапоризации в лечении больных с наружным геморроем в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты лечения 205 пациентов с наружным геморроем,

которые лечились амбулаторно или в условиях стационара «одного дня». У 52 (25,4%) пациентов отмечалось наличие хронического геморроя II стадии, у 74 (36,1%) – III стадии и у 79 (38,5%) – IV стадии. Всем пациентам осуществляли вапоризацию наружных геморроидальных узлов лазерным полупроводниковым аппаратом «Лахта-Милон» с длиной волны 0,97 мкм, пиковой мощностью 12 Вт в импульсно-периодическом режиме при длительности импульса 400 мсек с интервалом 300 мсек, экспозицией 15 мсек. Метод обеспечивал полное удаление наружных геморроидальных узлов (путем вапоризации биоткани) без резекции образований, вследствие малой проникающей способности излучения и незначительного повреждения тканей. После выполнения вапоризации геморроидальных узлов больным назначали флеботонизирующий препарат Детралекс 1000 мг (по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 3-4-х дней, затем по 1 таблетке 2 раза в сутки).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Применение лазерной вапоризации позволило у всех больных в амбулаторных условиях произвести достаточно радикальное и «бескровное» удаление наружных геморроидальных узлов путем их «выпаривания» за счет энергии излучения лазера. При этом вследствие минимального повреждения кожных покровов и слизистой анального канала удалось значительно уменьшить выраженность болевого синдрома, сократить сроки заживления раны до $7,1 \pm 3,4$ суток, сохранить целостность структуры тканей без рубцовых деформаций и восстановить трудоспособность пациентов на $2,1 \pm 1,4$ сутки после операции. Рецидив заболевания отмечен лишь в 5 (2,4%) наблюдениях.

ВЫВОДЫ. Лазерная вапоризация является достаточно радикальным и высокоэффективным малоинвазивным методом лечения наружного геморроя, который может быть успешно применен в амбулаторной практике в качестве стационарозамещающей технологии.

ПРИМЕНЕНИЕ PRP-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ СО СФИНКТЕРОСПАЗМОМ

Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Одной из причин развития хронической анальной трещины является спазм внутреннего анального сфинктера и связанный с ним болевой синдром. Высокая травматичность применяемых в настоящее время оперативных методов лечения анальной трещины предопределяет значительное количество осложнений и длительную реабилитацию пациентов, что требует совершенствования технологии лечения этой патологии.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить клиническую эффективность применения PRP-терапии в комплексном лечении больных с хронической анальной трещиной, осложненной сфинктероспазмом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Анализ клинических наблюдений включает 177 пациентов с хронической анальной трещиной, осложненной сфинктероспазмом, которым проводилось лечение амбулаторно или в условиях стационара «одного дня» за период с 2012 г. по март 2018 г. Длительность заболевания варьировала от 3 месяцев до 2 лет. Тонус анального сфинктера оценивали с помощью сфинктерометрии. У всех пациентов на первом этапе лечения осуществляли инъекции аутологичной обогащенной тромбоцитами

плазмы (Platelet Rich Plasma) во внутренний и наружный анальный сфинктеры в нескольких точках (1, 5, 7 и 12 ч по условному циферблату). На втором этапе лечения больным производили иссечение анальной трещины аппаратом «сургутрон». При необходимости PRP-терапию применяли у этих больных и после операции (1-2 процедуры).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 177 пациентов с хронической анальной трещиной, осложненной сфинктероспазмом, в условиях применения PRP-терапии у 160 (90,4%) больных получены хорошие результаты лечения. Заживление раны анального канала, и ее полная эпителизация наблюдались через $29,4 \pm 2,8$ суток после иссечения трещины. При сфинктерометрии в динамике лечения отмечалось снижение исходных значений среднего давления в покое с $98,1 \pm 15,4$ мм рт. ст. до $48,1 \pm 9,8$ мм рт. ст., среднего давления при волевом сокращении – с $134,2 \pm 21,5$ мм рт. ст. до $85,2 \pm 13,6$ мм рт. ст., что указывало на устранение сфинктероспазма. Трудоспособность пациентов восстанавливалась на $2,3 \pm 0,4$ сутки после операции. Рецидив заболевания через 6 месяцев после лечения был отмечен лишь у 17 (9,6%) пациентов.

ВЫВОДЫ. Применение аутоплазмы, обогащенной тромбоцитарными факторами роста, в лечении больных с хронической анальной трещиной сопровождается ликвидацией гипертонуса анального сфинктера и ускорением процессов регенерации поврежденных тканей. Это позволяет уменьшить число рецидивов заболевания после лечения, ускорить сроки заживления раны анального канала с сохранением целостности структуры тканей без их грубой рубцовой деформации, минимизировать выраженность болевого синдрома и сократить сроки реабилитации у данной категории пациентов после операции.

СТЕПЛЕРНАЯ ГЕМОРОИДОПЕКСИЯ С ОДНОМОМЕНТНЫМ ИССЕЧЕНИЕМ НАРУЖНЫХ УЗЛОВ

Белоцкая Л.В., Чистохин С.Ю.

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2, ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В современной колопроктологии продолжается поиск вариантов операции при геморрое, сочетающий в себе высокую эффективность и малую травматичность. Этим требованиям вполне соответствует степлерная геморроидопексия по Лонго, однако, многие врачи и пациенты не довольны формированием бахромок на месте оставленных наружных компонентов геморроидальных узлов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – сравнить результаты изолированной геморроидопексии по Лонго с гибридной операцией – степлерной геморроидопексии с одномоментным иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В течение года проведено проспективное нерандомизированное исследование 65 больных, оперированных способом степлерной геморроидопексии. Из них 20 пациентам с геморроем II-III степени операция Лонго выполнена в изолированном виде (I группа), а 45 больным с геморроем III-IV степени – гибридная операция – степлерная геморроидопексия дополнена иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов (II группа).

РЕЗУЛЬТАТЫ. У больных I группы после операции Лонго отмечался незначительный болевой синдром на уровне $2,5 \pm 1,2$ баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), купировался в течение первых же суток. Отек

перианальный наблюдался у 6 (30%), отек с выпадением слизистой у 3 (15%) из них. Послеоперационные небольшие кровотечения, остановленные консервативно отмечались у 2 (10%). Продолжительность лечения в стационаре составила $3,1 \pm 0,8$ дней, амбулаторного долечивания – $18 \pm 2,5$ дней.

В сроки от 2 до 12 месяцев по 1-2 раза обследованы все 20 пациентов I группы: у 12 (60%) из них сформировалось по 2-5 кожных бахромок, вызывавших дискомфорт и трудности с гигиеной, иногда анальный зуд, почти у всех таких больных бахромок иссечены в разные сроки электрокоагулятором в амбулаторных условиях. Отторжение скрепок механического шва сопровождалось дискомфортом, незначительными болевыми и геморрагическими явлениями у 2 (10%) больных. Отдаленные результаты в I группе расценены как хорошие у 90%, удовлетворительные – у 10%, плохие – не было.

Во II группе из 45 больных с геморроем III-IV степени после степлерной геморроидопексии с иссечением наружных узлов боли на уровне $3,7 \pm 1,3$ баллов по ВАШ, купировались на 2-3 сутки ($p=0,28$). Транзиторные отеки без выпадения прошитых узлов отмечены у 6 (13,3%), ($p=0,04$). Нагноений и кровотечений после этих операций не наблюдалось ($p=0,01$). Раны зажили первичным натяжением у всех пациентов этой группы, остатки геморроидальной ткани внутренних узлов подверглись полной инволюции, ни у одного из них не формировались кожные бахромок ($p=0,001$), что существенно облегчило и упростило ход послеоперационной реабилитации. Сроки стационарного лечения составили $3,8 \pm 1,2$ дней ($p=0,25$), амбулаторного долечивания – $21 \pm 4,5$ дней ($p=0,32$).

В сроки от 2 до 11 месяцев осмотрено 42 пациента II группы: дискомфорт и незначительные боли, связанные с отхождением скрепок наблюдались у 4 (9,5%) больных ($p=0,37$). У всех 100% констатированы хорошие клинические, анатомические и функциональные результаты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При геморрое III-IV степени гибридные операции в виде степлерной геморроидопексии по Лонго в сочетании с одномоментным иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов заметно облегчают течение реабилитационного периода, позволяют существенно улучшить ближайшие и отдаленные анатомические и функциональные результаты лечения. Такие варианты операции достойны широкого внедрения в клиническую практику.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РАНЫ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Брежнев С.Г., Жданов А.И., Коротких Н.Н., Коротких К.Н.

БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1», Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на то, что различным методам хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ) посвящена обширная библиография, частота послеоперационных осложнений остается достаточно высокой. Анализ литературы и собственный опыт показывают, что одним из наиболее частых осложнений после иссечения ЭКХ является несостоятельность раны с расхождением ее краев до дна, возникающее после запланированного снятия швов.

ЦЕЛЬЮ нашего исследования является выявление

причин несостоятельности раны при хирургическом лечении ЭЖХ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В данное исследование включено 99 пациентов колопроктологического отделения БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1», оперированных по поводу ЭЖХ в период с 2010 по 2015 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Общая частота осложнений у оперированных больных составила 16,2%, треть из них – несостоятельность раны. Для определения возможных причин данного осложнения были выполнены корреляционный и многофакторный анализы. На основании корреляционного анализа установлено, что достоверными ($p < 0,05$) причинами несостоятельности швов являются: широкая, более 10 см, операционная рана, а также натяжение тканей более 4 кг при ее ушивании. Многофакторный регрессионный анализ выявил, что вероятность расхождения краев раны после снятия швов увеличивается в 2,1 раза при ее ширине более 10 см ($OR=2,06$) и в 5,8 раз при натяжении тканей более 4 кг ($OR=5,76$). Таким образом, чем шире хирургический дефект, тем больше сила натяжения тканей ($r=0,975$, $p < 0,01$), и тем выше шанс несостоятельности раны при снятии швов ($r=0,87$, $p < 0,05$).

Результаты статистического анализа подтверждаются клиническими данными: у всех пациентов, раны которых после снятия швов разошлись на всем протяжении, дефекты тканей были от 10,6 до 12,4 см шириной, а натяжение составило от 4,1 до 4,5 кг.

ВЫВОДЫ. Полученные результаты свидетельствуют, что ширина операционной раны более 10 см и сила натяжения тканей при сведении ее краев более 4 кг с высокой вероятностью могут явиться причинами несостоятельности послеоперационной раны.

ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Брежнев С.Г., Коротких Н.Н., Попов Р.В., Сомов К.А.
БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1», Воронеж, Россия

Несмотря на то, что различные методы хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом (ЭЖХ) описаны в многочисленных научных трудах, выбор наиболее оптимального способа, удовлетворяющего как пациентов, так и хирургов, до сих пор является дискуссионным вопросом.

В связи с этим, **ЦЕЛЬЮ** нашего исследования является улучшение результатов хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Настоящее исследование основано на сравнительном анализе результатов хирургического лечения двух групп пациентов: группы сравнения, представленной 49 пациентами, оперированными вне зависимости от конфигурации ягодично-крестцово-копчиковой области и величины операционной раны; и группы исследования, состоящей из 50 больных, подход к выбору оперативного приема которым определялся как вариантом «стояния» ягодич, так и размерами хирургического дефекта и натяжением тканей сшиваемых краев.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На основании анализа результатов хирургического лечения установлено, что дифференцированный подход к выбору оперативного пособия позволил достоверно ($p < 0,05$) снизить длительность послеоперационной гипертермии с $1,55 \pm 0,12$ до $0,78 \pm 0,10$ суток, продолжительность антибиотикотерапии – с $9,2 \pm 0,3$ до $7,7 \pm 0,2$ суток. При этом частота послеоперационных осложнений уменьшена с 26,5%

в группе сравнения до 6% в группе исследования ($p < 0,01$). Послеоперационный койко-день сокращен с $11,8 \pm 0,3$ до $9,9 \pm 0,2$ суток, а срок временной нетрудоспособности снижен с $37,3 \pm 2,3$ до $21,6 \pm 0,1$ дней ($p < 0,05$).

Частота развития рецидивов заболевания в срок до двух лет у больных группы сравнения составила 13,9%, тогда как в группе исследования лишь в 2,1% зафиксирован возврат заболевания ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Полученные результаты позволяют сделать заключение, что индивидуальный подход к выбору хирургической тактики позволяет увеличить эффективность лечения больных эпителиальным копчиковым ходом за счет снижения частоты послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания, а также сокращения сроков нетрудоспособности.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ 2-3 СТАДИИ МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ ПОДСЛИЗИСТОЙ ДЕСТРУКЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ ТКАНИ

Васильев С.В., Попов Д.Е.,
Недозимованый А.И., Соркин Р.Г.

Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лазерные технологии долгое время оставались вне поля зрения проктологов, что было обусловлено, прежде всего, неприемлемо высокой стоимостью оборудования и расходных материалов. В последние 2-3 года интерес к использованию лазера в проктологии значительно возрос, однако единых стандартов и подходов к технике выполнения манипуляций, а также показаний к их применению до сих пор не выработано, как нет и достаточной доказательной базы эффективности в отдаленном периоде.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка эффективности методики лазерной подслизистой деструкции геморроидальной ткани, уточнение показаний к ее применению, определение оптимальных настроек лазерной установки и анализ послеоперационных осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с октября 2017 по май 2018 гг. нами выполнено 25 операций лазерной подслизистой деструкции геморроидальной ткани по собственной методике. В исследовании включены пациенты с хроническим геморроем 2-3 стадии обоих полов в возрасте от 30 до 67 лет (средний возраст в группе 45 ± 12 лет). Перед операцией пациентам выполнялся стандартный объем клинического обследования. В послеоперационном периоде болевой синдром оценивался по визуально-аналоговой шкале.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Сроки послеоперационного наблюдения варьировали от 2 недель до 7 месяцев (средний срок наблюдения в группе составил $2,5 \pm 2,5$ мес.). Болевой синдром в первые сутки после операции составил от 2,0 до 4,1 баллов ($2,9 \pm 1,3$), а далее лишь снижался. Период нетрудоспособности составил от 5 до 10 дней (среднее значение в группе – $6,5 \pm 1,4$ дней). Осложнений процедуры не возникло ни в одном случае. Ни у одного из пациентов возврата симптомов хронического геморроя за период наблюдения не отмечено.

ВЫВОДЫ. После обработки данных пилотного исследования, результаты лечения выглядят весьма обнадеживающе. Однако, для объективных и доказательных выводов необходимо существенно большее количество пациентов исследуемой группы и длительность сроков наблюдения.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Грошилин В.С., Мрыхин Г.А.,
Швецов В.К., Чернышова Е.В.
ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России,
Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хронический геморрой является наиболее распространенным колопроктологическим заболеванием. Современное развитие колопроктологии позволило значительно улучшить результаты лечения данной патологии, однако, перспективным направлением является комбинированный подход и индивидуальное обоснование в выборе минимально инвазивного и малотравматичного метода лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить клиническую эффективность оригинального комбинированного способа малоинвазивной операции при хроническом геморрое, сочетающего дезартеризацию и ультразвуковое склерозирование.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В исследование включено 190 пациентов с хроническим геморроем. Число мужчин составило 92 (48,4%) пациента, женщин – 98 (51,8%). Средний возраст – 34,2±7,3 года. В I группе выполнено склерозирование геморроидальных узлов с ультразвуковой кавитацией, во II группе – дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией. В III группе (основной) 65 больным проведена оригинальная методика.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В I группе послеоперационные осложнения отмечались в 5,0% наблюдений, рецидив – в 10,0%, ультразвуковое склерозирование позволяло купировать геморроидальные кровотечения, но полностью не устраняло выпадение узлов, зуд и жжение; во II группе послеоперационные осложнения отмечались в 7,0% с рецидивом – в 7,1% случаев. Следует отметить, что во II группе стабильно купировались геморроидальные кровотечения и выпадение узлов, но в меньшей степени устранялись зуд и жжение в заднем проходе. Разработанный способ малоинвазивного лечения хронического геморроя характеризовался более низкой частотой осложнений – 6,1%, нивелировал риск рецидива заболевания, а также устранял кровотечение у 95,9%, выпадение узлов – 90,9%, зуд и жжение в заднем проходе – 93,9%.

ВЫВОД. Оригинальный комбинированный способ лечения геморроя позволяет улучшить результаты лечения за счет уменьшения болевого синдрома, снижения выраженности основных симптомов заболевания и возможности избежать радикальной операции.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ

Грошилин В.С., Швецов В.К.,
Бакуляров М.Ю., Узунян Л.В.
ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России,
Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Слабость ректовагинальной перегородки при ректоцеле II-III степени является основанием для хирургической коррекции. Нестабильность результатов и высокая частота послеоперационных рецидивов свидетельствуют об актуальности и необходимости дальнейшей разработки методик лечения данной патологии.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты лечения ректоцеле в клинической практике путем применения дифференцированного лечебного алгоритма в сочетании с оригинальным способом оперативного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведено исследование результатов лечения 75 пациенток. В I группу вошла 21 пациентка, которым проведена передняя сфинктеролеваторопластика. Во II группу – 25 больных, которым ректоцеле ликвидировано методом Лонго. В III группе у 29 пациенток, согласно разработанному алгоритму, реализован метод аппаратной механической циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя, дополненной передней сфинктеролеваторопластикой (патент РФ № 2526971).

РЕЗУЛЬТАТЫ. После передней сфинктеролеваторопластики, отмечено 4 (19%) рецидива, у 2 (9,5%) пациенток сохранялись явления обструктивной дефекации. При ликвидации ректоцеле методом Лонго рецидивов не было, однако, у 6 (24%) пациенток выявлен интенсивный болевой синдром, также у 5 (20%) больных выявлены не купируемые консервативно эвакуаторные расстройства, при манометрически доказанной дисфункции мышц тазового дна. После использования оригинального способа жалобы на неполное опорожнение после дефекации, отмеченные у 3 (10,3%) больных, медикаментозно купированы за 9 суток. Рецидивов заболевания, нагноительных осложнений не отмечено.

ВЫВОДЫ. Полученные результаты доказывают, что оригинальная методика комбинированной операции при ректоцеле позволяет снизить частоту рецидивов, получить стабильные функциональные результаты, достичь купирования обструктивной дефекации за счет создания удерживающего фасциально-мышечного каркаса и одномоментной циркулярной слизисто-подслизистой резекции стенки нижнеампулярного отдела прямой кишки.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛОКАЛЬНО-РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Давидович Д.Л.

Многопрофильный медицинский центр Мед-Ютас,
Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В последние годы в колопроктологии всё большее распространение получают современные малоинвазивные технологии, предлагающие альтернативу традиционным высокотравматичным хирургическим вмешательствам и не требующие длительной послеоперационной реабилитации. Вместе с тем закономерно встаёт вопрос о выборе адекватного метода анестезии. Не стоит долго останавливаться на рисках, опасностях и технической сложности проведения общей анестезии. Вместе с тем, спинномозговая анестезия, наиболее распространенное на сегодняшний день анестезиологическое пособие, приводит к длительной иммобилизации пациента и также показывает определенный процент осложнений. Помимо этого, далеко не все медицинские центры могут успешно применять указанные методики с организационной точки зрения, что объективно обусловлено сложным процессом лицензирования, организации и хранения учётных препаратов.

В нашей практике мы успешно применяем комбинированный метод анестезии, заключающийся в сочетании локальной и регионарной анестезии – параректальной и пресакральной блокады. Данная методика позволяет выполнять операции по технологии HAL, HAL-RAR и LIFT, а также иссечение анальной трещины и интрасфинктерных свищей прямой кишки на фоне адекватной релаксации анального сфинктера, без болевого синдрома и длительной иммобилизации

пациента фактически в режиме стационара одного дня.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить возможность, безопасность, целесообразность и эффективность сочетания локальной и регионарной анестезии при колопроктологических операциях в условиях стационара краткосрочного пребывания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С ноября 2016 по март 2018 гг. оперативные вмешательства с применением сочетания локальной и регионарной анестезии были выполнены у 218 пациентов. Из них 141 (64,7%) – женщин и 77 (35,3%) – мужчин. Средний возраст составил 38,1 лет. Все оперативные вмешательства были выполнены под локально-регионарной анестезией 40,0-70,0 мл раствором Наропина 0,5% (комбинация местного введения и пресакральной блокады) в условиях стационара кратковременного пребывания. У 100 пациентов оперативные вмешательства были выполнены по поводу геморроидальной болезни различной степени выраженности, у 72 пациентов – по поводу хронических анальных трещин различной локализации, у 38 пациентов – по поводу свищей прямой кишки различной степени сложности и у 8 пациентов – по поводу остроконечных кондилом периаанальной области и анального канала.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все вмешательства были успешно выполнены с применением сочетания локальной и регионарной анестезии. Дополнительного применения медикаментозной седации не потребовалось. Интраоперационных особенностей и осложнений отмечено не было. В послеоперационном периоде все пациенты находились под динамическим наблюдением с контрольными осмотрами через 7-9 дней и через 6-8 недель после вмешательства. Каких-либо значимых послеоперационных осложнений локального и регионального введения анестетика отмечено не было. У 7 (3,2%) пациентов в первые несколько суток была отмечена клиника усиления периферического ано-копчикового болевого синдрома, который, как правило, имелся до оперативного вмешательства и эффективно купировался приёмом анальгетиков центрального действия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Локально-регионарная анестезия, заключающаяся в сочетании параректальной и пресакральной блокады с местным введением анестетика, является малотравматичным, эффективным и безопасным способом обезболивания при проведении вмешательств на аноректальной области и может эффективно выполняться в условиях стационара краткосрочного пребывания.

СЕЛЕКТИВНАЯ ДОПЛЕР-КОНТРОЛИРУЕМАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С МУКОПЕКСИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

Давидович Д.Л.

Многопрофильный медицинский центр Мед-Ютас,
Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В последние годы в экономически развитых странах геморроидальная болезнь приобретает характер эпидемии, зачастую поражая лиц молодого трудоспособного возраста. В то же время всё большее распространение получают современные малоинвазивные технологии, предлагающие альтернативу традиционным высокотравматичным хирургическим вмешательствам и не требующие длительной послеоперационной реабилитации.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить возможность, безопасность, целесообразность и непосредственные результаты

селективной доплер-контролируемой дезартеризации геморроидальных узлов в условиях стационара краткосрочного пребывания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С февраля 2017 по март 2018 года лечение геморроидальной болезни методом селективной доплер-контролируемой дезартеризации геморроидальных узлов было выполнено у 100 пациентов. Из них – 67 женщин и 33 – мужчин. Средний возраст составил 41 год. Все оперативные вмешательства были выполнены под локально-регионарной анестезией 40,0-70,0 мл раствором Наропина 0,5% (комбинация местного введения и пресакральной блокады) в условиях стационара кратковременного пребывания.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 31 минуту. Средняя продолжительность послеоперационного пребывания пациента в медицинском учреждении составляла 122 минуты. Все операции выполнялись по стандартной технологии с использованием однотипного оборудования. У 38 пациентов по данным предоперационного осмотра была диагностирована II стадия геморроидальной болезни, у 58 пациентов – III стадия, и у 4 пациентов – IV стадия. В качестве оперативного пособия у 82 пациентов была выполнена селективная доплер-контролируемая дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией (лифтингом пролабирующей слизистой), у 18 пациентов оперативное пособие было ограничено только доплер-направленной дезартеризацией. Интраоперационных особенностей и осложнений отмечено не было. В послеоперационном периоде все пациенты находились под динамическим наблюдением с контрольными осмотрами через 7-9 дней и через 6-8 недель после вмешательства. Каких-либо значимых послеоперационных осложнений отмечено не было. У 5 пациентов в первые несколько суток была отмечена клиника усиления периферического ано-копчикового болевого синдрома, который, как правило, имелся до оперативного вмешательства и эффективно купировался приёмом анальгетиков центрального действия. У 1 пациентки в раннем послеоперационном периоде на 2 сутки после вмешательства после дефекации проявилась картина острого периаанального тромбоза, который был эффективно купирован в течение суток с момента возникновения. У 7 пациентов при контрольном осмотре через 7-9 дней после вмешательства был отмечен тромбоз 1 или 2 внутренних геморроидальных узлов, в данном случае местное лечение гепарин содержащими противовоспалительными суппозиториями было эффективно у всех пациентов. Срок послеоперационного наблюдения составил от 2 до 14 месяцев. Случаев рецидива геморроидальной болезни отмечено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Селективная доплер-контролируемая дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией является малотравматичным, эффективным и безопасным способом лечения геморроидальной болезни различных стадий и может эффективно выполняться под локально-регионарной анестезией в условиях стационара краткосрочного пребывания.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ WHITENHEAD

Данилов М.А., Атрощенко А.О., Поздняков С.В.

Московский Клинический Научно-Практический Центр им. А.С.Логина, отделение колопроктологии,
Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморрой – одно из самых распространенных заболеваний ано-ректальной области, проявляющееся как симптоматическое увели-

чение и пролабирование геморроидальных узлов. На сегодняшний день широко распространена теория растяжения анального канала, когда имеется дезинтеграция и растяжение поддерживающего аппарата геморроидальных сплетений (валиков). Выпадение геморроидальных узлов является следствием растяжения или разрыва мышцы Трейца, вследствие чего происходит нарушение венозного оттока, тромбоз и возникновение кровотечений. Частота рецидива геморроидальной болезни при выполнении открытой и закрытой геморроидэктомии, по данным литературы, достигает 20-23%, в связи с чем, пациенты подвергаются повторным хирургическим вмешательствам. Операция WhiteHead – это циркулярная геморроидэктомия, при выполнении данного вмешательства отсекается слизистая анального канала и обнажается место крепления мышцы Трейца к внутреннему сфинктеру, именно в данной плоскости происходит пересечение тканей без повреждения внутреннего сфинктера (при выполнении открытой или закрытой геморроидэктомии это происходит не так прецизионно), что снижает уровень болевого синдрома в послеоперационном периоде и позволяет контролировать процесс пересечения геморроидальных сосудов.

ЦЕЛЬ. Оценить непосредственные результаты выполнения операции WhiteHead.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За двухлетний период в нашем отделении выполнено 20 геморроидэктомий по модифицированной методике WhiteHead. Материал набирался ретроспективно из проспективно заполняемой базы данных. Показанием к данному методу хирургического лечения являлся циркулярный геморрой 4 степени, т.е. те пациенты, которым выполнение открытой или закрытой геморроидэктомии с сохранением кожно-слизистых мостиков было бы ассоциировано с оставлением «геморроидальной ткани». Средний возраст пациентов составил – 38,7±9,4 лет (24-66), из которых 12 женщин и 8 мужчин. Средний период прослеженности составил 9,5 месяцев (6-13). Большинству пациентов была использована спинальная или каудальная анестезия (14 пациентов), трем пациентам был использован масочный наркоз. Всем пациентам проводилась механическая подготовка кишечника накануне операции (лавакол, эндотальк), бесшлаковая диета в течение 3-х дней до операции, для максимальной задержки стула в послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем послеоперационном периоде не было зафиксировано таких осложнений, как нагноение послеоперационной раны и кровотечение (клинически значимое). Время до первой дефекации в среднем, составляло 3 дня (2-5). Средний послеоперационный койко-день составил – 4,2 (от 2 до 7), т.е. все пациенты были отпущены домой после первого акта дефекации и оценки местного статуса. Анальная инконтиненция в отсроченном и отдаленном периоде не наблюдалась. У 4-х пациентов имело место развитие стриктуры анального канала, которое было купировано в результате ежедневного пальцевого бужирования. В отсроченном периоде у пациентов не наблюдались кровотечения за весь период прослеженности. Клинической картины возврата заболевания зафиксировано не было.

ВЫВОДЫ. Операция WhiteHead (в традиционном или модифицированном исполнении) не является операцией выбора при геморроидальной болезни III-IV стадии, однако в отдельных случаях может иметь явные преимущества над традиционными методиками – не ассоциирована с увеличением послеоперационных осложнений (кровотечение, нагноение, стриктура, инконтиненция) и возникновением рецидива заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ПОДХОДЕ

Дульеров К.А.^{1,2}, Хитарьян А.Г.^{1,2}, Загородняя Р.Н.¹

¹ НУЗ «Дорожная клиническая больница» ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД»;

² ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Ректоцеле является проявлением системного нарушения функции связочно-мышечного аппарата таза. Отмечается бурное развитие реконструктивно-пластической хирургии тазового дна с применением современных синтетических материалов для восстановления дефектов тазовой фасции.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты хирургического лечения ректоцеле путем совершенствования оперативной тактики с учетом анатомо-функциональных особенностей структур тазового дна.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведенное исследование объединяет морфологический и клинический раздел. Для выявления дистрофических изменений структур тазового дна были исследованы 16 трупов женщин. Производили взятие биоптатов и оценивали состояние структур тазового дна, проводили измерение высоты промежности. Всем пациенткам проводили предгоспитальное обследование. Больные были разделены на 2 группы. В первой группе (n=36) больные были оперированы без дифференцированного подхода им выполняли сакроспинальную кольпопексию, перинеолеваторопластику, заднюю кольпорафию. К пациентам второй группы (n=78) были применены разработанные критерии дифференцированного выбора хирургической тактики: при наличии системы факторов риска рецидива пролапса трансвагинальной пластика тазового дна производилась сеткой без натяжения (n=21, 26,9%), а при отсутствии факторов риска – безнатяжную аллопластику не проводили (n=57, 73,1%).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Использование задней трансвагинальной пластики тазового дна сеткой без натяжения позволяет повысить частоту отличных анатомических и функциональных результатов, соответственно. Хороший и неудовлетворительный результаты при использовании синтетической сетки наблюдали в 8,9% и 4,8% наблюдениях, соответственно. При выполнении стандартных операций хороший функциональный результат встречался в 30,6% и неудовлетворительный – в 11,1% случаев, соответственно. При отсутствии выраженной функциональной недостаточности центральной части промежности выполнение сакроспинальной фиксации влагалища в сочетании с леваторопластикой и кольпорафией вполне удовлетворяет послеоперационным результатам, о чем свидетельствовало отсутствие рецидивов.

ВЫВОД. Использование задней трансвагинальной пластики тазового дна сеткой без натяжения позволяет повысить частоту отличных анатомических и функциональных результатов и снизить встречаемость рецидивов.

АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ И ГАНГРЕНА ФУРЬЕ. СОВРЕМЕННЫЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ

Егоркин М.А., Болквадзе Э.Э.,
Вечорко В.И., Горбунов И.Н., Обухов В.К.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
ГБУЗ ГКБ № 15 им. О.М.Филатова ДЗМ,
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

ЦЕЛЬ. Изучить влияние комплексного метода лечения с применением отрицательного давления в лечении обширных послеоперационных ран промежности и соседних анатомических областей у пациентов, перенесших хирургическое лечение по поводу анаэробного парапроктита и гангрены Фурье. Оценить влияние метода на ускорение сроков заживления раны и уменьшения смертности пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование проводилось в период с января 1986 по январь 2018 года в отделении неотложной колопроктологии Городской клинической больницы № 15 им. О. М. Филатова ДЗМ. Всего пациентов было 500 человек. Все пациенты поступили в клинику в экстренном порядке с клинической картиной анаэробного парапроктита и/или гангрены Фурье. Всем пациентам выполнялось вскрытие и дренирование абсцессов и гнойных затеков, обширная некрэктомия. В послеоперационном периоде, после очищения раны и прекращения гнойно-некротических процессов, 60 пациентам, с учетом клинико-анатомических особенностей течения послеоперационного периода, была выполнена установка аппарата для вакуумной терапии ран.

РЕЗУЛЬТАТЫ. За время исследования, благодаря комплексному подходу к лечению, удалось снизить общую летальность с 37,4% в 1986 году до 7,5% в 2018 году. Применение отрицательного давления позволило сократить продолжительность первой фазы раневого процесса, уменьшить общее количество перевязок и этапных операций, эффективно подготовить обширные послеоперационные раневые дефекты к пластическому закрытию и ликвидации свищевых ходов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение комплексного метода лечения пациентов с анаэробным парапроктитом и гангреной Фурье, включающий в себя применение отрицательного давления для лечения послеоперационных ран является эффективным и эргономичным методом лечения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛОКАЛЬНОГО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИССЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Егоркин М.А., Горбунов И.Н.,
Болквадзе Э.Э., Обухов В.К., Вечорко В.И.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
ГБУЗ ГКБ № 15 им. О.М.Филатова ДЗМ,
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва,
Россия

ЦЕЛЬ. Изучить воздействие локального отрицательного давления, создаваемого посредством портативного аппарата для вакуумной терапии ран, в лечении ран у пациентов, перенесших иссечение эпителиального копчикового хода с подшиванием краев ран ко дну на ускорение сроков выздоровления и уменьшения сроков временной нетрудоспособности пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование проводилось в период с января 2014 по январь 2018 года

в отделении колопроктологии Городской клинической больницы № 15 им. О.М.Филатова ДЗМ. В исследование было включено 33 пациента. Всем пациентам проводилось двухэтапное хирургическое лечение: первым этапом оперативного лечения выполнялось вскрытие и дренирование абсцесса, вторым этапом, пациенты были оперированы в объеме иссечения эпителиального копчикового хода с подшиванием краев раны ко дну. 15 (45,5%) пациентам в послеоперационном периоде была выполнена установка портативного одноразового аппарата для вакуумной терапии ран. Контрольной группе из 18 (54,5%) пациентов проводилась традиционная терапия с использованием противомикробных мазей на водорастворимой основе.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Полное заживление раны у пациентов, получавших лечение раны отрицательным давлением, происходило, в среднем, на 40,42% быстрее, чем в контрольной группе.

Время нетрудоспособности пациентов в основной группе было, в среднем, на 8 суток меньше, чем в контрольной. Данных за рецидив заболевания у пациентов обеих групп за 6 месяцев наблюдения выявлено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение отрицательного давления эффективно в лечении ран после иссечения эпителиального копчикового хода. Применение данного метода позволяет достичь скорейшего выздоровления пациентов и возвращения к привычному образу жизни.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЕМ

Журавлев А.В., Каторкин С.Е.,
Чернов А.А., Шамин А.В., Разин А.Н.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара,
Россия

ВВЕДЕНИЕ. Хронический геморрой – является часто встречающимся заболеванием в практике врача колопроктолога. Его распространенность составляет 118-120 человек на 1000 взрослого населения. По данным зарубежных авторов, у 47-60% больных ректоцеле является основной причиной затруднения акта дефекации. По нашим данным, сочетание ректоцеле с хроническим внутренним геморроем наблюдается более чем в 57%.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов лечения пациентов, страдающих ректоцеле и геморроем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. После комплексного обследования в отделении колопроктологии Клиник СамГМУ операция Лонго выполнена у 745 больных. Средний возраст пациентов – 48 лет. У 479 (64,3%) человек был диагностирован хронический внутренний геморрой 2-4 стадии. У 266 (35,7%) женщин, была выполнена операция по поводу ректоцеле 1-3 степени. Из них у 169 (63,5%) ректоцеле сочеталось с хроническим внутренним геморроем. Использовался стандартный хирургический набор и комплект Procedure for Prolapse and Haemorrhoids (PPH-01 и PPH-03) (фирма Ethicon, США), а также степлеры фирмы Kangdi KYGZB 33,5, произведенные в Китае.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Во время операции кровотечение из линии аппаратного шва возникло у 34 (4,5%) пациентов. Средний послеоперационный период – 2,9±0,8 дней. Средний период реабилитации – 11,2±1,3 дней. Ближайшие и отдаленные результаты изучены у 542 человек (4-36 мес.). Хорошие результаты отмечены в 384 (70,8%); удовлетворительные результаты – в 136 (25,0%) случаях; неудовлетворительный резуль-

тат выявлен у 22 (4,0%) пациенток – у них сохранился затрудненный акт дефекации с использованием ручного пособия, не уменьшились размеры ректоцеле. После дополнительного обследования пациенткам с рецидивом заболевания была выполнена операция с использованием сетчатых эндопротезов (операция prolift posterior) с хорошими результатами.

ВЫВОД. Преимуществами операции Лонго являются: малая травматичность хирургического пособия, отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращение сроков пребывания в стационаре, медицинской и социальной реабилитации больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО И ТРАНСАНАЛЬНОЙ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ (HAL-RAR) ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВНУТРЕННЕМ ГЕМОРОЕ

Журавлев А.В., Каторкин С.Е.,
Чернов А.А., Шамин А.В., Сотников В.М.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара,
Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморрой – распространенное заболевание в практике врача колопроктолога, удельный вес которого в структуре колопроктологических заболеваний достигает 40%.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность и целесообразность применения операции Лонго и операции HAL-RAR при лечении пациентов с геморроем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении колопроктологии было выполнено 529 операций Лонго у больных, страдающих геморроем, и трансанальная дезартеризация у 54 пациентов. Всего оперировано 583 больных с 2-4 стадией заболевания. Возраст пациентов от 23 до 77 лет (средний возраст составил 49 лет), из них 57% – женщин, 43% – мужчин. Для дезартеризации использовался аппарат «HAL-Doppler II» (A.M.I., Австрия). Для выполнения операции Лонго использовались стандартные хирургические наборы и комплекты Procedure for Prolapse and Haemorrhoids (PPH-01 и PPH-03) (Ethicon, США), а также степлеры (Kangdi KYGZB 33.5; Китай).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средний срок госпитализации в стационаре составил $2,9 \pm 0,8$ дней. В раннем послеоперационном периоде у 95,0% (554 пациентов) – осложнений не было. У 12 пациентов наблюдалась острая задержка мочи, после однократной катетеризации мочевого пузыря мочеиспускание восстановилось. В 5 случаях в сроки от 15-25 дней наблюдалось кровотечение из послеоперационного шва, которое было остановлено консервативными мероприятиями – введением препарата «Транексам». У одной пациентки после выполнения дезартеризации геморроидальных узлов с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки на 6-е сутки после операции было отмечено выделение газов и жидкого кала из влагалища, был диагностирован ректовагинальный свищ, который зажил самостоятельно на 15 день после проведенного консервативного лечения. У 11 больных возник тромбоз наружного геморроидального узла на 3-5-е сутки, который был купирован консервативными методами. Через 6 месяцев рецидивов заболевания не выявлено.

ВЫВОДЫ. Операция Лонго и операция HAL-RAR имеет ряд преимуществ по отношению к традиционным методам оперативного лечения геморроя, послеоперационный болевой синдром и сроки медицинской и социальной реабилитации больных значительно ниже.

ОПЕРАЦИЯ BASCOM II (CLEFT-LIFT) ПРИ РЕЦИДИВЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Загрядский Е.А.

Медицинский центр «ОН КЛИНИК», Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) является хроническим воспалительным заболеванием, которое встречается у людей трудоспособного возраста. Несмотря на успехи, достигнутые в хирургическом лечении ЭКХ, частота рецидива заболевания и осложнения развиваются в 13-24% случаев, что приводит к длительному периоду нетрудоспособности.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты хирургического лечения при рецидиве эпителиального копчикового хода, используя методику операции Bascom II (cleft-lift).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С января 2015 г. по декабрь 2017 г. в Московском медицинском центре «ОН КЛИНИК» проведено лечение 18 пациентов с рецидивом эпителиального копчикового хода. Средний возраст пациентов $26,8 \pm 6,7$ (19-36) лет. Сроки развития рецидива $5,4 \pm 2,2$ (4-12) мес. У 12 (66,7%) пациентов ранее использовался глухой шов раны по Донатти, в 6 (33,3%) случаях выполнялось подшивание краев раны к дну. Частота ранее перенесенных вмешательств: 1-операция у 11 (61,1%) пациентов, 2-операции у 5 (27,8) пациентов, 3-операции в 2 (11,1%) случаях. Всем пациентам выполнена операция Bascom II, с дренированием раны по Редону. Профилактически до проведения анестезии вводили внутривенно 1 грамм Цефазолина и 500 мг Метронидазола. Рана после иссечения рецидива эпителиального хода ушивалась инвертирующими матрасными швами нитью 1/0 Капролон (Ресорба, Германия). Кожа ушивалась нитью 3/0 ПГА-резорвик (Ресорба, Германия).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя продолжительность операции составила $44,4 \pm 4,8$ (38-50) мин. Время пребывания в стационаре $47,7 \pm 2,1$ (44-52) часа. Болевой синдром в первые сутки по шкале ВАШ составил $40,0 \pm 6,13$ (30-45) мм, что потребовало, в среднем, $60,0 \pm 10,2$ (40-60) мг Кеторолака трометамин. К 7 дню болевой синдром по шкале ВАШ составил $20,0 \pm 5,0$ (20-30) мм, что требовало, в среднем, потребления – $10,0 \pm 5,3$ (0-20) мг анальгетика. Средний период нетрудоспособности составил $14,8 \pm 2,0$ (10-14) дней. Осложнения развились у 1 (5,6%) пациентов. Возник лигатурный свищ, что потребовало местного лечения в течение 3 недель. В срок до 12 месяцев прослежены все пациенты, рецидива анальной трещины не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Использование операции Bascom-II (cleft-lift), является эффективным методом при рецидиве эпителиального копчикового хода.

ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРОЯ II-III СТАДИИ: HAL-RAR ИЛИ EMBORRHOID TECHNIQUE – ЗА И ПРОТИВ

Захарченко А.А.¹, Винник Ю.С.¹, Путилин А.В.²,
Полевец К.О.¹, Полежаев Л.¹

¹ Красноярский государственный медицинский университет,
² Сибирский клинический центр ФМБА России,
Красноярск, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сравнить результаты дезартеризации внутренних геморроидальных узлов (ВГУ)

по методикам: Emborrhoid Technique (ET) и HAL-RAR при хроническом геморрое II-III стадии, определить возможности использования этих методов в зависимости от стадии заболевания и клинической ситуации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 82 больных с II-III стадиями хронического геморроя (ХГ). Дезартеризации ВГУ выполняли по двум методикам: эндоваскулярной (ET, n=43) и трансанальной (HAL-RAR, n=39). У 50 (60,9%) пациентов – II стадия, у 32 (39,1%) – III стадия. Средний возраст – 43,2±4,4 года (23-65). Длительность заболевания – 9,7±2,5 лет (2-20). Группа I: метод лечения – ET (n=43). Критерии включения: ХГ II-III стадии – преобладание рецидивирующих кровотечений и эпизодические выпадения ВГУ. Наружные геморроидальные узлы (НГУ) – без клинической значимости, «перипанальные бахромы» (не влияли на качество жизни больных). Косвенный критерий включения – мотивация пациента (боязнь негативных явлений трансанального вмешательства). Группа II: метод лечения – HAL-RAR (n=39). Критерии включения: ХГ II-III стадии – рецидивирующие кровотечения и системные выпадения ВГУ. НГУ – выражены, с периодической клиникой обострений (существенно влияли на качество жизни пациентов). Непосредственные результаты оценивали на 1, 2, 7, 14 сутки и в течение 1-2 месяцев. Отдаленные результаты лечения (через 1 год) сравнивали по количеству благоприятных исходов (отсутствие симптомов) и рецидивов заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Через 1 месяц после дезартеризации ВГУ (вне зависимости от метода) отмечено равнозначное снижение скорости внутритканевого кровотока в проекции кавернозной ткани по сравнению с дооперационными показателями почти в 2 раза. После ET – с 109,5±9,2 до 59,6±4,3 мл/мин. (p<0,05), после HAL-RAR – с 110,4±8,9 до 58,8±4,1 мл/мин. (p<0,05), без достоверных отличий между группами сравнения. Результат ET при II-III стадии (через 2 месяца) – уменьшение размеров ВГУ, в среднем на 46,5% (соответственно – 50 и 43%) и их фиксация в дистальном отделе ПК за счет склероза кавернозной ткани. Послеоперационный анальный болевой синдром, раневая кровоточивость и экссудация, воспалительные явления, рефлекторная задержка мочеиспускания после ET полностью исключены (ввиду отсутствия трансанальной инвазии!). После HAL-RAR, весь вышеперечисленный спектр негативных явлений в той или иной мере присутствовал у определенного количества больных. Длительность госпитализации (1,6±0,4 дня) после ET и сроки нетрудоспособности (5,3±0,7 дня) были, соответственно, в 2,4 и в 3,5 раза короче, чем после HAL-RAR (соответственно – 3,8±1,1 и 18,5±4,6) (p<0,05). Отсутствие симптомов заболевания (через 1 год) после ET – у 93,1% больных, после HAL-RAR – у 87,2% (p<0,05). Субъективное удовлетворение вмешательством с возможностью ее рекомендации другим пациентам, соответственно, 95,3% и 82,1% (p<0,05). Продолжение лечения при рецидивах заболевания в группах: медикаментозная терапия (Детралек®) – по 1 случаю. После HAL-RAR – 2 больным выполнена ET и еще 2 – геморроидэктомия LigaSure. После ET (2 пациентам с III стадией) – геморроидэктомия LigaSure.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ET и HAL-RAR – патогенетически обоснованные, современные методы лечения больных ХГ. Равнозначно приводят к снижению или прекращению артериального притока к ВГУ и сопоставимы по эффективности при II-III стадии. Наилучшие результаты ET зарегистрированы при II стадии ХГ. Возможность использования этой технологии при III стадии определена основными и косвенными показателями. Хорошую эффективность демонстрирует и технология HAL-RAR при II стадии заболевания,

удовлетворительную – при III стадии. При I стадии ET может быть методом выбора (наряду со склерозированием ВГУ ± ультразвуковой кавитацией / лазерной аблацией / HAL). При IV стадии использование ET (как самостоятельного метода лечения) нецелесообразно. Эндоваскулярная дезартеризация ВГУ не является панацеей. При строгом отборе пациентов, может занять определенное место в арсенале известных способов лечения геморроидальной болезни при I-II и частично при III стадии в специализированных колопроктологических стационарах при наличии высококвалифицированной рентгенохирургической службы и соответствующей материально-технической базы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ HAL-RAR ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ГЕМОРОЕ С ИССЕЧЕНИЕМ НАРУЖНОГО ГЕМОРОИДАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА И БЕЗ

Зубенков М.В., Осмоловский С.В.,
Сырейщиков В.В., Харабет Е.И.

Медицинский центр «Глобал Клиник», Н.Новгород,
Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Применение методики Hal-rar при комбинированном геморрое остается дискуссионным. Особенно актуален вопрос, что же делать с наружным геморроидальным компонентом.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Сравнить применение методики HAL-RAR при хроническом комбинированном геморрое с иссечением наружного геморроидального компонента и без.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2012 по 2018 гг. методом HAL-RAR в различных модификациях в мед.центре «Глобал Клиник» (г. Н.Новгород) было пролечено 790 больных с геморроем II-IV стадии, в том числе и сочетанные операции, дополняющиеся иссечением анальных трещин, полипов анального канала и наружных геморроидальных узлов, в возрасте от 18 до 87 лет. Из них 330 (41,8%) прооперировано с заболеванием «комбинированный геморрой». Операции проводились в условиях стационара одного дня пребывания, с использованием аппарата «Ангиодин-Прокто» (БИОСС, Россия) и применением проктоскопа с регулируемым просветом окна (совместная разработка ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» и ЗАО «БИОСС»). Иссечение наружных геморроидальных узлов проводилось аппаратом «Forcetriad».

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все больные оперированы под спинальной анестезией. При выполнении HAL-RAR, наряду с лифтингом узлов, происходит и уменьшение компенсаторного сброса в наружное геморроидальное сплетение, что значительно уменьшает объем ткани наружных геморроидальных узлов. 82 (24,8%) больным не производилось удаление наружных узлов, а 248 (75,2%) больным удалялись наружные узлы в значительно меньшем объеме. Несмотря на то, что наружные геморроидальные узлы в группе, которым не удалялся наружный геморроидальный компонент, значительно уменьшились после операции, вновь увеличение данного компонента в первые 12 месяцев произошло у 31 (37,8%) больного и в 11 (13,4%) случаях был тромбоз наружного геморроидального узла. В группе, где удалялся наружный геморроидальный компонент одномоментно во время операции, повторного увеличения наружного геморроидального компонента в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде и осложнений в виде тромбоза наружного геморроидального узла не отмечалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение методики HAL-RAR возможно при комбинированном геморрое. А удаление

одномоментно наружных геморроидальных узлов позволяет избежать в будущем повторных операций по поводу геморроя.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ LIFT ПРИ ПЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩАХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОДНОГО ДНЯ

Зубенков М.В., Осмоловский С.В., Харабет Е.И.
Медицинский центр «Глобал Клиник», Н.Новгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. По данным зарубежной литературы, распространенность свищей прямой кишки в европейских странах составляет 10,4-23,2 человек на 100 000 населения. В 2006 году Arun Rojanasakul разработал способ лигирования свищевого хода в межсфинктерном слое (The Ligation of Intersphincteric Fistula Tract – LIFT). Операция LIFT является малоинвазивной операцией, а простота и малотравматичность данной операции позволяет производить ее в условиях стационара одного дня пребывания.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность методики LIFT, возможность применения ее в условиях стационара одного дня, а также вероятность послеоперационных осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2015 по 2018 гг. с применением методики LIFT в мед. центре «Глобал Клиник» (г. Н.Новгород) было прооперировано 12 больных, из них 9 (75%) мужского пола и 3 (25%) женского. В исследование включены пациенты в возрасте от 27 до 58 лет, с полными свищами прямой кишки и отсутствием затеков и больших полостей в параректальной клетчатке. Транссфинктерное расположение свищевого хода выявлено у 10 (83%) больных, а экстрасфинктерное – у 2 (17%) больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все больные оперированы под спинальной анестезией в условиях стационара одного дня пребывания. Период наблюдения за пациентами от 3 до 25 месяцев. Послеоперационный болевой синдром 3-4 по шкале VAS. Период нетрудоспособности составил 15-25 дней. Ранних послеоперационных осложнений и явлений анальной инконтиненции не отмечалось. В процессе наблюдений рецидив выявлен у 2 (17%) пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Использование LIFT метода позволяет произвести операцию в условиях стационара одного дня пребывания, с малыми сроками нетрудоспособности и не выраженным послеоперационным болевым синдромом, а также является эффективным и безопасным методом лечения.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ АМБУЛАТОРНЫХ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ОКРУЖНОГО ЦЕНТРА КОЛОПРОКТОЛОГИИ Г. СУРГУТА

Ильканич А.Я., Курбанов С.С.

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»
БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка эффективности выполнения отдельных проктологических операций в условиях дневного стационара по профилю «колопроктология».

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Целью организации дневного стационара по профилю «колопроктология», было

проведение диагностических, лечебных или реабилитационных мероприятий пациентам, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения при условии применения современных технологий лечения, обследования и в соответствии со стандартами ведения проктологических больных. За период 2014-17 гг. в дневном стационаре окружного Центра колопроктологии г. Сургута были оперированы 403 пациента: 163 (40,4%) больных мужского пола и 240 (59,6%) женщин. Операции выполнены с учетом стадии заболевания, возможности динамического наблюдения, доступности обращения в случае развития осложнений. Лигирование внутренних геморроидальных узлов II стадии выполнено 208 (51,6%) больным. Удаление наружных геморроидальных узлов проведено – у 74 (18,3%) пациентов, гипертрофированных анальных бахромок – у 31 (7,7%), полипов анального канала – у 80 (19,9%) оперированных. Инфракрасная фотокоагуляция выполнена – 10 (2,5%) пациентам. Проведена оценка непосредственных результатов лечения. Определены преимущества выполнения вмешательств в амбулаторных условиях.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. При анализе результатов лечения отмечено ежегодное увеличение числа пациентов, хирургическое лечение которым выполнено в амбулаторных условиях. Так, в 2014 г. пролечено 78 (19,4%) пациентов, в 2015 г. – 84 (20,8%), в 2016 г. – 117 (29%), в 2017 г. – 124 (30,8%) больных. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Для больных, оперированных в амбулаторных условиях, оформление листа нетрудоспособности потребовалось 38 (9,4%) больным. При этом, период нетрудоспособности составил $6,3 \pm 2,3$ дня, что оказалось значительно меньше, в сравнении с пациентами, оперированными в условиях круглосуточного стационара, общая длительность нетрудоспособности у которых составила $28,7 \pm 3,2$ дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Выполнение хирургических вмешательств при отдельных формах заболеваний колопроктологического профиля повышает эффективность лечения, обеспечивая снижение числа послеоперационных осложнений и сокращение длительности нетрудоспособности.

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ТАЗОВЫМ ПРОЛАПСОМ

Ильканич А.Я., Матвеева А.С., Лопатская Ж.Н.

Сургутская окружная клиническая больница, Сургут, Россия

ЦЕЛЬ. Оценить удовлетворенность пациенток результатами хирургического лечения тазового пролапса при использовании сетчатых имплантов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ результатов лечения 78 пациенток с пролапсом тазовых органов. Выделены три группы с учетом анатомического дефекта. Группа А (n=35) – ректоцеле (сочетание апикального пролапса с дефектом ректо-вагинальной фасции), группа В (n=29) – цистоцеле. (сочетание апикального пролапса с дефектом лобково-шеечной фасции), группа С (n=14) – апикальный / постгистерэктомический пролапс. Стадия генитального пролапса оценивалась по POP-Q, нарушение дефекации, мочеиспускания – при использовании вопросника PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory). При выполнении хирургического вмешательства использована стандартизованная хирургическая техника. Всем больным группы С (n=14) больным была выполнена билатеральная крестцово-остистая фиксация с использованием

сетчатого импланта «УроСлинг-1». При хирургическом лечении пациенток группы В (n=29) использовали сетчатый имплант «Пелвикс передний». В группе А (n=35) для реконструкции тазового дна применен «Пелвикс задний». Для оценки результатов лечения использован вопросник PFDI-20, позволяющий дать комплексную оценку симптомам пролапса тазовых органов и нарушениям функций мочевого пузыря и кишечника.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Все больные после операции отметили улучшение соматического состояния и качества жизни. По данным проведенного анкетирования зафиксировано значительное улучшение качества жизни оперированных женщин. В группе А до операции средний балл составлял $150,2 \pm 43,3$, после операции – $29,7 \pm 26,1$. В группе В – $176,7 \pm 31,6$ и $35,9 \pm 23,4$, в группе С – $109,3 \pm 48,2$ и $24,1 \pm 25,8$, соответственно. Это отражает высокую удовлетворенность пациенток результатом. Женщины вернулись к полноценной жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Лечение тазового пролапса путем установки сетчатых имплантов является эффективным и безопасным методом лечения, показывающим хороший результат в отдаленном послеоперационном периоде. Оценка удовлетворенности пациенток показывает хороший результат в 91,9% случаев.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПЕРАЦИИ LIFT В ЛЕЧЕНИИ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Каторкин С.Е., Журавлев А.В.,
Чернов А.А., Краснова В.Н.

ФГБОУ ВО СамГМУ, Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Прямокишечный свищ (ПС) – частая причина госпитализации пациентов в отделение колопроктологии. Рецидивы чрессфинктерных и экстрасфинктерных ПС составляет 9-50%, недостаточность анального сфинктера достигает 40%. Лечение ПС направлено на устранение внутреннего свищевого отверстия, иссечение периферической части ПС, сохранение запирательной функции анального сфинктера. Проктопластика со смещением слизисто-подслизистого лоскута, характеризуется незначительной травмой анального сфинктера. Основной недостаток – ретракция мобилизованного лоскута, нарушение иннервации и чувствительности, развитие инконтиненции.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты лечения экстра- и чрессфинктерных ПС путем пересечения свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Методом LIFT оперировано 84 пациента (58 мужчин, 26 женщин). Средний возраст – $46 \pm 0,7$ лет. У 52 (62%) пациентов выявлен чрессфинктерный, у 32 (38%) – экстрасфинктерный ПС. Передняя локализация была у 38 (45,2%), задняя – у 46 (54,8%) пациентов. Длительность заболевания от 4 мес. до 5 лет. Недостаточности анального сфинктера до операции не отмечено.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Послеоперационный период длился от 3 до 5 сут. Болевой синдром незначительный вследствие отсутствия повреждения анодермы. В послеоперационном периоде у 5 больных было нагноение раны. Больные прослежены в сроки от 6 до 24 мес. Медиана наблюдения составила 10,4 мес. У всех пациентов, перенесших LIFT, признаков недержания анального сфинктера не отмечено. Рецидив выявлен у 14 (16,6%) больных с формированием интрасфинктерного ПС. Всем больным выполнено рассечение свища в просвет прямой кишки. Сроки полной реабилитации составили 15 дней.

ВЫВОДЫ. 1. Операция LIFT является легко выполни-

мой хирургической методикой, не требующей использования дополнительного оборудования и дорогостоящих расходных материалов.

2. Выздоровление больных отмечено в 83,4%, при минимальном воздействии на функцию анального сфинктера.

3. Операция LIFT должна применяться у отобранных пациентов с чрессфинктерными и экстрасфинктерными ПС I-II степени сложности, коротким свищевым ходом, у которых получены наилучшие результаты.

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАРЕКТАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ

Каторкин С.Е., Разин А.Н., Журавлев А.В.,
Чернов А.А., Шамин А.В., Тулупов М.С.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара,
Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хронический парапроктит с экстрасфинктерным расположением свищевого хода выявляется лишь в 15-30%. Актуальность обусловлена высокой частотой рецидивов заболевания, достигающей 30-80% от общего количества оперированных по поводу данной патологии, а так же недостаточностью анального сфинктера, развивающейся у 5-75% пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты лечения пациентов со сложными параректальными свищами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты обследования и оперативного лечения 144 пациентов со сложными свищами прямой кишки. Проводилось клиническое и инструментальное обследование. Предложенный способ пластической коррекции осуществлен у 74 (59,7%) пациентов (1 группа). На данный способ получен патент на изобретение № 2491024 от 27.08.13. Проктопластика с боковым смещением слизисто-подслизистого лоскута прямой кишки выполнена в 70 (48,6%) наблюдениях (2 группа). Оценка результатов оперативного лечения пациентов проведена в раннем (до 3 месяцев) и отдаленном (до 4 лет) послеоперационном периодах.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем послеоперационном периоде кровотечения из послеоперационной раны в 1 группе не наблюдалось, во 2 – было в 4 (5,7%) наблюдениях. Нагноение операционной раны выявлено в 1 группе у 3 (4,1%), во 2 – у 4 (5,7%) пациентов. Острая задержка мочи среди больных 2 группы наблюдалась у 7 (10,0%) пациентов, среди больных 1 группы – у 6 (8,1%). Ранний рецидив свища был отмечен у 2 (2,7%) пациентов основной и 4 (5,7%) контрольной групп. Средний период реабилитации в 1 группе составил $28,3 \pm 2,85$ дней, во 2-й – $35,6 \pm 5,95$ дней. В отдаленном периоде (n=122): рецидив заболевания в 1 группе у 10 (16,1%), во 2 – у 20 (33,3%) пациентов. Недостаточность анального сфинктера в 1 группе не зафиксирована, во 2 группе – у 5 (8,3%) пациентов. У всех 5 больных анальная инконтиненция не превышала 1 ст. по Н.М.Аминеву (не более 5 баллов по шкале Векснера).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предложенный способ оперативного лечения пациентов с экстрасфинктерными и высокими чрессфинктерными параректальными свищами является патогенетически обоснованным и эффективным методом лечения.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ СКАЛЬПЕЛЕМ

Кузьминов А.М., Мухин И.А., Фоменко О.Ю.,
Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Вышегородцев Д.В.
ФГБУ «ГНЦК им.А.Н.Рыжих» Минздрава России,
Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В структуре колопроктологических заболеваний геморрой занимает одно из первых мест. Частота встречаемости геморроя среди всех колопроктологических заболеваний составляет до 40%. При хирургическом лечении геморроя 3-4 стадии нередко отмечаются такие осложнения, как недостаточность анального сфинктера 1,8-4%, стриктура анального канала – до 8%, кровотечение – 2-10%. Потеря трудоспособности может составлять до 1,5 месяцев. Геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем является одним из наиболее эффективных хирургических методов лечения хронического геморроя 4 стадии.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов лечения пациентов с 4 стадией геморроя.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России в период с 2015 по 2017 гг. было оперировано 500 пациентов по поводу комбинированного геморроя 4 стадии, из них 281 (56,2%) мужчина и 219 (43,8%) женщины. Возраст пациентов составил от 18 до 76 лет. Продолжительность заболевания варьировала от 1 года до 30 лет. Всем больным до и после операции на 10 и 45 день проводилось комплексное обследование: сбор анамнеза, пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия, профилометрия, ультразвуковое исследование ректальным датчиком, колоноскопия, анкетирование по опросникам VAS и по опроснику QoLSF-36.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Метод ультразвуковой геморроидэктомии является малотравматичным, а продолжительность его составляет всего 18,0±3,0 мин. Результаты хирургического лечения больных геморроем 4 стадии прослежены в сроки от 45 дней до 1 года. Интраоперационных осложнений диагностировано не было. В раннем послеоперационном периоде в сроки до 10 дней, у 10 (2,0%) пациентов развилось кровотечение из ран анального канала, что потребовало прошивания кровоточащих участков. Выраженный болевой синдром, оцененный в 7-10 баллов, диагностирован у 25 (5,0%) человек. Длительно незаживающие раны диагностированы у 30 (6,0%) человек в сроки от 2 до 3 месяцев, а у 50 (10,0%) человек отмечены тенезмы. По данным аноректальной манометрии, выполненной на 45 сутки после операции у 30 (6,0%) человек, отмечалось снижение показателей анального давления в покое, что косвенно свидетельствует о снижении тонуса внутреннего сфинктера, 10 (2,0%) из этих пациентов предъявляли жалобы на периодическое недержание газов, что соответствует недостаточности анального сфинктера 1-2 степени. При оценке качества жизни пациентов использованная нами анкета QoLSF-36 позволила провести анализ состояния физического (PH) и психического (MH) здоровья. Так на 10 сутки после операции полученные показатели PH=42,76±8,16 баллов, MH=41,37±6,06 баллов, соответствовали среднему качеству жизни пациентов, на 45 день, при оценке качества жизни, выявлено увеличение баллов PH=44,77±7,68 баллов, MH=43,46±5,60 баллов, как психического, так и физического состояния пациентов, что свидетельствует об улучшении качества жизни по сравнению с ранним послеоперационным периодом.

ВЫВОДЫ. Несмотря на небольшое количество осложнений, таких как кровотечение, развившееся в после-

операционном периоде у 10 (2,0%) пациентов, отсутствие стриктур анального канала, у 30 (6,0%) пациентов при оценке функционального состояния тонуса сфинктера, нами отмечено снижение показателей, клинические проявления недостаточности анального сфинктера 1-2 степени отмечены у 10 (2,0%) пациентов. В связи с этим мы считаем, что пациентам с недостаточностью анального сфинктера целесообразно проведение реабилитационных мероприятий, а именно лечение по принципу биологической обратной связи, анальной электростимуляции и тиббиальной нейромодуляции.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кузьминов А.М., Фролов С.А., Королик В.Ю.,
Минбаев Ш.Т., Черножукова М.О.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава РФ, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургическое лечение неполных внутренних свищей прямой кишки является сложной задачей, и связано это с особенностями свищевого хода и отсутствием наружного свищевого отверстия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 2014 до 2017 гг. нами был проведен проспективный, одноцентровой анализ 156 пациентов с неполными внутренними свищами различной сложности криптогенного генеза. При этом мы оценивали: количество перенесенных оперативных вмешательств и их особенности. На догоспитальном этапе всем пациентам выполнялось МРТ органов малого таза с в/в контрастированием и трансректальное УЗИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Мы проанализировали зависимость объема хирургического вмешательства и развития рецидива заболевания. Наибольшее количество рецидивов наблюдалось после иссечения свища с ушиванием сфинктера (18%). При этом осложнения при иссечении свища с пластикой внутреннего свищевого отверстия полнослойным лоскутом стенки прямой кишки и иссечения свища по типу «марсуализации» были одинаковыми 13,6% и 14,2%, соответственно. Из трех пациентов, которым было выполнено хирургическое вмешательство в объеме иссечения свища с сфинктеропластикой, рецидив заболевания отмечен у одного больного, которому лечение выполнялось в один этап. Учитывая статистически значимое влияние на частоту развития рецидива заболевания таких факторов как общее количество затеков (>1) (p=0,002) и сложность свищевого хода (p=0,031), при сложных неполных внутренних свищах прямой кишки целесообразно выполнять хирургическое лечение в два этапа. При этом рецидив заболевания наблюдался у 20,9% (9/43). При хирургическом лечении в объеме иссечения свища с ушиванием сфинктера рецидив наблюдался у 18% пациентов, при этом неполный внутренний транссфинктерный свищ прямой кишки с наличием межсфинктерного затека диагностирован у 4/6 (67%) пациентов. Таким образом, хирургическое лечение у данной категории должно выполняться либо в два этапа с проведением дренирующей лигатуры, либо с частичным ушиванием сфинктера.

ВЫВОДЫ. При простых неполных внутренних свищах прямой кишки достаточно эффективной операцией является иссечение свища в просвет кишки. При этом рецидив заболевания наблюдался у 5,8% (6/104). Основным фактором риска рецидива заболевания является наличие гнойного затека в параректальных клетчаточных пространствах и сложность свищево-

го хода. Мы считаем, что эти два фактора являются решающими в выборе двухэтапного лечения сложных неполных внутренних свищей прямой кишки, несмотря на то, что нами не было получено статистически значимой разницы.

АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Кривчикова А.П., Абулатифа А.М., Аленичева М.С., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Братищева Н.Н.

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» МЗ РФ, Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний при опущении тазовых органов является ректоцеле. Однако до настоящего времени не существует стандартов в выборе метода коррекции данной патологии. Рецидивы и неудовлетворительные результаты хирургического лечения ректоцеле составляют 25-30%.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Выбор оптимальной тактики хирургического лечения ректоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ отдаленных результатов хирургического лечения ректоцеле с использованием методик задней кольпорафии (ЗКР) у 67 пациенток, ЗКР в сочетании со степлерной трансанальной резекцией прямой кишки (STARR) у 46 пациенток, сакрокольпопексии с использованием синтетического импланта (СКПСИ) у 42 пациенток.

Результаты оценивались с помощью клинических, рентгенологических, ультразвуковых и МРТ методов исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При оценке по системе POP-Q установлена нормализация положения точек Ar и Br у больных всех групп. Дислокация точки С и уменьшение TVL отмечено у 25 (37,3%) пациенток, перенесших ЗКР. 15 (32,6%) пациенток перенесших ЗКР в сочетании со STARR. Рентгенологически у больных с дислокацией точки С диагностировано «верхнее» ректоцеле. Ретроспективный анализ МРТ до операции показал повышенную подвижность маточно-шеечного сегмента у этих пациенток $17,4 \pm 1,6$ мм (у здоровых женщин $8,1 \pm 0,8$ мм). В отдаленном послеоперационном периоде отмечено прогрессирующее опущение маточно-шеечного сегмента, в среднем, на $7,6 \pm 0,8$ мм, по сравнению с дооперационными данными. У 17 (40,4%) пациенток, перенесших СКПСИ, до операции также отмечена повышенная подвижность маточно-шеечного сегмента. В послеоперационном периоде отмечена нормализация его подвижности и уровня. Дислокации точки С после проведения у пациенток этой группы не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Одной из причин развития рецидива ректоцеле после хирургического лечения является нескоррегированный апикальный пролапс. ЗКР, в том числе дополненная операцией STARR, неэффективны для коррекции ректоцеле у больных со слабостью апикальной поддержки. Использование СКПСИ позволяет осуществить коррекцию ректоцеле и укрепить связочный аппарат матки.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ С АПИКАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКОЙ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Кривчикова А.П., Абулатифа А.М., Аленичева М.С., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Братищева Н.Н.

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» МЗР, Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ определяется частотой встречаемости ректоцеле у женщин всех возрастов, достигающей 50% в перименопаузе и неудовлетворительными результатами лечения у 25-30% пациенток.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – улучшение результатов хирургического лечения ректоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. 42 пациенткам с ректоцеле III степени и слабостью связочного аппарата матки произведена внутрибрюшная сакрокольпопектопексия с использованием сетчатого импланта. Для оценки результатов использовались клинические методы, дефекография, УЗИ, аноректальные функциональные тесты, МРТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Через 5 лет после оперативного лечения при оценке по системе POP-Q 0 степень пролапса диагностирована у 30 (71,5%) пациенток, I ст. – у 12 (28,5%) пациенток. Эти данные соответствовали результатам дефекографии: размеры ректоцеле перед оперативным вмешательством составляли $4,8 \pm 0,7$ см. В отдаленном периоде рецидива, т.е. ректоцеле II-III ст. не отмечено ни у одной пациентки: у 30 (71,5%) пациенток размер выпячивания не превышал 1 см, в среднем, $0,9 \pm 0,1$ см, у 12 (28,5%) пациенток ректоцеле соответствовало II степени, размеры выпячивания были не более 2 см, в среднем, $1,6 \pm 0,4$ см. У большинства больных отмечено улучшение функции опорожнения. У 4 (9,5%) запоры сохранялись, что объяснялось постепенным опущением слизистой прямой кишки в послеоперационном периоде. Скорость эвакуации бария составила у них $12,7 \pm 2,6$ г/сек, до операции – $17,3 \pm 1,5$ г/сек ($P < 0,05$); у остальных – $7,8 \pm 0,9$ г/сек, достоверно не отличаясь от нормы, $5,6 \pm 0,9$ г/сек. Улучшились также функциональные показатели: порог чувствительности $26,1 \pm 1,2$ мл ($31,9 \pm 1,7$ мл); объем, вызывающий позыв на дефекацию $75,2 \pm 3,7$ мл ($85,2 \pm 3,7$ мл); эластичность прямой кишки $6,6 \pm 1,0$ ($8,9 \pm 1,1$) мл/мм рт. ст. В скобках приведены данные до операции. МРТ показало уменьшение подвижности маточно-шеечного сегмента: $10,2 \pm 1,2$ мм, по сравнению с дооперационными показателями: $17,2 \pm 2,4$ мм ($P < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Интраабдоминальная сакрокольпопектопексия является эффективным методом хирургического лечения ректоцеле у пациенток со слабостью апикальной поддержки влагалища.

ЛЕЧЕНИЕ РАН ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Гобеджишвили В.В., Жабина А.В.

«Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Частота заболевания, рецидивов у 8-12% больных острым парапроктитом (ОП) определяет актуальность темы.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты лечения пациентов с ОП.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Радикально пролечен 191 больной с разными формами ОП. Основную группу составили 94 (49,2%) пациента, у которых при лечении ран промежности применяли мазь Стелланин ПЭГ, у 97 (50,8%) больных контрольной группы – традиционные средства антисептики. У пациентов основной группы в мазках-отпечатках к 3-м суткам значительно уменьшалось количество флоры, увеличивалось количество макрофагов, гистиоцитов. На 5-е сутки микрофлора определялась в незначительном количестве, увеличивается количество полибластов, фибробластов. В контрольной группе эти изменения наступали на 6-7 сутки. Полное очищение раны у больных контрольной группы наступало на 7 сутки, грануляции появлялись к 5-6 суткам, эпителизация – к 8-9 суткам. В основной группе: очищение – на 4-5 сутки, грануляция – на 4 сутки, эпителизация – на 7 сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Явления дискомфорта в области ануса возникли у 20 (16,6%) пациентов контрольной группы и у 15 (7%) – основной.

ВЫВОД. При лечении ран промежности с применением мази Стелланин ПЭГ сокращены сроки их заживления, за счет формирования нежного послеоперационного рубца получены лучшие функциональные результаты.

ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ

Лахин А.В., Лахин А.А.

ЛОКБ, Липецк, Россия

Острый парапроктит – гнойное воспаление параректальных клетчаточных пространств: (по нашим данным)

- подкожный и подслизистый парапроктиты (57%),
- ишиоректальный (40%),
- пельвиоректальный (1,8%),
- ретроректальный (1,2%),
- межфимктерный (0,001%).

> Воспалительный процесс может возникать в любой, а в более тяжелых случаях даже в нескольких из этих областей, что осложняет как диагностику, так и оперативное лечение.

> Парапроктит может иметь разные причины, но основную роль в возникновении заболевания играет инфекция. Обычно это сразу несколько возбудителей (микст): стафилококки, стрептококки, анаэробная флора, протей и обязательно – кишечная палочка.

> Микробный возбудитель может попадать в клетчаточные пространства не только из прямой кишки, но и из любого очага хронической инфекции (кариес, тонзиллит, синусит и т.д.) гематогенным или лимфогенным путём. Это крайне редкие случаи, в нашем отделении таких случаев не зарегистрировано.

> Единственный метод лечения, позволяющий устранить острый парапроктит – операция.

> Операция проводится под внутривенной, спинномозговой анестезией или с использованием масочного наркоза, ЭТН.

> Операция должна выполняться сразу же после установления диагноза.

Отделение колопроктологии Липецкой областной клинической больницы с 1989 года оказывает круглосуточную специализированную помощь.

За период с 2001 по 2016 гг. в отделение колопроктологии ГУЗ ЛОКБ поступило 1913 пациентов с диагнозом: Острый парапроктит.

Распределение по полу: мужчины – 64%, женщины – 36%.

Преобладающая возрастная группа – 35-45 лет (~80%). По микробиологическому пейзажу: гнилостно-некротический парапроктит выявлялся в 5,6%, в том числе,

с преобладанием анаэробной микрофлоры (0,9%).

За анализируемый период умерло 5 пациентов, что составило 0,26%. Летальность отмечена только в группе пациентов с диагнозом: гнилостно-некротический парапроктит и составила 4,6% от общего числа пациентов в этой группе. Все пациенты имели тяжелый общесоматический статус.

ВЫВОДЫ. Острый парапроктит – это очень серьёзное хирургическое заболевание, которое должен лечить только квалифицированный врач-колопроктолог.

МАРСУПИАЛИЗАЦИИ НЕПРЕРЫВНЫМ ШВОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ КОПЧИКОВОЙ КИСТОЙ

Личман Л.А., Каторкин С.Е., Андреев П.С., Давыдова О.Е.

ФГБОУ ВВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Эпителиальная копчиковая киста – заболевание, поражающее людей молодого трудоспособного возраста, составляет около 1-2% всей хирургической патологии.

Радикальный способ лечения – это полное иссечение эпителиальной копчиковой кисты. Учитывая локализацию патологического образования и наличие обширного дефекта после удаления эпителиальной копчиковой кисты, о способах закрытия образовавшейся раны ведется множество дискуссий. Предложено множество оперативных методик закрытия послеоперационной раны, но частота рецидивов и послеоперационных осложнений остаются достаточно высокими.

В проспективном сравнительном исследовании, проведенном в клинике госпитальной хирургии Клиник ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава РФ в период с 2016 по 2018 гг. приняли участие 112 пациентов с эпителиальной копчиковой кистой. Пациенты методом случайной выборки были разделены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту и анамнезу. Пациентам основной группы (n=44) было выполнено разработанное оперативное лечение – иссечение эпителиальной копчиковой кисты с марсупиализацией непрерывным швом. Пациентам контрольной группы (n=68) было выполнено иссечение эпителиальной копчиковой кисты со швами по Мошковичу.

Длительность операции в основной и контрольной группе, соответственно, 21,9±4,3 мин. и 30,9±5,4 мин. В послеоперационном периоде на пятые сутки проводили УЗИ мягких тканей области послеоперационной раны для оценки зоны инфильтрации, которые составили 5,3±1,0 и 10,7±0,92 мм, соответственно. Проводилась динамика болевого синдрома в послеоперационном периоде в обеих группах с помощью визуально-аналоговых шкал боли (VAS). Отмечается снижение болевого синдрома у пациентов основной группы. Отмечено снижение сроков стационарного лечения: основная группа 7,08±1,5 и контрольная группа 9,2±1,5 дня. Сроки реабилитации в основной и контрольной группах, соответственно, 21,8±3,1 и 31,5±4,1 дня. Несостоятельность кожных швов отмечено у 2 (4,7%) пациентов основной группы и у 16 (23,5%) пациентов контрольной группы. Все полученные данные свидетельствуют об эффективности предложенной оперативной методики как способа оперативного лечения пациентов с эпителиальной копчиковой кистой.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ МЕСТНЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ НИТРОГЛИЦЕРИНОВОЙ МАЗИ

Маракуца Е.В., Ботезату А.А., Монул С.Г.

Приднестровский государственный университет
им. Т.Г.Шевченко, Тирасполь, Молдова

АКТУАЛЬНОСТЬ. Наиболее эффективным методом лечения хронической анальной трещины (ХАТ) является латеральная внутренняя анальная сфинктеротомия, которая может быть выполнена под местной анестезией и приводит к излечению примерно у 95% пациентов, но может приводить к различным степеням анального недержания. Местное применение нитратов для снижения анальной гипертензии стало первой линией терапии ХАТ и оказало существенное влияние на сокращение числа хирургических вмешательств, особенно в некоторых европейских странах.

ЦЕЛЬ. Мы исследовали влияние местного применения нитроглицерина на ХАТ.

МЕТОДЫ. 23 пациента (15 женщин и 8 мужчин, средний возраст 39 лет) с ХАТ получали 0,4% нитроглицериновую мазь (НМ). Оценка боли оценивалась с помощью Визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Манометрию проводили у 18 пациентов. Максимальное анальное давление покоя (МАДП) измеряли до и через 30 минут после местного применения НМ. Все пациенты были повторно осмотрены через 2 года после прекращения лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У всех пациентов были ХАТ с анальным спазмом и болями. Было выявлено 19 задних и 4 передних трещины. Боль купировалась в течение 5 минут после применения НМ. Средний балл боли (ВАШ) был 6,03 до, 0,69 спустя 30 минут, 0,58 через 1 неделю и 0,53 через 3 недели после применения НМ ($P < 0,001$). Кроме того, была показана корреляция между уменьшением боли и улучшением всех компонентов качества жизни (активность, беспокойство/депрессия). МАДП заметно снижалось через 30 минут после применения НМ с $112 \pm 6,7$ mm Hg до $68 \pm 4,3$ mm Hg ($P < 0,05$). У 57% пациентов (13/23) метод был эффективен в течение 2 лет, а у 22% пациентов (5/23) наступил рецидив после прекращения действия НМ. Операция потребовалась двум пациентам (9%), у которых трещина полностью не заживала в течение 3 недель. Были отмечены легкая головная боль (у 9%) и головокружение (у 13%), которые хорошо переносились при уменьшении дозы.

ВЫВОДЫ. Местное применение НМ, по-видимому, является эффективной и безопасной альтернативой при лечении ХАТ.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА В СОЧЕТАНИИ СО СТРИКТУРОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Муравьев А.В., Ефимов А.В., Линченко В.И.,
Муравьев К.А., Бруснев Л.А.

«Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Сочетание недостаточности анального сфинктера со стриктурой прямой кишки – достаточно редкая патология. Часто это сочетание встречается у больных с огнестрельными ранениями дистальной части прямой кишки с наложением превентивной колостомы.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Разработать оптимальный вариант

выбора метода лечения, в зависимости от выраженности стриктуры и степени недостаточности анального сфинктера.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с 1997 по 2018 гг., под нашим наблюдением находилось 18 больных с недостаточностью анального сфинктера в сочетании со стриктурой прямой кишки. Все пациенты были мужчинами. 13 больных с огнестрельными ранениями прямой кишки, полученными во время боевых действий и 5 пациентов с бытовыми травмами. Основными клиническими симптомами у них были: затрудненный акт дефекации, постоянное выделение слизи и жидкого кала, мацерация и экзема перианальной области. По степени сужения все стриктуры мы разделили на компенсированные (сужение до 2-3 см при дилатометрии) всего 4, субкомпенсированные (сужение до 1-2 см) – 6 пациентов, декомпенсированные (сужение менее 1 см) – 8 больных. При субкомпенсированных стриктурах в предоперационном периоде проводилось бужирование стриктуры до состояния компенсации (3 см при дилатометрии), затем выполнялась сфинктеролевавторопластика. Больным с декомпенсированным стенозом одновременно выполняли сфинктеролевавторопластику с пластикой анального канала кожным трапецевидным лоскутом.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем послеоперационном периоде у 2 больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны, у 1 частичный некроз кожного трансплантата. Функция анального сфинктера восстановлена полностью у 13 (72,2%), недержание газа сохранилось у 4 (22,2%) и недержание жидкого кала – у 1 (5,6%).

ВЫВОДЫ. При недостаточности анального сфинктера в сочетании с сукомпенсированной стриктурой прямой кишки перед операцией показано поэтапное бужирование. При наличии декомпенсированной стриктуры показана одномоментная сфинктеролевавторопластика с кожной пластикой анального канала.

ПРОФИЛАКТИКА АНАЛЬНОГО СТЕНОЗА

Муравьев А.В., Лысенко О.В., Лаврешин П.М.,
Муравьев К.А., Галстян А.Ш., Оверченко Д.Б.

«Ставропольский Государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Частота выявления рубцовых анальных стенозов после оперативных вмешательств колеблется в пределах 1,7-9%. Как самая частая причина развития стеноза анального канала большинством хирургов указывается геморроидэктомия.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Путем выявления склонности к развитию избыточного рубцеобразования, разработки и внедрения новой модификации операции, улучшить результаты лечения больных хроническим геморроем с предрасположенностью к грубому рубцеобразованию.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В исследование включены 316 больных хроническим геморроем, имевших склонность к развитию избыточного рубцевания.

Группу сравнения составили 168 пациентов. В основную группу включены 148 больных. Для прогнозирования развития избыточного рубцеобразования использована тест-система на основе магнимоносорбентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. У больных группы сравнения выполнена классическая геморроидэктомия.

Большим основной группы выполнена геморроидэктомия по разработанной нами методике.

Профилактика избыточного рубцеобразования включала: введение в/м 1 раз в 3 дня Лонгидазы № 10; нанесение геля Галодерм на фоне системной десенси-

билизирующей терапии; при наступлении эпителизации – ультрафонофорез с гелем Контрагубекс № 10-12; электрофорез с Лидазой 64 Ед № 10.

На фоне комплексного профилактического лечения у больных хроническим геморроем вероятность развития патологического рубцобразования снижалась, в среднем, в 2,7 раза. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности лечения, включающего противорубцовую терапию и геморроидэктомию по нашей методике.

ВЫВОДЫ. 1. У пациентов, оперируемых по поводу хронического геморроя, для выбора метода хирургического вмешательства, необходимо выявлять предрасположенность к патологическому рубцеванию.

2. Предложенные лечебно-профилактическая тактика и модификация геморроидэктомии у больных хроническим геморроем со склонностью и избыточному рубцобразованию позволили значительно уменьшить количество послеоперационных осложнений, улучшить функциональные результаты лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В АМБУЛАТОРНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Мусин А.И.^{1,2}, Ульянов А.А.², Жижин Н.К.²

¹ Кафедра Госпитальной хирургии № 1 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова,

² ЗАО Центральная поликлиника Литфонда, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В последние годы все чаще обсуждается вопрос о целесообразности и эффективности выполнения хирургических вмешательств в амбулаторных условиях, таких как геморроидэктомия, иссечение анальных трещин, свищей прямой кишки при заболеваниях анального канала. Это обусловлено внедрением стационара краткосрочного пребывания в городских колопроктологических центрах, совершенствованием методик и техник хирургических вмешательств, а так же появлением специализированного оборудования для выполнения операций.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность и безопасность выполнения хирургических вмешательств на анальном канале в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ЗАО Центральная поликлиника Литфонда за период с 2015 по 2017 гг. выполнено 869 хирургических вмешательств. Из них 184 (21,2%) операции выполнены по поводу хронического геморроя, 288 (33,1%) вмешательств – по поводу анальных трещин, 86 (9,8%) – по поводу свищей прямой кишки. При 2 и 3 стадии геморроя нами использовался метод дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с мукопексией слизистой, при 4 стадии болезни – открытую геморроидэктомию. Иссечение анальных трещин проводилось стандартной методикой после дивульсии анального сфинктера. Анальные фистулы иссекались в просвет кишки при вовлечении 1/3 наружного сфинктера. При высоких транссфинктерных свищах выполнялась перевязка свищевого хода в межсфинктерном пространстве или лигатурный метод. Выбор анестезиологического пособия зависел от вида хирургического вмешательства, а также индивидуальных особенностей пациента. Для геморроидэктомии и иссечение высоких свищей использовалась исключительно спинномозговая анестезия. При анальных трещинах в 185 (64,2%) случаев – блокада полового нерва в сочетании местной инфильтрационной анестезией, у остальных 103 (35,7%) – спинномозговая анестезия. В послеоперационном периоде после стабилизации состояния больного и полного возвра-

щения двигательной активности пациенты отпускались домой с рекомендацией схемы медикаментозного лечения без назначения наркотических анальгетиков. Наблюдение осуществляли в амбулаторном кабинете колопроктолога на 1,3,7 день послеоперационного периода и затем 1 раз в неделю.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Послеоперационный период составил от 1 до 5 часов в зависимости от вида анестезиологического пособия. При спинномозговой анестезии у 2-х пациентов отмечена задержка мочи, которая потребовала катетеризации мочевого пузыря и назначения дополнительного медикаментозного лечения, на фоне чего явления дизурии купированы. Кровотечения из р/о раны отмечено у 4 (2,1%) пациентов: у 3-х после открытой геморроидэктомии и у одного – после дезартеризации геморроидальных узлов на 3 и 4 день, что в 3-х наблюдениях потребовало экстренной госпитализации пациента в колопроктологический стационар. У одного пациента, без значимых гемодинамических нарушений, остановка кровотечения выполнена в амбулаторных условиях, после чего пациент отпущен домой. Послеоперационный болевой синдром зависел от вида хирургического вмешательства с тенденцией к снижению после 3-х суток. Начиная с 3 недели, болевой синдром отмечался исключительно после дефекации. Полная трудовая активность, без выраженных физических нагрузок восстанавливалась, в среднем, на 11,4±3,2 суток после хирургического вмешательства.

ВЫВОДЫ. Выполнение хирургических операций анальной области в стационаре краткосрочного пребывания является эффективным способом лечения с минимальным количеством осложнений в послеоперационном периоде и приводит к быстрой реабилитации пациентов с восстановлением трудовой деятельности. Однако необходим взвешенный подход к принятию решения о возможности выполнения амбулаторных операций.

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА

Наврзуов С.Н., Нарзуов Б.С., Шаймарданов Э.К.

Республиканская клиническая больница, отделение колопроктологии, Ташкент, Узбекистан

АКТУАЛЬНОСТЬ. Стандартный сбор анамнеза при дисфункции тазового дна не всегда позволяет пациентке подробно рассказать о некоторых, особенно интимных симптомах. Многие пациентки при сборе анамнеза умалчивают о недержании мочи или стула, несмотря на прямой вопрос по этому поводу, что обуславливает неадекватный объем оперативного лечения и снижение качества жизни.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Анализировать результаты психометрического метода исследования у узбекскоговорящих пациенток при дисфункции тазового дна.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении колопроктологии на базе 1-Республиканской клинической больницы изучен результат опроса 63 больных с дисфункцией тазового дна: из них 27 (42,9%) – с послеодовой анальной инконтиненцией (ПАИ), 23 (36,5%) с ректоцеле, 8 (12,7%) – с выпадением прямой кишки (ВПК) и 5 (7,9%) больных – сочетанным выпадением прямой кишки и матки (СВПКМ). Средний возраст больных составил 39,3±2,1 лет. Психометрический метод исследования проведен с помощью модифицированного в нашем отделении анкет-опросника Kings Health Questionnaire у узбекскоговорящих пациенток. При обработке данных анкет присваивались значения

от 0 до 3 баллов, где ответ «не беспокоит» – 0, «мало» – 1, «умеренно» – 2 и «значительно» – 3. Максимальное значение вопросов по поводу дисфункций тазовых органов составило 45 и влияние симптомов болезни на качество жизни 24 баллов, соответственно. Индекс тазовых дисфункций (ИТД) и индекс влияния на качество жизни (ИВКЖ) рассчитывали в процентах от максимально возможной суммы баллов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При заполнении анкет все вопросы были понятными и доступными для 62 (96,8%) исследуемых. Для самостоятельного заполнения анкет потребовалось, в среднем, 15-20 минут. Влияние клинических проявлений дисфункции тазового дна на качество жизни у больных было разным, так при ректоцеле ИТД, в среднем 36,5% снижало ИВКЖ на 43%, при ПАИ 39,5% – на 78,1%; при ВПК 49,2% – на 81,2% и при СВПКМ 76,7% – на 86,6%, соответственно.

ВЫВОДЫ. Несмотря на разнообразность клинических проявлений дисфункции тазового дна, самым значимым субъективным показателем оказалась недостаточность анального сфинктера, которая является причиной резкого снижения качества жизни у пациенток.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПОСЛЕРОДОВОЙ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ

Наврузов С.Н., Нарузов Б.С., Шаймарданов Э.К.

1-Республиканская клиническая больница, отделение колопроктологии, Ташкент, Узбекистан

АКТУАЛЬНОСТЬ. Роды являются основной причиной недержания кала и газов у женщин, но это не привлекает достаточного внимания акушеров-гинекологов. Послеродовая недостаточность анального сфинктера встречается у 6,36% женщин, причем у первородящих в 9 раз чаще.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов хирургической коррекции больных, с послеродовой анальной инконтиненцией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении колопроктологии на базе 1-Республиканской клинической больницы МЗ РУз прооперировано 164 больных с послеродовой анальной инконтиненцией. Возраст больных колебался от 24 до 62 лет (средний – 44,6±5,8 года). В зависимости от выбора метода предоперационной подготовки и способа оперативного пособия больные были разделены на 2 группы: в контрольную группу вошли 81 (ретроспективный анализ), а основную группу составили 83 больных. Больным контрольной группе проведена передняя сфинктеролеваторопластика традиционным способом, а больным основной группы сфинктеролеваторопластика была выполнена предложенным нами модифицированным способом.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Сравнения по продолжительности операции показали, что в контрольной группе длительность операции составила, в среднем, 80,3±5,7 минут, а этот показатель в основной группе составил 58,3±6,2 минут ($t=2,61$; $p>0,05$). Уменьшение продолжительности операции объясняется тем, что при выполнении модифицированной сфинктеролеваторопластики применены однорядные швы. Также в послеоперационном периоде продолжительность койко-дней уменьшилась (7,5±0,5 дней в контрольной группе и 5,4±0,4 дней – в основной группе; $t=3,28$; $p<0,05$) за счет уменьшения послеоперационных осложнений (16,1% в контрольной группе и 6,1% – в основной; $\chi^2=1,66$; $p>0,05$).

ВЫВОДЫ. В целом получены неплохие результаты: в контрольной группе у 67,7% пациентов – хорошие

результаты, удовлетворительные – у 22,6% и рецидив выявлен у 9,7%, а в основной группе хорошие результаты отмечены у 90,9% пациенток, удовлетворительные – у 9,1% и рецидив заболевания не отмечен ни у одной больной ($\chi^2=6,13$; $p<0,05$).

ОПЕРАЦИЯ HAL-RAR В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Нечай И.А., Мальцев Н.П.,
Афанасьева Е.П., Лакашия И.Т.

СПбГУ, кафедра ПДМО, отделение колопроктологии
ГБ № 40, Санкт-Петербург, Россия

С 2014 г. при хроническом геморрое 2-3 стадии мы используем методику дезартеризации геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерографии с последующей их мукопексией (HAL-RAR).

ЦЕЛЬ. Оценить отдаленные результаты оперативного лечения больных с хронической геморроидальной болезнью, используя методику HAL-RAR.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Мы располагаем опытом лечения 65 пациентов хроническим геморроем по методике HAL-RAR. Мы располагаем данными о 63 больных. Операции выполнялись с помощью аппарата «Ангиодин-прокто» (Россия). Преимущественно большинство составили мужчины 55 (84,6%) и только 10 (15,3%) женщин в возрасте от 27 до 77 лет. Средний возраст составил 53 лет. У 10,7% (6 пациента) больных диагностирована 2 стадия, у 92,06% (58 пациентов) 3 стадия, у 1,6% (1 пациент) – 4 стадия. Все пациенты предъявляли жалобы на геморрагию после акта дефекации и выпадение геморроидальных узлов из анального канала.

Операции выполнялись под спинномозговой анестезией. Под визуально-акустическим контролем хирург последовательно определяет и прошивает все диагностированные геморроидальные артерии. После дезартеризации, при необходимости, выполняется следующий этап – мукопексия, которая проводится путем наложения обвивного шва на увеличенный геморроидальный узел.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Практически у всех пациентов был отмечен «легкий» послеоперационный период. Индекс боли по ВАШ составил 4,3 балла – на 1 сутки и 2,4 балла – на 3 сутки. Преимущественно большинство пациентов отмечали легкое опорожнение прямой кишки, без кровотечения и выпадения геморроидальных узлов.

Осложнения в послеоперационном периоде были выявлены у 5 (7,9%) пациентов. В 2 (3,2%) случаях наблюдался тромбоз внутренних геморроидальных узлов. У 2 (3,2%) пациентов диагностировано п/о кровотечение, которое было остановлено в условиях операционной. У 1 (1,5%) пациента наблюдалась острая задержка мочи, которая была купирована путем катеризации мочевого пузыря. Рецидив заболевания отмечен у 4 (6,3%) больных. Им выполнено иссечение по одному геморроидальному узлу.

Для изучения отдаленных функциональных результатов лечения была разработана анкета-опросник, состоящая из 9 вопросов. У 58 (89,2%) больных после операции прошло 6 месяцев и более. Анкетированы 63 пациента. По результатам опроса: полностью удовлетворены результатами операции 85,7% пациентов, 7,9% больных отметили выпадение узлов и периодическое недержание газов, 6,3% – отметили редкие эпизоды геморрагии при дефекации. Для объективной оценки отдаленных результатов лечения этих пациентов, изучали кровотоки в анальном канале и в местах

мукопликации геморроидальных узлов, с использованием аппарата «Ангиодин-прокто» и карандашевидного ультразвукового датчика 8 МГц.

ВЫВОДЫ. Операция HAL-RAR эффективна у больных со 2-3 стадией хронического геморроя, легко переносится пациентами и при этом, отмечается небольшое число осложнений и рецидивов заболевания. В отделении колопроктологии эта операция должна быть в арсенале хирургических методов лечения хронического геморроя.

ПИЛОНИДАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ – ИЗВЕСТНАЯ ПРОБЛЕМА. ЕСТЬ ЛИ НОВЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ?

Нечай И.А.^{1,2}, Мальцев Н.П.², Божченко А.А.³, Сивашинский М.С.², Павлов М.В.¹

¹ СПбГУ, кафедра ПДМО

² СПбГБУЗ «Городская больница № 40» отделение колопроктологии

³ ФГБВОУВО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» МО РФ, кафедра кожно-венерологических болезней, Санкт-Петербург, Россия

ЦЕЛЬ. Оценить результаты оперативного лечения больных с эпителиальными копчиковыми ходами (ЭКХ), используя «закрытые» методики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В докладе представлены данные оперативного лечения 100 пациентов с пилонидальной болезнью, которые проходили лечение в специализированном отделении колопроктологии ГБ № 40 в период с 2014 по май 2017 гг. 25% больных оперированы с латерализацией раны в модификации по Karydakis (1-я группа), 75% больных оперированы с мобилизацией мышечно-фасциальных лоскутов (2-я группа). Всего в исследовании включено 78% мужчин и 22% женщин, средний возраст которых составил 28,7±8,6 лет. Обезболивание – спинальная анестезия. В послеоперационном периоде пациенты получали ненаркотические анальгетики в течение 1-2 суток.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Заживление первичным натяжением наблюдалось у 92 (92%) пациентов. Швы с раны снимали на 8-10 сутки. Осложненное течение раневого процесса наблюдалось у 9 пациентов. В 1-й группе у 3% пациентов эвакуированы серомы послеоперационной раны. Во второй группе у 5% пациентов диагностирована серома, а у одного больного наблюдалось локальное нагноение раны. Рецидив заболевания установлен у двух пациентов. Для изучения отдаленных функциональных результатов лечения была разработана анкета, состоящая из 8 вопросов. Анкетирование проводилось у тех пациентов, у которых после операции прошло более 12 мес. Всего анкетировано 62 пациента. По результатам опроса: удовлетворены результатами операции 98% пациентов, 49% больных отметили некоторое нарушение чувствительности в области рубца, 18% – незначительный дискомфорт в зоне послеоперационного рубца, при длительном сидении. Для объективизации результатов лечения больных с использованием «закрытых» методик, 23 пациентам, предъявлявшим жалобы, было выполнено УЗИ мягких тканей межъягодичной области.

ВЫВОДЫ. Обе «закрытые» методики оперативного лечения пилонидальной болезни являются эффективными, сопровождаются коротким сроком заживления ран, хорошим косметическим эффектом, коротким периодом реабилитации и удовлетворительными отдаленными функциональными результатами.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Пантюков Е.Д., Велиев Т.И., Шалапин Д.И.

Краевой колопроктологический центр КГБУЗ «Горбольница № 4», Барнаул, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Заболеваемость ЭКХ составляет 1-2% от всех хирургических пациентов. Актуальность проблемы высока, потому что страдает молодое, трудоспособное население в возрасте от 15 до 30 лет.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка эффективности выбора метода оперативного лечения при различных формах хронического воспаления ЭКХ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За 2017 год нами прооперировано 154 пациента с хроническим воспалением эпителиального копчикового хода.

63 (41%) пациентам было выполнено иссечение ЭКХ с подшиванием краёв раны к дну по типу марсупиализации. Швы снимались на 10-13 сутки. Заживление происходило первичным натяжением, остаточная рана заживала на 25-35 сутки.

58 (38%) пациентам было выполнено иссечение ЭКХ с ушиванием раны наглухо. Из них 35 (60%) пациентам рана была ушита швами по Донати, 23 (40%) пациентам рана ушивалась параллельными швами. Швы снимались на 11-14 сутки.

33 пациентам были выполнены различные виды пластики раны перемещёнными лоскутами. Швы снимались на 10-13 сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Осложнения возникли у 8 (5%) человек из общего числа пролеченных пациентов. После иссечения ЭКХ с подшиванием краёв раны к дну прорезывание п/о швов наблюдалось в 1 (0,7%) случае, расхождение краёв раны после снятия швов – в 2 (1,5%) случаях. После иссечения ЭКХ с ушиванием раны наглухо прорезывания швов не наблюдалось, расхождение краёв раны после снятия швов было у 3 (2%) пациентов на 2-4 сутки после снятия швов, 1 случай со швами по Донати, 2 случая с параллельными швами. Нагноение раны наблюдалось у 2 (1,5%) пациентов, по 1 на каждый вид ушивания раны наглухо. После пластики раны перемещённым лоскутом было 1 (0,7%) нагноение п/о швов, потребовалось снять 3 шва, санировать гнойную полость, на 4 сутки было выполнено ВХО, в итоге раны зажили первичным натяжением. Рецидивов ЭКХ за год не было.

ВЫВОД. Благодаря правильному выбору вида оперативного лечения и хорошей хирургической технике, нам удалось добиться хороших результатов в лечении хронического воспаления ЭКХ в разных формах.

ОБЪЕМ НЕКРЭКТОМИИ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ МЕТОДОМ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ФЛЕГМОНОЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Сергацкий К.И.^{1,2}, Меджлумян А.С.¹, Захаров А.Д.¹, Милютина Е.Ю.³, Зайцева М.А.¹

¹ ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»

² ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н.Бурденко»

³ ГБУЗ «Клиническая больница № 4», Пенза, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. После выполнения некрэктомии, элиминации анаэробной инфекции и стабилизации

состояния больных острым анаэробным парапроктитом (ОАП) зачастую возникает необходимость хирургической реабилитации.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Привести клинический пример выполнения аутодермопластики послеоперационного кожного дефекта у больного после перенесенного ОАП. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Пациентка В., 52 года. Поступила в экстренном порядке 17.11.2017 в ГБУЗ ПМКБ им. Н.Н.Бурденко с жалобами на боль в области анального отверстия, передней брюшной стенки, наличие инфильтрата в данных областях, гипертермию до гектических цифр, общую слабость. Больна 2 недели. Заподозрен ОАП, осложненный флегмоной передней брюшной стенки.

В экстренном порядке выполнено вскрытие острого двухстороннего пельвиоректального парапроктита, вскрытие гнилостно-некротической флегмоны мягких тканей промежности, передней брюшной стенки, некрэктомия, санация. В послеоперационном периоде неоднократно проведены повторные санационные вмешательства.

В результате лечения состояния пациентки постепенно улучшилось, раны очистились, уменьшились в размерах. Остается кожный раневой дефект передней брюшной стенки (20×15 см).

25.12.17 пациентке выполнена аутодермопластика кожного дефекта передней брюшной стенки перфорированным кожным трансплантатом, взятым с передней поверхности левого бедра.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В результате лечения кожный трансплантат прижился удовлетворительно (на 90%). В удовлетворительном состоянии пациентка выписана на 43 день лечения. Рекомендовано продолжить лечение у хирурга амбулаторно.

ВЫВОД. У больных ОАП после агрессивных санационных хирургических вмешательств с формированием обширных послеоперационных кожных дефектов с целью хирургической реабилитации целесообразно выполнение аутодермопластики.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СКЛЕРОТЕРАПИИ С УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИЕЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРРОЯ

Смелова Н.Н., Родин П.В., Нардин С.В.

Клиника «Медик», Чебоксары, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморрой – заболевание, которым страдают, по разным данным, от 10 до 14% взрослого населения. Отдельную нишу малоинвазивного лечения геморроя занимает метод склеротерапии геморроидальных узлов с ультразвуковой (УЗ) кавитацией, обеспечивающей интенсивное распространение склерозанта и деструкцию узла.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность применения методики склеротерапии с УЗ-кавитацией для лечения внутреннего геморроя 1-4 стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период 2017-2018 гг. в клинике «Медик» было проведено лечение данным методом 141 пациента с внутренним геморроем 1-4 ст., из них 69 женщин, 72 мужчин. Возраст пациентов от 23 до 82 лет, средний возраст – 38 лет. Манипуляция выполнялась в условиях амбулаторного проктологического кабинета с использованием аппарата «Симбитек-Проксон» (ООО НПО Симбитек, Россия) по методике, разработанной на базе ЗАО МНПО «Клиника «Движение» г. Волгоград, в качестве склерозанта использовался препарат «Этоксисклерол».

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все манипуляции выполнялись в условиях амбулаторного проктологического кабинета. Осложнений в виде кровотечений не наблюдалось.

У одного пациента на 5 сутки возник некроз слизистой в месте введения препарата, пролечен консервативно с положительным эффектом. Трудоспособность после манипуляций не утрачивалась.

За время наблюдения от 4 месяцев до 1 года имелось стойкое уменьшение симптомов геморроя: прекращение кровотечений во всех случаях (100%), прекращение выпадений узлов в 94% случаев.

У 6 (4,25%) пациентов данная методика применялась при длительном кровотечении из узлов на фоне приема антикоагулянтов. У всех пациентов кровотечение прекратилось на следующий день. У 4 (2,55%) пациентов методика применялась в качестве предоперационной подготовки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Использование методики склеротерапии с УЗ-кавитацией для лечения внутреннего геморроя осложненного кровотечением эффективно и имеет ряд преимуществ, делая возможным применение на фоне антикоагулянтной терапии и как подготовка к хирургическому лечению при кровотечении и анемии.

МРТ ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Соловьев А.О.^{1,2}, Соловьев О.Л.², Воробьев А.А.^{1,2}, Соловьева Г.А.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «ВолГМУ» Минздрава РФ,
² ЗАО МНПО «Клиника «Движение», Волгоград, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Свищи прямой кишки представляют собой одно из самых распространенных колопроктологических заболеваний, их частота колеблется от 15 до 30%, их лечение остается довольно трудной и актуальной проблемой. В настоящее время все больше появляется методов миниинвазивного лечения данной патологии, что требует разработки алгоритма объективной оценки результатов лечения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить возможности МРТ при оценке эффективности применения малоинвазивного способа лечения сложных параректальных свищей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В качестве клинического случая эффективного применения малинвизивного способа лечения сложных параректальных свищей был отобран пациент с экстрасфинктерными рецидивным пельвиоректальным свищем, которому перед каждым курсом лечения выполнялась МРТ мягких тканей таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На серии МРТ была отмечена четкая положительная динамика, появление признаков фиброза, свидетельствующих об эффективности применения предложенного нами способа. Результаты использования оригинального способа малоинвазивного лечения сложных параректальных свищей в клинической практике показали, что данный способ эффективно купирует воспалительные явления в области свищевого хода, хорошо переносится пациентами, имеет высокий процент выздоровления 85,94% (55 пациентов) и достаточную низкую вероятность возникновения рецидивов – до 12,5% (8 пациентов) низкую необходимость в оперативном лечении при данной патологии – 14,06% (9 пациентов), не обладает осложнениями и сохраняет анатомо-функциональную целостность запирающего аппарата прямой кишки в процессе лечения.

ВЫВОДЫ. МРТ является высокоэффективным и информативным методом объективной оценки эффективности лечения сложных параректальных свищей.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИМЕНЕНИЯ СКЛЕРОТЕРАПИИ ГЕМОРРОЯ С УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ

Соловьев А.О.^{1,2}, Соловьев О.Л.², Воробьев А.А.^{1,2},
Соловьева Г.А.^{1,2}, Хитарьян А.Г.³, Ковалев С.А.³

¹ ФГБОУ ВО «ВолГМУ» Минздрава РФ,

² АО МНПО «Клиника «Движение», Волгоград, Россия

³ РостГМУ, Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Наличие множества технологий малоинвазивного лечения геморроя требует оценки их эффективности для облегчения выбора врачом методики в конкретном случае. Но одним из самых важных аспектов применения малоинвазивных технологий в амбулаторных условиях является безопасность. Прогнозирование и профилактика осложнений – важное умение специалиста. Мы обладаем самым большим опытом применения метода склеротерапии геморроя с ультразвуковым воздействием – разработки российских ученых, применяемой в медицинской практике с 2005 года. На основе данного опыта предлагаем рассмотреть самые распространенные осложнения и методы их профилактики. В настоящее время лечение данным методом получили более 10000 пациентов с геморроем, что требует оценки эффективности метода.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность применения склеротерапии геморроя с ультразвуковым воздействием и разработать меры профилактики осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Нами была проведена оценка результатов лечения 7860 пациентов на базе двух центров – «Клиника «Движение», г. Волгоград, и «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный» г. Ростов-на-Дону в период с 2005 по 2015 гг. Максимальный срок наблюдения составлял 8 лет. Методика выполнялась с помощью отечественного аппарата «Проксон», позволяющего вводить раствор склерозанта с одновременным ультразвуковым воздействием. Склерозирующее лечение с УЗ выполнялось у больных с I по III стадию, а при IV стадии на фоне кровотечения и анемии, как подготовка к хирургическому вмешательству.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В отдаленном периоде у пациентов с I-III ст. стойкая ремиссия наблюдалась у 61,5%, число осложнений не превысило 2,95%. Метод эффективен для остановки кровотечения при анемии и IV ст. геморроя, как подготовка ко второму этапу лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Оценка многолетнего опыта применения склеротерапии геморроя с ультразвуковым воздействием показала высокую эффективность и безопасность. Однако при III ст. заболевания необходимо повторять введение препарата через 2-6 месяцев.

ОРИГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОТЕХНОЛОГИЙ

Соломка А.Я., Ульянов А.А., Плетнер П.Д.,
Кузнецов Д.Э., Ачкасов Е.Е.

ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница
№ 24 ДЗ г. Москвы»,
ЗАО «Центральная Поликлиника Литфонда», Москва,
Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В структуре заболеваний толстой кишки анальная трещина занимает третье место. Женщины страдают чаще (60%). Более 30% – пациенты трудоспособного возраста.

ЦЕЛЬ. Целью исследования являлась разработка оригинального метода, сокращающего время заживления послеоперационной раны, а также снижающего частоту возникновения осложнений в послеоперационном периоде у больных с хронической анальной трещиной.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Внедрен в практику новый способ комбинированного лечения анальной трещины (патент РФ № 2639039 от 19.12.17). Метод заключается в иссечении анальной трещины в пределах здоровой ткани и сторожевым бугорком без проведения сфинктеротомии, после чего в послеоперационную рану вводят обогащенную тромбоцитами аутоплазму в стенки и дно раны, сверху на рану накладывают пленку из ОТА, а затем по новой методике вводят ботулотоксин А в три точки внутреннего сфинктера для релаксации.

Метод применен у 19 пациентов в основной группе по методике, описанной выше. В группе сравнения проводилось иссечение трещины со сфинктеротомией (33 пациента). Больным проводили оценку интенсивности болевого синдрома по ВАШ в послеоперационном периоде, сфинктерометрию до и после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Болевой синдром, в среднем, на 27% ниже у пациентов в основной группе. Сроки заживления составили 3-4 недели в основной группе, и 4-6 недель – в контрольной. Во время контрольного обследования через 3 месяца после операции, пациенты обеих групп жалоб не предъявляют, при сфинктерометрии в основной группе показатели в пределах физиологической нормы. При аноскопии дефектов слизистой не определяется.

ВЫВОДЫ. Данный метод позволяет отказаться от сфинктеротомии после иссечения анальной трещины, что приводит к снижению операционной травмы, ускорению заживления послеоперационной раны, а так же значительно снижает вероятность развития послеоперационных осложнений, таких как анальная инконтиненция, абсцессы и гематомы в области сфинктеротомии, образование свищей.

РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Сотников В.М., Журавлев А.В.,
Каторкин С.Е., Андреев П.С.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара,
Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморрой, является распространенным заболеванием в практике врача колопроктолога, заболеваемость им составляет 13-15% населения. Большое распространение получают малоинвазивные методы лечения. Одним из таких методов является лигирование внутренних геморроидальных узлов. Метод имеет низкий процент осложнений до 5%, рецидив геморроя через 1 год составляет до 18%. Все больше в практику внедряются атравматичные методы, одним из которых является радиоволновой хирургический метод.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты лечения пациентов с комбинированным геморроем, путем сочетания метода лигирования геморроидальных узлов, профилактики послеоперационных осложнений и иссечения наружных геморроидальных узлов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Анализу подвергнуты истории болезней 103 пациентов, которым было проведено лечение комбинированного геморроя. Пациенты были разделены на 2 группы. Пациентам основной группы, выполнялось лигирование внутренних геморроидальных узлов, послеоперационное наружное приложением мази Гепатромбин Г®. Вторым этапом через

7-10 дней проводилось иссечение наружных геморроидальных узлов радиоволновым методом. Пациентам контрольной группы было выполнено лигирование внутренних геморроидальных узлов. Всем пациентам во время лечения проводилась сонография кровотока в наружных геморроидальных узлах на 1-е (до лигирования), 10-е сутки (перед второй процедурой) и через 30 суток после окончания лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У пациентов основной группы послеоперационных осложнений не было. В контрольной группе у 2 (4,1%) пациентов развилось обострение наружного геморроя. Сонография на 10 сутки у всех пациентов показала снижение скорости кровотока. Через 30 суток после окончания лечения, у пациентов контрольной группы она восстановилась до первоначальной, у пациентов основной группы кровотоки не выявлялись. Контрольные осмотры через 1 год выявили у 9 (17,4%) в контрольной и у 4 (7,9%) пациентов в основной группе рецидив клиники геморроя.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предложенный способ лечения комбинированного геморроя, позволяет снизить количество послеоперационных осложнений и улучшить отдаленные результаты.

РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАГНОИВШЕГОСЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Красенков Ю.В., Фролкин В.И., Ковалев Б.В.

Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты лечения больных с нагноившимся эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ) путём использования новых технологий.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Исследовано 62 больных с нагноившимся ЭКХ. Диагностику острого тканевого гипертензионного синдрома (ОТГС) проводили с помощью аппарата «Strucker» REF (патент РФ № 2393783).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 62 больных у 38 (61,3%) был диагностирован ОТГС на фоне нагноившегося ЭКХ и выполнена подкожная фасциотомия области медиального отдела большой ягодичной мышцы. У 21 (33,9%) больного с разветвленным свищевым копчиковым ходом, мы наблюдали на фистулографии гнойные полости в мягких тканях ягодичных областей. Под эпидуральной анестезией выполняли вскрытие абсцесса ягодично-крестцово-копчиковой области из линейного разреза строго по средней линии. Прокрашенные ткани удаляли единым блоком с ликвидацией первичного отверстия ЭКХ. В послеоперационном периоде рану ежедневно обрабатывали низкочастотным ультразвуком. Проводили озонотерапию. Использовали мажевые повязки с Левомеколем. Критерием завершения первого этапа лечения было снижение у всех больных КОЕ до 10^4 микробных тел в 1 г ткани.

Вид операции зависел от показателей индивидуальной шкалы бальной оценки течения (патент РФ № 2408292). Ранние вторичные швы с проточно-промывным дренированием у 13 больных; поздние вторичные швы с подшиванием краев раны к дну – у 27 больных; дозированная дерматензия – у 4 больных; свободная пластика расщепленным кожным лоскутом у 6 больных. Пластика сложным трансплантатом по оригинальной методике – у 12 больных (патент РФ № 2398532).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Дифференцированный подход к двухэтапному радикальному хирургическому лечению больных с нагноившимся ЭКХ на стадии абсцесса с учетом оценки стадии развития ОТГС и динамики

бактериальной контаминации в зоне операции даёт возможность минимизировать уровень послеоперационных местных осложнений, что позволяет достичь хороших результатов лечения у 93,7% и удовлетворительных – у 2,1% (в контроле – 70,4% и 25,0%, соответственно).

НАШИ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОГО МЕТОДА ГРАЦИЛЛОПЛАСТИКИ ЗАМКАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ

Татьянченко В.К., Сухая Ю.В., Богданов В.Л., Красенков Ю.В., Тюнина Е.И.

Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Повысить эффективность хирургического лечения недостаточности анального сфинктера путём использования разработанных технологий.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В клинике у 24 больных в возрасте от 18 до 59 лет с диагнозом недостаточности анального сфинктера различного генеза, выполнена сфинктеропластика тонкой мышцей бедра (патент РФ № 1202563).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Особенности техники по разработанной методике являются: полная мобилизация мышечного лоскута; выделение основного сосудисто-нервного пучка и подведение его на промежность через подкожный туннель, создание новых точек прикрепления для проксимального и дистального концов мышечного лоскута после формирования замыкательного аппарата кишки. Для повышения резистентности мышечных лоскутов к ишемии в предоперационном периоде следует проводить подготовку внутриорганного сосудистого русла в течение 9-10 дней при первоначальном снижении pO_2 на 20% от исходного уровня (патент РФ № 1600711). Ранние сроки после операции (14 дней), когда вновь созданный замыкательный аппарат кишки сокращается в изотоническом режиме, имеют охранительное значение. Начиная с 15-го дня после операции и в течение 30 дней, проводили биостимуляцию неосфинктера прямой кишки. Установлено, что к 60-му дню замыкательный аппарат кишки полностью сохраняет биоэлектрическую активность той мышцы, из которой он создан и сокращается в изометрическом режиме. Полученные результаты электромиографического исследования определяют характер и методику лечебной физкультуры для больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Отдалённые результаты лечения недостаточности анального сфинктера у подавляющего числа пациентов хорошие – 83,3% и у 8,4% – удовлетворительные, что расширяет показания к выполнению операции по созданию неосфинктера путём грациллопластики с использованием разработанных нами технологий.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОКЦИГОДИНИИ

Татьянченко В.К., Сухая Ю.В., Воронова О.В., Гагарина Я.С., Манулик А.Ф.

Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить динамику развития кокцигодии и разработать способ хирургического лечения в зависимости от степени тяжести патологического процесса.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Клинический раздел вклю-

чает 48 больных с нейродистрофической кокцигодинией (НДК). Всем больным проводилось пальцевое исследование прямой кишки, электромиография, измерение тканевого давления (ТД) по оригинальной методике (патент РФ № 2393783).

РЕЗУЛЬТАТЫ. При анализе клинического материала установлено, что для больных с НДК характерны умеренные (60%), реже сильные (22%) и очень сильные (18%) ноющие боли. Локализовались боли чаще в области промежности (88%) с иррадиацией в область анального канала и прямой кишки (72%). При поступлении давность заболевания до 1 года была у 12,5% больных, от 1 до 2 лет у 16,7%, от 2 до 3 лет у 41,7% и свыше 3-х лет у 29,1% больных. Разработана индексная шкала оценки степени тяжести НДК. Легкая степень выявлена у 16 (33,33%) больных, средняя – у 22 (45,84%) пациентов и тяжелая – у 10 (20,83%) больных. Результат консервативного лечения больных с легкой степенью НДК положительный. Пациенты со средней степенью тяжести НДК (консервативная терапия не давала положительного эффекта длительное время) относятся к группе риска. Из этой группы 15 больным выполнена операция. Всем пациентам с тяжелой степенью НДК и клиническим прогрессированием заболевания было проведено оперативное лечение.

У 25 больных с НДК использованы, с целью микровазкулярной декомпрессии полового нерва в канале Алькокка, цилиндрические силиконовые пористые микропротекторы. Из 25 выполненных операций высокая эффективность декомпрессии промежностной части полового нерва получена у 21 (92%) больного. При оценке результатов хирургического лечения больных с НДК регистрировали ЭМГ, ТД, рассчитывали коэффициент выраженности боли.

ВЫВОД. Разработанный способ хирургического лечения кокцигодинии позволяет получить хорошие отдаленные результаты в 92% случаев, что служит основанием для его использования в комплексном лечении данной группы больных.

ПЛАСТИКА ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ТОТАЛЬНОМ ПРОЛАПСЕ И РЕКТОЦЕЛЕ 2-3 СТЕПЕНИ

Тотиков В.З., Дзанаева Д.Б., Тотиков З.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Генитальный пролапс является одной из наиболее сложных проблем современной гинекологии и колопроктологии. Встречается у 15-43% рожавших женщин и ведет не только к нарушениям анатомии и физиологии тазового дна, но и к изменению функций мочевого пузыря (74,1%) и прямой кишки (21,3%).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Разработать способ, позволяющий произвести восстановление анатомо-топографического дефекта и анатомо-функциональную коррекцию тазового дна в целом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование основано на результатах лечения 218 женщин с опущением внутренних половых органов 3 степени и ректоцеле 2-3 степени, у которых пластика тазовой диафрагмы выполнена с использованием сетчатого материала по оригинальному способу.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем послеоперационном периоде осложнений нами не отмечено. Через 3 месяца диспареуния не выявлена ни у одной больной, так же как и болевой синдром. Нарушение эвакуаторной функции прямой кишки у 11,5%. У 22 из 25 больных с нарушением пассажа кишечного содержимого в последующем выполнены пластики ректовагинальной перегородки.

Отдаленные результаты отслежены у 92 больных. Отличные результаты получены у 27,2% больных, хорошие – у 64,1%, и удовлетворительные – у 8,7%, неудовлетворительные результаты нами не отмечены.

ВЫВОДЫ. Восстановление тазовой диафрагмы, при тотальном пролапсе, с использованием предложенного способа позволяет выполнить одновременную фиксацию и репозицию уретровезикального сегмента, стенок влагалища, матки, прямой кишки и одновременно ликвидацию ректоцеле, профилактику развития энтероцеле.

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ

Тотиков В.З., Тотиков З.В., Калицова М.В., Медоев В.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лечение геморроя посвящено достаточно много работ, предложено десятки консервативных, малоинвазивных и радикальных методов лечения, в то же время остается актуальным вопрос профилактики и лечения послеоперационных осложнений, в частности болевого синдрома, острой задержки мочи, развития стриктур анального канала, достаточно часто сопровождающие радикальные операции.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Разработка способов лечения геморроя, позволяющих в послеоперационном периоде уменьшить болевой синдром, а также снизить вероятность развития стриктур анального канала и недостаточность анальных сфинктеров.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Для решения поставленной цели при радикальном лечении III-IV стадий геморроя нами разработано специальное зеркало, которое позволило улучшить доступ к операционному полю и исключить травматичную дивульсию анального канала. Всего геморроидэктомия с использованием специального анального зеркала нами выполнена у 624 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В послеоперационном периоде рефлексорная задержка мочи, носившая кратковременный характер, отмечена у 12 (1,9%) больных. Болевой синдром, требовавший обезболивания наркотическими средствами был отмечен у 18 (2,9%) больных, купировался на 2-3 сутки. У 3 (0,5%) больных имело место кровотечение из кожной раны. У одного из них кровотечение отмечено из зоны проекции ножки узла. Кровотечение остановлено после дополнительного прошивания. У остальных 2 больных кровоточили сосуды из раны периаанальной кожи. У этих больных также кровотечение остановлено путем прошивания. Еще у 2 (0,3%) выявлен подслизистый гнойник. В обоих случаях гнойники вскрыты ручным пособием. Отдаленные результаты от 6 месяцев до 3 лет мы наблюдали у 137 больных. У одного больного выявлена задняя анальная трещина, у 2 больных – умеренно выраженная стриктура анального канала, которая была в обоих случаях ликвидирована после бужирования.

ВЫВОДЫ. Таким образом, специальное анальное зеркало создает свободный доступ, позволяющий без травматичной дивульсии, не дислоцируя слизистую анального канала, выполнять открытую или закрытую геморроидэктомию без формирования культи. А также создает более благоприятные условия для выполнения подслизистой геморроидэктомии.

ЧАСТОТА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ДЕФЕКАЦИИ У ПАЦИЕНТОК С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Моменко О.Ю.¹, Шельгин Ю.А.¹, Попов А.А.², Титов А.Ю.¹, Белоусова С.В.¹, Федоров А.А.², Ефремова Е.С.²

¹ ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия

² БУЗ МО МОНИИАГ, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проплапс тазовых органов является мультидисциплинарной проблемой и отмечается у 30-50% женщин репродуктивного возраста.

ЦЕЛЬ. Выявить наличие возможных функциональных расстройств дефекации (ФРД) у пациенток с пролапсом гениталий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обследованы 40 пациенток с симптомами несостоятельности мышц тазового дна, из них 29 (72,5%) не оперированных ранее женщин: с полным выпадением матки и влагалища (n=17), с выпадением стенок влагалища (цистоцеле и/или ректоцеле) (n=12). После перенесенной гистерэктомии – 11 (27,5%) пациенток: с выпадением свода влагалища (n=5), с выпадением стенок влагалища (цистоцеле и/или ректоцеле) (n=6). Средний возраст пациенток составил 56,6±9,5 лет. Все женщины имели жалобы на трудности с опорожнением и соответствовали Римским критериям функционального запора IV пересмотра. Всем больным проведена аноректальная манометрия высокого разрешения (HRAM), эвакуаторная проба и дефекография. Тип ФРД устанавливался на основании манометрических паттернов HRAM.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среди не оперированных пациенток ФРД выявлены в 20/29 (68,9%) наблюдений. При этом среди пациенток с полным выпадением матки признаки ФРД зарегистрированы у 12/17 (70,6%), не определялись у 5/17 (29,4%); среди женщин с выпадением стенок влагалища – у 8/12 (66,7%), отсутствовали у 4/12 (33,3%). Среди ранее оперированных пациенток ФРД выявлены у 8/11 (72,7%) больных: у 4/5 (80,0%) пациенток с полным выпадением купола влагалища и у 4/6 (66,7%) – с выпадением стенок влагалища; отсутствовали у 1/5 (20,0%) и 2/6 (33,3%), соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. 1. Нарушение опорожнения прямой кишки у пациенток с пролапсом гениталий обусловлено не только органическими причинами в виде выпадения или опущения органов малого таза, но и наличием инструментально подтвержденных ФРД в 70,0% наблюдений.

2. Регистрируются минимальные различия в частоте ФРД у больных с пролапсом при наличии матки и после гистерэктомии – 68,9% и 72,7% (для критерия Пирсона $p=0,817$, а для точного критерия Фишера $p=0,57$).

3. Частота возникновения ФРД у пациенток с полным выпадением матки и выпадением стенок влагалища: 72,7% и 66,7%, соответственно (критерий Хи-Квадрата Пирсона ($p=0,677$), точный двусторонний критерий Фишера ($p=0,471$)) демонстрируют отсутствие различий).

ДВУХКОМПОНЕНТНЫЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ КЛЕЙ В ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Фролов С.А., Кузьминов А.М., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Богормистров И.С., Черножукова М.О., Ким Е.В.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Малые сроки реабилитации пациентов и сохранение функция держания являются приоритетными задачами в лечении свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Предлагаемый метод включает два этапа. На первом этапе лечения производится выжигание стенок свищевого хода при помощи радиоволновой коагуляции. Следующим этапом выполняется обработка послеоперационного раневого канала растворами антисептиков и пломбировка фибриновым клеем. При введении фибринового клея в ложе свищевого хода в течение 30-60 секунд происходит формирование фибринового сгустка, на который одновременно воздействуют фибробласты и плюрипотентные клетки, которые вызывают активацию синтеза коллагена. Одновременно с этим под воздействием фермента плазмина происходит процесс фибринолиза сгустка с формированием коллагена. В исследование были включены пациенты без острых воспалительных изменений параректальной клетчатки и выраженного рубцового процесса в области внутреннего свищевого отверстия. Согласно данным критериям количество пациентов, оперированных по данной методике, составило 14 человек с транссфинктерными свищами. До и после лечения пациентам проводилось комплексное обследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Методика относится к малоинвазивным, проводится под местной анестезией, а время оперативного вмешательства колеблется от 12 до 26 минут. Интраоперационных осложнений не отмечено. Малотравматичность метода обуславливает низкий болевой синдром в послеоперационном периоде (1 балл по визуально-аналоговой шкале боли). В отдаленном периоде в сроки до 5 месяцев диагностированы рецидивы заболевания у 3 (21,4%) пациентов, что потребовало повторного хирургического вмешательства. Одному (7,14%) пациенту произведена сегментарная проктопластика, 2 (14,28%) пациентам произведены повторные оперативные вмешательства по предложенной методике. Рецидивов впоследствии отмечено не было. Всем пациентам выполнялось ФЗАПК через 3 месяца после операции, при оценке функции держания анального сфинктера нарушений не выявлено.

ВЫВОДЫ. Преимущества использования фибринового клея заключаются в максимальной физиологичности и отсутствии повреждающего действия на ткани, что делает данную методику сфинктеросохраняющей. Применение двухкомпонентного биологического клея в конечном итоге позволило достичь полного выздоровления у 93% пациентов с транссфинктерными свищами прямой кишки. Стоит отметить необходимость строгого отбора пациентов с транссфинктерными свищами и комплексного предоперационного обследования для эффективного использования методики.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИСТУЛОСКОПИИ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ И СЛОЖНЫХ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩАХ

Цыганков П.В., Мрыхин Г.А.,
Грошилин В.С., Султанмурадов М.И.

ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хронический парапроктит является одной из наиболее распространенных проблем современной колопроктологии. Хирургическое лечение свищей прямой кишки сопряжено с обширной операционной травмой, что обуславливает столь высокий процент (30-48%) неудовлетворительных результатов лечения данной категории больных.

ЦЕЛЬ. Провести клиническую апробацию и оценить эффективность малоинвазивной методики хирургического лечения свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Пролечено 219 больных со свищами прямой кишки III-IV степени сложности. Пациенты разделены на 3 сопоставимых по структуре группы. В основной группе – 49 (22,4%) больных применен оригинальный метод, включающий фистулоскопию, дезителитизацию и пластику внутреннего отверстия, в I контрольной группе – 87 (39,7%) пациентам – иссечение свища с ликвидацией внутреннего отверстия и ушивание его культи в промежностной ране, во II контрольной группе – 83 (37,9%) пациентам выполнено радикальное иссечение свища с сегментарной проктопластикой.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Количество осложнений в основной группе клинических наблюдений составило 7 (14,3%) наблюдений, в I контрольной группе – 22 (25,3%), во II группе – 19 (22,9%). Длительность лечения варьировала в зависимости от использованной методики операции, от $5,23 \pm 2,4$ суток послеоперационного койко-дня в основной группе, до $12,7 \pm 3,1$ дня в I группе и $13,21 \pm 4,0$ дней во II группе (при $p < 0,05$). Использование фистулоскопии и видеоассистированного способа лечения у пациентов с ректальными свищами, позволило получить наилучшие среди групп сравнения результаты при безопасности и нивелировании риска инконтиненции, достигаемой за счет минимальной травматичности.

ВЫВОДЫ. Считаем, что разработанная оригинальная методика малоинвазивного хирургического лечения свищей прямой кишки показала свою эффективность, в связи с чем, следует рассматривать ее как метод выбора при лечении рецидивных и сложных ректальных свищей.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ВЫБОР ВАРИАНТА ОПЕРАЦИИ ПРИ ГЕМОРРОЕ

Чистохин С.Ю., Белоцкая Л.В.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия,
НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2,
Чита, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. За последние годы арсенал операций для лечения геморроя существенно расширился. Наряду с классической открытой и закрытой геморроидэктомией широко применяются технологичные и малотравматичные операции: DHAL-RAR, трансанальная дезартеризация с мукопексией и лифтингом (THD), степлерная геморроидопексия (операция Лонго). Немало сообщений о необходимости дополнять эти технологичные процедуры иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов (гибридные опе-

рации). Вопросы выбора варианта операции остаются пока не решенными.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – оценить результаты индивидуализированного подбора варианта операции каждому конкретному больному геморроем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За минувшие 5 лет (2013-2018) оперированы 556 больных с геморроем. В период освоения новых технологий выбор варианта операции был случайным. С 2014 года применяли индивидуальный подход не только к каждому больному с его клиническими и морфологическими особенностями, но и к каждому узлу: учитывались его размеры, наличие и выраженность подслизистого фиброза, полипов, эрозий и изъязвлений.

В связи с фиброзом, полипами и изъязвлением узлов III-IV степени 112 пациентам выполнена классическая геморроидэктомия; 128 больным с геморроем II-III степени без фиброза и изъязвлений – изолированная трансанальная дезартеризация с мукопексией на отечественном оборудовании «Ангиодин-Прокто» и 251 пациенту с болезнью III-IV степени – гибридная операция – трансанальная дезартеризация и мукопексия внутренних компонентов геморроидальных узлов в сочетании с иссечением их наружных компонентов. В изолированном виде операция Лонго выполнена 20 пациентам с геморроем II-III степени, а 45 больным с геморроем III-IV степени – гибридная операция – геморроидопексия по Лонго дополнена иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У больных после классической геморроидэктомии боли на уровне $7,5 \pm 1,8$ баллов по визуальной-аналоговой шкале (ВАШ) продолжались до 3-4 суток. Периаанальный отёк отмечен у 76 (67,9%), послеоперационные кровотечения остановлены оперативно у 5 (4,6%) и консервативно у 8 (7,2%). Нагноения пришлось санировать у 3 (2,9%) больных. Продолжительность стационарного лечения составила $9,5 \pm 1,8$ дней, амбулаторного – $28 \pm 4,5$ дней. В отдаленные сроки по 2-6 раз обследовались 102 пациента из этой группы: рецидивы заболевания выявлены у 6 (6%), все оперированы повторно. Отдаленные результаты в этой группе расценены как хорошие у 80%, удовлетворительные – у 14% и плохие – у 6%.

У 128 больных после трансанальной дезартеризации и мукопексии и у 20 пациентов после операции Лонго ближайшие результаты заметно лучше: боли на уровне $3,1 \pm 1,1$ баллов по ВАШ купировались в течение первых же суток ($p=0,03$), периаанальный отёк отмечен у 30 (21,1%), ($p=0,02$), нагноений и кровотечений после этих операций не наблюдалось ($p<0,001$). Сроки стационарного лечения составили $3,1 \pm 1,2$ дня ($p<0,01$), амбулаторного долечивания – $18 \pm 3,5$ дней ($p=0,18$). В отдаленные сроки по 2-5 раз обследовались 105 пациентов после THD и все 20 после операции Лонго: у большинства (75% и 60%) сформировалось по 3-5 кожных бахромок, вызывавших трудности с гигиеной, дискомфорт, иногда анальный зуд, почти у всех таких больных бахромок иссечены в первые же недели в составе амбулаторной реабилитации. Отдаленные результаты расценены как хорошие у 95%, удовлетворительные – у 5%.

После гибридных операций: 251 дезартеризаций с мукопексией и 45 степлерных геморроидопексий с одномоментным иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов – ближайшие результаты чуть хуже: боли на уровне $4,2 \pm 1,7$ баллов ($p=0,06$) и купировались несколько позже, на 2 сутки. Транзиторные отеки отмечены у 25% ($p=0,04$). Нагноений и кровотечений после этих операций не наблюдалось ($p<0,001$). Заживление ран первичным натяжением состоялось у всех пациентов этой группы, геморроидальные узлы подверглись полной инволюции, ни у одного из них не формировались кожные бахромок ($p<0,001$), что

существенно облегчило и упростило ход послеоперационной реабилитации. Сроки стационарного лечения составили $4,3 \pm 1,4$ дней ($p=0,02$), амбулаторного долечивания – $21,3 \pm 3,5$ дней ($p=0,32$). В отдаленные сроки осмотрены почти все (241 и 38) больные после гибридных операций: ни одного рецидива болезни, у всех 100% констатированы хорошие клинические, анатомические и функциональные результаты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Строго индивидуализированный подбор варианта радикальной операции каждому конкретному больному геморроем, а также применение гибридных операций в виде доплер-контролируемой дезартеризации и мукопексии или степлерной геморроидопексии в сочетании с одномоментным иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов позволяют заметно улучшить ближайшие и отдаленные анатомические и функциональные результаты хирургического лечения геморроидальной болезни.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

Шамин А.В., Каторкин С.Е.,
Журавлев А.В., Чернов А.А., Разин А.Н.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара,
Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хроническая анальная трещина это одно из самых распространенных заболеваний в практике врача-колопроктолога, данная патология встречается у 2-2,5% взрослого населения. Несмотря на многолетний опыт хирургического лечения, остается риск развития рецидива заболевания.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты хирургического лечения больных с хронической анальной трещиной.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2016 по 2018 гг. в отделении колопроктологии проходило лечение 198 пациентов с анальной трещиной. Оперативное лечение было проведено 168 (84,8%) пациентам. Из 168 больных, женщин – 113 (67,3%), а мужчин – 55 (32,7%). Возраст больных от 18 до 70 лет. Трещины, расположенные по задней полуокружности у 138 (82,1%), передняя у 30 (17,9%).

По характеру оперативного вмешательства больные были разделены на две группы. В основную группу были включены 43 (25,6%) пациента, которым после дивульсии анального сфинктера проводилось иссечение анальной трещины с пластическим закрытием дефекта анального канала по используемой нами методике. В контрольную группу вошло 125 (74,5%) больных, которым после дивульсии сфинктера трещина иссекалась в виде треугольника вершиной в просвет кишки, без ушивания раны анального канала.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя длительность госпитализации в основной группе составила 5,3 дня, в контрольной группе – 6,4 дня. В раннем послеоперационном на 1-2 сутки болевой синдром в основной группе, по визуальной аналоговой шкале не превышал 3-4 баллов, что не требовало назначения наркотических анальгетиков, и стихал на 3-4 сутки до 0-1 балла. В контрольной группе болевой синдром при первой дефекации был достоверно ниже у пациентов основной группы, ввиду исключения попадания кишечного содержимого в рану. В раннем послеоперационном периоде рефлекторная задержка мочи наблюдалась у 1 пациента основной и у 5 пациентов контрольной группы, которая разрешилась консервативными мероприятиями.

ВЫВОДЫ. Применение пластических методик имеет

ряд преимуществ по отношению к традиционным методам, снижает выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращает сроки пребывания в стационаре, медицинской и социальной реабилитации больных.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОРЕКТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В В-РЕЖИМЕ (2D) И С ТРЕХМЕРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ИЗОБРАЖЕНИЯ (3D) В ДИАГНОСТИКЕ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Шельгин Ю.А., Орлова Л.П., Киселев Д.О.,
Трубачева Ю.Л., Калинина И.В.,
Самсонова Т.В., Богданова Е.М.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургическое лечение прямокишечных свищей – одно из наиболее актуальных проблем современной колопроктологии. Во многом успех операции зависит от точной и наиболее полной предоперационной диагностики различных характеристик свищевого хода. В этой связи, наряду с традиционным эндоректальным УЗИ (2D) все чаще находит применение методика УЗИ с трехмерной реконструкцией изображения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Сравнить результаты 2D и 3D эндоректальных исследований в диагностике неполных внутренних свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С декабря 2017 по март 2018 гг. обследовано 79 пациентов с неполными внутренними свищами прямой кишки. Все больные оперированы, из них мужчин – 56 (70,9%), женщин – 23 (29,1%). Средний возраст составил $46,2 \pm 14,75$ лет. 46 (58,2%) пациентам ранее производилось вскрытие острого парапроктита, у 33 – самопроизвольное вскрытие гнойника. Всем пациентам в предоперационном периоде выполнено эндоректальное УЗИ в В-режиме и 3D исследование. Результаты обследований сравнивали с интраоперационной ревизией. Статистический анализ достоверности выявленных различий осуществляли с помощью непараметрического критерия χ^2 .

РЕЗУЛЬТАТЫ. Результаты УЗИ не совпали с данными интраоперационной ревизии при определении внутреннего свищевого отверстия в В-режиме у 7 (8,9%) пациентов, в 3D режиме – у 2 (2,5%) ($p=0,087$). При выявлении межсфинктерных и подслизистых затеков результаты УЗИ не совпали с данными интраоперационной ревизии в В-режиме у 4 (5,1%) больных, при 3D – у 3 (3,8%) ($p=0,7$). При визуализации затеков в клетчаточных пространствах результаты УЗИ не совпали с данными интраоперационной ревизии при 2D исследовании в 13 (16,5%) случаях, при 3D исследовании – в 3 (3,8%) ($p=0,009$). При определении расположения свищевого хода относительно волокон наружного сфинктера в В-режиме допущено 7 (8,9%) ошибок. При 3D результаты УЗИ не совпали с данными интраоперационной ревизии в 2 (2,5%) случаях ($p=0,087$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. УЗИ с 3D имеет преимущество перед ультразвуковым исследованием в В-режиме в диагностике затеков в околопрямокишечных клетчаточных пространствах. Относительно локализации внутреннего свищевого отверстия и топической диагностики свищевого хода оба исследования одинаково информативны, однако 3D изображение отличается большей наглядностью.

ВЫБОР ВАРИАНТОВ ЛАТЕКСНОГО ЛИГИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Эктов В.Н., Сомов К.А., Куркин А.В., Музальков В.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко, Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В настоящее время миниинвазивные методики относятся к наиболее распространенным способам лечения хронического геморроя. Лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами является одним из наиболее эффективных вариантов миниинвазивных хирургических вмешательств, позволяющий достичь почти у 90% больных хороший результат лечения. Вместе с тем, существующие риски развития рецидивов болезни в отдаленном периоде делают актуальным поиск возможных путей совершенствования методологии и техники выполнения данного вмешательства.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Усовершенствовать технические варианты латексного лигирования и предложить дифференцированный подход к их применению в лечении различных стадий хронического геморроя.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В колопроктологическом отделении Воронежской областной клинической больницы № 1 различные варианты латексного лигирования были применены для лечения 453 больных хроническим геморроем. Средний возраст пациентов составил $42,4 \pm 7,1$ лет, среди больных преобладали мужчины – 79,5%. При обследовании у 311 (68,6%) больных выявлена третья или четвертая стадия заболевания. Мы используем механический лигатор как универсальный инструмент для лечения различных стадий геморроидальной болезни, основываясь на его технологической способности осуществлять «закрытое» удаление тканей. При I-II стадии геморроя применением латексного лигирования слизистой и подслизистой оболочек нижеампулярного отдела прямой кишки, обеспечивающее удаление округлой формы участка тканей размером около 3 см с подлежащими сосудами. При II-III стадии внутреннего геморроя используем стандартную технику лигирования внутренних узлов латексными кольцами, при этом осуществляем одноэтапное лигирование всех выявленных узлов. При III-IV стадии геморроя чаще применяем комбинированный вариант латексного лигирования, в процессе которого по оси геморроидального комплекса одновременно выполняем лигирование слизистой нижеампулярного отдела прямой кишки и лигирование внутренних геморроидальных узлов. Первоначально в проекции выявленного внутреннего геморроидального узла осуществляем лигирование слизистой и подслизистой оболочки нижеампулярного отдела прямой кишки, а затем производим лигирование нередуцированной части внутреннего узла с наложением латексной лигатуры чуть выше зубчатой линии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. После применения различных вариантов латексного лигирования в раннем послеоперационном периоде у 2 пациентов отмечалась задержка мочеиспускания, в двух случаях отмечалось кровотечение, остановленное консервативными мероприятиями. У 3 больных после процедуры комбинированного лигирования выявлен тромбоз наружного геморроидального узла, который купирован приемом флеботоников и местных противовоспалительных препаратов. Хорошие отдаленные результаты получены у 87,3% больных. Статистически значимых различий при сравнительной оценке результатов применения различных вариантов лигирования не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предлагаемые варианты латексного лигирования в лечении хронического геморроя

позволяют получить различные лечебные эффекты – лигирование геморроидальных сосудов, удаление геморроидальных узлов, устранение выпадения слизистой оболочки, что обеспечивает комплексное воздействие на патогенетические факторы геморроидальной болезни. Предлагаемая тактика применения латексного лигирования расширяет диапазон использования данной методики и повышает ее результативность в лечении различных стадий, обеспечивает рациональный выбор индивидуальной тактики лечения каждого конкретного пациента.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕЖИМА ФУЛЬГУРАЦИИ РАДИОВОЛНОВЫХ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКИХ АППАРАТОВ ПРИ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ

Ярмушов И.Н., Родин П.В., Нардин С.В., Гладков В.И., Игнатьев Р.О.

БУ Городская клиническая больница № 1 Минздрава Чувашской Республики, Чебоксары, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморрой — занимает одно из первых место в структуре колопроктологических заболеваний. Частота встречаемости геморроя составляет до 40% среди всех колопроктологических заболеваний.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность использования режима фульгурации тканей внутренних геморроидальных узлов в ходе радиоволновой геморроидэктомии при лечении хронического комбинированного геморроя 3-4 ст.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период 2015-2017 гг. в колопроктологическом отделении ГКБ № 1 г. Чебоксары было выполнено 315 геморроидэктомий с фульгурацией (искровое воздействие на ткани с максимальным эффектом гемостаза и проникновения внутрь, для намеренного разрушения тканей) внутренних геморроидальных узлов пациентам с комбинированным геморроем 3-4 ст.с использованием аппаратов Visalium (Италия), Covidien (США), из них 125 женщин, 190 мужчин. Средний возраст пациентов составил 41 год.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все операции выполнялись под СМА в условиях колопроктологического стационара. Методика операции: ножка узла выше зубчатой линии прошивалась и перевязывалась. Для удаления внутренних геморроидальных узлов применялся режим фульгурации аппаратов Visalium (Италия), Covidien (США) до белой денатурации тканей узла, наружные узлы иссекались. Подобная методика геморроидэктомии позволяет снизить продолжительность операции, в среднем, до 12 минут (при традиционной геморроидэктомии продолжительность операции составляла до 26 минут). В послеоперационном периоде в сроке до 10 дней у 5 (1,6%) пациентов отмечено осложнение в виде послеоперационного кровотечения, которое потребовало прошивания кровоточащего сосуда. Средние сроки нахождения в стационаре – 6 дней. За время наблюдения от 1 года до 3 лет рецидива заболевания не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение методики радиоволновой геморроидэктомии с фульгурацией внутренних геморроидальных узлов при комбинированном геморрое 3-4 ст. позволяет уменьшить продолжительность операции по сравнению с традиционной геморроидэктомией.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РОБОТИЧЕСКИХ, ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Атрощенко А.О., Долгопятов И.А., Поздняков С.В.,
Данилов М.А., Абдулатипова З.М., Саакян Г.Г.,
Стрельцов Ю.А., Николаева А.О., Егоров В.С.
ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр
им. А.С.Логина ДЗМ, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Операции на прямой кишке имеют целый ряд особенностей, обусловленных ограниченностью операционного поля, расположением в непосредственной близости от зоны резекции важных структур вегетативной нервной системы. Появление роботических систем позволило повысить качество визуализации операционного поля, а лишённые интенсионного дрожания манипуляторы – увеличить точность при мобилизации прямой кишки и тазовой лимфаденэктомии. **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Изучить результаты использования РП в хирургии ПК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Пилотное одноцентровое нерандомизированное исследование, в которое включено 162 пациента, перенесших резекцию прямой кишки в период с 2014 по 2017 гг. Исследовательскую группу (И) составили 34 пациента, которым выполнена резекция прямой кишки с использованием роботического комплекса DaVinci. Больные оперированные лапароскопическим методом (85) составили группу контроля 1 (К1), а открытым способом (43) – группу контроля 2 (К2). Все пациенты обследованы по стандартной схеме, включая морфологическую верификацию, МРТ-DWI малого таза. Оценка операционного риска и функционального состояния проводилась по шкалам ASA и ECOG. Анализ качества мезоректумэктомии выполнен по шкале Philip Quirke; ранние послеоперационные осложнения – по шкале Clavien-Dindo; оценка анальной континенции – по шкале Wexner Score, данным анальной манометрии; моче-выделительная функция – по шкале IPSS (International Prostate Symptom Score); оценка послеоперационной боли – шкала боли VAS и Brief Pain Inventory.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, локализации и распространению опухолевого процесса, степени операционного риска. ТМЕ выполнена: в группе И – 23 (67,6%) пациентам; в группе К1 – 48 (54,5%) и в группе К2 – 19 (44,2%). Средняя продолжительность операции (мин.) в группах: И – 358; К1 – 318,1; К2 – 233. Средняя кровопотеря (мл): И – 150, К1 – 213, К2 – 257. Гипотония мочевого пузыря выявлена в группе И у 2 (5,9%) пациентов; в группе К1 – у 6 (7,1%); в группе К2 – у 5 (11,6%). Атония мочевого пузыря установлена в группе И у 1 (2,9%) пациента; в группе К1 – 3 (3,5%); в группе К2 – 4 (9,3%). Анализ нарушений мочеиспускания (IPSS): различий между ИГ и группой К1 не выявлено; в сравнении с открытой хирургией отмечено достоверное улучшение показателей. Оценка анальной континенции по шкале Wexner Score не выявила достоверных различий в группах. Оценка боли в послеоперационном периоде показала снижение болевых ощущений и уменьшение использования обезболивающих препаратов в роботической и лапароскопической группах по сравнению с открытой хирургией. Качество лимфаденэктомии Quirke grade 3: И – 27 (80%), К1 – 62 (73%), К2 – 21 (49%); grade 2 – И 7 (20%), К1 23 (27%), К2 20 (47%); grade 1 – И 0,

К1 0, К2 – 2 (4%). Среднее количество удаленных лимфатических узлов – 18,5 (12-45). У пациентов с избыточной массой тела (ИМТ<35) роботическая операция позволяет достоверно улучшить качество мезоректумэктомии ($p<0,05$). Послеоперационные осложнения Clavien Dindo-3B: в И – 2 (5,9%), К1 – 4 (4,7%), К2 – 4 (9,3%). Несостоятельность анастомоза диагностирована у 1 пациента в И и группе К2, в группе К1 – 2; некроз низведенной кишки в ИГ – 1, К1 – 1; ранняя спаечная непроходимость – в группе К2 – у 1 пациента; нагноение послеоперационной раны – 2 пациента из группы К2. Средняя продолжительность госпитализации составила: ИГ – 7,5; К1 – 7,2; К2 – 11,6 дней.

ВЫВОДЫ. Ультратрецизионная техника роботических операций позволяет улучшить функциональные результаты после резекций прямой кишки, повысить качество мезоректумэктомии в технически сложных ситуациях (хирургически узкий таз, морбидное ожирение).

ПРИМЕНЕНИЕ ИНДОЦИАНИНА ЗЕЛЕНОГО В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Атрощенко А.О., Стрельцов Ю.А.,
Абдулатипова З.М., Данилов М.А., Долгопятов И.А.,
Саакян Г.Г., Егоров В.С., Поздняков С.В.

ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр
им. А.С.Логина ДЗМ, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Рак толстой кишки занимает лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости и смертности. В России заболеваемость раком толстой кишки у лиц обоих полов составляет 26,03 случаев на 100 000 населения. Несмотря на отсутствие «золотого стандарта» объема лимфаденэктомии, значимость удаления регионарных лимфоузлов при раке ободочной кишки показана в многочисленных международных исследованиях. Выполнение D3 лимфаденэктомии сопряжено с определенными техническими трудностями. Другой нерешенной по сей день проблемой операций на толстой кишке является несостоятельность анастомоза, частота развития которой варьирует от 3 до 28%.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты применения индоцианина зеленого для интраоперационной визуализации лимфатических узлов и определения адекватности кровоснабжения анастомозируемых участков кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Всего прооперировано 10 человек с установленным диагнозом рак толстой кишки pT2-4aN0-2M0-1 стадии II-IVc нестенозирующими опухолями (просвет кишки в области опухоли позволял ввести эндоскоп проксимальнее опухоли), которым была выполнена резекция толстой кишки с D3 лимфаденэктомией и формированием анастомоза с оценкой его кровоснабжения индоцианином зеленым (ИЗ) (интраоперационное паратуморальное введение 0,3 мл 2,5 мг/мл раствора индоцианина зеленого и внутривенное введение 0,2 мг/кг 2,5 мг/мл раствора индоцианина зеленого непосредственно перед оценкой кровоснабжения анастомозируемых участков кишки). Средний возраст пациентов составил 68,2±10,71 лет. Всем пациентам проводилось предоперационное обследование по принятой в клинике методике в соответствии с современными клиническими рекомендациями. Оперативное вмешательство выполнялось лапароскопическим доступом. На свежем препарате (в условиях полного затемнения с применением инфракрасной камеры) производилась маркировка групп лимфатических узлов (ЛУ) согласно японской классификации. Послеоперационное ведение пациентов осуществлялось по принятой в клинике методике с применением шкалы несостоятельно-

сти анастомозов DULK и выполнением проктографии с водорастворимым контрастным препаратом на 7-е сутки послеоперационного периода при формировании колоректальных анастомозов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среднее количество обнаруженных ЛУ составило 21,7±8,28 (от 12 до 37). Метастатическое поражение ЛУ имело место в 7 случаях, обнаружено от 1 до 18 метастатически пораженных ЛУ. В 4-х случаях было отмечено метастатическое поражение ЛУ третьего порядка, при котором имело место также метастатическое поражение ЛУ 1 и 2 порядков. Успешное паратуморальное введение ИЗ удалось во всех случаях, вне зависимости от качества подготовки кишки к эндоскопическому вмешательству, что обеспечило визуализацию ЛУ 1 и 2 порядка во всех случаях и визуализацию ЛУ 3 порядка в 9 случаях из 10. В одном случае ЛУ третьего порядка не визуализировались ИЗ, однако был обнаружен метастатически пораженный ЛУ. В одном случае после оценки кровоснабжения анастомозируемых участков кишки была изменена запланированная область пересечения кишки. В одном случае развилась клинически незначимая несостоятельность анастомоза после формирования низкого колоректального анастомоза с превентивной двустольной трансверзостомой, выявленная при проведении проктографии. Ни в одном случае не отмечено развитие побочных действий, связанных с введением ИЗ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Результаты нашего наблюдения говорят о том, что применение ИЗ является безопасным и удобным методом в колоректальной хирургии, который в большинстве случаев облегчает выполнение D3 лимфаденэктомии и может быть полезен для снижения частоты развития несостоятельности анастомоза.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЛИНЧА У РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Ачкасов С.И., Цуканов А.С., Варданян А.В., Шубин В.П., Семенов Д.А.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Синдром Линча (СЛ) составляет 3% всех случаев заболевания колоректальным раком (КРР) в мире. СЛ вызван наследственными мутациями в генах системы репарации ДНК и проявляется раком толстой кишки, эндометрия, яичников и других органов в возрасте до 45 лет. У европейских больных рак желудка занимает лишь шестое место. Согласно базе данных InSiGHT у большинства европейцев мутации чаще встречаются в гене MSH2.

ЦЕЛЬ. Выявить особенности диагностики и разработать оптимальную схему лечения российских пациентов с синдромом Линча.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование, проводимое в ГНЦК им. А.Н.Рыжих, включено 105 пациентов, у которых впервые выявлен или был в анамнезе рак различной локализации в возрасте до 45 лет и/или отмеченотягоченный наследственный онкологический анамнез. Пациентам, соответствующим вышеупомянутым критериям, было выполнено исследование опухоли на наличие микросателлитной нестабильности (МСН). При выявлении МСН изучались гены системы репарации ДНК.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 41 (39%) из 105 пациентов генетически подтвержден СЛ. В этой группе пациентов было 17 (41%) мужчин и 24 (59%) женщины. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1,4. Средний возраст возникновения первичного рака – 38±9,1 лет. В семейном онкологическом анамнезе больных встре-

тилось 172 случая злокачественных новообразований. Стоит отметить, что рак желудка был выявлен в 19 (11%) случаях.

Мутация в гене MLH1 была выявлена у 19 (50%) из 38 семей, а мутация MSH2 – у 15 (38%).

При анализе проведенных хирургических вмешательств у пациентов с первичным КРР, медиана наблюдения составила 48 месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Полученные результаты позволяют говорить о раннем возникновении КРР у российских пациентов с СЛ. У российских пациентов с синдромом Линча мутация в гене MLH1 встречается в 50% случаев. В структуре заболеваемости рак желудка находится на 2 месте.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ РАКОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Велиев Т.И., Пантюков Е.Д.
Краевой колопроктологический центр КГБУЗ «Горбольница № 4», Барнаул, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В последнее время отмечается рост заболеваемости раком толстой кишки среди раковых опухолей различной локализации.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Установить эффективность эндоскопической электроэксцизии ранних раков толстой кишки у лиц пожилого возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен динамический анализ группы больных с ранними раками толстой кишки, у которых была выполнена эндоскопическая электроэксцизия в период с 1992 по 2017 гг. Отдаленные результаты оценивались на основании контрольных колоноскопий с взятием биопсий в порядке динамического наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Всего под наблюдением находилось 62 больных. Мужчин – 40, женщин – 22. Возраст пациентов составил 60-88 лет. Все больные находились под диспансерным наблюдением в связи с наличием компенсированной и субкомпенсированной форм сердечно-сосудистой патологии, заболеваний органов дыхания. У всех больных была выполнена эндоскопическая электроэксцизия опухолей.

ВЫВОДЫ. Эффективность эндоскопической электроэксцизии ранних раков толстой кишки у лиц пожилого возраста с сопутствующей патологией составила 100%. Отсутствие рецидивов после эндоскопической электроэксцизии позволило ограничиться эндоскопической операцией у пожилых больных.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Галашев Н.В., Макаров А.И., Мандрощенко Т.Ю., Свинин С.Л.

Северный государственный медицинский университет, ОКБ, Архангельск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Обтурационная толстокишечная непроходимость (ОТКН) является одним из наиболее частых и тяжелых осложнений колоректального рака (КРР).

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты лечения больных ОТКН опухолевого генеза на основе оптимизации тактики хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 66 пациентов (28 мужчин и 38 женщин) в возрасте 37-86 лет (средний – 62,4). У 86% пациентов имелись от 2 до 5 сопутствующих болезней. У всех пациентов

верифицирована аденокарцинома. Радикальная операция (РО), завершённая межкишечным анастомозом, выполнена 30-ти пациентам (1-я группа), и завершённая КС, выполнена 12-ти пациентам (2-я группа). В 24-ти случаях первым этапом лечения больных была КС, а вторым – РО (3-я группа).

РЕЗУЛЬТАТЫ. После РО, выполненных больным ОТКН при отсутствии осложнений и отдаленных метастазов (1-я гр.), послеоперационные осложнения и летальность не отмечены. У больных с наличием региональных и отдаленных метастазов, внутри- и внебрюшных осложнений ОТКН до операции после РО с КС послеоперационные осложнения развились в 5 (38%), а летальные исходы – в 3 (23%) случаях. У больных 3-й группы осложнения после операций развились в 3 (12,5%) случаях (летальный исход – в 1 (4,1%) случае). Реконструктивный этап пациентам 2-й группы (закрытие КС) выполнен, в среднем, через 8-10 месяцев. РО и закрытие КС больным 3-й группы выполнялся, в среднем, через 27 суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Лапароскопическая РО, завершённая межкишечным анастомозом, целесообразна больным неосложнённой ОТКН опухолевого генеза. Двухэтапное хирургическое лечение больных осложнённой ОТКН (на 1-м этапе – КС и на 2-м – РО) позволило снизить послеоперационные осложнения с 38% до 12,5% и летальность – с 23% до 4,1%.

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА СИГМОВИДНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ: ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

Дарвин В.В., Краснов Е.А.,
Добалюк А.В., Варганова А.Н.

БУ ВО ХМАО-Югры Сур ГУ, БУ ХМАО-Югры
Сургутская ОКБ, Сургут, Россия

ЦЕЛЬ. Провести анализ результатов лечения несостоятельности швов при формировании колоректальных и низких толстокишечных анастомозов и оценить результаты внедрения в клиническую практику виртуальной илеостомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты лечения 310 больных с раком сигмовидной и прямой кишки, оперированных в плановом порядке. Объем операции: резекция сигмовидной кишки с анастомозом – 105 (33,8%), передняя резекция прямой кишки с анастомозом – 142 (45,9%), резекция сигмовидной кишки и левосторонняя гемиколэктомия с проксимальной колостомией – 17 (5,5%), передняя резекция прямой кишки с концевой колостомией – 18 (5,8%), передняя резекция прямой кишки с протективной илеостомией – 28 (9,0%). У 275 (88,7%) больных операции завершены формированием первичного анастомоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В послеоперационном периоде несостоятельность швов толстой кишки отмечена у 57 (20,7%) оперированных, из которых повторно оперированы 50: у 34 – разобщение анастомоза и выведение концевой колостомии и у 16 – отключение пассажа по толстой кишке из локального доступа. В послеоперационном периоде умерли 5 больных. У всех умерших имела место несостоятельность анастомоза, потребовавшая разобщения анастомоза. Учитывая опыт применения дифференцированной тактики при развитии несостоятельности колоректальных анастомозов, мы у 26 больных (лапароскопическим доступом оперировано 16 больных, лапаротомным – 10) внедрили технологию формирования виртуальной илеостомы – «при-

зрак» (Ghost ileostomy). У 21 (80,8%) больного послеоперационный период протекал гладко, турникет из силиконовой трубки удален на 8 сутки. У 5 (18,2%) больных на 3-5 сут. появились клинические признаки нарушения заживления швов анастомоза, в связи с чем виртуальная илеостома – «призрак» переведена в реальную илеостому (из локального доступа). Иных вне(внутри)брюшных осложнений и летальных исходов в данной группе не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, при низких толстокишечных и колоректальных анастомозах частота несостоятельности швов составляет 20,7%, при этом послеоперационная летальность, сопряжённая с несостоятельностью швов, достигает 8,8%. Перспективным направлением для улучшения результатов формирования низких толстокишечных и колоректальных анастомозов является виртуальная колостомия.

РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ: РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ – ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ВЫСОКОДОЗНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ С ПРОГРАММОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РАДИОМОДИФИКАЦИИ МЕТРОНИДАЗОЛОМ

Захарченко А.А.¹, Попов А.В.¹, Винник Ю.С.¹,
Путилин А.В.², Маркелова Н.М.¹

¹ Красноярский государственный медицинский университет,

² Сибирский клинический центр ФМБА России, Красноярск, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить эффективность и безопасность комбинированного лечения резектабельного рака прямой кишки (РПК) с использованием предоперационной программы эндоваскулярной радиомодификации метронидазолом (ЭРМ МЗ) и высокодозной лучевой терапии разовой очаговой дозой (ВЛТ РОД)13 Гр.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Анализированы результаты комбинированного лечения 40 пациентов (исследуемая группа – ИГ) с резектабельным РПК II_{A-B} и III_{A-B} стадии (TNM, 2009, 7 версия) с использованием ЭРМ МЗ и ВЛТ РОД13 Гр + радикальная операция (через 20-24 часа). Группы клинического сравнения: 1 – хирургическое лечение (ГКС 1, n=40), 2 – комбинированное лечение с предоперационной крупнофракционной лучевой терапией (КЛТ – 5 Гр × 5) до СОД 25 Гр + радикальная операция через 24-48 часов (ГКС 2, n=40). Общее состояние по шкале ECOG – 0-2 балла. Средний возраст – 55,0±4,1 лет. II_{A-B} стадия в группах сравнения – 33,7%, III_{A-B} stage – 66,3%. Морфология – аденокарциномы (100%). Радиомодификатор в ИГ: Метронидазол – электронно-акцепторное соединение: сенсibiliзирует гипоксические клетки опухоли к облучению, цитотоксичен в условиях гипоксии. В ИГ предоперационную ЭРМ МЗ (0,5% 100 ml) выполняли через верхнюю ректальную артерию (ВРА) при локализации опухоли в верхней ампуле. При локализации в средней и нижней ампуле – дополнительно (0,5% 50 ml) через внутренние подвздошные артерии (ВПА). Через 1,5±0,3 часа после ЭРМ МЗ проводили ВЛТ РОД13 Гр на линейном ускорителе СЛ – 75 (Россия). Операции (РО) выполняли через 20-24 часа после облучения. Сфинктеро-сохраняющие вмешательства в группах сравнения – 71,3%. Функционально-сохраняющие – 28,7%. Все операции – по технологии TME (by R. Heald). 5-летние результаты прослежены у 112/120 (93,3%) пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Системные реакции и осложнения

после ЭРМ МЗ – 0%. Местные: клинически невыраженный болевой синдром в тазу – у 10 (25,0%) пациентов, подкожная гематома в месте пункции бедренной артерии – у 1 (2,5%). Некроз ПК / парапроктит / перитонит / перфорация артерии / ложная аневризма – 0%. Общие лучевые реакции после ВЛТ РОД 13 Гр: I степени (тошнота, рвота, гипертермия) – в 17,5% случаев. Местные лучевые реакции и осложнения – 0%. После КЛТ СОД 25 Гр – преобладали местные – 18,5%: со стороны кожи I степени, цистит, проктит.

Частота интраоперационной микроскопической диссеминации в ГКС 1, ГКС 2 и ИГ, соответственно – 28,8%, 21,4% и 13,2% ($p < 0,05$). В ИГ: в большинстве клеток – сублетальные и летальные повреждения. Индекс уровня апоптоза (IM TdT), соответственно – $0,78 \pm 0,12$, $4,68 \pm 0,15$ ($>$ в 6 раз, чем в ГКС 1) и $7,75 \pm 0,11$ ($>$ в 10 раз, чем в ГКС 1) ($p < 0,01$), индекс уровня экспрессии пролиферации (PCNA), соответственно – $82,08 \pm 0,28$, $55,21 \pm 0,24$ ($<$ в 1,5 раза, чем в ГКС 1) и $35,62 \pm 0,23$ ($<$ в 2,3 раза, чем в ГКС 1) ($p < 0,05$). PSNA/TdT, соответственно – $r = -0,96$, $r = -0,94$ и $r = -0,92$ [Spigmen] – отрицательная корреляция. Спектрофотометрия в ИГ: концентрация МЗ в ткани опухоли – $221,5 \pm 5,2$ мкг/г, достаточная для адекватной радиосенсибилизации. Морфология в после ЭРМ МЗ и ВЛТ РОД 13 Гр: лучевые биологические реакции в опухолях (туморцидный эффект) III и II степени, соответственно – в 82,5% и 17,5% случаев (III $>$ в 5 раз) ($p < 0,05$). В клетках опухолей – дисконфлексация и коллапс желез, склероз и гиалиноз стромы, накопление слизи, атипичические митозы, участки некроза.

Технических трудностей по ходу оперативных вмешательств, связанных с ЭРМ МЗ и ВЛТ РОД 13 Гр, не отмечено. Послеоперационная гнойная хирургическая инфекция (ГХИ) в ГКС 1, ГКС 2 и ИГ, соответственно, 7,5%, 20,0% ($>$ в 3 раза, чем в ГКС 1) и 15,0% ($>$ в 2 раза, чем в ГКС 1) ($p < 0,05$). В группах комбинированного лечения ГХИ преобладала со стороны раны промежности и таза – зоны максимальной лучевой нагрузки. Местные рецидивы (3 года), соответственно в ГКС 1, ГКС 2 и ИГ – 13,2%, 7,7% ($<$ в 1,7 раз, чем в ГКС 1) и 2,6% ($<$ в 5 раз, чем в ГКС 1) ($p < 0,05$). 5-летняя выживаемость (вне зависимости от стадии TNM: $\Pi_{A-B}/\text{III}_{A-B}$): общая, соответственно – 75,7%, 80,6% и 94,7%, безрецидивная, соответственно – 70,2%, 77,8% и 89,5% (Log-Rank Test, $p = 0,003$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предоперационная программа ЭРМ МЗ и ВЛТ РОД 13 Гр в комбинированном лечении резектабельного РПК $\Pi_{A-B}/\text{III}_{A-B}$ стадии (TNM) по сравнению с неoadъювантной КЛТ СОД 25 Гр является более эффективной технологией, обладает максимально возможным туморцидным эффектом и достаточным профилем безопасности, способствует снижению интраоперационной диссеминации раковых комплексов, уменьшает риск локорегионарного рецидивирования, увеличивает аблатичность операции, позволяет без дополнительных технических трудностей проводить сфинктерно- и функционально-сохраняющие вмешательства, увеличивает 5-летнюю общую и безрецидивную выживаемость.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А.
ФГБОУ ВО СамГМУ, Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. При осложненном КРР в 40-80% операции завершаются формированием одностольной колостомы. Увеличивается число превентивных

двустольных стом при плановой хирургии КРР.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты лечения больных с колостомами после операций по поводу КРР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Изучены результаты лечения 145 больных за 2014-2016 гг. Мужчин – 71 (48,9%). Женщин – 74 (51,1%). Средний возраст – 48,9 лет. Одностольная стома была у 89 (61%) пациентов, двустольная – у 50 (35%), цекостомы – у 6 (4%). Опухоль Т3-4 выявлена в 95%. Гистологическое заключение – аденокарцинома.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациенты обследованы для исключения прогрессии КРР, колита отключенной толстой кишки, оценки анального держания. После операции Гартмана РВО выполнена 56 (92%) больным. Причинами отказа от РВО были: предельно короткая культя ПК с узким малым тазом у 2, инфильтрат культи ПК – у 1, прогрессия КРР – у 2 больных. РВО у 60,7% больных выполнены в период от 6 до 12 мес. РВО с устранением параколостомической или вентральной грыжи выполнено 28 (50%) больным, резекцией культи ПК и S кишки – у 43 (76,8%), резекцией левых отделов и колэктомия – у 12 (21,5%). У 23 (41,1%) больных выполнено более двух симультанных операций.

Механический шов применен у 53 (94,6%) больных (анастомоз «конец-в-конец» – у 51, «бок-в-бок» – у 2), ручной шов – у 3 (5,4%). При двустольных стомах использован парастомальный доступ. Механический шов использован у 7 (24,1%) пациентов, ручное формирование анастомоза – у 22 (75,9%). Послеоперационные осложнения отмечены у 7 (8,2%) больных: нагноение раны – 3 (3,5%), кровотечение из линии степлерного шва – 1 (1,2%), несостоятельность анастомоза – 2 (2,4%) с перитонитом – 1 (1,2%), и кишечным свищом – 1 (1,2%), стриктура анастомоза – 1 (1,2%). Умер один больной (1,2%).

ВЫВОДЫ. РВО после обструктивных резекций толстой кишки по поводу КРР следует выполнять в специализированных колопроктологических отделениях. Необходимо исключить прогрессию КРР, исследовать функцию анального сфинктера и отключенного отдела толстой кишки. РВО позволяет провести полную медицинскую и социальную реабилитацию больным с одностольными и двустольными колостомами.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИИ РЕФЛЕКТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОНКОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В.,
Сторожиков Д.А., Наумов А.В., Братищева Н.Н.,
Кривчикова А.П., Аленичева М.С.

ОГБУЗ БОКБ «Святителя Иоасафа», межрегиональный колопроктологический центр. Кафедра госпитальной хирургии НИУ «БелГУ», Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сохранение и последующая реабилитация функции держания кишечного содержимого после оперативного лечения рака прямой кишки является достаточно сложной задачей. Имеющиеся технические трудности при выполнении манипуляций в глубине малого таза, полное или частичное удаление органа и послеоперационная травма сфинктерного аппарата прямой кишки приводят к не всегда удовлетворительным функциональным результатам лечения и недержанию кишечного содержимого.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение реабилитации рефлекторной функции в механизме держания кишечного содержимого у больных после операций по поводу

рака прямой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Для изучения данной проблемы проанализировано функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки у 218 больных после брюшно-анальной и низкой передней резекции прямой кишки, прооперированных в БОКБ Святителя Иоасафа в период с 1998 по 2016 годы. С локализацией опухоли выше 6 см. и ниже 12 см., прошедших предоперационный курс лучевой терапии при наличии 18-ти месяцев безрецидивного течения, без признаков несостоятельности колоректального анастомоза и гнойно-септических осложнений. В динамике оценивались показатели рефлекторной функции при проведении аноректальной манометрии после различных видов оперативного лечения до и через 3, 6, 9, 12 и 18 месяцев после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. У пациентов после низкой передней резекции прямой кишки в ранние сроки послеоперационного периода отмечается снижение показателей рефлекторной функции: увеличение порога ректо-анального ингибиторного рефлекса внутреннего сфинктера с уменьшением его амплитуды и продолжительности, что полностью коррелирует со снижением сократительной активности внутреннего сфинктера в состоянии покоя. Давление на уровне внутреннего сфинктера в покое снижено при отсутствии медленных и ультрамедленных волн его тонической активности со снижением векторного объема, средней амплитуды и протяженности профиля анального сфинктера в покое. У пациентов после брюшно-анальной резекции рефлекторная функция отсутствует полностью. Восстановление тонуса внутреннего сфинктера и рефлекторная активность появляется только в поздние сроки после операции (12-18 месяцев), приближаясь к показателям, характерным для пациентов после низкой передней резекции прямой кишки.

ВЫВОД. Сохранность и реабилитация рефлекторной функции прямой кишки у пациентов после низкой передней резекции лучше, чем у пациентов после брюшно-анальной резекции прямой кишки, особенно в первые месяцы после операции. В более поздние сроки, через год после операции, данное различие уменьшается и зависит от функциональной активности и анатомической целостности мышечных волокон внутреннего анального сфинктера.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АТИПИЧНЫХ РАДИОЧАСТОТНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Муравьев А.В., Линченко В.И., Бруснев Л.А.
«Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

По данным публикаций последних лет, имеется явная тенденция к росту заболеваемости колоректальным раком во всём мире. На момент установки этого диагноза выявляются отдалённые метастазы в печень у 7-10% больных.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить отдаленные результаты атипичных радиочастотных резекций печени при метастазах колоректального рака.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Нами изучены результаты лечения больных раком толстой кишки с единичными или несколькими (до 4-х) метастазами в печень, пролеченных в колопроктологическом отделении ГБУЗ «ГКБ № 2» г. Ставрополя за период 2011-2018 гг. Всего было 18 больных. Атипичные резекции печени выполнялись системой радиочастотной деструкции «RITA

1500х» по методике Habiba. Шести больным выполнена атипичная радиочастотная резекция левой доли печени по поводу 2-3 метастазов; 4-м – резекция 7 сегмента печени по поводу единичных метастазов; 3-м – резекция 7 сегмента с переходом на 8 (1 метастаз); 3-м – резекция 8 сегмента (единичные метастазы), одному – резекция 5 сегмента печени (1 метастаз) и одной больной гемигепатэктомия. Всем больным в послеоперационном периоде проведена адьювантная химиотерапия.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Нами прослежены результаты лечения у всех больных от 1 до 7 лет. Всем больным с целью контроля выполнялись УЗИ, КТ и МРТ исследования через 3, 6 и 12 месяцев после операции. Рецидива заболевания и повторных метастазов в печень не выявлено у 12 больных. Четверо больных, оперированных в 2011-2012 гг., умерли от прогрессирования онкопроцесса. Один больной умер от сопутствующих заболеваний. У одной больной, оперированной в 2011 г. по поводу рака нисходящей ободочной кишки, развился метастазный рак прямой кишки, по поводу которого выполнена экстирпация прямой кишки в 2018 г. При предоперационном обследовании и при интраоперационной ревизии данных за рецидив метастазов нет.

ВЫВОДЫ. При лечении колоректального рака с метастазами в печень целесообразно выполнять радикальную операцию и атипичные радиочастотные резекции печени по поводу метастазов, это даёт возможность увеличить продолжительность жизни пациентов и улучшает её качество.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ БУШКЕ-ЛЕВЕНШТЕЙНА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Мухин А.Г., Мухин И.А., Зароченцева Н.В.

ООО «Клиника Андрологии», Москва, Россия,
ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» Минздрава Московской области, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. При беременности остроконечные кондиломы представляют высокий риск возникновения преждевременных родов, инфицирования плода, возможно развитие осложнений во время родов и послеродовом периоде.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов хирургического лечения больных с остроконечными кондиломами Бушке-Левенштейна в период беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В клинику обратилась пациентка Н., 33 лет с жалобами на наличие образований на больших половых губах и перианальной области, невозможность находиться в положении сидя. Установлен диагноз: Беременность 21-22 недели.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Современные комбинированные методы лечения с применением радиоволнового хирургического скальпеля «Сургитрон», человеческого рекомбинантного интерферона альфа-2b с высокоактивными антиоксидантами витаминами Е и С (Виферон в виде ректальных суппозиторий по 1 млн. МЕ по 1 свече 2 раза в день в течение 10 дней до операции, повторение аналогичного курса сразу после оперативного лечения. Параллельно проводилось топическое применение геля Виферон – 36 000 МЕ ИФН альфа 2b – 2 раза в сутки в течение 30 дней), тщательное наблюдение и обследование позволили пролонгировать беременность и успешно родоразрешить пациентку через естественные родовые пути. В 40 недель

беременности произошли срочные, самопроизвольные роды, без осложнений. Родилась девочка массой 2840 г, ростом 49 см, с оценкой 8-9 баллов по шкале Апгар, без видимых пороков развития. При обследовании ребенка методом полимеразной цепной реакции вирусы папилломы человека высокого канцерогенного риска, ВПЧ 6 и 11 типов в соскобе букального эпителия и эпителия вульвы не обнаружены.

ВЫВОДЫ. Клиническое наблюдение является примером активной комбинированной тактики лечения беременной с гигантскими кондиломами Бушке-Левенштейна, включающее радиоволновое удаление образований прибором «Сургитрон» в сочетании с иммуномодулирующей и противовирусной терапией.

ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОНКОМАРКЕРОВ ОТ УРОВНЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

Орлов А.Е., Козлов С.В., Каганов О.И.,
Воздвиженский М.О., Савельев В.Н., Ткачев М.В.

*Самарский областной клинический онкологический
диспансер, Самара, Россия*

АКТУАЛЬНОСТЬ. В экономически развитых странах мира колоректальный рак (КРР) по темпам роста занимает ведущие позиции. По данным отечественных авторов, на сегодняшний день интенсивно разрабатываются и внедряются в клиническую практику инструментальные, молекулярно-биологические и иммуногистохимические методы исследования. Эти методы характеризуют степень агрессивности опухолевого процесса и, кроме того, позволяют персонализировать прогноз клинического течения и чувствительность опухоли к проводимой терапии у больных КРР с метастазами в печени.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучение зависимости показателей онкомаркеров (ОМ) от степени распространенности метастатического поражения печени при КРР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В программу исследования вошли 60 больных с диагнозом КРР. Прогрессия процесса в виде метастатического поражения печени в данной группе больных была выявлена, в среднем, через 15,18±6,09 месяцев после удаления опухоли толстой кишки. Всем пациентам в сыворотке крови определяли концентрацию РЭА, СА19-9, СА242 методом иммунохемилюминесцентного анализа с использованием анализатора Immulite 2000 (DPC, США).

РЕЗУЛЬТАТЫ. В группе больных, у которых было выявлено до 3 метастазов (mts) в печени, показатели РЭА составили 69,37±59,49 нг/мл, СА19-9 142,21±105,21 Е/мл, СА242 142,53±105,19 Е/мл, в группе пациентов имевших 4-5 mts значения ОМ были выше: РЭА 88,89±78,30 нг/мл, СА19-9 163,71±73,37 Е/мл, СА242 180,87±104,70 Е/мл (p=0,05, p=0,12, p=0,05, соответственно). В группе больных с суммой максимальных размеров выявленных mts до 7 см показатель РЭА составил 57,08±39,12 нг/мл, СА19-9 115,29±96,64 Е/мл, СА242 126,46±83,47 Е/мл, а в группе пациентов с суммой максимальных размеров выявленных mts более 7 см показатели ОМ были значимо выше: РЭА 99,43±81,45 нг/мл, СА19-9 176,65±75,03, СА242 191,45±111,81 Е/мл (p=0,03, p=0,01, p=0,01, соответственно).

ВЫВОДЫ. Проведенные исследования показали, что у больных с наличием до 3 колоректальных mts в печени и с суммой максимальных размеров до 7 см средние показатели РЭА, СА19-9, СА242 были значимо ниже, чем у больных, имевших более 3 mts, с суммой максимальных размеров более 7 см.

ПРИМЕНЕНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТЕРМОАБЛЯЦИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ РАКАХ В ПЕЧЕНИ

Орлов А.Е., Козлов С.В., Каганов О.И.,
Воздвиженский М.О., Савельев В.Н., Ткачев М.В.

*Самарский областной клинический онкологический
диспансер, Самара, Россия*

АКТУАЛЬНОСТЬ. Ранняя диагностика прогрессии заболевания после радиочастотной термоабляции (РЧА) метастазов колоректального рака (КРР) дает возможность изменения схемы лечения, что может продлить жизнь больного. Учитывая отсутствие 100% точности в проведении мониторинга у больных после РЧА, врачи продолжают поиск новых способов оптимизации.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Прогнозирование на дооперационном этапе риска развития прогрессии заболевания после выполнения РЧА метастазов КРР в печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведено исследование результатов комбинированного лечения с применением чрескожной радиочастотной термоабляции (РЧА) у 93 больных с единичными и множественными биллобарными метастазами колоректального рака (КРР) в печени, выявленными в различные сроки диспансерного наблюдения после удаления первичной опухоли. Проводился многофакторный анализ, изучающий влияние различных предикторов на риск развития рецидива и появления новых метастазов после проведения РЧА.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На основании проведенного исследования была создана математическая модель $P=1/1+2,71^z$, где p – вероятность того, что произойдет интересующее событие; z – основание натуральных логарифмов; z – формула множественной линейной регрессии: $Z=4,68*X1+0,02*X2+0,03*X3-4,68*X4-12,03$. В настоящем исследовании математическую модель строили в модуле логистической регрессии по алгоритму Вальда, с пошаговым исключением в программе SPSS. При использовании этого метода первоначально брались в расчет все 11 предикторов, после чего они ранжировались и пошагово исключались в соответствии с их вкладом в модель. В результате была получена модель, включающая предикторы (X1-X4): X1 – число выявленных метастазов; X2 – значение СЕА до операции в нг/мл; X3 – значение СА19-9 до операции в Ед/мл; X4 – число метастазов размером от 2 до 3 см. Далее приведена классификационная таблица, рассчитанная на основании вышеуказанной модели. Была просчитана чувствительность 95,5%, специфичность 100% и точность 96,8% данной математической модели.

ВЫВОДЫ. Применение математической модели позволяет выбрать наиболее эффективный алгоритм обследования больных после выполнения малоинвазивного лечения, что позволяет своевременно выявлять дальнейшую прогрессию заболевания.

РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Орлов А.Е., Козлов С.В., Каганов О.И.,
Воздвиженский М.О., Савельев В.Н., Ткачев М.В.

Самарский областной клинический онкологический
диспансер, Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Отечественные ученые считают, что основной причиной смертности при колоректальном раке (КРР) является диссеминация процесса в виде отдаленных метастазов (mts). Применение малоинвазивных методов на этапах комбинированного лечения больных с метастазами КРР в печени является чрезвычайно актуальным.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить результаты и обосновать применение радиочастотной термоабляции (РЧА) в комбинированном лечении больных с mts КРР в печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В программу исследования вошли 178 больных с билобарными единичными и множественными mts КРР в печени, выявленными после радикального хирургического лечения опухоли толстой кишки. В основную группу (n=93) включены больные, которые получали комбинированное лечение: химиотерапия и РЧА. Больным контрольной группы (n=85) проводилась только химиотерапия без хирургического воздействия на метастатические очаги. Сравнительный анализ результатов лечения проводился: в основной (n=39) и контрольной (n=33) группах – с единичными mts; и в основной (n=54) и контрольных (n=52) группах – с множественными mts.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У больных в основной группе с единичными метастазами КРР в печени была достигнута трехлетняя безрецидивная выживаемость – 3,5%, медиана безрецидивной выживаемости – 15 месяцев. В контрольной группе с единичными mts были получены только двухлетние показатели – 6,9%, медиана выживаемости составила 9 месяцев. Общая пятилетняя выживаемость в основной группе с единичными mts – 4,3%, медиана общей выживаемости – 28 месяцев, тогда как в контрольной группе была получена лишь трехлетняя выживаемость – 9,9%, с медианой выживаемости 15 месяцев. В основной группе больных с множественными билобарными mts проведение РЧА позволило достичь двухлетней безрецидивной выживаемости – 3,4% с медианой безрецидивной выживаемости – 9 месяцев, в то время как в контрольной группе аналогичный показатель – 0, медиана выживаемости достигла 6 месяцев. Применение РЧА в основной группе с множественными mts позволило достичь показателя общей четырехлетней выживаемости – 1,8%, медиана выживаемости 18 месяцев, тогда как в контрольной группе была получена лишь трехлетняя выживаемость – 2,1%, медиана выживаемости 11 месяцев.

ВЫВОДЫ. Применение метода РЧА в комбинации с химиотерапией при лечении единичных и множественных билобарных mts КРР, позволяет значительно улучшить показатели безрецидивной и общей выживаемости.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК VI СТАДИИ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНИ

Орлов А.Е., Козлов С.В., Каганов О.И.,
Воздвиженский М.О., Савельев В.Н., Ткачев М.В.

Самарский областной клинический онкологический
диспансер, Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Новейшие разработки в области радиочастотной термической абляции (РЧА) расширили возможности лечения пациентов с новообразованиями печени. Термоабляция наиболее эффективна при комплексном паллиативном лечении метастазов колоректального рака (КРР) в печени.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка результатов применения РЧА метастазов КРР печени при циторедуктивных операциях (ЦО).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С целью проведения анализа результатов РЧА колоректальных метастазов печени при паллиативных операциях нами проведено исследование двух групп больных: 54 пациента с РЧА метастатических очагов составили основную группу, в контрольную группу вошел 61 больной с атипичной резекцией. Средний возраст в основной и контрольной группах составил 55,47*6,71 и 57,39*4,99 лет (t=1,71, p=0,089) соответственно. Общее число метастазов, удаленных при атипичной резекции составило – 177, РЧА – 194. Количество метастатических новообразований в основной группе было от 2 до 6, среднее их число составило – 3,09±0,76, в контрольной – от 1 до 4, среднее число – 2,88±0,89 (p=0,24).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Проведенный анализ годовых отчетов хирургических отделений ГБУЗ СОКОД с 2001 по 2008 гг. показал, что общее число ЦО при КРР 4 стадии в данный период значимо не менялось и составило 54,37*7,71 операции в год. В основной группе послеоперационные осложнения наблюдались у 7 (13%), в контрольной – у 18 (29,5%) пациентов (p=0,04). Осложнения, связанные с операцией на печени после РЧА были диагностированы у 2 (28,6%), а после атипичной резекции – у 10 (55,5%) пациентов. Пятилетняя бессобытийная выживаемость в основной группе была выше, чем в контрольной, их значения составили 13,1% и 6,0%, соответственно, медианы бессобытийной выживаемости составили 24 и 15 месяцев, соответственно (p=0,04). Показатели пятилетней общей выживаемости в основной и контрольной группах составили 26,4% и 12,7%, соответственно (p=0,07).

ВЫВОДЫ. Таким образом, применение РЧА в лечении единичных билобарных метастазов в печени позволило значимо увеличить число ЦО R0, выполняемых при лечении КРР 4 стадии, снизить объем интраоперационной кровопотери и риск развития послеоперационных осложнений.

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Орлов А.Е., Козлов С.В., Каганов О.И.,
Воздвиженский М.О., Ткачев М.В.

Самарский областной клинический онкологический
диспансер, Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В последние годы возрастает интерес к математическому моделированию медицинских процессов. Актуальным остается разработка критерий развития гнойных послеоперационных осложнений у больных колоректальным раком (КРР).

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Выявить значимые прогностические критерии развития гнойных послеоперационных осложнений (ГПО) у больных КРР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование были включены 278 больных КРР, которым был выполнены радикальные или циторедуктивные хирургические вмешательства. К первой группе были отнесены: пол, возраст, наличие тяжелой сопутствующей патологии, индекс массы тела, локализация опухоли, стадия основного заболевания, длительность догоспитального периода, наличие осложненного рака толстой кишки, анемии, степень анестезиологического риска. Ко второй группе предикторов ГПО были отнесены: характер оперативного вмешательства, вариант восстановления кишечной непрерывности, стаж работы хирурга (<5 лет, >5 лет), длительность операции (<3 часов, >3 часов), объем кровопотери (<1 литра, >1 литра), интраоперационная контаминация брюшной полости. В нашем исследовании использовался прогностический критерий, учитывающий субъективную интегральную оценку оперирующим хирургом предоперационных факторов риска (общее состояние больного, запущенность основного заболевания, тяжесть сопутствующей патологии, объем планируемой операции: 1 балл – хороший, 2 балла – удовлетворительный, 3 балла – плохой прогноз), а также продолжительность операции (более 3 часов – + 1 балл) и интраоперационная контаминация раны +1 балл.

РЕЗУЛЬТАТЫ. ГПО осложнения были диагностированы у 48 пациентов (17,2%). Частота ГПО при локализации опухоли в прямой кишке составила 22,2%, в правой половине ободочной кишки – 3%, в левой половине – 11,1%. ($p < 0,05$). Частота ГПО у пациентов с 3-4 (34%) стадией КРР 24,2%, аналогичный показатель у пациентов с 1-2 стадией заболевания составил 13,6% ($p < 0,05$). В случае, когда интегральный прогностический критерий (ИПК) составлял 1-2 балла, частота развития ГПО составила не более 10%. В тех случаях, когда ИПК составлял 4-5 баллов, частота развития ГПО достигала 28-50%.

ВЫВОДЫ. Локализация опухоли в прямой кишке, стадия заболевания являются значимыми прогностическими критериями развития ГПО. Предлагаемый интегральный прогностический критерий может быть использован для определения риска развития гнойных послеоперационных осложнений у больных КРР.

ПАЛЛИАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

Орлов А.Е., Козлов С.В., Каганов О.И., Савельев В.Н., Ткачев М.В.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургический метод остается «золотым» стандартом в плане комбинированного лечения метастатических образований, при котором медиана общей выживаемости достигает 35-40 месяцев. Широкие возможности применения методов лучевой терапии, химиотерапии, а в последние годы появления лекарственных препаратов для таргетной терапии, обуславливают стремления онкологов к максимальному удалению опухолевой массы путем выполнения паллиативных операций.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучение непосредственных результатов паллиативных операций у больных при КРР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2012 по 2016 гг. в отделении абдоминальной онкологии Самарского областного клинического онкологического диспансера выполнено 741 операций по поводу колоректального рака. Из них 43 носили паллиативный характер: гемиколэктомия

справа – 20, гемиколэктомия слева – 17, резекция сигмовидной кишки – 4, передняя резекция прямой кишки – 2. У 2 больных дополнительно проводилась радиочастотная абляция метастазов печени, 2 больным выполнялись симультанные операции, дополненные с резекциями печени. Также имеется группа больных, которым резекции печени по поводу метастазов выполнялись отсрочено. Таким образом, за последние годы удельный вес паллиативных операций вырос с 1,6% до 2,3%.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 5 (11,6%) больных: гнойные осложнения – 1, несостоятельность анастомоза – 1, тромбозомболия легочной артерии – 1, острое нарушение мозгового кровообращения – 1, перфорация язвы желудка – 1. Умерло 3 больных, причина смерти: тромбозомболия легочной артерии – 1, перфорация хронической язвы желудка – 1, острое нарушение мозгового кровообращения – 1. послеоперационная летальность составила – 4,6%.

ВЫВОДЫ. Таким образом, низкий уровень послеоперационных осложнений и летальности после паллиативных операций свидетельствует о возможности и целесообразности их выполнения у больных с метастатическим колоректальным раком.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ АНАСТОМОЗА «БОК-В-КОНЕЦ» ПРИ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Помазкин В.И.

Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, Екатеринбург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Выполнение низкой передней резекции прямой кишки сопряжено с функциональными потерями, которые могут быть настолько выражены, что качество жизни больных после сфинктеросохраняющих операций сопоставимо или даже хуже, чем после операций, завершающихся постоянной колостомой. Для улучшения результатов лечения предложено формирование различных толстокишечных резервуаров, в частности, анастомоза «бок-в-конец».

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сравнение результатов оценки качества жизни при формировании «прямых» (контрольная группа) и «боко-концевых» (основная группа) аппаратных колоректальных анастомозов при низкой передней резекции прямой кишки с формированием протективной колостомы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В каждую группу включено по 20 пациентов, оперированных по поводу рака среднеампулярного отдела прямой кишки, сравнимых по полу и возрасту. Случаев анальной инконтиненции до операции ни у кого не было. Длина культи прямой кишки составляла 4-6 см.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Частота ранних послеоперационных осложнений составила 10% в основной и 15% – в контрольной группе. При оценке качества жизни через 6 месяцев после закрытия стомы с использованием опросника GSRS показатели в шкале «Абдоминальная боль» в основной группе составили 1,22 балла, в контрольной группе – 1,43 балла, в шкале «Диспепсический синдром», соответственно, 2,05 и 2,53 балла, в шкале «Диарейный синдром» – 3,38 и 4,21, в шкале суммарного измерения – 9,01 и 11,40 баллов, соответственно. При использовании предложенного нами «Опросника оценки качества жизни после операции на прямой кишке» (Патент № 2401054 от 10.10.2010 г.) в шкале «Изменение образа жизни» показатели составили 84,1 балла в основной группе и 74,3 балла – в контрольной группе, в шкале «Социальное функционирование» –

85,1 и 79,6 баллов, в шкале «Анальная инконтиненция» – 86,7 и 71,5 баллов, в шкале «Частота стула» – 79,2 и 68,4 баллов, в шкале «Эвакуаторные нарушения прямой кишки» – 85,1 и 73,7 баллов, соответственно.

ВЫВОД. Применение «боко-концевого» анастомоза при низких передних резекциях прямой кишки позволяет уменьшить проявление соответствующего синдрома, что выражается лучшими количественными показателями качества жизни.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ФОНЕ ДЕКОМПРЕССИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Тотиков З.В., Тотиков В.З., Калицова М.В.,
Медоев В.В., Зураев К.Э., Качмазов А.К.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проблема острой кишечной непроходимости при раке толстой кишки остается одной из нерешенных и наиболее сложных в неотложной абдоминальной хирургии. Одним из сравнительно малоизученных компонентов патогенеза является повышенное внутрибрюшное давление (ВБД), которое, по единодушному мнению исследователей, оказывает не только местное, но и системное действие. Проблема диагностики и лечения острой кишечной непроходимости, осложненной внутрибрюшной гипертензией является актуальной и требует своего решения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить динамику изменений ВБД на фоне декомпрессионной терапии у больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Динамика изменений ВБД на фоне декомпрессионной терапии изучена у 128 больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При поступлении в стационар у 17,2% больных ВБД оставалось в пределах нормы, у 35,2% пациентов имелась 1 степень интраабдоминальной гипертензии (ИАГ), у 25,8% – 2 степень, у 14,8% – 3 степень и у 7% – 4 степень. При 1 варианте течения острого обтурационного нарушения проходимости толстой кишки ВБД на фоне проводимой декомпрессионной терапии через 6-7 часов, в среднем, снижалось на $7,6 \pm 0,53$ мм рт.ст, при 2 варианте на $3,2 \pm 0,24$ мм рт.ст. При 3 варианте ВБД снижалось у 57,1% больных на $2,8 \pm 0,38$ мм рт.ст., у 28,6% оставалось в пределах исходных данных и у 14,3% повышалось, в среднем, на $3,3 \pm 0,58$ мм рт.ст.

ВЫВОДЫ. При поступлении в стационар у 17,2% больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью, несмотря на наличие клинических и рентгенологических симптомов непроходимости ВБД остается в пределах нормы, у 35,2% пациентов имеется 1 степень ИАГ, у 25,8% – 2 степень, у 14,8% – 3 степень и у 7% – 4 степень ИАГ. При первом варианте течения острого обтурационного нарушения проходимости толстой кишки ВБД на фоне проводимой декомпрессионной и корригирующей терапии после повторного исследования через 6-7 часов, в среднем, снижается на $7,6 \pm 0,53$ мм рт.ст, при втором варианте на $3,2 \pm 0,24$ мм рт.ст. При третьем варианте ВБД снижается у 57,1% на $2,8 \pm 0,38$ мм рт.ст., у 28,6% больных остается в пределах исходных данных и у 14,3% повышается, в среднем, на $3,3 \pm 0,58$ мм рт.ст.

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК С МЕТАСТАЗАМИ В ЯИЧНИКИ

Тур Г.Е., Прохоров А.В.,
Пономарёва К.А., Радкевич Д.С.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ. В структуре онкологических заболеваний колоректальный рак занимает ведущие позиции. На момент установления диагноза у 25-30% пациентов выявляются отдаленные метастазы. Метастазы в яичники более характерны как путь отдаленного метастазирования при раке желудка, однако являются не редкостью и при колоректальном раке.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты лечения пациентов с метастазами колоректального рака в яичники.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 131 пациента, которым проводилось специальное лечение по поводу колоректального рака с метастазами в яичники. Средний возраст составил $57 \pm 7,3$ лет. Первичная опухоль локализовалась в правом фланге у 36 пациентов (27,5%), левом фланге – у 17 (13%), в сигмовидной кишке – у 49 (37,4%), в области ректо-сигмоидного соединения – у 19 (14,5%) и в прямой кишке – у 10 (7,6%). Морфологически у всех пациентов верифицирована аденокарцинома различной степени дифференцировки. Первичная опухоль в стадии Т2 была верифицирована у 4 (3,1%) пациентов, Т3 – у 74 (56,5%), и Т4 – у 48 (40,4%) пациентов, соответственно. Метастазы в лимфоузлах выявлены у 71 (54,2%) пациента. У 73 (55,7%) пациентов метастазы в яичники были обнаружены синхронно, и им была выполнена синхронная комбинированная операция. У 58 (44,3%) метастазы в яичники были выявлены метакронно. Химиотерапевтическое лечение проводилось 119 (90,8%) пациентам.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. В исследуемой группе 17 (13%) пациентов были в возрасте до 45 лет, 46 (35%) человек – в возрасте 45-55 лет, 68 (52%) женщин – старше 55-летнего возраста. Первичная опухоль в стадии Т2 по классификации TNM была верифицирована у 4 (3,1%) пациентов, Т3 – у 74 (56,5%), и Т4 – у 48 (40,4%) пациентов, соответственно. Метастазы в лимфоузлах выявлены у 71 (54,2%) пациента. У 73 (55,7%) пациентов метастазы в яичники были обнаружены синхронно, и им была выполнена синхронная комбинированная операция. У 58 (44,3%) метастазы в яичники были выявлены метакронно. Химиотерапевтическое лечение проводилось 119 (90,8%) пациентам. В группе пациентов с синхронными метастазами – одногодичная летальность составила 38,4%, трехлетняя выживаемость – 16,4%, пятилетняя – 6,9%. В группе пациентов с метакронными метастазами трехлетняя выживаемость составила 43,1%, пятилетняя – 8,6%.

ВЫВОДЫ. Наиболее часто метастазы в яичники были выявлены с первичной опухолью в сигмовидной кишке, в возрасте пациентов старше 55 лет, в стадии Т3 по классификации TNM. Синхронные метастазы были выявлены у 55,7% пациентов. Результаты лечения в виде трех- и пятилетней выживаемости были лучше в группе метакронных метастазов в яичники, хотя их «метакронность» вызывает сомнения. Дальнейшие исследования необходимы для решения вопроса о превентивной аднексэктомии у пациентов с распространенным колоректальным раком.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Урюпина А.А., Грошин В.С., Погосян А.А.
ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Одной из актуальных проблем в колоректальной хирургии остается несостоятельность межкишечных анастомозов. По данным литературы, проблема встречается от 4 до 32%. Учитывая внедрение большого количества разновидностей толстокишечных швов, способов формирования и укрепления соустьев, применения различной техники, частота несостоятельности анастомозов не имеет тенденции к снижению. Центральное место в развитии несостоятельности межкишечных анастомозов отводится нарушению кровообращения, от которого зависит характер заживления.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения путем интраоперационной профилактики несостоятельности межкишечных анастомозов.

МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ. Работа выполнена на базе клиники ФГБОУ ВО РостГМУ и МБУЗ ГБ № 6 г. Ростова-на-Дону. Проведен анализ результатов оперативного лечения 84 пациентов, которые перенесли операции на толстой и прямой кишке с формированием межкишечных соустьев. Средний возраст пациентов составил $56,1 \pm 1,8$ года. Больные были разделены на две группы. В 1-ю включены 32 пациента, которым интраоперационно до формирования межкишечного соустья (как механическим, так и ручным швом) внутривенно вводился р-р индоцианина зеленого 25 мг с целью оценки кровотока в области формирующегося анастомоза по разработанной методике. Во 2-ю группу вошли 52 пациента, которым данная оценка не выполнялась.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Во 2-й группе ранний послеоперационный период осложнился несостоятельностью в 5 (9,6%) случаях, что потребовало выполнения экстренного оперативного вмешательства. В 3 (5,8%) случаях в отдаленные послеоперационные сроки отмечены стриктуры в области сформированного межкишечного соустья. В 1 (1,9%) случае зарегистрировано формирование кишечного свища. В 1-й клинической группе в раннем послеоперационном периоде, на фоне проводимой противовоспалительной, антибактериальной терапии осложнений отмечено не было, однако, на 7 сутки в 2 (6,25%) случаях было отмечено кровотечение, что было связано с прорезыванием лигатуры. Данное осложнение было купировано консервативно. При оценке результатов лечения в отдаленные сроки в 1-й клинической группе, осложнений потребовавших повторного оперативного вмешательства выявлено не было.

ВЫВОДЫ. Полученные результаты доказывают, что оригинальная методика профилактики несостоятельности колоректальных анастомозов при передней резекции прямой кишки, позволяет снизить частоту осложнений как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленный сроки, улучшить результаты лечения больных. Разработанный способ профилактики показал свою эффективность, что позволяет его рекомендовать к внедрению в клиническую практику.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕСТНЫМ РЕЦИДИВОМ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Назаров И.В.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Отсутствуют критерии прогноза больных с местными рецидивами рака ободочной кишки, нет принятых стандартов лечения.

ЦЕЛЬ. Определить факторы прогноза пациентов с местными рецидивами (МР) рака ободочной кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В проспективное исследование вошли 52 пациента с МР рака ободочной кишки без карциноматоза и отдаленных метастазов, находившихся на лечении в ГНЦК с 2009 по 2017 гг.

Медиана времени возникновения местного рецидива – 17,6 месяцев. На момент диагностики РЭА был повышен у 24 (46,2%), СА 19-9 – у 4 (7,7%) пациентов. Вмешательства по удалению МР выполнены 48 (92%) больным. Радикальные вмешательства в 60% случаев потребовали резекции более одного органа. В 26 (54%) случаях в ходе удаления первичной опухоли была произведена низкая перевязка питающего сосуда, подтверждением чему служило наличие значительного фрагмента сохранённой брыжейки ободочной кишки. Операция дополнена внутрибрюшинной химиотерапией (ВБХТ) в 12 (23,1%) случаях.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Радикальное удаление МР оказалось возможно у 34 (70,8%) больных. В 12 (25,0%) случаях МР удалён в объёме R1, а у 2 (4,2%) выполнены паллиативные резекции. У 34 (70,8%) больных развились осложнения различной степени тяжести. Летальных исходов не было. Прослежены 46 (95,8%) из 48 оперированных больных. Медиана наблюдения составила 19,5 (8,6-34,7) месяца. У 12 (26,1%) пациентов не было признаков возврата онкологического заболевания. У 16 (34,8%) больных развились только отдалённые метастазы. Повторный МР развился у 18 (39,1%) пациентов, у 12 он сочетался с отдалёнными метастазами. Общая 5-летняя выживаемость (ОВ) составила 38%; безрецидивная – 17,5%. Медиана ОВ – 42,8 мес; безрецидивной – 15,2. У пациентов с ВБХТ и без неё достоверных различий в ОВ не было. При многофакторном анализе определены факторы, влияющие на выживаемость пациентов с МР рака ободочной кишки: высокий РЭА, СА 19-9, позитивный край резекции при удалении опухоли МР, высокая перевязка при удалении первичной опухоли являются факторами негативного прогноза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Выполнение R0 резекции является главным фактором, улучшающим выживаемость больных, снижающим частоту возникновения повторных рецидивов. Интраоперационная внутрибрюшинная химиотерапия не оказывает влияния на результаты лечения местных рецидивов рака ободочной кишки.

Alterna® нового поколения — надежность и комфорт

«Когда не боишься, что
калоприемник протечет,
занимаешься любимым делом.»

Пациентка, стомированная в 2016 г.

НОВИНКА
СУПЕР ГИБКОСТЬ



Центр поддержки пациентов «Колопласт»

8 800 700 11 26

Звонок бесплатный

пн.-чт. с 08:00 до 20:00; пт. с 08:00 до 18:45 по московскому времени

info@coloplast.ru

www.coloplast.ru

Изменим жизнь пациентов с болезнью Крона

Более высокая частота дыхательных путей, пневмонии, синусит, фарингит, назофарингит и герпес-вирусной пневмонии). Часто: генерализованные инфекции (включая сепсис, кандидоз и грипп), инфекции ЖКТ (включая вирусный гастроэнтерит), инфекции кожи и мягких тканей (включая паронихий, целлюлит, импетиго, некротизирующий фасцит и опоясывающий лишай), инфекции уха, инфекции полости рта (включая простой герпес, оральный герпес и поражения зубов), инфекции половой сферы (включая вульвовагинальную микотическую инфекцию), инфекции мочевыводительного тракта (включая пиелонефрит), грибковые инфекции, инфекции суставов. **Новообразование** Часто: доброкачественные новообразования, рак кожи, кроме меланомы (включая базально-клеточную карциному и чешуйчато-клеточную карциному). **Со стороны крови и лимфатической системы** Очень часто: лейкопения (включая нейтропению и агранулоцитоз), анемия. Часто: тромбоцитопения, лейкоцитоз. **Со стороны иммунной системы** Часто: реакции гиперчувствительности, аллергические реакции (включая сезонную аллергию). **Со стороны обмена веществ** Очень часто: повышение концентрации липидов. Часто: гипокальциемия, повышение концентрации мочевой кислоты, аномальные концентрации натрия, гипонатриемия, гипергликемия, гипофосфатемия, дегидратация. **Нарушения психики** Часто: изменения настроения (включая депрессию), тревожные расстройства, бессонница. **Со стороны нервной системы** Очень часто: головная боль. Часто: парестезии (включая гипестезии), мигрень, невралгия седьмого нерва, вестибулярное головокружение. **Со стороны органов зрения** Часто: конъюнктивит, нарушения зрения, блефарит, отек века. **Со стороны сердечно-сосудистой системы** Часто: повышение артериального давления, приливы, гематомы, тахикардия. **Со стороны системы дыхания** Часто: кашель, астма, диспноэ. **Со стороны системы пищеварения** Очень часто: тошнота, рвота, боль в животе, повышение активности печеночных ферментов. Часто: диспепсия, гастроэзофагеальный рефлюкс, сухость во рту, желудочно-кишечные кровотечения. **Со стороны кожи и подкожных тканей** Очень часто: сыпь (в т.ч. эксфолиативная). Часто: зуд, крапивница, кровоизлияния (в т.ч. пурпура), дерматит (в т.ч. экзема), ломкость ногтей, гипергидроз. **Со стороны костно-мышечной системы** Очень часто: костно-мышечная боль. Часто: мышечные спазмы. **Со стороны мочеполовой системы** Часто: гематурия, почечная недостаточность. **Прочие** Включая реакции в месте введения. Очень часто: реакции в месте инъекции (включая эритему). Часто: боль в грудной клетке, отеки, ухудшение заживления ран. **Лабораторные показатели** Часто: нарушения в системе свертывания крови (включая увеличение активированного частичного тромбопластинового времени), положительные тесты на аутоантитела (включая антитела к двойной спирали ДНК), увеличение концентрации лактатдегидрогеназы. **Реакция в месте инъекции** В базовых исследованиях у 12,9 % пациентов, которым вводили адалimumаб, развились реакции в месте введения (эритема и/или зуд, кровотечение, боль, припухлость), в контрольной группе такие реакции развились у 7,2 % пациентов. Большинство реакций в месте инъекций оценивались как легкие и не требовали прекращения приема препарата. **Форма выпуска** Раствор для подкожного введения 40 мг/0,8 мл. **Для получения более подробной информации о препарате, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению препарата или обратитесь в:** ООО «365ВМ» 125047, г. Москва, ул. Лесная, д.7, БЦ «Белые Сады», здание «А», тел. (495) 258 42 77, факс (495) 258 42 87

Оптимизация лечения с учетом строгого контроля воспалительной активности*

Быстрое достижение и стойкое поддержание клинической ремиссии³

*Модификация лечения на основании заранее заданных целевых показателей (клинические симптомы - индекс активности и оценка потребности в стероидах; биомаркеры воспаления - фекальный кальпротектин и С-реактивный белок).¹

**У пациентов с болезнью Крона, получавших препарат Хумира® в исследовании CALM

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ по медицинскому применению препарата Хумира®

Регистрационный номер ЛС-002422. Торговое наименование препарата Хумира®. Международное непатентованное наименование или группировочное наименование Адалimumаб. Показания к применению Взрослые Болезнь Крона (БК) (среднетяжелой или тяжелой степени): при неадекватном ответе на традиционную терапию, а также непереносимости или противопоказаниях к традиционной терапии, при неэффективности (или снижении эффективности) или непереносимости инфликсимаба; Язвенный колит (ЯК) среднетяжелой и тяжелой степени, при неадекватном ответе на традиционную терапию, включая кортикостероиды и/или 6-меркаптопурин или азатиоприн, а также при непереносимости или противопоказаниях к традиционной терапии. Дети Болезнь Крона (среднетяжелой и тяжелой степени) у пациентов 6 лет и старше при неадекватном ответе на традиционную терапию (включая полное энтеральное питание и кортикостероиды и/или иммуносупрессоры), а также непереносимости или противопоказаниях к традиционной терапии. Противопоказания • Гиперчувствительность к адалimumабу или любому его вспомогательному компоненту. • Беременность. • Период грудного вскармливания. • Детский возраст до 18 лет (кроме пациентов от 2 лет с ювенильным идиопатическим артритом, пациентов от 6 лет с болезнью Крона (среднетяжелой или тяжелой степени), пациентов от 6 лет с активным энтезит-ассоциированным артритом, пациентов от 4 лет с хроническим блещущим спондилитом, пациентов от 12 лет с активным гнойным гирарденитом). • Инфекционные заболевания, в том числе туберкулез. • Совместный прием с антагонистами ФНО или другими генно-инженерными биологическими противовоспалительными препаратами (например, анакинрой и абатацепт). • С осторожностью • Рецидивирующие инфекции в анамнезе. • Носительство вируса гепатита В. • Злокачественные новообразования, в том числе в анамнезе. • Сердечная недостаточность. • Демиелинизирующие заболевания нервной системы, в том числе в анамнезе. • Пациенты старше 65 лет. Способ применения и дозы Подкожно. У взрослых с БК и ЯК — 160 мг в 1-й день, через 2 недели — 80 мг, еще через 2 недели начинают применять поддерживающую дозу — 40 мг раз в 2 недели. Терапия аминокислотами, глюкокортикоидами и/или иммуномодуляторами (например, 6-меркаптопурин и азатиоприн) может быть продолжена. При уменьшении ответа достижение эффекта возможно при увеличении частоты введения 40 мг раз в неделю. Дозирование у детей с БК: Масса тела до 40 кг: 80 мг в 1-й день, через 2 недели — 40 мг, еще через 2 недели начинают применять поддерживающую дозу — 20 мг раз в 2 недели (среднетяжелая и тяжелая степени); масса тела 40 кг и более: 160 мг в 1-й день, через 2 недели — 80 мг, еще через 2 недели начинают применять поддерживающую дозу - БК тяжелой степени — 40 мг раз в 2 недели, БК среднетяжелой степени — 20 мг раз в 2 недели. Взаимодействие с другими лекарственными средствами Одновременное применение адалimumаба с другими биологическими базовыми противовоспалительными средствами (например, анакинрой, абатацептом) или другими антагонистами ФНО сопряжено с повышенным риском возникновения инфекций и других побочных реакций, и поэтому противопоказано. Побочное действие Данные клинических исследований Приблизительно у 13 % пациентов можно ожидать развития реакций в месте введения препарата (одни из наиболее часто встречающихся побочных реакций при введении адалimumаба в контролируемых клинических исследованиях). Побочные реакции возможно причинно-связанные с применением препарата, как клинические, так и лабораторные, приведены ниже с указанием частоты (очень часто $\geq 1/10$, часто $\geq 1/100$. Вклю-

1. Colombel JF, Panaccione R, Bossuyt P, et al. Effect of tight control management on Crohn's disease (CALM): a multicentre, randomised, controlled phase 3 trial. Lancet. 2017;390(10114):2779-2789. doi:10.1016/S0140-6736(17)32641-7. 2. R. Panaccione1, J.-F. Colombel, P. Bossuyt. al. Tight control with adalimumab-based treatment is associated with improved quality of life outcomes in patients with moderate to severely active Crohn's disease: Data from CALM. Presented at ECCO 2018:DOPO71. 3. HUMIRA [Summary of Product Characteristics]. AbbVie Ltd; April 2018.

ПЯТИЛЕТНЯЯ КАНЦЕРСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭКСТРЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Щаева С.Н.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Смоленск, Россия

ЦЕЛЬ. Оценить показатели пятилетней канцерспецифической выживаемости (КСВ) у больных с осложненным колоректальным раком (ОКРР), перенесших экстренные хирургические вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Материалом для исследования послужили данные о 667 больном с обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза, перенесших экстренные хирургические вмешательства, взятые из созданной электронной базы данных (регистра), включающей сведения о 1098 больных с urgentными осложнениями КРР, получавших лечение в общехирургических и специализированных стационарах г. Смоленска в период с 2001 по 2013 гг. (13 лет). Исследовалась 5-летняя КСВ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Резекционных вмешательств выполнено в количестве 501, симптоматических 166. Статистически значимые различия выявлены и по резекционному статусу: статус R1 наблюдался чаще при экстренных резекционных вмешательствах, у больных, перенесших операции в общехирургических стационарах – 5,7% по сравнению с колопроктологическим – 3,9% и онкологическим стационарами – 0 ($p < 0,0001$). Среднее количество исследованных лимфатических узлов в общехирургическом стационаре составило 4 ± 2 , колопроктологическом – 10 ± 2 , онкологическом стационаре – 12 ($p < 0,0001$ и $p < 0,12$, соответственно). В сравниваемых группах для больных с ОКРР со II, III, IIIС стадиями заболевания статистически значимые различия выявлены по КСВ ($p = 0,02$, $p = 0,001$, $p = 0,03$, соответственно) в связи с более высокими показателями выживаемости в специализированных стационарах. При IV стадии преимущественно были выполнены симптоматические операции, выявлены статистически значимые различия 2-х летней КСВ между колопроктологическим и общехирургическим стационарами, за счет более высоких показателей в колопроктологическом стационаре ($p = 0,014$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Значимая разница связана с тем, что операции, выполняемые в общехирургических стационарах, не соответствовали требованиям онкологического радикализма.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ТОЛСТОКИШЕЧНЫЙ ЛАВАЖ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Этков В.Н., Глухов А.А., Шамаева Т.Е., Минаков О.Е.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко, Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лечение обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии (ОТКН) продолжает оставаться актуальной проблемой абдоминальной хирургии в связи с противоречиво-

стью мнений, касающихся вопросов выбора рациональной хирургической тактики и сохраняющейся высокой послеоперационной летальностью.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Рассмотреть технические варианты и изучить непосредственные результаты применения первичных анастомозов с использованием интраоперационной ирригации толстой кишки в хирургическом лечении левосторонней опухолевой толстокишечной непроходимости.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Из 188 больных с левосторонней обтурационной непроходимостью опухолевой этиологии, находившихся на лечении в колопроктологическом отделении Воронежской областной клинической больницы № 1, 20 пациентам были выполнены хирургические вмешательства с использованием интраоперационной ирригации толстой кишки и наложением первичных межкишечных анастомозов. В данную группу были включены пациенты со стабильными показателями гомеостаза (класс II ASA), отсутствием осложненного течения непроходимости (перитонит) и признаков генерализации опухолевого поражения. Среди больных исследуемой группы было 9 мужчин и 11 женщин, средний возраст составлял $61,7 \pm 1,4$ года. Ирригацию толстой кишки осуществляли через временную аппендикостомию при помощи антеградного струйного введения изосмолярного раствора электролитов до полного освобождения толстой кишки от содержимого и получения чистых промывных вод. В 11 случаях больным произведена левосторонняя гемиколэктомия, в 9 – резекция сигмовидной кишки с наложением первичного толстокишечного анастомоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. После хирургических вмешательств по поводу ОТКН с использованием интраоперационного лаважа и формированием первичных анастомозов различные осложнения наблюдались у 8 (40,0%) больных. У 2 больных (на 5 и 6 сутки после операции) выявлена несостоятельность сигмосигмоидного анастомоза, подтвержденная результатами рентгеноконтрастного исследования толстой кишки. Пациентам проведена комплексная антибактериальная и противовоспалительная терапия с положительным результатом и полным восстановлением функции анастомоза к моменту выписки больных из стационара. В послеоперационном периоде умер 1 (5,0%) больной на 4 сутки после хирургического вмешательства от сердечно-легочной недостаточности на почве сопутствующей патологии и развившихся осложнений, не связанных с технологией выполненной операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Оказание хирургической помощи больным ОТКН целесообразно осуществлять, преимущественно, в дневное время в условиях многопрофильных стационаров бригадой хирургов, располагающим опытом выполнения колопроктологических и онкологических операций. В ряде случаев после тщательной оценки операционного риска при левосторонней ОТКН возможно применение сегментарных резекций толстой кишки с наложением первичного анастомоза с обязательным использованием интраоперационного лаважа толстой кишки.

ГЛАВА 3. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

РЕЗЕРВАРИТЫ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ ТАЗОВЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВАРОВ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Ачкасов С.И., Сушков О.И., Куликов А.Э.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Около 30% пациентов с язвенным колитом (ЯК) нуждаются в удалении толстой кишки, у ряда больных выполняется формированием тазового тонкокишечного резервуара (ТТР). Почти у 50% пациентов с ТТР в течение 5 лет с момента закрытия илеостомы возникает хотя бы один эпизод острого резервуарита. У 17-21,5% носителей ТТР развивается хроническое воспаление в слизистой резервуара.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения резервуаритов у пациентов с ЯК, перенесших формирование ТТР.
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование был включен 141 пациент, оперированный в ГНЦК с 2012 по 2018 г., среди них 72 (51%) мужчины и 69 (49%) женщин. Средний возраст больных – 33,1 (18-62) года. Медиана наблюдения – 22 (3-75) месяца. С целью раннего выявления осложнений, ассоциированных с ТТР, пациенты проходили обследование через 3, 6, 12 месяцев с момента операции, далее 1 раз в год. Включалось: УЗИ брюшной полости, малого таза и УЗИ ректальным датчиком, резервуароскопия, резервуарография, исследование запирающего аппарата прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 141 носителя резервуара, в 23 (16,3%) наблюдениях развились резервуариты. В этой группе у 10 (43,5%) больных были клинические проявления в виде учащения дефекаций, спастических болей в нижних отделах живота, тенезмов. У 13 (56,5%) имелись эндоскопические признаки воспаления без клинических проявлений. Следует отметить, что в группе с клиническими проявлениями эффективность консервативного лечения составила 100%, а в группе без клинических проявлений оно было эффективно лишь у 8 (61,5%) больных. 5 (38,5%) пациентов отказалась от дальнейшей терапии ввиду отсутствия каких-либо жалоб, и при последующем наблюдении отрицательной динамики отмечено не было.

ВЫВОДЫ. У 56,5% пациентов с ТТР, воспалительные изменения в резервуаре выявлены только при инструментальном исследовании и не имели клинических проявлений. Следовательно, больным с ТТР необходимы регулярные плановые осмотры для раннего выявления резервуарита и проведения своевременного лечения. Больные с клиническими проявлениями резервуарита лучше поддаются консервативному лечению и чаще достигают клинико-инструментальной ремиссии, чем больные без клинических проявлений.

РОЛЬ ЦЕНТРА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА В ОЦЕНКЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ В РЕГИОНЕ

Ильканич А.Я., Жудылина Н.В., Дул И.Д.,
Дрожжина Н.П., Куцирь И.В.

БУ ХМАЮ-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут, Россия

ЦЕЛЬ. Оценить роль центра диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника в эпидемиологической обстановке региона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. На базе Сургутской окружной клинической больницы в 2017 году организован Центр диагностики и лечения ВЗК. В основу деятельности Центра положена организация и оказание медицинской помощи больным с ВЗК в соответствии с российскими и международными стандартами лечения. Для изучения эпидемиологической обстановки в регионе, в Центре формируется региональный сегмент Федерального регистра для больных с ВЗК. Помимо этого проводится диспансерное наблюдение и профилактические мероприятия для больных ВЗК.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В последние годы отмечается устойчивый рост впервые выявленных пациентов с ВЗК. Так, в 2013 году число впервые выявленных пациентов с язвенным колитом (ЯК) составило 35 (79,5%) больных, с болезнью Крона (БК) – 9 (20,5%) человек. В 2014 году – выросло до 44 (72,1%) человек с ЯК и 17 (27,9%) пациентов с БК. Сопоставимое с предыдущим годом число больных было зафиксировано в 2015 году: с ЯК 43 (74,1%) человека и 15 (25,9%) – с БК. Тенденция роста сохранилась и в последующие годы. В 2016 году 38 (63,3%) первичных пациентов с ЯК и 22 (36,7%) больных с БК были госпитализированы в стационар. Помимо этого в этот же период времени амбулаторно было выявлено еще 23 (76,7%) человека с ЯК и 7 (23,3%) – с болезнью Крона. В 2017 году на «Д» наблюдение были взяты 55 (69,6%) с ЯК и 24 (30,4%) с БК.

В настоящее время в регистр включены 447 человек: 347 (77,6%) больных с ЯК и 100 (22,4%) пациентов с БК. Оценка эпидемиологической обстановки в регионе позволит органам управления здравоохранения планировать экономические затраты при оказании помощи пациентам с ВЗК.

ВЫВОДЫ. Представляется, что работа регионального Центра по диагностике и лечению больных с ВЗК позволит в ближайшей перспективе достоверно оценить эпидемиологическую обстановку для воспалительных заболеваний кишечника в Ханты-Мансийском автономном округе.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ С УЧЕТОМ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПТАТОВ СТЕНКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Исаев В.Р., Давыдова О.Е., Андреев П.С.,
Каторкин С.Е., Личман Л.А.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара,
Россия

Язвенный колит (ЯК) – распространенное заболевание, с наблюдаемой тенденцией к ежегодному увеличению случаев выявления. Преимущественно поражаются лица молодого и трудоспособного возраста.

Пик заболеваемости приходится на возрастной период 20-29 лет и 50-55 лет.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оптимизация диагностики и тактики лечения пациентов с язвенным колитом путем коррекции антибактериальной терапии на основании данных микробиологического исследования микрофлоры стенки толстой кишки.

Обследовано 35 пациентов с язвенным колитом в возрасте от 28 до 61 года, средний возраст пациентов 37,6 лет, которые находились на амбулаторном и стационарном лечении в отделениях колопроктологии и гастроэнтерологии Клиник СамГМУ с января по май 2017 года. Мужчин было 18 (48,6%), женщин – 17 (51,4%).

Зафиксировано значительное видовое разнообразие микрофлоры, требующее точной видовой идентификации и разработки стандартных процедур выделения микроорганизмов из биоптатов у пациентов с язвенным колитом с целью назначения антибактериальной терапии. При анализе чувствительности к антибиотикам, выделенных штаммов, было выявлено, что 45% из выделенных микроорганизмов имеют признаки резистентности к 1-2 группам лекарственных препаратов, у 33% отмечены признаки резистентности к 3 и более группам. Только 22% штаммов оказались чувствительными ко всем тестируемым препаратам. Эрадикация такой флоры представляет сложности и, с нашей точки зрения, требует назначения комбинированной терапии после исследования биоптата.

Всем пациентам с язвенным колитом необходимо исследовать микробный состав кишечной стенки с целью оптимизации диагностики и тактики проводимого лечения. Микроорганизмы в титре 10^5 - 10^6 , их большое видовое разнообразие могут поддерживать воспаление в толстой кишке и препятствовать его купированию. Необходимо продолжить работу по изучению микробиологического состава стенки толстой кишки в сравнительном аспекте для оптимизации диагностики и тактики лечения пациентов с язвенным колитом.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Максименков А.В., Назаров В.А., Колозян Д.А.

ФГБУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность лапароскопического доступа при выполнении реконструктивных вмешательств после обструктивных резекций левой половины ободочной и прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Лапароскопические реконструктивно-восстановительные операции выполнены у 23 пациентов с концевой колостомой. Средний возраст $49,15 \pm 13,45$ лет. В 12-х случаях первично обструктивные вмешательства выполнены по поводу осложненных форм рака левой половины и прямой кишки, в 11 – по поводу осложнения дивертикулярной болезни. В 16 случаях первичная операция закончена формированием сигмостомы, в 7 – трансверзостомы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Лапароскопические операции выполнены у 6 пациентов, перенесших первичное вмешательство лапароскопически, и у 17 после лапаротомного доступа. Точка первого доступа определялась на основании УЗИ брюшной полости, при котором выявлялось свободное окно. После адгезиолизиса выполнялась мобилизация приводящей к стоме петли толстой кишки, которая пересекалась по уров-

ню передней брюшной стенки линейным степлером. Выполнялось формирование интракорпорального аппаратного анастомоза «конец-в-бок». При локализации колостомы и дистальной культы в одной анатомической области вмешательство выполнялось из парастомического доступа, куда после иссечения колостомы устанавливалось устройство единого лапароскопического доступа, через которое осуществлялось дальнейшее вмешательство. Длительность операций составила, в среднем, $188,3 \pm 82,54$ мин. Конверсий не было. Послеоперационные осложнения отмечены у 3 (13,04%) пациентов, 2 случая нагноения парастомической раны и 1 случай несостоятельности анастомоза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Лапароскопические реконструктивно-восстановительные операции менее травматичны по сравнению с лапаротомным доступом, сопоставимы по длительности и сопровождаются ранней активизацией пациентов. Считаем целесообразным у данной категории больных выполнение реконструктивно-восстановительных операций с использованием лапароскопического доступа при соответствующем отборе пациентов.

БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ ХИРУРГИИ МЕДЛЕННО-ТРАНЗИТОРНОГО ЗАПОРА?

Карпунин О.Ю., Зиганшин М.И., Сакулин К.А.

Казанский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая больница Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на столетнюю историю хирургии, медленно-транзитного запора (МТЗ), вопросы диагностического алгоритма, показаний к операции и объема вмешательства далеки от разрешения. В Европе и США хирургический подход к лечению рефрактерных форм МТЗ становится все более востребованным, однако противники радикального подхода в лечении МТЗ утверждают, что операция не избавляет от транзитных нарушений и не улучшает качества жизни.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных с рефрактерными формами МТЗ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с 2003 по 2017 гг. оперированы 62 (13,1%) из 474 пациентов с МТЗ. Мужчин было – 19 (30,6%), женщин – 43 (69,4%). Медиана возраста – 40 ($Q1=29$; $Q3=50$) лет. Использован многоступенчатый алгоритм диагностики запора, включавший пассаж маркеров и радиофармпрепарата, компьютерно-томографическую колонографию с 3D-реконструкцией толстой кишки, определение уровня эндотоксинемии с помощью гелтромб теста, определение ректоанального ингибиторного рефлекса и прочие. Выполнены: субтотальная колэктомия у 30 (48,4%) пациентов, гемиколэктомия – 17 (27,4%), тотальная колэктомия – 8 (12,9%), резекция сигмовидной кишки – 6 (9,7%), операция Фрикмана-Голдберга – 1 (1,6%).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Отдаленные результаты операций прослежены у 32 (51,6%) пациентов в ходе телефонного опроса или контрольного обращения пациентов в клинику. Для объективной оценки результатов операции использовали опросник S.D.Wexner(a) в предложенной нами модификации. При этом медиана значений итоговых баллов снизилась с 22,0 ($Q1=19,0$; $Q3=24,3$) до 6,0 ($Q1=4,0$; $Q3=9,2$), $P<0,001$. 13 (40,6%) пациентов оценили результат лечения как отличный (восстановление регулярного самостоятельного стула), 14 (43,8%) – хороший (эпизодическая задержка стула, опорожнение самостоятельное), 5 (15,6%) –

удовлетворительный (периодическое применение слабительных). У 30 (93,75%) пациентов проведенная операция не повлияла на трудоспособность, 2 (6,25%) сменили прежнее место работы. Все 32 (100%) опрошенных рекомендовали бы хирургическое лечение другим больным со схожей исходной симптоматикой.

ВЫВОДЫ. При тщательном отборе пациентов и индивидуальном подходе к объему операции результаты хирургического лечения декомпенсированных форм МТЗ на отдаленных сроках демонстрируют достаточно высокую эффективность.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОСТОМОЙ И ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКОЙ ГРЫЖЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА

Каторкин С.Е., Журавлёв А.В.,
Тулупов М.С., Разин А.Н.

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В экстренной хирургии операцией выбора является операция Гартмана, частота её выполнения – 37-63%. Среди послеоперационных осложнений – парастомальные грыжи (ПГ) встречаются в 25-40% случаев. Актуальным остаётся вопрос выбора оптимальной тактики восстановления непрерывности кишечника с ликвидацией грыжи, объёме предоперационного обследования и предоперационной подготовки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с колостомами после операции Гартмана и ПГ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Изучены результаты лечения 47 пациентов с колостомой после операции Гартмана в сочетании с ПГ, выявлен низкий процент несостоятельности анастомоза, сокращение времени оперативного вмешательства при аппаратном формировании кишечного анастомоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определены факторы, способствующие развитию ПГ: возраст, ожирение, парастомальные воспалительные осложнения, факторы, сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления, выведение кишки за пределы прямой мышцы живота, создание широкого канала в мышечно-апоневротическом слое, фиксация брюшины к коже, формирование отверстия в бандаже на уровне стомы в послеоперационном периоде. Частота осложнений и рецидивов при пластике грыжевых ворот синтетическим протезом значительно ниже, чем после пластики местными тканями. С целью снижения количества послеоперационных осложнений целесообразно учитывать наличие рецидива основного заболевания, тяжелых сопутствующих болезней, степень их компенсации. Требуется включение в предоперационное обследование фиброколоноскопии, ирригографии. Рациональным является привлечение клинического психолога.

ВЫВОДЫ. 1. Причинами развития отдалённых послеоперационных осложнений после операции Гартмана являются: несоблюдение техники хирургического пособия, факторы повышения внутрибрюшного давления, воспалительные парастомальные осложнения, погрешности послеоперационного ведения пациента. 2. Анализ результатов хирургического лечения пациентов показал преимущество использования современных сшивающих аппаратов по сравнению с ручным швом. 3. Для оптимизации хирургического лечения пациентов необходимо выполнять одномоментное восстановление целостности кишечника при помощи современ-

ного сшивающего аппарата с наложением превентивной двустольной стомы проксимальнее анастомоза и ликвидацию дефекта апоневроза синтетическим эндопротезом.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕННЫХ АЭРОЗОЛЕЙ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Рубанченко А.С.,
Сторожилев Д.А., Наумов А.В.

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»,
ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Частота несостоятельности толстокишечного анастомоза может достигать 25% и выше. Это особенно актуально при выполнении реконструктивно-восстановительных операций, потому что в случае развития несостоятельности анастомоза, не выполняется основная цель операции — ликвидация колостомы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Доказать эффективность пенных аэрозолей для профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов в реконструктивно-восстановительной колопроктологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В Белгородском региональном колопроктологическом центре в период с 1987 по 2015 гг. выполнено 611 реконструктивно-восстановительных операций, из них у 186 больных применялись аппараты АКА-2, ЕЕА, СЕЕА, КУГВ, ПLS с диаметром головки 25-33 мм. Интервал времени, прошедший с момента первой операции до восстановительной, составил от 3 месяцев до 2-х лет. Возраст больных от 18 до 77 лет; женщин – 22%, мужчин – 78%. Для подготовки культи прямой кишки, визуализации ее во время операции, проверки герметичности анастомоза и в послеоперационном периоде мы использовали пенные аэрозоли (Сульфодовизоль, Диоксизоль, Гипозоль, Гипозоль-АН), которые обладают антибактериальным, противовоспалительным действием и стимулируют репаративные процессы. А форма лекарственного препарата в виде пены обладает рядом преимуществ, в частности при проверке герметичности анастомоза в случае несостоятельности мы четко видим место дефекта, а при попадании пены в брюшную полость не происходит ее инфицирование.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Несостоятельность анастомоза после реконструктивно-восстановительной колопластики возникла у 2-х больных, что потребовало повторной операции и наложения стомы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Разработанная нами программа профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов в реконструктивно-восстановительных операциях хорошо зарекомендовала себя и с успехом применяется в отделении с 1987 г.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Медоев В.В., Тотиков В.З., Тотиков З.В., Калицова М.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Некроз кишки является грозным осложнением странгуляционной кишечной непрохо-

димости, летальность при этом заболевании достигает 50-75%, а количество гнойно-септических осложнений 80%.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Попытка выявления признаков некроза кишки на дооперационном этапе на основе анализа клинической картины и анамнеза заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Произведен ретроспективный анализ данных анамнеза, объективного обследования и физиологических параметров 217 больных с кишечной непроходимостью странгуляционного характера, в том числе 131 больного со странгуляционной непроходимостью толстой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Интраоперационно некроз ишемизированного участка кишечника выявлен у 48 (22,1%) пациентов. В результате проведенного анализа установлено, что достоверное влияние на вероятность осложнения оказывают время от начала заболевания и острое начало клинической картины заболевания. Что касается физиологических и биохимических показателей, то к разным генеральным совокупностям две выборки (пациенты с некрозом участка кишки и с жизнеспособной кишкой) можно отнести лишь по таким параметрам как систолическое давление, ЧДД, лейкоцитоз, гематокритное число и лейкоцитарный индекс интоксикации. Далее были определены пограничные значения каждого из этих признаков, при которых вероятность ненаступления гангрены (жизнеспособная кишка) минимальна. Ими оказались: для систолического артериального давления <90 мм рт. ст.; гематокрита ≥ 55 ; лейкоцитоза $\geq 14,0 \times 10^9$; ЛИИ >6,0; ЧДД >22 в 1'. Вероятность (р) ненаступления гангрены при сочетании хотя бы двух вышеуказанных признаков <0,05 кроме сочетания [лейкоцитоз $\geq 14,0 \times 10^9$ + ЛИИ >6,0] – (0,08) и [лейкоцитоз $\geq 14,0 \times 10^9$ + Нт ≥ 55] – (0,057), при сочетании трех и более признаков – (<0,01).

ВЫВОДЫ. Вероятность развития гангренозных изменений сигмовидной кишки при ее завороте повышается при остром начале клинической картины заболевания и возрастает при увеличении времени от начала заболевания. Чаще всего на развитие некротических изменений в сигмовидной кишке указывают тошнота и рвота в начале заболевания снижение систолического артериального давления ниже 90 мм рт. ст., частота дыханий больше 22 в минуту, лейкоцитоз выше $14,0 \times 10^9$, гематокритное число выше 55 и лейкоцитарный индекс интоксикации выше 6,0 расчетных единиц.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Наврузов С.Н., Наврузов Б.С.,
Ибрагимов А.Ю., Пазылова Д.У.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент,
Узбекистан

ЦЕЛЬЮ настоящей работы было изучить состояние микробиоценоза толстой кишки у больных с язвенным колитом, а также влияние терапии, направленной на коррекцию микрофлоры кишечника с использованием пробиотических препаратов на течение заболевания, частоту развития рецидивов и стойкость клинической ремиссии язвенного колита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 115 больных ВЗК, тотальное поражение, тяжелое течение, госпитализированных в Научный Центр Колопроктологии МЗРУз за период с 2005 по 2015 гг. Всем больным проведены тотальная колэктомия

с формированием культи прямой кишки и наложением илеостомы. Больные были распределены на 2 группы:

– Основную группу составили 62 больных, получавших в послеоперационный период базисную (сульфосалазин, салофальк, кортикостероиды) и общеукрепляющую терапию и пробиотики (Лактобактерин, Бифидумбактерин, Колибактерин и Бификол).

– Контрольная группа состояла из 53 больных, получавших только базисную и общеукрепляющую терапию.

Пробиотики назначали каждые три мес., в течение не менее 30 дней, вводя их перорально и per rectum. Перорально использовали Lactobacterium siccum и Bificolisiccum по 5 доз, соответственно, 3 и 2 раза в день, Bificolisiccum применяли ежедневно днем однократно per rectum. Кроме того, per rectum 1 раз в день вводили препарат «бакстимс». Проводили лазеротерапию.

Эффективность лечения оценивали по клиническим показателям, количеству отделяемого из прямой кишки, срокам эпителизации, и появлению грануляций и т.д. Эффективность классифицировали по трем степеням:

1 – хороший результат – исчезновение или значительное уменьшение выделений из прямой кишки (кровь, слизь и т.д.), болевого синдрома, улучшение общего состояния и эндоскопической картины, улучшение качественного и количественного состава микрофлоры;

2 – удовлетворительный результат – уменьшение выделений, частичное восстановление эпителизации, уменьшение болевого синдрома и т.д.;

3 – неудовлетворительный результат – отсутствие эффекта.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. В основной группе из 62 хорошие результаты были достигнуты у 40 (64,5±6,0%) больных, удовлетворительные – у 22 (35,4±6,0). Неудовлетворительные результаты не отмечались. Иную картину наблюдали в контрольной группе: хорошие результаты отмечали у 21 (39,6±6,7%), удовлетворительные – 29 (54,7±6,8%), неудовлетворительные – у 3 (5,6%) больных.

Хорошие результаты у больных обеих групп во всех случаях сопровождались нормализацией структуры слизи (по данным эндоскопии, цитологического и гистологического исследования), улучшением общего состояния, уменьшением выделений из культи прямой кишки.

Таким образом, длительный прием пробиотиков у больных ВЗК в до- и послеоперационном периодах приводил к значительному улучшению клинических и лабораторных показателей, что, по-видимому, связано с их противовоспалительными и адаптивными свойствами и роли дисбактериоза в иммунопатологических процессах. Рекомендуется включение длительных курсов пробиотиков в комплексную терапию ВЗК, а также для подготовки культи прямой кишки к восстановительным операциям.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА «ГЕМОБЛОК» В ОСТАНОВКЕ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Озерова О.С., Полторыхина Е.А.,
Веселов В.В., Мтвралашвили Д.А.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. От общего числа желудочно-кишечных кровотечений на долю кровотечений из толстой

кишки приходится 11-12%, из них на постполипэктомические от 1 до 6%. В последнее время для гемостаза стал применяться простой метод – орошение зоны кровотечения гемостатическим препаратом «Гемоблок».

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность эндоскопического применения гемостатического препарата «Гемоблок» в остановке кровотечений, возникших после полипэктомии или биопсии из толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 34 пациента (18 женщин и 16 мужчин, средний возраст – 56,8 лет), у которых в 17 случаях кровотечение возникло после биопсии слизистой оболочки и полипов толстой кишки (1 группа) и в 21 – после полипэктомии (2 группа). С целью гемостаза производили орошение кровоточащей раневой поверхности препаратом «Гемоблок» через спрей-катетер, вводимый в инструментальный канал эндоскопа. Гемостатический эффект достигался за счет образования полимерного комплекса при взаимодействии препарата с белками плазмы крови. Проведена оценка достижения адекватного гемостаза при применении препарата в дозе 8-30 мл с экспозицией в 2-7 мин.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Аллергических реакций на препарат не отмечено. У пациентов 1 группы эффективность методики составила 100%. Во 2 группе только в 8 (38%) случаях применение препарата, как самостоятельного метода, оказалось достаточным для достижения адекватного гемостаза. В 13 (62%) случаях были применены дополнительные методы гемостаза (клипирование, коагуляция гемостатическими щипцами или шаровым электродом), эффективность использования которых объяснялась сохранением визуализации источника кровотечения и границ раневого дефекта.

ВЫВОДЫ. Методика орошения раневой поверхности препаратом «Гемоблок» в дозе 8-30 мл и экспозицией в 3-7 минут является эффективным способом остановки кровотечения при биопсиях слизистой оболочки и полипов толстой кишки. Первичное орошение раневой поверхности препаратом «Гемоблок» после полипэктомии позволяет четко визуализировать источник кровотечения и границы раневой поверхности, что в случае необходимости позволяет эффективно выполнить дополнительный гемостаз.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИГАТУРЫ «ENDOLOOP» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ И ТОНКОЙ КИШКИ

Полторыхина Е.А., Озерова О.С.,
Власов С.Б., Хованова М.С.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В современной эндоскопии актуальной является профилактика кровотечений при удалении крупных образований толстой и тонкой кишки, имеющих толстую ножку. Одной из методик, применяемых с этой целью, является перетягивание ножки образования лигатурой (Endoloop) перед его электроэксцизией.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Минимизировать возможные осложнения и доказать эффективность применения лигатуры при проведении полипэктомии у пациентов с крупными образованиями толстой и тонкой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 2013 по 2018 гг. было выполнено 63 полипэктомии с предварительным наложением лигатуры 61 пациенту (мужчин – 39, женщин – 22). Средний возраст пациентов составил 58,3. Манипуляции были проведены 54 (88,5%) пациентам без обезболивания и 7 (11,5%) – под седацией. В терминальном отделе подвздошной кишки локали-

зовались 2 образования, в нисходящей – 7, в сигмовидной – 51 и в прямой кишке – 3. Диаметр их составлял от 1,0 до 5,5 см (в среднем – 2,9 см), длина ножки – от 1 до 3 см, а ширина – от 0,9 до 3,0 см. Во всех случаях перед электроэксцизией было проведено лигирование ножки полипа ближе к ее основанию петлей-зажимом «Endoloop».

РЕЗУЛЬТАТЫ. В 55 (87,3%) случаях лигатура была затянута правильно, в 8 (12,7%) – неудачно из-за технических сложностей наложения лигатуры, обусловленных большими размерами полипов. 52 (83,9%) образования были удалены петлевым электродом единым блоком, 10 (16,1%) – пофрагментарно, что было сопряжено с большими размерами образований (8), а также неправильной техникой затягивания лигатуры (2). 1 пациенту, из-за образования обширной гематомы размерами 5,0 см и невозможности эндоскопического удаления образования, была выполнена экстренная полостная операция – клиновидная резекция сигмовидной кишки вместе с опухолью. Перфораций толстой кишки не было. Интраоперационные кровотечения развились в 6 (9,5%) наблюдениях: в 5 – из-за больших размеров образований и в 1 – вследствие полного пересечения ножки полипа при затягивании лигатуры. В 5 случаях кровотечение было остановлено при помощи клипирования, коагуляции, орошения гемостатическим раствором «Гемоблок».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Результаты исследования показали: чем крупнее полип, тем выше риск возникновения кровотечения из-за наличия крупного сосуда, расположенного в его ножке. Предварительное наложение лигатуры является эффективным методом профилактики кровотечения и способствует снижению частоты развития осложнений при эндоскопическом удалении крупных полипов.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ С ДЛИТЕЛЬНЫМ ВРЕМЕНЕМ СУЩЕСТВОВАНИЯ КОЛОСТОМЫ

Помазкин В.И.

Свердловский областной клинический госпиталь
для ветеранов войн, Екатеринбург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В настоящее время отмечается неуклонный рост как злокачественных, так и доброкачественных заболеваний толстой кишки, а следовательно, и числа urgentных операций, вызванных осложненным их течением. Это сопровождается увеличением числа стомированных пациентов. Обычные сроки проведения восстановительных вмешательств составляют от 3 до 12 месяцев от момента формирования колостомы. Однако по различным причинам сроки могут увеличиваться.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты восстановительных операций при одноствольных колостомах с длительными сроками их существования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 24 пациента со сформированными колостомами с периодом их существования от 5 до 9 лет (основная группа). В контрольную группу вошли 214 больных со сроками существования колостомы не превышающими 12 месяцев. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, первичной патологии толстой кишки, приведшей к формированию стомы, их виду, сопутствующим заболеваниям. Всем пациентам при первичной операции была выполнена обструктивная резекция толстой кишки. Осложненный колоректальный рак был у 196 (82,4%) больных, дивертикулярная болезнь – у 35 (14,7%), прочие заболевания – у 7 (2,9%) пациентов. В основной группе при восстановитель-

ной операции чаще, чем в контрольной, выполнялась дополнительная резекция кишки при выявлении ее патологии (79,2% и 15,4%, соответственно) и поздние парастомальные осложнения (100,0% и 54,2%), что и являлось основными причинами операций с ликвидацией стомы при длительном ее существовании.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Послеоперационные осложнения составили 16,6% в основной группе при отсутствии летальных исходов, в контрольной – 14,9% при летальности 1,4%. Операции в группах не отличались по технической сложности. Средние сроки восстановления пассажа по толстой кишке в основной группе были несколько большими, составляя 5,4 суток, в контрольной – 3,2 суток. В последующем число дефекаций, периодические эвакуаторные нарушения опорожнения прямой кишки при факторном анализе определялись зоной расположения колоректального анастомоза, а не сроком существования стомы.

ВЫВОД. Результаты восстановительных операций на толстой кишке при длительном сроке существования колостомы не отличались от вмешательств при обычном интервале между первичной и повторной операциями, что позволяет рассматривать этих больных как перспективных для хирургической реабилитации.

ДИВЕРСИОННЫЙ КОЛИТ: РЕАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА?

Помазкин В.И.

*Свердловский областной клинический госпиталь
для ветеранов войн, Екатеринбург, Россия*

АКТУАЛЬНОСТЬ. Воспалительные изменения, возникающие в отключенных отделах толстой кишки, по мнению некоторых исследователей, изучавших эту проблему, является достаточно распространённой патологией, что требует определенных фармакологических методов лечения. При этом предложены различные концепции патогенеза и, следовательно, выбор методов коррекции диверсионного колита, однако во многих работах эта проблема вообще не затрагивается, с достижением, тем не менее хороших результатов восстановительных операций.

ЦЕЛЬ. Оценить влияние диверсионного колита на результаты восстановительных операций на толстой кишке с ликвидацией колостомы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 238 пациентов с предварительно выполненной обструктивной резекцией толстой кишки, закончившейся формированием одноствольной колостомы и проведением восстановительной операции с формированием колоректального анастомоза с ликвидацией стомы. Осложненный колоректальный рак был у 196 (82,4%) больных, дивертикулярная болезнь у 35 (14,7%), прочие заболевания – у 7 (2,9%) пациентов. Сроки между первичной и восстановительной операциями составили от 3 месяцев до 9 лет. При эндоскопическом исследовании умеренные воспалительные изменения в виде легкой гиперемии слизистой наблюдались у 50 (21,0%) больных. Какого-либо местного лечения в этом случае не проводилось. Более выраженные явления колита в виде яркой гиперемии, отека слизистой оболочки, мелких эрозий с контактной кровоточивостью отмечены только у 7 (2,9%) пациентов. В этом случае назначался кратковременный курс микроклизм с суспензией гидрокортизона в течении 10 дней. При контрольном исследовании явления воспаления в эти сроки были купированы у 5 больных. Более длительное лечение потребовалось только 2 (0,84%) пациентам.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Послеоперационные «хирургические» осложнения при восстановительных операциях воз-

никли у 35 (14,9%) больных. При унивариантном и многофакторном анализе наличие диверсионного колита не оказывало какого-либо достоверного влияния на возникновение осложнений. По нашим данным, основная роль в осложнениях принадлежала выраженному спаечному процессу брюшной полости.

ВЫВОД. Диверсионный колит лишь в редких случаях требует продолжительного лечения и не оказывает какого-либо влияния на послеоперационные осложнения при восстановительных операциях на толстой кишке.

АМБУЛАТОРНАЯ ПОЛИПЭКТОМИЯ. ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ

Пырь А.В., Ивинская О.В., Широков И.И.,
Никитин О.Н., Федоренко А.А.,
Архипов В.В., Бойко В.И., Кокин М.А.

*ГКБУЗ Консультативно-диагностический центр
министерства здравоохранения Хабаровского края
Вивея, Хабаровск, Россия*

АКТУАЛЬНОСТЬ. Совершенствование оборудования, расширение возможностей эндоскопических хирургических вмешательств позволило в последние годы выполнять ряд лечебных манипуляций в амбулаторных условиях. Несмотря на наличие ряда работ, посвященных медицинской и экономической эффективности полипэктомии в условиях поликлинического звена вопросы организации, отбора пациентов, показаний и противопоказаний к выполнению полипэктомий в амбулаторных условиях остаются открытыми.

ЦЕЛЬ. Целью данной работы является на примере нашего отделения продемонстрировать возможность удаления полиповидных образований в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследованиях использовались видеоэндоскопические системы фирмы Olympus Exera II и Exera III. Проведен ретроспективный анализ 1133 исследований толстой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. За период с 01.10.2017 по 31.12.2017 в отделении выполнено 1133 исследований толстой кишки, выявлено 1362 полиповидных образования. Удалено 815 полипов, из них при первичном осмотре: 667, повторно, при плановой полипэктомии 148 образований. Методом EMR удалено 115, щипцовой биопсией – 621, методом холодной петлевой резекции – 79 образований. Показаниями к выполнению плановой полипэктомии стали: размеры образования, превышающие 6 мм, отсутствие возможности полной щипцовой биопсии, наличие ножки или участка депрессии слизистой в области полипа, прием НПВП и антикоагулянтов. По результатам гистологического исследования, удаленные образования представлены: гиперпластические полипы – 436 (53,5%), аденомы – 332 (40,7) и комбинированные полипы – 47 (5,8%) из них с высокой степенью дисплазии – 86 (22,7%) образования и с участками неинвазивной карциномы – 3 (0,8%).

Частота осложнений: 1 (0,07%) – перфорация, 2 (0,14%) – кровотечения, 1 (0,07%) – подслизистая гематома.

ВЫВОДЫ. Таким образом, амбулаторная эндоскопическая полипэктомия – безопасная и эффективная с медицинской точки зрения альтернатива удаления полиповидных образований в стационарных условиях. Однако, необходимым является разработка российских эндоскопических рекомендаций, регламентирующих показания и противопоказания к выполнению полипэктомии в амбулаторных условиях, выбор тактики, как самих эндоскопических вмешательств, так и послеоперационного ведения и дальнейшего

наблюдения пациентов.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Тур Г.Е., Прохоров А.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

ВВЕДЕНИЕ. Рак прямой кишки с клиническими признаками осложнений встречается, по данным различных авторов, у 25-30% пациентов. Преимущественным методом лечения, как при наличии осложнений, так и в клинических ситуациях, связанных с общим состоянием пациента, является операция Гартмана. Основным методом хирургической реабилитации является реконструктивно-восстановительная операция.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить результаты реконструктивно-восстановительных операций после операции Гартмана.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 42 пациентов. Среди пациентов было 27 женщин и 15 мужчин. Средний возраст пациентов составил $69,2 \pm 6,1$ лет. Технически важным моментом при операции Гартмана считали герметичное ушивание культи прямой кишки, ушивание тазовой брюшины. При возможности, после ушивания культи, формировался «маркировочный» шов из окрашенной (синий цвет), устойчивой к биологическому деградированию лигатуры (пролен), с оставлением длины лигатуры 10-12 см.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Реконструктивная операция проводилась через $4,3 \pm 9,4$ месяцев. Выбор срока реконструктивных операций зависел от общего состояния пациента и проведения адъювантной или лечебной химиотерапии. Реконструктивно-восстановительные операции выполнялись в объеме колоректостомии. Синхронно с реконструктивной операцией 2 пациентам была произведена резекция печени по поводу метастазов, 2 пациентам – резекция тонкой кишки, 3 пациентам – аднексэктомия. Основными техническими проблемами во время реконструктивной операции был выраженный спаечный процесс и короткая культя прямой кишки. Во время операции в культю прямой кишки вводился катетер Фолея СН 24-28 с раздуванием баллона. После рассечения тазовой брюшины, обнаруженная «маркировочная» лигатура способствовала мобилизации культи прямой кишки и подготовке «площадки» для формирования анастомоза. Колоректальный анастомоз был сформирован механическим швом с помощью аппарата SEA 28 – 31 мм у 38 пациентов, у 4 – ручным двухрядным швом. Дренирование производилось через контрапертуру в промежности, ушивание тазовой брюшины при технической возможности. Послеоперационная летальность составила 2,4% (1 пациент от ТЭЛА). Послеоперационные осложнения выявлены у 17 (40,5%) пациентов. Несостоятельности анастомоза в данной группе пациентов не было, что, вероятно, связано с применением механического шва. Основным послеоперационным осложнением был гнойно-воспалительный процесс со стороны послеоперационных ран (лапаротомной и колостомической) – 12 (28,6%), послеоперационная кишечная непроходимость – у 4 (9,5%). У 2 пациентов потребовалась релапаротомия с выполнением висцеролиза. Следует отметить, что ранее выполненный «маркировочный» шов ускорял и облегчал этап обнаружения и мобилизации культи прямой кишки.

ВЫВОДЫ. Реконструктивно-восстановительные операции после операции Гартмана сопряжены с определенными техническими трудностями и достаточно высоким риском послеоперационных осложнений. При выполнении реконструктивных вмешательств сформированный при первой операции «маркировочный» шов способствовал снижению технических трудностей.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Филиппов Д.В., Комиссаров И.А., Корниенко Е.А., Габрусская Т.В., Копяков А.Л., Баранов Д.Г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский Государственный педиатрический медицинский университет», Санкт-Петербург, Россия

В последнее десятилетие отмечен рост заболеваемости воспалительными заболеваниями кишечника у детей (ВЗК). Так же, зафиксировано увеличение осложненных форм язвенного колита и болезни Крона в педиатрической практике.

С 2015 года в Педиатрическом медицинском университете используется мультидисциплинарный подход в лечении пациентов с ВЗК. За этот период хирургическое лечение выполнено 2 пациентам с язвенным колитом и 15 пациентам с болезнью Крона. Возраст детей составил от 5 до 17 лет. Методы исследования включали: УЗД, рентгенологическое исследование (пассаж контраста по ЖКТ, ирригография), МРТ-энтерография, ЭГДС и ФКС с проведением биопсии слизистых ЖКТ. Совместно с педиатрами-гастроэнтерологами, эндоскопистами и врачами лучевой диагностики обсуждались особенности течения заболевания и патологические изменения, выявленные после лучевых и инструментальных методов исследования. Объем хирургического лечения зависел от характера и тяжести хирургических осложнений основного патологического процесса. Колпроктэктомия с формированием первичного илеоанального анастомоза была выполнена 3 пациентам. Резекция пораженных сегментов кишечника выполнена 13 пациентам с наложением первичных кишечных анастомозов «конец-в-конец» с применением лапароскопической мобилизации. Одной пациентке была выполнена резекция илеоцекального угла с формированием илеоасцендостомии. Осложнения были отмечены у 2 пациентов, связанные с несостоятельностью первичных кишечных анастомозов, что потребовало релапаротомии с санацией брюшной полости и формированием кишечной стомы. Летальных случаев зафиксировано не было. В послеоперационном периоде пациентам с болезнью Крона было продолжено консервативное лечение основного заболевания.

Мультидисциплинарный подход в лечении ВЗК помогает определить оптимальную тактику лечения, максимально подготовить пациента к операции и не прерывать консервативное лечение в послеоперационном периоде.

ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА, ПОЛУЧАЮЩИХ ИНГИБИТОРЫ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ – АЛЬФА

Фролова К.С.

ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Пациенты с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), получающие ингибиторы фактора некроза опухоли – альфа (ФНО-альфа), представляют группу высокого риска развития туберкулеза. Применение ингибиторов ФНО-альфа нарушает процесс формирования гранулем, что приводит к недостаточному ограничению очагов туберкулезной инфекции. Поэтому перед назначением ингибиторов ФНО-альфа и во время лечения целесообразно проведение комплекса мероприятий, направленных на профилактику развития активного туберкулеза и контроль латентной туберкулезной инфекции.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Разработка комплекса мероприятий по профилактике туберкулеза у больных ВЗК на фоне применения ингибиторов ФНО-альфа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Под наблюдением находились 636 пациентов с ВЗК, из которых 277 (43,5%) получали лечение ингибиторами ФНО-альфа. Обследование пациентов проводили в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания (2-е изд., 2016).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Среди 636 пациентов в возрасте от 14 до 76 лет было 342 (53,8%) мужчины и 294 (46,2%) женщины. У 357 (56%) – болезнь Крона, у 279 (44%) – язвенный колит, продолжительность заболевания – от 1 года до 32 лет. Кишечные осложнения – у 99 (15,6%) пациентов, у 79 (12,5%) – системные осложнения. На этапе базисной терапии 518 (81,4%) обследованных получали глюкокортикостероиды, 375 (59,0%) – цитостатики и антиметаболиты. Сведения о перенесенном туберкулезе получены у 21 (3,3%) чел., рентгенологически изменения в легких выявлены у 36 (5,7%) чел., из них у 19 (3,0%) расценены, как посттуберкулезные и у 17 (2,7%) – как последствия неспецифического воспаления. У 74 (29,2%) из 253 обследованных отмечена положительная проба Манту (в т.ч. выраженная и гиперергическая – у 23, 9,0%), а у 25 (4,3%) из 584 обследованных – положительная проба с АТР (папула более 15 мм – у 5 (0,86%) чел.). По результатам обследования в ходе скрининга превентивная терапия была проведена 28 (4,4%) пациентам.

Лечение ингибиторами ФНО-альфа проведено 277 пациентам (всего 371 курс). Только один курс получили 183 пациента, у остальных в ходе лечения проводили смену препаратов. В общей сложности, инфликсимаб получали 157 больных (392,8 человеко-лет), адалимумаб – 119 (202,4), цертолизумаба пэгол – 61 (67,4), голimumаб – 32 (28,9), этанерцепт – 2 чел.

На фоне лечения ингибиторами ФНО-альфа у 14 (5,0%) человек из 277 развился активный туберкулез (общий срок лечения – 691,5 человеко-лет, что соответствует показателю 2024,6 на 100 тыс. человеко-лет наблюдения). Среди заболевших в возрасте от 18 до 48 лет, было 8 мужчин и 6 женщин. Продолжительность ВЗК к моменту выявления туберкулеза составляла от 1 года до 11 лет, все больные получали также глюкокортикостероиды, аминокислоты, иммуносупрессоры (азатиоприн) или антиметаболиты. При

обследовании до назначения ингибиторов ФНО-альфа у всех пациентов активный туберкулез не выявлен, равно как и остаточные изменения после спонтанно излеченного туберкулеза. У заболевших туберкулезом применяли инфликсимаб (11 чел., средняя длительность курса до развития туберкулеза – 290,1 дня.), цертолизумаба пэгол (2 чел., средняя длительность курса до развития туберкулеза – 147,5 дня), адалимумаб (у одного пациента, длительность курса до развития туберкулеза – 208 дней).

Выявленный туберкулез имел явные черты первичного у 4 пациентов, в 4 случаях – распространенный процесс, в 5 – легочные деструкции, в 12 (85,7%) случаях – бактериовыделение (в 4 случаях с МЛУ МБТ). Лечение проводили в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями с клинико-рентгенологическим эффектом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Болезнь Крона и язвенный колит требуют длительной иммуносупрессивной терапии, что превращает больных в группу риска инфекционных осложнений, в т.ч. туберкулеза. В связи с этим они нуждаются в тщательном скрининге на туберкулез до назначения ингибиторов ФНО-а и регулярном (не менее 1 раза в 12 месяцев) обследовании на туберкулез во время лечения, с проведением, при наличии показаний, превентивной противотуберкулезной химиотерапии.

КОРРЕКЦИЯ КОПРОСТАЗА, КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Шапошников В.И.

НОЧУ ВО «Кубанский медицинский институт», Краснодар, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В связи с прогрессивным ростом, как хронических, так и онкологических заболеваний ободочной и прямой кишок возникла социальнозначимая проблема по профилактике этих патологических процессов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Отразить значение копростазов в данной проблеме.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. 126 студентов 5 и 6 курсов Кубанского медицинского университета, являющиеся членами научного общества, подверглись анкетированию. Перед ними были поставлены следующие вопросы: 1) наличие утреннего стула; 2) продолжительность запора больше 2 суток; 3) способ борьбы с ним; 4) характер памяти; 5) была ли эта проблема в школьные годы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У всех (100%) студентов утром отсутствовал стул. Эта проблема возникла у них ещё в подростковом возрасте и была связана с нежеланием совершить этот физиологический акт. Дефекация они совершали обычно на вторые сутки, а 25,6% – на третьи. Происходила она с напряжением и даже со следами крови на плотных каловых массах. Это заставляло их постоянно прибегать или к постановке клизм, или к слабительным препаратам. Диеты не соблюдали. Питались, в основном, в сухом мясном калорийной пищи. Все жаловались на плохую память.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, у всех студентов был ярко выраженный копростаз. Это потребовало проведения для них специального занятия с предоставлением информации об опасности для здоровья такого образа жизни. Был дан совет, как нормализовать акт дефекации с использованием растительной пищи и приемом утром до 500 мл прохладной воды. Как возбуждать перистальтику кишечника путем массажа передней брюшной стенки. Указано на опас-

ность клизм, так как при них происходит заброс патогенной флоры из анального отверстия в толстую кишку, что вызывает хронический язвенный процесс. Слабительные же препараты способствуют потере организмом альбумина и микроэлементов, что понижает иммунитет. Эта информация дала положительный результат – через 2-3 недели у студентов нормализовался стул, они повеселели, и стали лучше усваивать учебную программу. Они только сожалели о том, что не знали о вреде запора раньше, то есть ещё в школьные годы.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Щербакова О.В., Поддубный И.В.,
Козлов М.Ю., Малашенко А.С.

ГБУЗ «Морозовская ДГКБ» ДЗМ, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. У детей и подростков болезнь Крона (БК) часто представлена тяжелыми осложненными формами, требующими проведения хирургических вмешательств. Интенсивное развитие малоинвазивных технологий способствует активному внедрению лапароскопических операций в детской хирургии. При этом в отечественной литературе имеются единичные публикации о выполнении лапароскопических вмешательств у детей с БК.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов хирургического лечения детей и подростков с осложненной БК при использовании малоинвазивных вмешательств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2014 по 2018 гг. в отделении абдоминальной хирургии МДГКБ оперирован 81 пациент с БК (девочек – 28; мальчиков – 53), в возрасте от 4 до 17 лет. Показаниями к операциям являлись стриктуры кишки (60), внутрибрюшные инфильтраты (22), межкишечные свищи (12). В ряде случаев отмечалось сочетание нескольких осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Малоинвазивные эндохирургические методики использованы у 35 (43%) детей. Длительность лапароскопических вмешательств колебалась от 120 до 240 мин. (среднее время – 140 мин). Выполнялись следующие виды операций: илеоцекальная резекция с интракорпоральным аппаратным илео-асцендоанастомозом «бок-в-бок» (22), лапароскопически-ассистированная резекция прямой кишки с наложением ручного сигмо-анального анастомоза (4), субтотальная колэктомия с наложением аппаратного илео-ректального анастомоза (3), видео-ассистированное наложение илеостомы у пациентов с перианальными поражениями (5). Осложнения отмечены в двух случаях (несостоятельность ректального анастомоза с формированием ректального синуса; перитонит на фоне несостоятельности илео-асцендоанастомоза).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Выбор вида хирургического вмешательства у детей с осложненной БК определяется тяжестью и формой заболевания, протяженностью и локализацией поражения кишки, а также учитывает перенесенные ранее операции. Благодаря внедрению малоинвазивных лапароскопических технологий становится возможным минимизировать трудности периоперационного периода и улучшить результаты оперативного лечения пациентов с тяжелым инвалидирующим заболеванием.

ГЛАВА 4. СТОМЫ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ

Ачкасов С.И., Сушков О.И., Москалев А.И., Веселов А.В., Ланцов И.С.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Постоянная оптимизация системы финансирования здравоохранения РФ, постепенный переход на страховую медицину инициирует необходимость максимально рационального использования денежных средств лечебными учреждениями. У 30% больных после ликвидации петлевой илеостомы развиваются послеоперационные осложнения, что существенно увеличивает финансовые затраты на лечение. На территории Российской Федерации не проводились исследования, сравнивающие экономическую эффективность различных способов ликвидации петлевой илеостомы.

ЦЕЛЬ. Сравнить экономическую эффективность различных способов ликвидации петлевой илеостомы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 327 пациентов, которые методом рандомизации были распределены на 3 группы. В 1 группе закрытие илеостомы выполнено ручным способом с формированием илео-илеоанастомоза по типу «конец-в-конец», во 2-й группе наложение тонко-тонкокишечного анастомоза осуществлялось по типу «бок-в-бок», в 3-ей группе пациентов использовалась аппаратная методика формирования анастомоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средне-взвешенная стоимость лечения пациента в группах 1 и 2 составила 131704,9 и 145473,7 руб., соответственно, в то время как в группе 3 стоимость была выше – 167443,6 руб. Выявленные различия оказались статистически значимыми ($p < 0,001$). Увеличение стоимости в группе 3, в основном, было обусловлено стоимостью одноразового сшивающего аппарата и кассет, используемых для формирования тонко-тонкокишечного анастомоза.

ВЫВОДЫ. Формирование ручного илео-илеоанастомоза по типу «конец-в-конец» при ликвидации петлевой илеостомы оказалось экономически более выгодным в сравнении с другими способами. Использование аппаратной методики оказалось самым дорогим методом ликвидации петлевой илеостомы за счет стоимости оборудования.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ СТОМИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Евдокимов Г.М.¹, Конопацкова О.М.¹, Щеголева О.В.²

¹ ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского» Минздрава России,

² ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», Саратов, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Четко организованная работа кабинета реабилитации стомированных больных позволит улучшить их качество жизни.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Установив число стомированных пациентов можно выполнять адекватное планирование и проведение медико-социальной реабилитации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Анализ результатов работы кабинета реабилитации стомированных больных за период с 2000 по 2017 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ. За 17 лет в Саратове и области выполнено 6347 стомирующих операций больным в возрасте от 16 до 89 лет. Женщин было 54%, мужчин – 46%. Причиной наложения стомы в 90,7% был колоректальный рак. В кабинете с 2009 по 2017 гг. наблюдались 1670 (26,3%) пациентов. Пациенты посещали врача не реже раза в шесть месяцев. На консультации врач производил подбор калопреемников, средств ухода за стомой. Анализ качества жизни в течение процесса наблюдения показал, что подробный инструктаж и постоянное наблюдение снижает риск возникновения осложнений после стомирующих операций, уменьшает отрицательные эмоции и сокращает период адаптации к наличию стомы.

ВЫВОДЫ. Хирургам, после операции, закончившейся наложением стомы, необходимо направлять пациентов в кабинет реабилитации стомированных больных.

ЗНАЧЕНИЕ РАННЕГО КОРМЛЕНИЯ В СНИЖЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Ильканич А.Я., Воронин Ю.С.

ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»

БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка значения раннего кормления в снижении послеоперационных осложнений у стомированных больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен сравнительный ретроспективный анализ результатов лечения 72 стомированных больных, которым в период 2012-17 гг. выполнено восстановительное хирургическое вмешательство. В основной группе ведение больных проводилось в соответствии с протоколами Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), внедренному в клинике с 2016 г. В основной группе 31 (43,1%) человек: 12 (38,7%) женщин и 19 (61,3%) мужчин. В контрольной группе 41 (56,9%) пациент: 15 (20,8%) мужчин и 26 (36,1%) женщин. Ведение больных этой группы было традиционным. Группы сравнения сопоставимы по полу, возрасту, причине наложения стомы, характеру сопутствующих заболеваний ($p < 0,05$). Оценка эффективности протокола ERAS, касающаяся раннего кормления и влияния этого на восстановление перистальтики кишечника осуществлена по клиническим результатам послеоперационного периода.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В соответствии с протоколом назогастральный зонд удалялся в операционной сразу после пробуждения, в первые сутки пациенты перорально получали 100 мл парентерального питания и 250 мл воды для стимуляции кишечника, с увеличением дозы парентерального кормления двукратно на 2 и 3 сутки. У всех 31 (43,1%) оперированных перистальтика восстанавливалась в течение первых суток, отхождение газов отмечено к $1,75 \pm 0,65$ суткам, самостоятельный стул на $4,0 \pm 1,1$ сутки. В контрольной группе зонд у 41 (56,9%) пациента удалялся не ранее 24 часов после вмешательства. До начала самостоятельного питания стимуляция кишечника в послеоперационном периоде проводилась вазелиновым маслом per os. Перистальтика появлялась к $1,4 \pm 0,5$ суткам, отхождение газов отмечалось через $2,5 \pm 0,5$ суток, самостоятельный стул на $4,9 \pm 1,5$ сутки. Кормление per os начинали с $3,2 \pm 0,5$ суток. Течение послеоперационного периода осложнилось у 6 (8,4%) пациентов основной

и 11 (15,3%) больных контрольной группы. Средняя длительность госпитализации составила $12,7 \pm 4,3$ койко-дня в основной группе и $16,3 \pm 9,4$ дней в контрольной группе. Летальных исходов в обеих группах не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Раннее кормление оперированных больных является эффективным элементом протокола ERAS, обеспечивая снижение осложнений послеоперационного периода, влияя на сокращение пребывания в стационаре.

СПОСОБЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ЛИКВИДАЦИИ ОДНОСТВОЛЬНЫХ ИЛЕОСТОМ

Калицова М.В., Тотиков В.З., Тотиков З.В., Медоев В.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Для лечения острых заболеваний органов брюшной полости, требующих формирования временной одноствольной илеостомы, применяется ряд способов, каждый из которых имеет свои недостатки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Разработка способов формирования одноствольной илеостомы, позволяющих на восстановительном этапе ликвидацию одноствольной илеостомы местным доступом, наложение анастомоза лишь на $\frac{1}{2}$ окружности, и, тем самым, сокращение сроков лечения, риска развития послеоперационных осложнений и летальных исходов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В основу работы положены результаты лечения 27 больных с острой кишечной непроходимостью, которым требовалось формирование временной одноствольной илеостомы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Нами были разработаны и внедрены в практику два способа формирования одноствольной илеостомы с последующим упрощенным восстановительным этапом, позволяющие ликвидировать стому из местного окаймляющего доступа. 27 больным сформированы илеостомы по разработанному нами методикам: после резекции спаечных конгломератов, находящихся в зоне илеоцекального угла и десерозировании проксимальных отделов кишечника – 18 больным, после резекции нежизнеспособного кишечника, в условиях перитонита – 9 больным. В послеоперационном периоде у 1 больного отмечено нагноение послеоперационной раны, летальных исходов не было. Всем 27 больным в течение 2 месяцев проведен восстановительный этап. В ближайшем послеоперационном периоде послеоперационных осложнений и летальных исходов не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предлагаемые способы технически просты, позволяют ликвидировать одноствольные илеостомы местным доступом, и накладывать на восстановительном этапе анастомоз лишь на $\frac{1}{2}$ окружности, тем самым сокращаются сроки лечения, уменьшается число послеоперационных осложнений, улучшается реабилитация в послеоперационном периоде.

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ МАРКИРОВКИ МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ

Худякова К.А., Калашникова И.А., Орлова Л.П.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Современная методика маркировки основана на визуальной и пальпаторной оценке передней брюшной стенки, что не дает возможности

точно определить ее анатомические и количественные параметры, влияющие на развитие осложненной стомы. В связи с чем был разработан и запатентован метод объективной маркировки местоположения стомы с использованием УЗ-визуализации передней брюшной стенки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Объективизация предоперационной маркировки местоположения кишечной стомы с использованием УЗ-визуализации передней брюшной стенки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Предоперационная маркировка местоположения стомы с УЗ-визуализацией передней брюшной стенки была выполнена 31 пациенту с использованием УЗИ линейного датчика при частоте 7,5-10 МГц в режиме панорамного сканирования.

Каждому пациенту, накануне операции после определения местоположения кишечной стомы по стандартной методике, производилась предварительная разметка, а затем УЗИ передней брюшной стенки с целью визуализации прямых мышц живота, определения величины подкожно-жирового слоя и его смещаемости при перемене положения тела пациента.

Контрольное УЗИ передней брюшной стенки было выполнено в послеоперационном периоде 13 пациентам в сроки 3-6-12 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Коррекция предварительно проведенной маркировки местоположения стомы после проведения УЗИ визуализации передней брюшной стенки понадобилась 16 пациентам, преимущественно с избыточной массой тела и ввиду выявленной при УЗИ десомы в проекции предполагаемого местоположения илеостомы маркировка была дополнительно проведена с противоположной стороны.

По данным клинического осмотра и УЗИ исследования, у 7 (53,8%) из 13 пациентов не было выявлено парастомальных осложнений, стома располагалась трансректально, диаметр отверстия в прямой мышце соответствовал диаметру кишки, несущей стому. Умеренный, без нарушения функции стомы, подкожный пролапс развился у 3 пациентов. Бессимптомная парастомальная грыжа выявлена у 3 (23,8%) из 13 пациентов, у которых, по данным УЗИ, несмотря на расположение кишки трансректально, отмечено увеличение отверстия в мышце и наличие петель тонкой кишки в грыжевом мешке.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. УЗ-визуализации передней брюшной стенки является доступным методом для адекватного выбора местоположения стомы, что способствует профилактике развития парастомальных осложнений, а также позволяет выявить их на ранних стадиях и скорректировать тактику ведения пациента со стомой.

**ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО
ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ
БОЛЬНЫХ В ПОВСЕДНЕВНОЙ РАБОТЕ
ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА.
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА ХИРУРГОВ РОССИИ**

Ачкасов С.И., Сушков О.И.,
Лукашевич И.В., Суровегин Е.С.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Программа ускоренного выздоровления (ПУВ) является комплексом мероприятий по оптимизации ведения пациентов в периоперационном периоде при выполнении резекции ободочной кишки. В настоящее время не установлено, насколько широко она применяется в практике лечебных учреждений регионов РФ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В течение 2017 года проводился опрос врачей, проходивших обучение в ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» в рамках циклов повышения квалификации либо программы первичной переподготовки, а также членов АКР во время работы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы колопроктологии» г. Воронеж 26-28.10.2017 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Получены ответы 223 респондентов из 42 регионов РФ. Было выяснено, что не знают о ПУВ 11,7% хирургов; слышали о ее существовании, но не думали, что она применяется в рутинной практике отечественных стационаров – 8,9%; знают, но не применяют в своей практике по тем или иным причинам – 16,6%; используют отдельные ее элементы, для ведения больных – 55,6% и используют ее в полном объеме у пациентов, оперированных на толстой кишке – 7,2% опрошенных. Так же были выявлены элементы ПУВ, которые получили наибольшее число негативных ответов, и чаще других вызывающие трудности в применении. Наиболее часто среди них значились: применение углеводного напитка перед операцией – 162 (72,6%), отказ от механической подготовки кишечника – 133 (59,6%), ограничительный протокол инфузионной терапии – 116 (52%), отказ от рутинного дренирования брюшной полости – 100 (44,8%) и административный контроль за выполнением протокола – 102 (45,7%) наблюдения. Хирурги, которые используют в своей работе хотя бы отдельные элементы ПУВ, в 2 раза реже указывали на трудности применения конкретных пунктов программы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Проведенный опрос продемонстрировал, что большинство хирургов применяют как минимум отдельные элементы ПУВ в своей работе. Имеется ряд пунктов, являющихся затруднительными для использования в реальном здравоохранении. Внедрение даже отдельных позиций данного протокола повышает возможности его дальнейшего применения.

**ФОРМИРОВАНИЕ КЛАПАННОГО
ТОНКОТЛСТОКИШЕЧНОГО
АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ПРАВСТОРОННЕЙ
ГЕМИКОЛЭКТОМИИ**

Коптлеуов А.Ж.

Кафедра топографической анатомии Института
китайской медицины (последипломного образования),
Казakhstan

АКТУАЛЬНОСТЬ. Илеоцекальный отдел кишечника является излюбленным местом локализации различных патологических процессов и функциональных расстройств. При многих заболеваниях (опухоли, завороты, инвагинации) приходится прибегать к резекции этого отдела кишки. Необходимость воссоздания клапанного аппарата после резекции илеоцекального отдела кишечника не подлежит сомнению, так как отсутствие в анастомозе клапанного аппарата ведет к рефлюксу содержимого толстой кишки в просвет тонкой кишки с развитием рефлюкс-энтерита, дисбактериоза кишечника и «Синдрому избыточной колонизации тонкой кишки» (Белоусова Е.А., 2009). Со времен Ramdnoga и по настоящее время предлагаются различные способы наложения тонкотолстокишечного анастомоза с формированием клапанного аппарата. Нами тоже был разработан в эксперименте на собаках способ формирования клапанного аппарата при наложении такого анастомоза, после правосторонней гемиколэктомии с резекцией илеоцекального отдела кишечника. На способ было выдано АС № 1502014 от 22.04.1989 г.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. После резекции илеоцекального отдела кишечника, конец тонкой кишки выворачиваем-эвагинируем слизистым слоем наружу на протяжении 2,5-3 см и фиксируем положение наложением двух-трех узловых швов по периметру эвагината. По противобрыжеечной стороне эвагината линейным разрезом обнажаем полоску подслизистого слоя на всем его протяжении шириной 0,3-0,5 см. Производим разрез стенки толстой кишки по ленте, от края культи на длину, равной ширине эвагината тонкой кишки. Через разрез стенки толстой кишки вводим в просвет толстой кишки конец тонкой кишки на глубину, равной длине эвагината конца тонкой кишки, таким образом, чтобы обнаженная полоска подслизистого слоя эвагината располагалась в проекции края культи толстой кишки. Накладываем узловые швы на анастомоз в следующей последовательности: вкол через серозно-мышечно-подслизистый слой стенки толстой кишки, снаружи внутрь, вкол выкол на обнаженном подслизистом слое инвагината тонкой кишки, затем вкол изнутри наружу через подслизисто-мышечно-серозный слой противоположного края культи толстой кишки. Подобным рядом швов ушиваем всю культю толстой кишки на всем его протяжении. Завершаем формирование анастомоза наложением узловых серозно-мышечно-подслизистых швов по периметру окружности тонкой кишки. Поверх линии шва накладываем второй ряд серозно-мышечных узловых швов по всей линии анастомоза, закрывая, тем самым, первую линию швов.

ВЫВОДЫ. Преимуществом анастомоза перед аналогами являются:

- 1) конец тонкой кишки внедрен в просвет толстой кишки поперек оси направления силы давления химуса толстой кишки. При возникновении физиологического антиперистальтического давления химуса в просвете толстой кишки, силой этого давления инвагинат конца тонкой кишки сплющивается и закрывает, тем самым, вход для рефлюкса.
- 2) чем выше давление химуса в просвете толстой

кишки, тем лучше функционирует клапанный аппарат анастомоза.

3) фиксация инвагината конца тонкой со стенкой толстой кишки за прочный подслизистый слой увеличивает прочность и герметичность анастомоза.

4) исключается формирование «Слепого мешка» между анастомозом и краем культи толстой кишки. Тем самым, анастомоз обладает всеми положительными свойствами «Конце-бокового» и «Конце-концевого» типов межкишечных анастомозов.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПОДГОТОВКИ ПРЯМОЙ КИШКИ К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ

Лаврешин П.М., Галстян А.Ш., Журавель Р.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

ЦЕЛЬЮ нашего исследования явилась оценка качества подготовки прямой кишки к ректороманоскопии различными способами.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ. Дать объективную (балльную) сравнительную оценку готовности дистальных отделов толстой кишки к ректороманоскопии различными способами; оценить удобство применения пациентами различных методов подготовки прямой кишки.

Нами было проведено слепое исследование препаратов: «проктум» и «микролак», а также подготовка с использованием очистительных клизм.

В исследовании приняло участие 90 пациентов, которым на амбулаторном приеме колопроктолога была выполнена ректороманоскопия. У 30 пациентов – применялись очистительные клизмы, у 30 пациентов – проктум (1 тюбик), у 30 пациентов – микролак (1 тюбик). В качестве оценки эффективности использовались 3 критерия: качество подготовки кишечника, удобство подготовки, болезненность процедуры подготовки.

Оценка эффективности подготовки кишечника – субъективная оценка пациентов удобства использования методов подготовки и субъективная оценка пациентов болезненных ощущений – проводилась по 3-х бальной шкале.

При оценке результатов выявлено, что использование микроклизма (проктум, микролак) позволяет улучшить визуализацию стенок прямой кишки при ректороманоскопии. Уменьшает болезненные ощущения при проведении подготовки в ректороманоскопии. Позволяет уменьшить занятость среднего медицинского персонала, в связи с отсутствием необходимости посторонней помощи.

Таким образом, препараты проктум, микролак отвечают современным требованиям к препаратам для подготовки кишечника: эффективность, максимальная безопасность, легкость и удобство в применении, максимально способствующие комплаенсу и соблюдению инструкции по подготовке.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Муравьев А.В., Галстян А.Ш., Петросянц С.И.

«Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

Толстокишечные кровотечения довольно сложны в плане диагностики и выбора адекватного лечения, что и определяет высокую актуальность и остроту

данной проблемы.

В период с 2010 по 2017 гг. в отделение колопроктологии ГБУЗ СК «ГКБ № 2» поступило 447 пациентов с диагнозом кишечное кровотечение. Из них 210 – женщин, 237 – мужчин.

Всем пациентам применялась консервативная терапия. При необходимости применялись эндоскопические методы гемостаза: электротермокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция.

Распределение пациентов по нозологиям распределилось следующим образом. Геморроидальное кровотечение – у 241 (54%) пациента, у 8 пациентов – консервативные мероприятия неэффективны, проведено оперативное лечение – прошивание «ножки» геморроидального узла.

Кровотечение при дивертикулярной болезни у 72 (16%) пациентов, при раке толстой кишки – 72 (16%) пациента, при кровотечении из полипов ободочной кишки у 35 (8%) пациентов, при болезни Крона – 4 (1%) пациента – всем пациентам проведена консервативная гемостатическая терапия с положительным эффектом.

Пациенты, с кровотечением при язвенном колите – 9 (3%) – также получали консервативную гемостатическую терапию. У 2-х пациентов данной группы она оказалась неэффективной, проведено оперативное лечение – субтотальная колэктомия с наложением илеостомы и сигмостомы.

Группу пациентов с не установленным источником кровотечения составили 14 (3%) пациентов.

Причинами не установленного источника кровотечения явились: отказ от обследования – 9 пациентов, отсутствие при колоноскопии патологии – 5 пациентов.

При толстокишечных кровотечениях любой этиологии первым методом лечения должна быть консервативная гемостатическая терапия.

При выборе хирургического метода лечения необходимо руководствоваться клиническими рекомендациями по лечению соответствующей нозологии.

Неотложные операции должны проводиться по мере возможности в дневное время хирургами и анестезиологами, имеющими опыт в лечении соответствующей нозологии.

ИЗМЕНЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ПОВТОРНОМ СТРЕССЕ И В ПОСТСТРЕССОРНОМ ПЕРИОДЕ

Овсянников В.И., Березина Т.П., Шемеровский К.А.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Институт экспериментальной медицины», Россия

Стресс рассматривается как этиопатогенетический фактор нарушений моторики толстой кишки, в частности, при синдроме раздраженной кишки. Известно, что патологические изменения могут возникать как в период стресса, так и в постстрессорном периоде.

Цель данной работы – установить характер изменений сократительной активности (СА) толстой кишки при повторном стрессе и в постстрессорном периоде.

В хронических опытах на кроликах вживляли биполярные электроды под серозную оболочку толстой кишки в точках, находящихся в 15 и 25 см от илеоцекального соустья (1-й и 2-й участки), а также каудальнее, в 5 и 25 см от границы между проксимальным и дистальным отделами толстой кишки (3-й и 4-й участки). Психогенный стресс вызывали жесткой фиксацией животного за лапы к станку дважды по 60 мин. При первом и втором стрессорных воздействи-

ях в 1-м и 2-м участках толстой кишки имело место торможение СА; в 3-м участке произошло ее усиление СА, а в 4-м – торможение. В постстрессорном периоде во всех исследованных участках толстой кишки произошло выраженное усиление СА.

Таким образом, в постстрессорном периоде имеет место тотальное усиление СА толстой кишки, которое может рассматриваться как гипермоторная дискинезия.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕПАРАЦИОННОЙ МЕТОДИКИ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА «ОТКРЫТОЙ» ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Помазкин В.И.

Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, Екатеринбург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Протезирующая герниопластика позволяет существенно улучшить результаты лечения послеоперационных вентральных грыж. Доказана безопасность применения синтетических эндопротезов при герниопластике при операциях на «открытой» толстой кишке. Однако при вентральных грыжах с большой редукцией объема брюшной полости применение классических методик приводит к осложнениям. В этих случаях предложены методы с разделением анатомических компонентов брюшной стенки.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты сочетания восстановления пассажа по толстой кишке с ликвидацией колостомы с передней сепарационной техникой герниопластики по Ramirez.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Подобное вмешательство выполнено у 15 больных Средний возраст пациентов составил 65,3 года. Ранее 11 из них перенесли obstructивную резекцию толстой кишки по поводу колоректального рака, 4 – по поводу осложненной дивертикулярной болезни. Все грыжевые дефекты относились к категории W3-4 (классификация SWR). У 11 больных ликвидация колостомы осуществлялась с наложением сигморектоанастомоза, у 4 – трансверзосигмоанастомоза. Сепарационная техника включала пересечение апоневроза наружных косых мышц живота на уровне перехода их в сухожилия с отделением от внутренних косых мышц в латеральном направлении. В результате брюшная стенка становилась более растяжимой (дополнительная подвижность 8-15 см), грыжевые ворота значительно сближались, а объем брюшной полости увеличивался. Брюшная стенка укреплялась сетчатым эндопротезом в положении «on lay».

РЕЗУЛЬТАТЫ. Внутривентральных осложнений ни у кого из пациентов не было. Ограниченное нагноение поверхностных слоев брюшной стенки наблюдали у 3 больных. Ни у кого из пациентов не потребовалось удаление сетки. Прямые мышцы живота, расположенные после операции *in situ*, становились функционально полноценными, что препятствовало формированию рецидива в отдаленном периоде и обеспечивало оптимальные функциональные результаты.

ВЫВОД. Использование сепарационной методики герниопластики с использованием синтетического эндопротеза при восстановительных операциях на «открытой» толстой кишке позволяет добиться увеличения объема брюшной полости, создать функциональную брюшную стенку при небольшом числе раневых осложнений.

ПЕРИАНАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ОНКОГЕМАТОЛОГИИ

Штыркова С.В., Данишян К.И.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Периаанальная инфекция (ПИ) у больных гемобластозами характеризуется тяжелым течением, частым развитием сепсиса и нередко препятствует проведению запланированной программы химиотерапии (ХТ).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Выделить прогностические факторы развития ПИ у больных гемобластозами, оценить эффективность лечебных мероприятий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В проспективное исследование включили 72 больных, течение гемобластоза у которых осложнилось развитием одной из форм ПИ: абсцесс, инфильтрат, множественные язвы. Исследовали распределение больных по видам гемобластозов, этапам лечения, наличию заболеваний анального канала, количеству гранулоцитов в периферической крови. С целью регистрации ПИ как источника сепсиса оценивали видовое соответствие микроорганизмов, выделенных из ануса и крови в момент развития ПИ. Тактику лечения определяли в зависимости от формы ПИ.

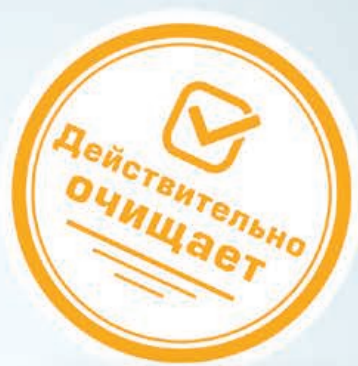
РЕЗУЛЬТАТЫ. Инфицирование периаанальной клетчатки происходило чаще у больных острыми миелоидными лейкозами 30 (41,7%) и лимфомами 22 (30,6%), регистрировалось на всех этапах лечения. При гранулоцитопении ПИ встречалась более чем в два раза чаще (69,4% против 30,6%; $p=0,01$), и являлась причиной сепсиса у 18% больных. Заболевания анального канала (анальные трещины, свищи, язвы) были источником ПИ у 88% больных с гранулоцитопенией (44 из 50). При ПИ в виде абсцесса количество лейкоцитов было, в среднем, в 5 раз выше ($p=0,01$), чем при ПИ в виде инфильтрата ($6,6 \times 10^9$ /л против $1,2 \times 10^9$ г/л). Дренирование абсцессов выполнено у 16 (22,2%). Развитие инфильтрата было отмечено у 48 (66,7%), язв у 8 (11,1%) больных, в этой группе антибактериальная терапия была эффективной для 36 (78,3%) больных. После продолжения ХТ рецидивы ПИ отмечены у 4 (9,1%) пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Факторами риска развития ПИ у больных гемобластозами являются состояние гранулоцитопении и наличие источников инфицирования в анальном канале. Количество гранулоцитов определяет форму ПИ и возможность развития сепсиса. Лечебная тактика должна учитывать форму воспаления и включать лечение заболеваний анального канала.

МОВИПРЕП®

ОТЛИЧНАЯ ВИДИМОСТЬ —
ТОЧНЫЙ ДИАГНОЗ

- ✓ Эффективная очистка толстой кишки^{2,3}
- ✓ Благоприятный профиль безопасности^{1,4}
- ✓ Оптимальный объем раствора для приема¹⁻³



Сокращенная инструкция по применению

Торговое наименование препарата: МОВИПРЕП® (MOVIPREP®)

Лекарственная форма: порошок для приготовления раствора для приема внутрь.

Действующие вещества: макрогол-3350, натрия сульфат безводный, натрия хлорид, калия хлорид, аскорбиновая кислота, натрия аскорбат.

Показания к применению: подготовка к диагностическим исследованиям (эндоскопическому, рентгенологическому и другим исследованиям кишечника) и оперативным вмешательствам, требующим опорожнения кишечника.

Противопоказания. Гиперчувствительность к любому из компонентов препарата; нарушение опорожнения желудка (гастропарез); кишечная непроходимость, перфорация или риск перфорации органов желудочно-кишечного тракта; фенилкетонурия; дефицит глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы; токсический мегаколон, являющийся осложнением тяжелых воспалительных заболеваний кишечника, включая болезнь Крона и язвенный колит; возраст до 18 лет; бессознательное состояние.

Способ применения и дозы. Внутрь. Вне зависимости от веса пациента общая доза препарата МОВИПРЕП® для качественной очистки кишечника составляет 2 литра раствора препарата. Для приготовления одного литра раствора препарата необходимо содержимое одного саше А и одного саше Б полностью растворить в небольшом количестве питьевой негазированной воды комнатной температуры, довести объем раствора водой до 1 литра и перемешать. Для приготовления второго литра раствора препарата повторяют алгоритм приготовления, используя оставшиеся саше А и саше Б. Приготовленный раствор следует выпить в течение 1-2 часов. Во время приема препарата МОВИПРЕП® настоятельно рекомендуется дополнительно употребить 1 литр другой жидкости. Не следует употреблять твердую пищу с начала приема раствора препарата МОВИПРЕП® и до окончания диагностического исследования или опера-

тивного вмешательства. При двухэтапной (один литр накануне вечером и один литр утром) и однократной вечерней и утренней схемах дозирования прием препарата необходимо прекратить не менее чем за 2 часа, но не более чем за 4 часа до начала процедуры, а прием других жидкостей необходимо прекратить не менее чем за 1 час, но не более чем за 4 часа до начала процедуры. При приеме раствора препарата МОВИПРЕП® дома необходимо учитывать соответствующий временной интервал для поездки в клинику для проведения процедуры.

Побочное действие. Диарея является ожидаемым эффектом при подготовке кишечника. Из-за характера воздействия препарата во время подготовки кишечника к процедуре нежелательные эффекты отмечаются у большинства пациентов. Несмотря на некоторые отличия в конкретных случаях, самыми распространенными нежелательными эффектами для макрогол-содержащего препарата являются: тошнота, рвота, вздутие живота, боль в животе, раздражение в области ануса и нарушения сна. В результате диареи и/или рвоты может развиваться дегидратация. Как и при приеме других продуктов, в состав которых входит макрогол, возможны различные аллергические реакции, включая сыпь, крапивницу, зуд, диспноэ, отек Квинке и анафилактический шок. **Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по применению.**

С осторожностью: нарушенный рвотный рефлекс, склонность к аспирации или регургитации; нарушения сознания; дегидратация; тяжелая сердечная недостаточность; тяжелая почечная недостаточность; острые воспалительные заболевания кишечника тяжелой степени; боль в животе неясной этиологии; риск аритмии, у пациентов, получающих лечение по поводу сердечно-сосудистых заболеваний или имеющих заболевания щитовидной железы. Если у Вас одно из перечисленных заболеваний, перед приемом препарата МОВИПРЕП® обязательно проконсультируйтесь с врачом.

Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата МОВИПРЕП®. 2. Ell C, et al. Randomized Trial of Low-Volume PEG Solution Versus Standard PEG + Electrolytes for Bowel Cleansing Before Colonoscopy. Am J Gastroenterol. 2008 Apr; 103(4):883-893. 3. Ponchon T, et al. A low-volume polyethylene glycol plus ascorbate solution for bowel cleansing prior to colonoscopy: The NORMO randomised clinical trial. Digestive and Liver Disease 45 (2013) 820-826. 4. Qingsong Xie et al. A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials of Low-Volume Polyethylene Glycol plus Ascorbic Acid versus Standard-Volume Polyethylene Glycol Solution as Bowel Preparations for Colonoscopy. PLOS ONE www.plosone.org 5 June 2014 Volume 9 Issue 6 e99092.

Информация для специалистов здравоохранения

Рег. удостоверение: ЛП-002630 от 26.12.2017. МОВИПРЕП® - зарегистрированный товарный знак группы компаний Норджин. Претензии потребителей направлять по адресу: ООО «Такеда Фармасьютикалс», ул. Усачева, д. 2, стр. 1, Москва 119048. Телефон: +7 495 933-55-11, факс: +7 495 502-16-25. Электронная почта: russia@takeda.com, адрес в интернете: www.takeda.com.ru Дата выпуска материала: август 2018. На правах рекламы.



