



Колопроктология

научно-практический медицинский журнал

МАТЕРИАЛЫ

Всероссийской научно-практической конференции
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
КОЛОПРОКТОЛОГИИ»



23-24 октября 2014 г.
г. Смоленск
(Сборник тезисов)

АНОНС СОБЫТИЙ:

16-18 апреля 2015 г.

Международный совместный
съезд Ассоциации
колопроктологов России,
Европейского общества
колопроктологов (ESCP)
и Европейской организации
по изучению болезни Крона
и колитов (ECCO)

№ 3 (49) 2014 (приложение)

ISSN 2073-7556

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

**Ассоциация
колопроктологов
России**



КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

№ 3 (49) 2014 (приложение)

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

Выходит один раз в три месяца
Основан в 2002 году

Адрес редакции:

123423, Москва,
ул. Саяма Адила, д. 2
Тел.: (499) 199-86-43
Факс: (499) 199-00-68
E-mail: proctologia@mail.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

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

Подписано в печать 30.09.2014
Формат 200×280 мм
Усл. печ. л. 12,889
Тираж 1000 экз. Заказ № 01929-4
Отпечатано в ЗАО «Рекламно-издательская
группа МегаПро»
119121, г. Москва, ул. Бурденко, д. 11 А

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор	Ю.А. ШЕЛЫГИН, 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, к.м.н.
	А.М. КУЗЬМИНОВ, д.м.н., профессор
	И.В. ПОДДУБНЫЙ, д.м.н., профессор
	А.В. ПУГАЕВ, 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

профессор, д.м.н.	С.В. ВАСИЛЬЕВ (Санкт-Петербург)
профессор, д.м.н.	В.В. ВЕСЕЛОВ (Москва)
чл.-кор. РАМН, профессор, д.м.н.	Е.Г. ГРИГОРЬЕВ (Иркутск)
профессор, д.м.н.	Б.М. ДАЦЕНКО (Харьков)
профессор, д.м.н.	Б.Н. ЖУКОВ (Самара)
профессор, д.м.н.	М.П. ЗАХАРАШ (Киев)
профессор, д.м.н.	В.Р. ИСАЕВ (Самара)
профессор, д.м.н.	В.Н. ИЩЕНКО (Владивосток)
профессор, д.м.н.	Н.В. КОСТЕНКО (Астрахань)
профессор, д.м.н.	В.Ф. КУЛИКОВСКИЙ (Белгород)
профессор, д.м.н.	А.В. МУРАВЬЕВ (Ставрополь)
профессор, д.м.н.	Л.П. ОРЛОВА (Москва)
профессор, д.м.н.	В.П. ПЕТРОВ (Санкт-Петербург)
д.м.н.	В.В. ПЛОТНИКОВ (Курган)
профессор, д.м.н.	Ю.М. СТОЙКО (Москва)
профессор, д.м.н.	В.К. ТАТЬЯНЧЕНКО (Ростов-на-Дону)
чл.-кор. РАМН, профессор, д.м.н.	В.М. ТИМЕРБУЛАТОВ (Уфа)
профессор, д.м.н.	А.А. ТИХОНОВ (Москва)
профессор, д.м.н.	В.З. ТОТИКОВ (Владикавказ)
профессор, д.м.н.	М.Ф. ЧЕРКАСОВ (Ростов-на-Дону)
академик РАМН, профессор, д.м.н.	В.И. ЧИССОВ (Москва)
академик РАМН, профессор, д.м.н.	Н.А. ЯИЦКИЙ (Санкт-Петербург)

Журнал входит в перечень ведущих рецензируемых журналов и изданий ВАК Министерства образования и науки РФ, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ПРОКТОЛОГИЯ	13
<i>Алиев Ф.Ш., Савельев Н.Н., Котельников А.С.</i> ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	13
<i>Башанкаев Б.Н., Йулдашев А.Г., Лафишев Э.В.</i> АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА – РЕЗУЛЬТАТЫ СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩЕЙ ТЕРАПИИ	13
<i>Бичурин Н.Р., Добровольский А.А., Кузнецов Е.В.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ	13
<i>Богданов В.Л., Татьяначенко В.К., Давыденко А.В., Сухая Ю.В.</i> АБСЦЕСС ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ	14
<i>Болквадзе Э.Э., Мударисов Р.Р., Обухов В.К., Алекперов Э.Э., Кожин Д.Г.</i> ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ	14
<i>Брехов Е.И., Калинин В.В., Коробов М.В., Брыков В.И., Кулаковский К.А.</i> ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОДНОГО ДНЯ	15
<i>Брехов Е.И., Калинин В.В., Коробов М.В., Брыков В.И., Кулаковский К.А., Аленчева Э.В.</i> СКЛЕРОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ	15
<i>Васильев С.В., Дудка В.В., Чания З.Д., Жуков Е.Л., Дунаева В.Б.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА	15
<i>Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованный А.И., Соколова О.С.</i> ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО ТРОМБОЗА У БЕРЕМЕННЫХ	16
<i>Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованный А.И., Сорокин Р.Г.</i> ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ LIFT В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ	16
<i>Верещенко В.А., Постнов И.Ю.</i> ДОППЛЕРКОНТРОЛИРУЕМАЯ ТРАНСАНАЛЬНАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С МУКОПЕКСИЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ КЛИНИКЕ	17
<i>Габибов С.Г., Шодиев Н.А.</i> МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ	17
<i>Грошилини В.С., Швецов В.К., Узунян Л.В.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ	18
<i>Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Слепых Н.В.</i> ОПЫТ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ	19
<i>Егоркин М.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ NPWT В ЛЕЧЕНИИ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА И ГАНГРЕНЫ ФУРЬЕ	19
<i>Жуков Б.Н., Журавлев А.В., Чернов А.А., Андреев П.С., Исаев В.Р.</i> МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЕМ	19
<i>Загрядский Е.А.</i> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ДОППЛЕР-КОНТРОЛИРУЕМОЙ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ С МУКОПЕКСИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ III И IV СТАДИИ ГЕМОРРОЯ	20
<i>Захарченко А.А., Галкин Е.В., Полевец К.О., Кузнецов М.Н., Попов А.В.</i> ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ: СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ТЕХНОЛОГИИ HAL-RAR	20
<i>Ильканич А.Я., Вишнякова И.А., Лобанова Ю.С.</i> ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТАЗОВЫМ ПРОЛАПСОМ	21
<i>Кармадонов А.В., Давтян Н.Е.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТЕЗИРУЮЩИХ МЕТОДИК В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ	21
<i>Комиссаров И.А., Васильев С.В., Глушкова В.А., Недозимованный А.И., Колесникова Н.Г., Наркевич Т.А., Попов Д.Е., Дементьева Е.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ОБЪЕМООБРАЗУЮЩЕГО АГЕНТА «ДАМ+» В ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ	22
<i>Крылов М.Д.</i> ОБЩЕПРОКТОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	22
<i>Кузминов А.М., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Черножукова М.О.</i> ВАРИАНТЫ ЭНДОРЕКТАЛЬНОЙ ПРОКТОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ	23
<i>Кузминов А.М., Минбаев Ш.Т., Королик В.Ю., Бородкин А.С., Богормистров И.С.</i> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ МЕТОДОМ СЕГМЕНТАРНОЙ ПРОКТОПЛАСТИКИ	23
<i>Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилов Д.А., Наумов А.В.</i> ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ И МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА, СВЯЗАННЫЕ С ВОЗРАСТОМ В НОРМЕ	23
<i>Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Кривчикова А.П., Аль-Омари М.</i> ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ	24
<i>Лахин А.А., Лахин А.В., Живилов А.П.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ПО МАТЕРИАЛАМ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЛОКБ	24

Лахин А.А., Лахин А.В., Мотин А.С. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ПО МАТЕРИАЛАМ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЛОКБ №1 ЗА 4 ГОДА (2009-2012 гг.).....	24
Левчук А.Л., Неменов Е.Г., Игнатьев Т.И. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕСАКРАЛЬНЫХ КИСТ	25
Магомедова З.К., Грошилин В.С., Бадалянц Д.А., Альникин А.Б. ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВНЫМИ И МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ КОПЧИКОВЫМИ ХОДАМИ.....	25
Масленников В.С., Костенко Н.В., Масленников С.В., Гришин К.Н. МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРОИДАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ГЕМОСТАЗА	26
Мирзоев Л.А., Черкасов М.Ф., Грошилин В.С. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ.....	26
Мухаббатов Д.К., Каримов Ш.А., Холматов У.И., Нозимов Ф.Х., Аёнов С.С. УЛУЧШЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	27
Мухаббатов Д.К., Нозимов Ф.Х., Каримов Ш.А., Хайдаров С.С. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ В СОЧЕТАНИИ С ТРАНСФИНКТЕРНЫМИ СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	27
Мухаббатов Д.К., Расулова С.И. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗРЫВАМИ ПРОМЕЖНОСТИ.....	28
Мухаббатов Д.К., Расулова С.И., Хоркашев Ф.Х., Хамроев Б.М. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА У БОЛЬНЫХ С РАЗРЫВАМИ ПРОМЕЖНОСТИ.....	28
Мухаббатов Д.К., Хайдаров С.С., Нозимов Ф.Х., Каримов Ш.А. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ В СОЧЕТАНИИ С АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ.....	29
Наврузов С.Н., Наврузов Б.С., Шаймарданов Э.К. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ.....	29
Наврузов С.Н., Наврузов Б.С., Шаймарданов Э.К. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕКТОЦЕЛЕ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТАЗОВОГО ДНА	29
Орлова Л.П. УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА.....	30
Ощепков А.В., Мансуров Ю.В., Прудков М.И. ЦИРКУЛЯРНАЯ ОТКРЫТАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ.....	30
Помазкин В.И. ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ РЕЦИДИВНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ.....	31
Помазкин В.И. РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕМОРОИДОПЕКСИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ.....	31
Помазкин В.И. РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ПЛАСТИКИ ПО ЛИМБЕРГУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.....	31
Попков О.В., Попков С.О. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ, ДИАГНОСТИКА, ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ.....	32
Попков О.В., Попков С.О. СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.....	32
Попов И.В., Завьялова М.Ю., Грушин Ю.В., Карсакпаев К.Р. РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	33
Пшеленская А.И., Фролов С.А., Титов А.Ю., Сушков О.И., Ринчинов М.Б. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОТКРЫТЫХ РАН ПРОМЕЖНОСТИ И КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ.....	33
Райымбеков О.Р., Жолболдуев Ж.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ «Х»-ОБРАЗНОГО ШВА В АНОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.....	34
Райымбеков О.Р., Исмаилов Н.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ.....	34
Соловьев А.О., Воробьев А.А., Соловьев О.Л., Соловьева Г.А. ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ РЕКТОЦЕЛЕ	35
Соловьев А.О., Соловьев О.Л., Воробьев А.А., Литвина Е.В. ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО СПОСОБА СФИНКТЕРОЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ.....	35
Соловьев А.О., Соловьев О.Л., Воробьев А.А., Соловьева И.О. ОРИГИНАЛЬНАЯ МЕТОДИКА СФИНКТЕРОЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ.....	36
Соловьев О.Л., Соловьев А.О., Воробьев А.А., Соловьева Г.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ СФИНКТЕРОЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ.....	36

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Стойко Ю.М., Сотникова В.А., Трифонов С.И., Кулаева Т.С.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ГЕМОРРОЕ	37
<i>Тамм Т.И., Цодиков В.В.</i> ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ	37
<i>Тимербулатов М.В., Аитова Л.Р., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Лопатин В.М.</i> МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У БОЛЬНЫХ РЕКТОЦЕЛЕ	38
<i>Тимербулатов М.В., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р., Лопатин В.М., Ибатуллин А.А.</i> МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕКТОЦЕЛЕ	38
<i>Титов А.Ю., Бирюков О.М., Фоменко О.Ю., Тихонов А.А., Войнов М.А.</i> ОПЫТ РЕКТОСАКРОПЕКСИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ	38
<i>Титов А.Ю., Благодарный Л.А., Абрицова М.В.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ ДОППЛЕРОКОНТРОЛИРУЕМОЙ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЕЙ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С МУКОПЕКСИЕЙ И ГЕМОРРОИДЭКТОМИЕЙ (РАНДОМИЗИРОВАННОЕ, ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....	39
<i>Титов А.Ю., Болквадзе Э.Э., Благодарный Л.А., Алиев С.Р., Мусин А.И., Абрицова М.В.</i> СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ АНЕМИЕЙ	39
<i>Титов А.Ю., Костарев И.В., Батищев А.К.</i> НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СИНУСЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА В СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ	40
<i>Титов А.Ю., Костарев И.В., Батищев А.К.</i> ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА (ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ)	40
<i>Титов А.Ю., Нехрикова С.В.</i> ЭТИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПРОМЕЖНОСТИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА.....	40
<i>Тотиков В.З., Дзанаева Д.Б., Тотиков З.В.</i> ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	41
<i>Трофименко И.А., Мовсисян Т.В., Башанкаев Б.Н., Морозов С.П.</i> МРТ В ДИАГНОСТИКЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ	41
<i>Фролов С.А., Кузьминов А.М., Минбаев Ш.Т., Королик В.Ю., Бородин А.С., Богормистров И.С.</i> ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ И ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕРЕКОНСТРУИРОВАННОГО КОЛЛАГЕНА	42
<i>Хитарьян А.Г., Дульеров К.А., Прокудин С.В., Стагниева Д.В.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ	42
<i>Чердаков А.В.</i> ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМОРРОЯ.....	43
<i>Чердаков А.В., Кочурков Н.В.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ГИПЕРДИАГНОСТИКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА	43
<i>Черкасов М.Ф., Татьянченко В.К., Грошили В.С., Черкасов Д.М.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФАСЦИОМИОПЛАСТИЧЕСКОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ	43
<i>Шабанов Т.А., Смирнова Г.О., Чибисов Г.И., Бубнов М.М.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАН ПРОМЕЖНОСТИ МЕТОДОМ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	44
<i>Шаймарданов Э.К.</i> ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТАЗОВОГО ДНА.....	44
<i>Шапошников В.И.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭВАГИНАЦИОННОЙ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ	45
<i>Эктов В.Н., Попов Р.В., Воллис Е.А.</i> ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ	45
<i>Эктов В.Н., Сомов К.А.</i> ЛАТЕКСНОЕ ЛИГИРОВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ КАК МЕТОДИКА ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ, ЛИФТИНГА И МУКОПЕКСИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ	46
<i>Эфрон А.Г.</i> ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСА ЕСТЕСТВЕННЫХ АУТОЦИТОКИНОВ НА ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ	46
ГЛАВА 2. КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК	48
<i>Абелевич А.И., Ларин А.А., Ванцинова Е.В., Киргинцева Е.А., Антропова А.М.</i> ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	48

Алибегов Р.А., Нарезкин Д.В., Борсуков А.В., Сергеев О.А., Прохоренко Т.И., Жвитишвили И.Д. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ.....	48
Алибегов Р.А., Нарезкин Д.В., Щаева С.Н. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ	48
Алибегов Р.А., Нарезкин Д.В., Щаева С.Н. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ	49
Алиев В.А., Барсуков В.А., Ткачев С.И., Тамразов Р.И., Кузьмичев Д.В., Николаев А.В. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ IV СТАДИИ	49
Альмяшев А.З. ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА: ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ	49
Ануфреенок И.В., Кохнюк В.Т., Ануфреенок Я.С. ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА 5-ЛЕТНЕЙ БЕЗМЕТАСТАТИЧЕСКОЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ III СТАДИИ.....	50
Ачкасов С.И., Москалёв А.И., Сенашенко С.А. МЕСТНЫЕ РЕЦИДИВЫ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	50
Бабков О.В., Луфт В.М., Захаренко А.А., Суров Д.А., Рудаков Д.А., Безмозгин Б.Г., Тен О.А., Лапицкий А.В., Святненко А.В. ТРОФОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	51
Бабков О.В., Суров Д.А., Захаренко А.А., Безмозгин Б.Г., Тен О.А., Кошевой А.А., Трушин А.А., Рудаков Д.А., Святненко А.В., Тягун В.С. ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ	51
Бабков О.В., Суров Д.А., Захаренко А.А., Безмозгин Б.Г., Тен О.А., Кошевой А.А., Трушин А.А., Рудаков Д.А., Святненко А.В., Тягун В.С. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ NPWT В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ	51
Бабков О.В., Суров Д.А., Захаренко А.А., Безмозгин Б.Г., Тен О.А., Кошевой А.А., Рудаков Д.А., Святненко А.В. ЭФФЕКТИВНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ АЛЬБУМИНА – МАРКЕР УРОВНЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ	52
Безмозгин Б.Г., Суров Д.А., Захаренко А.А., Бабков О.В., Тен О.А., Кошевой А.А., Рудаков Д.А., Святненко А.В. УРОВЕНЬ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ	52
Березовская Т.П., Рухадзе Г.О., Невольских А.А., Силантьева Н.К. МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МРТ) В ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОБЛАСТИ ТАЗА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ	52
Бойко А.В., Шельгин Ю.А., Сидоров Д.В., Дрошнев И.В., Федоренко Н.А. АППЛИКАЦИОННОЕ И ВНУТРИВЕННОЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ВВЕДЕНИЕ 5ФУ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	53
Бондаренко В.М., Михайлов И.В., Кудряшов В.А., Подгорный Н.Н., Атаманенко А.В., Шимановский Г.М., Старинчик В.И., Новак С.В., Довидович С.В., Кравченко О.В. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	53
Будтуев А.С., Пикунов Д.Ю., Рыбаков Е.Г., Севостьянов С.И. УЛУЧШАЕТ ЛИ ФОРМИРОВАНИЕ АНАСТОМОЗОА БОК-В-КОНЕЦ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ?	54
Васильев С.В., Дудка В.В., Попов Д.Е., Седнев А.В., Смирнова Е.В., Васильев А.С. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СКРИНИНГОВЫХ ТЕСТОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	54
Васильев С.В., Попов Д.Е., Семёнов А.В. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОБТУРИРУЮЩИМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ	55
Велиев Т.И. ПРОФИЛАКТИКА ПЕРФОРАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ	55
Велиев Т.И. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ТРАНСАНАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ.....	55
Велиев Т.И. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ РАКОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	55
Велиев Т.И. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ УДАЛЕНИИ АДЕНОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ С МАЛИГНИЗАЦИЕЙ.....	56
Галеев Ш.И., Абдуллаев Я.П., Рубцов М.А. 7-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ... ..	56
Гатауллин И.Г., Агуллин И.Р., Тойчуев З.М., Зиганшин М.И., Халиков М.М. КОЖНО-МЫШЕЧНАЯ ПЛАСТИКА ПРОМЕЖНОСТНОЙ РАНЫ ПРИ ЭКСТРАЛЕВАТОРНОЙ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	56

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Гатауллин И.Г., Козлов С.В., Фролов С.А.</i> ОЦЕНКА РИСКА ГНОЙНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ	56
<i>Гатауллин И.Г., Шакиров Р.К., Гордеев М.Г., Гатауллин Б.И.</i> МУТАЦИИ ГЕНА K-RAS КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....	57
<i>Гиберт Б.К., Матвеев И.А., Хасия Д.Т.</i> ВНУТРИБРЮШНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ	57
<i>Гиберт Б.К., Матвеев И.А., Хасия Д.Т.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА АНАСТОМОЗОВ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	58
<i>Гордеев С.С., Расулов А.О., Барсуков Ю.А., Ткачев С.И., Малихов А.Г., Мамедли З.З.</i> МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, КЛАССИФИКАЦИЯ, СОВРЕМЕННЫЕ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ	58
<i>Грошилин В.С., Султанмуратов М.И., Цыганков П.В., Швецов В.К.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ	58
<i>Дарвин В.В., Васильев В.В., Ильканич А.Я., Лысак М.М., Бубович Е.В.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	59
<i>Даценко Б.М., Даценко А.Б., Або Гали М.С., Хмызов Р.А.</i> НИЗКИЕ РЕЗЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	59
<i>Денисенко В.Л., Гаин Ю.М., Фролов Л.А., Сушков С.А., Шаппо Г.М., Гидранович А.В., Бухтаревич С.П., Скудский М.М., Ерушевич А.В., Шкуднов А.К.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ПРИ ОБТУРИРУЮЩЕМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ	60
<i>Денисов А.Е., Иванов В.А., Малушенко Р.Н.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСРЕКТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	60
<i>Ермолов А.С., Ярцев П.А., Селина И.Е., Цулеискири Б.Т., Кирсанов И.И.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК.....	61
<i>Ерыгин Д.В., Бердов Б.А., Невольских А.А., Титова Л.Н., Рухадзе Г.О., Орлова Н.В.</i> КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ	61
<i>Захарченко А.А., Винник Ю.С., Кузнецов М.Н., Попов А.В.</i> ВОЗМОЖЕН ЛИ ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА УРОВНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ?	62
<i>Захарченко А.А., Галкин Е.В., Кузнецов М.Н., Попов А.В.</i> КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ: ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ИЛИ МАСЛЯНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ РЕКТАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ?	62
<i>Захарченко А.А., Соляников А.С., Винник Ю.С., Кузнецов М.Н., Попов А.В.</i> ОБТУРАЦИОННАЯ ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ ДИСТАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ: ЕСТЬ ЛИ ОДНОЭТАПНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА АБДОМИНАЛЬНОЙ КОЛОСТОМИИ?	63
<i>Ильканич А.Я., Колмаков П.Н., Абубакиров А.С., Курбанов С.С.</i> ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	63
<i>Кашников В.Н., Варданян А.В., Ачкасов С.И., Болихов К.В., Гусев А.В.</i> ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ РАКА НА ФОНЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	64
<i>Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Водолажский Д.И.</i> ЧАСТОТА И СПЕКТР МУТАЦИЙ ГЕНА KRAS ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ НА ЮГЕ РОССИИ.....	64
<i>Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Гречкин Ф.Н.</i> ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	65
<i>Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Колесников В.Е.</i> ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	65
<i>Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Колесников В.Е., Харагезов Д.А., Дашков А.В., Гречкин Ф.Н., Донцов В.А.</i> МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ	65
<i>Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Харагезов Д.А., Новикова И.А., Толмах Р.Е., Гончаров И.В.</i> ВОЗМОЖНОСТЬ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПРОРАСТАНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ	66
<i>Кит О.И., Франциянц Е.М., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Дашков А.В., Харагезов Д.А., Никипелова Е.А.</i> ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ КАТАЛАЗЫ И РАКОВО-ЭМБРИОНАЛЬНОГО АНТИГЕНА И ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ	66
<i>Козлов С.В., Каганов О.И., Ткачев М.В., Швец Д.С., Козлов А.М.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БИЛОБАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ.....	67

СОДЕРЖАНИЕ

Козлов С.В., Каганов О.И., Ткачев М.В., Швец Д.С., Козлов А.М. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ	67
Козлов С.В., Каганов О.И., Ткачев М.В., Швец Д.С., Козлов А.М. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОЗМОЖНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОГРЕССИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИИ.....	67
Козлов С.В., Каганов О.И., Ткачев М.В., Швец Д.С., Козлов А.М. РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛАЦИЯ ПРИ ЦИТОРЕДУКТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....	68
Козлов С.В., Каганов О.И., Ткачев М.В., Швец Д.С., Козлов А.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....	68
Козлов С.В., Каганов О.И., Ткачев М.В., Швец Д.С., Козлов А.М. ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ГНОЙНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ	68
Краснолуцкий Н.А., Стебеньев А.Н., Поляков В.Ю., Губанов В.А., Губанов В.В., Кузнецов П.В. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПО МАТЕРИАЛАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ЛИПЕЦКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 3 «СВОБОДНЫЙ СОКОЛ»	69
Куненков А.Б., Эфрон А.Г., Куликова Л.В., Семенкович Е.М. 10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПО МАТЕРИАЛАМ ОТДЕЛЕНИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИИ ОГБУЗ «КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» ГОРОДА СМОЛЕНСКА	69
Лахин А.А., Лахин А.В. К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА (НА ОСНОВАНИИ МАТЕРИАЛОВ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЛОКБ)	70
Макаров И.В., Зайцев В.Е., Сидоров А.Ю. ЛЕЧЕНИЕ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ВЫЗВАННОЙ ОПУХОЛЬЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ	71
Михеева Г.Х., Гатауллин И.Г., Сайфуллин Н.Ф. ЗНАЧЕНИЕ МЕТАЛЛОВ КАК ИНДУКТОРОВ КАНЦЕРОГЕНЕЗА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	71
Мошуров И.П., Жданов А.И., Ольшанский М.С., Казарезов О.В., Коротких Н.Н., Попов Р.В. РОЛЬ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	71
Плисс М.М., Фишман М.Б., Седов В.М. ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЕ ПРЕПАРАТОМ МЕЛАТОНИН КАК ВОЗМОЖНЫЙ МЕТОД УСКОРЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	72
Плисс М.М., Фишман М.Б., Седов В.М. ХАРАКТЕРИСТИКИ ИММУННОГО ОТВЕТА НА ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	72
Помазкин В.И. ПРЕИМУЩЕСТВА ДВУХЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	73
Прудков М.И., Мансуров Ю.В., Махотин Н.В., Ощепков А.В. ДВУХЭТАПНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОБТУРАЦИОННОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	73
Рудаков Д.А., Луфт В.М., Захаренко А.А., Суров Д.А., Бабков О.В., Безмозгин Б.Г., Тен О.А., Лапицкий А.В., Трушин А.А., Святненко А.В. ОСОБЕННОСТИ НУТРИЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	73
Рудаков Д.А., Луфт В.М., Захаренко А.А., Суров Д.А., Бабков О.В., Безмозгин Б.Г., Тен О.А., Лапицкий А.В., Святненко А.В. ОСОБЕННОСТИ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	74
Рыбаков Е.Г., Чернышов С.В., Алешин Д.В., Казиева Л.Ю. ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТОТАЛЬНАЯ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЯ С ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ В ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	74
Рыбаков Е.Г., Чернышов С.В., Майновская О.А., Кузнецов Н.С., Севостьянов С.И. РОЛЬ КАРБОКСИРЕКТУМ И ВИДЕОЭНДОСКОПИИ ПРИ ТРАНСАНАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ПОВОДУ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	74
Рыжков В.Л., Митракова Н.Н., Фурина Р.Р., Лычагин К.А., Роженцов А.А. РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА КИШЕЧНИКА НА ОСНОВЕ ГАЗОВОЙ ХРОМАТОГРАФИИ С МАСС-СПЕКТРОМЕТРИЧЕСКИМ АНАЛИЗОМ	75
Семенов Д.А., Цуканов А.С., Ачкасов С.И., Шубин В.П., Поспехова Н.И. СКРИНИНГ И НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЛИНЧА В ПРАКТИКЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОНКОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА.....	75
Семёнычева Н.В., Шабунин А.В., Чеченин Г.М., Галаева Е.В., Равич Л.Д., Лебедев С.С., Баринков Ю.В. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ С ПОМОЩЬЮ УСТАНОВКИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ СТЕНТОВ	75

СОДЕРЖАНИЕ

Сидоров Д.В., Гришин Н.А., Ложкин М.В., Троицкий А.А., Петров Л.О. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ	76
Сидоров Д.В., Ложкин М.В., Петров Л.О., Гришин Н.А., Троицкий А.А., Черниченко М.А. ТОТАЛЬНАЯ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВОДОСТРУЙНОЙ ДИССЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ	77
Сингаевский А.Б., Цикоридзе М.Ю. ПРИОРИТЕТЫ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ	77
Староконь П.М., Богданов Р.Р., Асанов О.Н., Лузин В.В., Галик Н.И. КОРРЕКЦИИ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА	78
Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Сотникова В.А., Федотов Д.Ю. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ И ПРИ РАННИХ ФОРМАХ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	78
Тарасов М.А., Корнева Т.К., Лягина И.А., Михальченко В.А., Пикунов Д.Ю., Рыбаков Е.Г. УРОВЕНЬ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА КАК ПРЕДИКТОРА РАННЕЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ НИЗКИХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ	78
Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Тимербулатов Ш.В., Гареев Р.Н., Ахмеров Р.Р. МЕТОД ДЕКОМПРЕССИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	79
Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Тимербулатов Ш.В., Гареев Р.Н., Ахмеров Р.Р. ОСТРАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ: КРИТЕРИИ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИЯМ	79
Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Тимербулатов Ш.В., Гареев Р.Н., Ахмеров Р.Р. РАСШИРЕННЫЕ И КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ	80
Тотиков З.В., Тотиков В.З. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	80
Тур Г.Е., Тур А.Г., Ролевич И.И. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ	80
Тур Г.Е., Тур А.Г., Ролевич И.И. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ЖЕЛУДОЧНО-ОБОДОЧНОЙ ФИСТУЛОЙ	81
Фомин А.В., Подолинский С.Г., Ковалёва Л.А., Деркач В.И. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА	81
Хватов А.А., Майстренко Н.А., Сазонов А.А., Учваткин Г.В., Шерстнова Е.М. ТОТАЛЬНЫЕ ЭКЗЕНТЕРАЦИИ МАЛОГО ТАЗА ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ	82
Хитарьян А.Г., Глумов Е.Э., Мизиев И.А., Карпова И.О., Боллов З.С., Ковалев С.А., Провоторов М.Е., Воронова О.В. КЛИНИКО-ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	82
Хитарьян А.Г., Глумов Е.Э., Мизиев И.А., Карпова И.О., Боллов З.С., Ковалев С.А., Провоторов М.Е., Воронова О.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ САМОРАСШИРЯЮЩИХСЯ СТЕНТОВ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ КИШЕЧНИКА	83
Хитарьян А.Г., Мизиев И.А., Глумов Е.Э., Велиев К.С., Провоторов М.Е. ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕХНОЛОГИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ИМТ>30	83
Хоронько Ю.В., Грошинин В.С., Дмитриев А.В., Помазков А.А. ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ	83
Цуканов А.С., Шубин В.П., Поспехова Н.И., Сачков И.Ю., Кузьминов А.М., Ачкасов С.И., Рыбаков Е.Г., Фролов С.А., Кашников В.Н., Шельгин Ю.А. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА СЕКВЕНИРОВАНИЯ «НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ» В ИССЛЕДОВАНИИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФОРМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	84
Чернышов С.В., Рыбаков Е.Г., Кузнецов Н.С. ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОМИКРОХИРУРГИИ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ В ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОМ ОТДЕЛЕ ПРЯМОЙ КИШКИ	84
Шевченко Ю.Л., Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Ветшев П.С., Левчук А.Л., Андрейцев И.Л., Маады А.С., Назаров В.А. СОВРЕМЕННЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ	85
Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Майновская О.А., Сушков О.И., Запольский А.Г. ОЦЕНКА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ПРАВСТОРОННИХ ГЕМИКОЛЭКТОМИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА (ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	85
Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Запольский А.Г. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ПРАВСТОРОННИХ ГЕМИКОЛЭКТОМИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА С ПОМОЩЬЮ ОДНО- И МУЛЬТИПОРТОВЫХ ТЕХНИК (ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	85

<i>Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Запольский А.Г.</i> ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ	86
<i>Янковой В.В., Мартынов А.А., Низельник О.Л., Симоненко А.А., Аникин С.В., Пустовит К.В., Ходус С.В.</i> СПОРНЫЕ ТАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ В ЛЕЧЕНИИ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА	86
ГЛАВА 3. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ	87
<i>Акилов Х.А., Саидов Ф.Х.</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ УРГЕНТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА У ДЕТЕЙ	87
<i>Алешин Д.В., Ачкасов С.И., Фоменко О.Ю.</i> ПРОДОЛЬНАЯ ПРОКТОПЛАСТИКА КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАРЕКТУМ	87
<i>Алиев Ф.Ш., Азизов С.Б., Лейманченко П.И., Круцких А.Г.</i> СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ	88
<i>Андреев П.С., Исаев В.Р., Чернов А.А., Каторкин С.Е., Журавлев А.В.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	88
<i>Андреев А.Л., Морозов А.Б., Самойлов А.О., Чуйко С.Г.</i> ОДНО- И ДВУХЭТАПНАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ДИВЕРТИКУЛЕЗА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ	88
<i>Ачкасов Е.Е., Пугаев А.В., Мельников П.В., Алекперов С.Ф., Калачёв О.А.</i> ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	89
<i>Ачкасов С.И., Москалёв А.И., Зароднюк И.В., Жданкина С.В., Трубочёва Ю.Л., Богданова Л.А.</i> ПОКАЗАНИЯ К ПЛАНОВОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ: ПРОСТОЙ КРИТЕРИЙ ДЛЯ СЛОЖНОГО РЕШЕНИЯ	89
<i>Ачкасов С.И., Москалёв А.И., Назаров И.В.</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОЛИТА ОТКЛЮЧЁННОЙ КИШКИ	89
<i>Болквадзе Э.Э., Мударисов Р.Р., Стригунова Л.В.</i> ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОЖОГАХ ПРЯМОЙ КИШКИ	90
<i>Варданян А.В., Калашникова И.А., Ачкасов С.И.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ РАН У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА	90
<i>Гриневич В.Б., Губонина И.В., Екимов В.В., Шерстнева Н.О.</i> КИСЛОТНОСТЬ КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ	90
<i>Гришин И.Н., Завада Н.В., Волков О.Е.</i> ПОВРЕЖДЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ (ПТК) – ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА	91
<i>Жигаев Г.Ф., Кривигина Е.В., Колмакова В.В., Багишев Р.А.</i> ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «ТИЗОЛЬ» НА МИКРОБИОЦЕНОЗ У БОЛЬНЫХ С ОТКЛЮЧЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКОЙ	91
<i>Игнатъев В.Г., Михайлова В.М., Холтосунов И.А., Семенов Д.Н., Кривошапкина Л.А., Никифоров А.Ю.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА	91
<i>Кармадонов А.В., Давтян Н.Е.</i> ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕДЛЕННОТРАНЗИТНОГО ЗАПОРА	92
<i>Карпухин О.Ю., Шакуров А.Ф., Можанов Е.В., Елеев А.А.</i> ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР: АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	92
<i>Кашников В.Н., Варданян А.В., Ачкасов С.И., Болихов К.В., Гусев А.В.</i> ВЛИЯЕТ ЛИ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОЛПРОКТЕТОМИИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ТОНКОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА?	93
<i>Костюченко Л.Н., Смирнова О.А.</i> ТАКТИКИ НУТРИЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АТАКЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	93
<i>Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Коган Е.А., Чубаров Ю.Ю., Сухих Г.Т.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	93
<i>Мельников П.В., Ачкасов Е.Е., Калачев О.А., Алекперов С.Ф.</i> ВЛИЯНИЕ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ (ЭП) В ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ (ОТКН) К РАДИКАЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ	94
<i>Минушкин О.Н., Кручинина М.А.</i> ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ: НАБЛЮДЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ	94
<i>Мишуrow Н.В., Фомин В.Н., Бастрькова Е.Г.</i> РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО ГРИБКОВОГО ПОРАЖЕНИЯ КИШЕЧНИКА	95

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Помазкин В.И.</i> ГЕРНИОПЛАСТИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ.....	95
<i>Попков О.В., Попков С.О.</i> ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	96
<i>Рахманов С.Т., Наврузов Б.С.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА	96
<i>Рахманов С.Т., Наврузов Б.С.</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	96
<i>Саидов Ф.Х.</i> АНОМАЛИЯ ФИКСАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОЛОСТАЗЕ У ДЕТЕЙ.....	97
<i>Самсонова Т.В., Орлова Л.П.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОНКОЙ КИШКИ	97
<i>Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Андреев Е.В., Овсянников А.В.</i> НАШ ОПЫТ В ЛЕЧЕНИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАДОЛИХОКОЛОН	98
<i>Татьянченко В.К., Саркисян В.А., Гаербекоев А.Ш., Фролкин В.И.</i> ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАНЕНИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НА ФОНЕ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМЫ	98
<i>Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.</i> ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА	98
<i>Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.</i> О ПЕРВЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ЭНДОХИРУРГИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	99
<i>Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Тимербулатов Ш.В., Багаутдинов Ф.З., Гареев Р.Н., Ахмеров Р.Р.</i> ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ДИВЕРТИКУЛИТЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ	99
<i>Черниковский И.Л., Алиев И.И., Комяк К.Н., Кочнев В.В., Рылло А.Г.</i> ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЮ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	99
<i>Чернов А.А., Цветков Б.Ю., Шамин А.В., Андреев П.С., Журавлев А.В., Каторкин С.Е.</i> ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	100
<i>Чибисов Г.И., Блинные А.Н., Бубнов М.М., Ахлебинин В.К.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ	100
<i>Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Федотов Д.Ю., Игнатьев Т.И.</i> СОЧЕТАННЫЕ ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА.....	101
<i>Шельгин Ю.А., Кузьминов А.М., Чубаров Ю.Ю., Вышегородцев Д.В.</i> СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ	101
<i>Шемеровский К.А., Овсянников В.И., Митрейкин В.Ф., Успенская Ю.К., Нгуен Х.Ч.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ХРОНОЭНТЕРОГРАФИИ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ВИДЕ НЕРЕГУЛЯРНОГО РЕКТАЛЬНОГО РИТМА	102
<i>Щукина О.Б., Горбачева Д.Ш., Григорян В.В., Васильев С.В.</i> ВЛИЯНИЕ ФЕНОТИПА БОЛЕЗНИ КРОНА И ДРУГИХ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	102

ГЛАВА 4. СТОМЫ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ 103

<i>Алиев Ф.Ш., Бакшеев Е.Г., Крутских А.Г.</i> ФОРМИРОВАНИЕ РЕЗЕРВУАРНО-КЛАПАННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ СТОМЫ ПРИ ПОМОЩИ КОМПРЕССИОННЫХ НИКЕЛИД ТИТАНОВЫХ УСТРОЙСТВ.....	103
<i>Гагаулин И.Г., Халиков М.М., Шакиров Р.К., Тойчуев З.М.</i> АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕКОНСТРУКТИВНОГО ЭТАПА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	103
<i>Грошили В.С., Московченко А.Н., Цыганков П.В., Бадалянц Д.А.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ НАЛОЖЕНИИ ОДНОВОЛЬНЫХ КОНЦЕВЫХ КОЛОСТОМ	103
<i>Донец Т.Б.</i> ВЛИЯНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ЧАСТОТУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНЫХ СТОМ	104
<i>Жигаев Г.Ф., Кривигина Е.В., Колмакова В.В., Багишев Р.А., Рябов М.П.</i> ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «ТИЗОЛЬ» НА КОЛОНИЗАЦИОННУЮ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ У КОЛОСТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.....	104
<i>Игуменов А.В., Чакалова В.В.</i> ТАКТИКА КОЛОПРОКТОЛОГА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ.....	104
<i>Ильканич А.Я., Абубакиров А.С.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КАБИНЕТА СТОМИРОВАННОГО БОЛЬНОГО В Г. СУРГУТЕ.....	105

СОДЕРЖАНИЕ

Калашникова И.А., Фадеева С.А., Попова Е.А. РОЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	105
Комарова Л.А., Исаев В.Р., Чернов А.А. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИСТОМАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ ИЛЕОСТОМЫ	105
Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Рубанченко А.С., Сторожилов Д.А., Ефремов А.Б., Наумов А.В. 18-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ	106
Наврззов С.Н., Наврззов Б.С., Рахманов С.Т., Пазылова Д.У., Маткаримов С.Р., Кутлиева Г.Дж. ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ КУЛЬТЫ ПРЯМОЙ КИШКИ К РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЕКТОМИИ ПРИ ЯЗВЕННЫХ КОЛИТАХ	106
Помазкин В.И. РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВРЕМЕННЫХ КИШЕЧНЫХ СТОМАХ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	107
Помазкин В.И. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРАСТОМАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПРИ ОДНОСТВОЛЬНЫХ КОЛОСТОМАХ.....	107
Тамм Т.И., Даценко Б.М., Хмызов Р.А. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.....	108
Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Верзакова И.В., Макарьева М.Л., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р. РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СРОКОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	108
Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р. ХИРУРГИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	108
Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р. РЕКОЛОСТОМИЯ ПРИ ПОЗДНИХ СТОМАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ.....	109
Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ КИШЕЧНЫХ СТОМ КАК МЕТОД ВЫБОРА.....	109
Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р. ЭНДОХИРУРГИЯ ПРИ ДОЛИХОКОЛОН	109
Фоменко О.Ю., Калашникова И.А., Ачкасов С.И., Алешин Д.В., Егорова Д.В. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПРЕВЕНТИВНЫМИ КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ.....	109
Фролов С.А., Родоман Г.В., Голубева М.Ю., Москалёв А.И. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ОДНОСТВОЛЬНЫМИ КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ.....	110
ГЛАВА 5. РАЗНОЕ	111
Будкина А.С. КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШКАХ, ОСОБЕННОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ.....	111
Захараш М.П., Яковенко В.А., Захараш Ю.М. ОСЛОЖНЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ КОЛОНОСКОПИИ	111
Семёнов А.В., Васильев С.В., Попов Д.Е. РОЛЬ РАННЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ОНКОКОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИЕ ПЕРВИЧНО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА.....	112
Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р., Лопатин Д.В. О РЕЗУЛЬТАТАХ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТОЛСТОКИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ.....	112
Чибисов Г.И., Матвеев А.Н., Блинные А.Н. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ	112
Шакуров А.Ф., Карпунин О.Ю., Савушкина Н.Ю. ИНФОРМАТИВНОСТЬ МЕТОДА ГИДРОКОЛОНОСОНОГРАФИИ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ КОНСТИПАЦИИ	113
Эктов В.Н., Соколов А.Н., Мельников Ю.Ю., Попов Р.В., Антоньев А.А. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАВИГАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	113
Эфрон А.Г., Куненков А.Б. ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И СОСТОЯНИЕ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ СЕГОДНЯ	114



ПРЕЗИДЕНТ
Ассоциации колопроктологов России
профессор Юрий Анатольевич Шельгин

Общероссийская общественная организация
"Ассоциация колопроктологов России", созданная 3 октября 1991г.
по инициативе врачей-колопроктологов РФ, является уникальной
в своей сфере и одной из старейших общественных медицинских
ассоциаций. На данный момент в Ассоциации состоит более 800
колопроктологов, практически из всех субъектов РФ

ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОРГАНИЗАЦИИ

- совершенствование и улучшение лечебно-диагностической помощи больным с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности;
- профессиональная подготовка, специализация, сертификация и усовершенствование врачей колопроктологов и повышение их профессионального, научного и интеллектуального уровня;
- защита профессиональных и личных интересов врачей-колопроктологов в государственных, общественных и иных организациях в РФ и за рубежом;
- разработка и внедрение новых организационных и лечебно-диагностических технологий и более рациональных форм организации помощи колопроктологическим больным в практику работы региональных колопроктологических центров, отделений и кабинетов;
- издание научно-практического медицинского журнала "Колопроктология", входящего в перечень рецензируемых журналов и изданий ВАК Министерства образования и науки РФ;
- международное сотрудничество с организациями и объединениями колопроктологов и врачей смежных специальностей, участие в организации и работе различных зарубежных конференций;
- организация и проведение Всероссийских Съездов колопроктологов, а также общероссийских межрегиональных и региональных конференций, симпозиумов и семинаров по актуальным проблемам колопроктологии.

<http://akr-online.ru>

Членами Ассоциации могут быть граждане РФ и иностранные граждане, имеющие высшее медицинское образование, прошедшие специализацию по колопроктологии, работающие в области колопроктологии не менее 3-х лет, признающие Устав организации и участвующие в ее деятельности

ПРЕИМУЩЕСТВА ЧЛЕНСТВА В АССОЦИАЦИИ

- более низкие регистрационные взносы на участие в Общероссийских научно-практических мероприятиях;
- бесплатная подписка и рассылка журнала "Колопроктология" (для не имеющих задолженности по уплате членских взносов);
- преимущества при зачислении на цикл повышения квалификации;
- информационная поддержка и юридически-правовая защита членов Ассоциации;
- членам Ассоциации выдается сертификат установленного Правлением образца

ОБУЧЕНИЕ КОЛОПРОКТОЛОНОВ НА БАЗЕ ГНЦК

Профессиональная переподготовка

- Колопроктология
- Эндоскопия

Повышение квалификации

- Колопроктология
- Колоноскопия. Теория и практика выполнения
- Обеспечение анестезиологического пособия колопроктологическим больным
- Лапароскопические технологии в колопроктологии
- Функциональные методы диагностики и лечения болезней толстой кишки
- УЗ-методы диагностики в колопроктологии
- Эндоскопия

По вопросам зачисления

Тел.: +7(499)199-97-23

+7(499)199-07-30

Факс: +7(499)199-04-09

(с пометкой «для Веселова А.В.»)

E-mail: info@gnck.ru

(с пометкой «для Веселова А.В.»)



АДРЕС АССОЦИАЦИИ

123423, г.Москва, ул. Саляма Адила, дом 2

Тел.: 8(499)199-97-23

Факс: 8(499)199-04-09 (для Артамоновой П.Ю.)

E-mail: polinav@mail.ru

Реквизиты для уплаты членских взносов:

ИНН 7734036405; КПП 77301001; БИК 044525219

Р/сч. 40703810300350000028 в ОАО «Банк Москвы» г.Москва

К/сч. 30101810500000000219

ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ПРОКТОЛОГИЯ

ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Алиев Ф.Ш., Савельев Н.Н., Котельников А.С.

НУЗ «Отделенческая больница на ст. Тюмень ОАО РЖД России», ГБОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Тюмень, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Каждый третий-четвертый человек старше 30 лет хоть один раз в жизни лечится по поводу геморроидальной болезни. В структуре колопроктологических заболеваний геморрой занимает одно из первых мест, частота которого колеблется от 34 до 41% [Артюхов А.С., 1982; Воробьев Г.И. и соавт., 1993]. Лишь 20-25% больным показано оперативное лечение. В России преобладающее большинство больных оперируются в стационарах. Лишь в последние 15-20 лет стали активно пропагандироваться и внедряться различные малоинвазивные технологии лечения. Самым распространенным является лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами. Эффективность метода зависит от стадии геморроидальной болезни. При этом рецидив заболевания встречается, в среднем, у каждого третьего оперированного.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты операции компрессионной геморроидэктомии, снизить частоту рецидива заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Нами была разработана методика компрессионной геморроидэктомии при помощи зажимов с «памятью формы» из никелид-титановых сплавов, обладающих эффектом памяти формы. На трупном материале выполнены экспериментальные исследования по изучению ангиопротограмм (n=12) дистального отдела прямой кишки путем катетеризации и контрастирования через верхнюю брыжеечную по Stelzner F и Thomson W. Суть операции заключается в том, что после обезбоживания и дивульсии ануса геморроидальный узел подтягивается зажимом Алиса. Затем предварительно охлажденное устройство с разведенными браншами подводится под основание внутреннего геморроидального узла вдоль анального канала, соответственно их анатомическому расположению с обязательным пережатием сосудистой ножки. С 1994 года по настоящее время прооперировано более 1700 больных геморроидальной болезнью. Непосредственные послеоперационные результаты изучены у 700 больных, отдаленные в сроки от 3-х до 10 лет у 350 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Методика компрессионной геморроидэктомии является технически простой и малоинвазивной методикой, которая осуществляется практически бескровно, не требует специального набора инструментов и по продолжительности составляет всего 12,0±3,7 минут. Исследование сосудистой архитектоники дистального отдела прямой кишки до и после клипирования слизистой оболочки в проекции внутренних узлов установило, что компрессионное устройство из никелида титана сдавливает ветви геморроидальной артерии, и максимально захватываются кавернозные структуры в зажим, что является критерием радикальности любой геморроидэктомии. В результате компрессии на 3-е сутки происходит ишемический некроз тканей, а на 7±1,6 сутки – отторжение устройства вместе с некротическим узлом. Послеоперационные осложнения имели место у 114(16,3%) больных: выраженный болевой синдром у 49(7,0%) больных, тромбоз и отек неудаленных наружных геморроидальных узлов в 40(5,7%) случаях, умеренное диффузное кровотечение из ран после отторжения имплантата у 14(2,0%) пациентов и 1 случай профузного кровотечения после насильственной попытки удаления пациентом имплантата на 7 сутки, подкожный парапроктит выявлен у 10(1,5%). В отдаленные сроки изучены результаты операции. Частота рецидива геморроидальной болезни выявлена у 46 больных, что составило 13,2%.

ВЫВОД

Анализ результатов лечения показал, что операции компрессионной геморроидэктомии имплантатами из никелида титана технически просты в исполнении, не дают угрожающих жизни осложнений, снижают частоту рецидива и могут быть достойной альтернативой компрессионной геморроидэктомии латексным лигированием.

АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА – РЕЗУЛЬТАТЫ СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Башанкаев Б.Н., Йулдашев А.Г., Лафишев Э.В.

Европейский Медицинский Центр, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Использование современной схемы консервативного лечения пациентов с анальной трещиной позволяет улучшить качество жизни и снизить необходимость хирургического лечения.

ЦЕЛЬ

Оценить возможности сфинктеросохраняющей консервативной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2012 по 2014 гг. в отделении колопроктологии европейского

медицинского центра наблюдалось 70 пациентов с диагнозом анальная трещина без значительной сопутствующей проктологической патологии. Из них: 58% мужского пола, средний возраст в группе составил 42 года. 78% пациентов осмотрены в острую фазу заболевания. У 71% выявлен хронический запор, у 13% диарея и травмы в 10%. Вне зависимости от длительности заболевания назначалась консервативная терапия анальной трещины – профилактика запоров, снижение тонуса сфинктера прямой кишки – дилтиаземовая или нифедипиновая мази (как начальная терапия). Пациенты были осмотрены спустя 4 недели, в случае персистирующих жалоб назначалась нитроглицериновая мазь. После чего следовал осмотр через 4-6 недель. В случае положительного эффекта пациенты осматривались по необходимости или производилось телефонное интервью. При неудовлетворительном результате обсуждалась возможность инъекции ботокса или боковая сфинктеротомия. В дальнейшем также проводилось телефонное анкетирование.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Продолжительность консервативного лечения составила 7 недель (от 4 недель до 4 месяцев). У 87% пациентов отмечено уменьшение болевого синдрома, снижения спазма анального сфинктера, рубцеванием анальной трещины до полного заживления. У 13% пациентов отмечена недостаточная эффективность консервативной терапии, что потребовало проведение 10 хирургических вмешательств у 9 пациентов – иссечение анальной трещины и боковая сфинктеротомия. Спустя 12 месяцев наблюдения в группе консервативной сфинктеросохраняющей терапии у 98% (n=60) пациентов отмечен стойкий положительный эффект, отсутствие рецидива анальной трещины.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хирургическое лечение анальной трещины, как известно, связано с 11-22% риском развития различной степени недержания стула в отсроченном периоде. Использование возможностей современной сфинктеросохраняющей консервативной терапии позволяет достигнуть в 87% заживление трещины, позволяющее избежать оперативное лечение.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ

Бичурин Н.Р., Добровольский А.А., Кузнецов Е.В.

Окружная клиническая больница, Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, г. Ханты-Мансийск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В структуре колопроктологических заболеваний геморрой – наиболее часто встречающееся заболевание прямой кишки. Это составляет около 40% среди всех колопроктологических заболеваний, что позволяет отнести данную патологию к ряду актуальных проблем. Геморроидэктомия является наиболее эффективным и определяющим методом радикального лечения хронического геморроя 3 и 4 стадий. Данная операция наиболее часто выполняется по двум традиционным методикам – открытая (по Миллигану-Моргану), и закрытая геморроидэктомия по Фергюсону.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценка непосредственных результатов геморроидэктомии с использованием современных электрохирургических инструментов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В данное исследование включено 162 пациента, оперированных в 2009-2013 гг., которым выполнена геморроидэктомия с использованием современных электрохирургических инструментов.

Мужчин было 75, женщин – 87. Возраст больных – от 23 до 61 года.

Продолжительность заболевания от 1 года до 25 лет.

– 109 больным была выполнена геморроидэктомия с применением сочетания генератора для электролигирования сосудов LigaSure и ультразвукового скальпеля Гармоник;

– 27 пациентам – открытая геморроидэктомия при помощи ультразвукового скальпеля Гармоник;

– 4 больным выполнена геморроидэктомия с использованием генератора G11 (Джен Илевен);

– 22 пациентам была выполнена геморроидэктомия с использованием генератора для электролигирования сосудов LigaSure.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В послеоперационном периоде более выраженный болевой синдром, чаще возникал при открытой геморроидэктомии 7,6% – (группа 2); высокая частота дизурических расстройств – 6,4% (группе 1) и 5% (группа 2); послеоперационные кровотечения – 2,1% (группа 1) и 7,1% (группа 4).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У больных с наличием хронического геморроя 3-4 стадии проведение геморроидэктомии применимо с использованием современных электрохирургических инструментов. Геморроидэктомия, выполненная генератором LigaSure, после которой развивается кровотечения, требуют дополнительного лигирования сосудистой ножки геморроидального узла.

АБСЦЕСС ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ

Богданов В.Л., Татьянченко В.К., Давыденко А.В., Сухая Ю.В.
Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшить результаты лечения больных с абсцессом эпителиального копчикового хода (ЭКХ) путем использования разработанных технологий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализ клинических наблюдений основан на комплексном лечении и изучении результатов операций у 92 больных с абсцессом ЭКХ, в отделении БСМП №2 г. Ростова-на-Дону. По возрасту, лиц моложе 40 лет было 80,8%; мужчин было 61,7%, женщин – 38,3%. Больные были разделены на две клинические группы. В I группе (44 пациента) лечение абсцесса ЭКХ выполняли по общепринятой методике. Во II группе (48 пациентов) измеряли внутритканевое давление мягких тканей ягодичных и крестцово-копчиковой областей, а в последующем, лечение абсцесса ЭКХ проводили с учётом стадии развития острого тканевого гипертензионного синдрома (ОТГС). Во время операции выполняли ультразвуковую кавитацию ран аппаратом УРСК-7Н-22, а в послеоперационном периоде применяли озонотерапию с использованием аппарата низких и средних концентраций озона АОТ-НСК-01 «С(А-16)». Динамический мониторинг внутритканевого давления проводили аппаратом «Stryker»-REF. Это позволило у 46,7% больных II клинической группы объективно поставить диагноз ОТГС и выполнить подкожную фасциотомию медиального фасциального узла ягодичной области по оригинальной технологии (Федеральный патент РФ №2393783). Антибиотикотерапия основывалась на эмпирическом принципе. Критерием завершения первого этапа хирургического лечения абсцесса ЭКХ и показанием для закрытия раневого дефекта была снижение микробной обсеменённости раны до 10⁵ микробных тел в 1 г ткани, цитологическая картина фазы регенерации раневого процесса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У 44 больных (группа сравнения) оперативное лечение выполнено под наркозом в день поступления. Операция заключалась в широком вскрытии гноиника, ревизии гнойной полости, удалении ЭКХ и некротических масс, санации раны 3% перекисью водорода и 0,05% раствором хлоргексидина. Операция заканчивалась дренированием и рыхлым тампонированием гнойной полости турундой с гидрофильными мазевыми препаратами (левосин, левомиколь, диоксиколь и др.) или гипертоническим раствором. При бактериологическом исследовании раневого отделяемого сразу после вскрытия гноиника во всех случаях обнаружен рост патогенной микрофлоры. После выполнения санации при повторном исследовании у 36(81,8%) больных характер роста не изменился, а у 8(18,2%) отмечен скудный рост в виде отдельных колоний. Посевы из ран на 10-12 сутки лечения были стерильными лишь у 12(27,3%) больных. У остальных 32(72,7%) больных, по-прежнему, обсемененность раны микрофлорой была выше критического уровня и составляла 104x10⁵ в 1 г ткани. Это не позволило наложить на рану вторичные швы. Больные выписывались из стационара в удовлетворительном состоянии с очищенными, гранулирующими поверхностными ранами. Средний срок пребывания в стационаре составил 11,96±0,71 суток (p<0,05). В отдаленные сроки послеоперационного периода у 36,7% больных этой группы наблюдения из-за отсутствия диагностики и лечения ОТГС развился стойкий болевой синдром с образованием триггерных зон. После предоперационной подготовки все больные II клинической группы были оперированы под наркозом в день поступления. Объем оперативного вмешательства у 48 больных этой клинической группы наблюдения был аналогичным, как и у больных первой группы. После вскрытия и механической санации гноиника всем больным выполнялась ультразвуковая обработка гнойной раны в 0,05% растворе водного хлоргексидина. Операция заканчивалась дренированием и рыхлым тампонированием раны, как и у больных первой группы. В послеоперационном периоде для местной санации раны в зависимости от фазы раневого процесса применяли охлажденные озонированные растворы. При адекватном хирургическом вмешательстве на 5-е сутки бактериальный титр раневого экссудата у всех больных этой группы не превышал 10⁴-10⁵ микробных тел в 1 мл. Мы считали это критерием завершения первого этапа лечения. 34(70,8%) больным были наложены вторичные П-образные швы. Причём только у 2(5,9%) больных была отмечена несостоятельность этих швов, и в дальнейшем рану вели открытым способом до выполнения её сочными грануляциями. У 4(8,3%) больных была выполнена пластика раневого дефекта свободным кожным трансплантатом. У 10(20,8%) больных с дефектом тканей более 40 см² выполнена пластика кожно-подкожно-фасциальным трансплантатом на основе тонкой мышцы бедра (Федеральный патент №2398532).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексный подход в лечении больных с абсцессом ЭКХ позволяет достичь хороших результатов в ближайшие сроки после операции у 91,6% больных (81,8% в I группе), а в отдаленные сроки – у 93,7% больных (70,4% в I группе).

ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Болквадзе Э.Э., Мударисов Р.Р., Обухов В.К., Алекперов Э.Э., Кожин Д.Г.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, ГKB №15 им. О.М.Филатова, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение особенностей лечения, диагностики и клинические проявления острого парапроктита.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 482 пациента со сложными формами острого парапроктита (ОП), оперированные 2003-2013 гг. Анаэробный парапроктит имел место у 127(26,3%) больных, аэробный – у 355(73,6%). Среди пациентов с аэробным ОП ретроанальная локализация гноиника отмечена у 104(29,3%), пельвиоректальная – у 141 (39,7%), подковообразная – у 78(22,0%), внутритреничная – у 32(9,0%). К сложным формам ОП отнесены все случаи острого анаэробного парапроктита и ряд вариантов острого аэробного парапроктита (пельвиоректальный, подковообразный, ретроанальный и внутритреничный). Диагностические задачи включали определение этиологии ОП и его топографо-анатомических особенностей, выявление сообщения гноиника с просветом прямой кишки, наличие дополнительных затёков. В диагностическую программу в качестве обязательных методов входили клинический осмотр и пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, эндоректальное УЗИ. К методам уточняющей диагностики отнесены МРТ таза. Лечение сложных форм ОАП состояло из 3 этапов: вскрытие и дренирование гноиника, амбулаторное лечение в течение 5-7 дней для наиболее полной ликвидации острых воспалительных явлений, выполнение отсроченной радикальной операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

К осложнениям ОП относятся: распространение воспаления на клетчаточные пространства таза, разрушение стенки прямой кишки выше уровня зубчатой линии, прорыв гноиника в брюшную полость и забрюшинное пространство, разрушение уретры и влагалища, переход ОАП в острый анаэробный парапроктит. Из 482(100,0%) пациентов с ОП выявлены следующие осложнения: распространение воспаления на клетчаточные пространства таза у 44(9,1%) больных, разрушение стенки прямой кишки выше уровня зубчатой линии – у 1(0,2%), прорыв гноиника в брюшную полость – у 10(2,0%), прорыв гноиника в забрюшинное пространство – у 10(2,0%), прорыв гноиника на бедро – у 6(1,2%), прорыв гноиника в мягкие ткани гениталий – у 10(2,0%), разрушение уретры и влагалища – у 4(0,8%). Основные причины осложнений ОАП: 1) позднее обращение пациента за медицинской помощью; 2) выраженные сопутствующие заболевания; 3) поздняя диагностика; 4) неадекватное вскрытие и дренирование гноиника; 5) проведение операции в условиях недостаточного обезболивания и миорелаксации.

ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ	ЧИСЛО БОЛЬНЫХ (482)
Распространение воспаления на клетчаточные пространства таза	44
Разрушение стенки прямой кишки выше уровня зубчатой линии	1
Прорыв гноиника в брюшную полость	10
Прорыв гноиника в забрюшинное пространство	10
Прорыв гноиника на бедро	6
Прорыв гноиника в мягкие ткани гениталий	10
Разрушение уретры и влагалища	4

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ	ПРОСТЫЕ ФОРМЫ ОАП	СЛОЖНЫЕ ФОРМЫ ОАП
Клиника	Легкое течение, размер гноиника	Более тяжёлая интоксикация, обширное поражение клетчаточных пространств, поражение отдалённых клетчаточных пространств по отношению к источнику инфекции
Диагностика	Достаточно обычной диагностической программы	Необходимо расширение диагн. программы: УЗИ – обязательно, МРТ, КТ – методы уточняющей диагностики
Лечение	Вскрытие и дренирование гноиника	Вскрытие и дренирование гноиника, дополнительных затёков, некрэтомия. Достоверное увеличение длительности, сложности и травматичности оперативного вмешательства
Койко-день	1-3	10-15
Всего	3551	355

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Принципы лечения сложных форм ОАП должны включать раннюю диагностику с обязательным включением в диагностическую программу эндоректального УЗИ, максимально раннее начало лечения, обеспечение адекватного оттока гноя, исключение повреждения сфинктера, при возможности – ликвидацию поражённой крипты и её сообщения с гноиником.

ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОДНОГО ДНЯ

Брехов Е.И.^{1,3}, Калининков В.В.^{1,3}, Коробов М.В.^{1,2}, Брыков В.И.², Кулаковский К.А.^{1,2}.

¹ ФГБУ «Учебно-Научный медицинский центр» Управления делами Президента РФ,

² «Клиника Чайка»,

³ ГКБ №51, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Трансанальная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии – это новый подход к лечению геморроидальной болезни. Основанный на современном представлении о патогенезе заболевания. Методика показала свою эффективность для остановки кровотечений, однако было выявлено, что остаточный пролапс слизистой отмечается у 8-13% пациентов с III и до 60% – IV стадией заболевания. Дезартеризация внутренних геморроидальных узлов у пациентов с III и IV стадией заболевания приводит к частичному уменьшению размеров кавернозной ткани геморроидального сплетения, но, вследствие разрушения мышечно-связочного аппарата геморроидального сплетения, полностью не уменьшает его размер. Методика была изменена, стала совмещать комбинацию перевязки геморроидальных артерий и трансанальную мукопексию пролабирующей ткани, что получило название технологии (HAL-RAR) ректо-анальной реконструкции.

ЦЕЛЬ

Цель данной работы состоит в том, чтобы сравнить непосредственные результаты трансанальной доплер-контролируемой дезартеризации в сочетании с лифтингом и мукопексией слизистой с результатами «закрытой» и «открытой» геморроидэктомии у пациентов с III-IV стадией геморроя.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 246 пациентов с III-IV стадией геморроя (142-мужчин и 104 женщины) в возрасте от 20 до 74 лет. Методом случайной выборки они были разделены на две группы. В первую группу вошло 95 пациентов, которым выполнена трансанальная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии в сочетании с мукопексией и лифтингом слизистой – (52 мужчины, 43 женщины). Во вторую группу включен 151 пациент, которым выполнялась геморроидэктомия (90 мужчин, 61 женщина).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Время операции и появление первой дефекации в сравниваемых группах не имели различия. Послеоперационный болевой синдром был значительно меньше в HAL-RAR-группе. Парентеральное потребление анальгетиков, требуемое в 24-часовой период, имело значительно меньший средний показатель в группе HAL-RAR. В целом, у 9 пациентов развились осложнения. Во 2-й группе у трех пациентов (7,38%) развивалась острая задержка мочи, которая потребовала однократной катетеризации мочевого пузыря. У одного пациента (2,46%) развилось послеоперационное кровотечение на 14 сутки после операции, что связано с прорезыванием лигатуры – остановлено дополнительным прошиванием при повторном оперативном вмешательстве. У двух (4,92%) пациентов в первой группе и 3(7,38%) пациентов во второй группе, отмечалась кратковременная лихорадка, которая самостоятельно прошла.

Геморроидэктомия остается основным методом лечения у пациентов с геморроем III-IV стадии, поскольку малотравматичные методы лечения не дают хорошего эффекта. Результаты нашего исследования показывают, что выполнение трансанальной дезартеризации с мукопексией и лифтингом слизистой – значительно менее травматичная манипуляция по сравнению с геморроидэктомией. Возвращение к трудовой деятельности более быстрое, тогда как после геморроидэктомии, процесс реабилитации более длителен. При использовании HAL-RAR не отмечено такое осложнения как острая задержка мочи, что отмечено у пациентов после геморроидэктомии – 3(7,38%). Общее количество осложнений в изучаемых группах статистически не значимо.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трансанальная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии в сочетании с мукопексией и лифтингом слизистой – патогенетически обоснованная процедура, позволяющая восстановить нормальную анатомию анального канала. Исследование демонстрирует, что выполнение трансанальной дезартеризации с мукопексией и лифтингом слизистой- значительно менее травматичная манипуляция, по сравнению с геморроидэктомией и является эффективной альтернативой стандартному хирургическому лечению при геморроидальной болезни в III-IV стадии.

СКЛЕРОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

Брехов Е.И.,^{1,2} Калининков В.В.,^{1,2} Коробов М.В.,^{1,3} Брыков В.И.,² Кулаковский К.А.,^{1,3} Аленчева Э.В.^{1,2}

¹ Кафедра хирургии ФГБУ «Учебно-Научный медицинский центр» Управления делами Президента РФ,

² ГУЗ ДЗМ ГКБ №51,

³ ООО «КЛИНИКА ЧАЙКА», г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Геморрой – патологическое увеличение геморроидальных узлов.

Распространенность составляет 140-160 человек на 1000 взрослого населения. В структуре колопроктологических заболеваний геморрой в России занимает одно из первых мест, частота заболевания колеблется от 34 до 41%.

Выделение крови при акте дефекации является одним из основных симптомов геморроя, более того, повторяющиеся и продолжающиеся ректальные кровотечения могут привести к развитию жизнеугрожающего осложнения: постгеморрагической анемии различной степени тяжести. Как известно, радикальное оперативное вмешательство в остром периоде не выполнимо.

В этой связи, широкое распространение получили малоинвазивные методики, дающие возможность амбулаторного лечения пациентов и подготовки их к радикальной операции.

Склерозирующее лечение приводит к глубокому воздействию на кавернозные тела геморроидальных узлов. Использование современных препаратов из группы детергентов у многих пациентов с 3, а иногда и 4 стадией геморроя позволяет стойко избавиться от всех симптомов заболевания и избежать операции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе ГУЗ ДЗМ «ГКБ №51» в отделении колопроктологии в период с 20.01.12 по 20.05.13 гг. склеротерапия проведена 22 пациентам с хроническим геморроем 2-4 стадии.

Из них 16 мужчин и женщин – 6. Возраст пациентов колебался от 24 до 72 лет. Сроки наблюдения за больными составили от 6 до 12 месяцев.

Перед началом лечения, для исключения других источников кровотечения, всем пациентам выполнялись колоноскопия и эзофагогастродуоденоскопия.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Всем больным проводилось склерозирующее лечение геморроя препаратами из группы детергентов. У 20 пациентов кровотечения носили непersistирующий характер. У 2 пациентов имел место эпизод профузного кровотечения.

Из всех пациентов первая стадия заболевания отмечена у 1(4,54%), вторая стадия – у 5(22,72%), третья стадия – у 13(59,09%), четвертая стадия у 3(13,63%) человек. Длительность анамнеза заболевания, в среднем, составила 7,2 года (Me=6 лет).

До проведения инъекций 2(9,09%) пациентам с геморроем 3-4 стадии, осложненным анемией средне-тяжелой степени планировалось проведение двухэтапного лечения. 1-ым этапом проводилась склеротерапия, после восстановления уровня гемоглобина крови более 110 г/л, пациентам предлагалась геморроидэктомия.

Для инъекций использовался современный склерозирующий препарат из группы детергентов – 3% раствор этоксисклерола (полидоканол).

Препарат вводился в подслизистый слой непосредственно в области центральной части внутренних геморроидальных узлов. За процедуру производилось склерозирование 2 или всех 3 геморроидальных узлов, так как любой из них может являться источником регулярно повторяющихся кровотечений. Контрольные осмотры пациентов и оценка жалоб проводились через 3 недели, 2, 6 и 12 месяцев, а также по мере появления жалоб после склерозирования внутренних геморроидальных узлов. Результаты лечения были разделены на хорошие (исчезновение основных симптомов заболевания) и удовлетворительные (значительное уменьшение снижения частоты и интенсивности кровотечений, степени выпадения геморроидальных узлов, а также повышение уровня гемоглобина крови на 15-30 г/л через 1 месяц после процедуры).

Непосредственные результаты лечения оценены у всех 22 пациентов, включенных в исследование, отдаленные результаты (12 месяцев) – у 7(31,82%) больных. Через 1 месяц после склерозирующего лечения хороший клинический результат лечения зафиксирован у 15(68,18%) из 22 больных. В 7(31,82%) случаях отмечен удовлетворительный результат (сохранилось выпадение геморроидальных узлов в редуцированной форме по сравнению с исходным состоянием, без эпизодов кровотечения). 4 пациентам с удовлетворительными результатами через 12 месяцев после склеротерапии было выполнено радикальное оперативное вмешательство в объеме геморроидэктомии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Склеротерапия сочетает в себе техническую простоту, высокую эффективность, возможность амбулаторного применения, относительную безопасность, хорошую переносимость и невысокую стоимость. Методика применима у пациентов различных возрастных групп независимо от наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний.

Через 30 дней после склерозирования внутренних геморроидальных узлов уровень гемоглобина крови повышается от 15-30 г/л от исходного уровня у 9,09% больных. Применение современных детергентов способствует достаточной надежной ликвидации основных симптомов геморроя в раннем и отдаленном периоде после склеротерапии.

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Васильев С.В., Дудка В.В., Чания З.Д., Жуков Е.Л., Дунаева В.Б.

ПСПБГМУ им. акад. И.П.Павлова. Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии,

СПБГБУЗ «Городская больница №9», г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пилонидальная болезнь (эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ), пилонидальный синус, пилонидальная киста) достаточно распространена среди пациентов проктологического профиля, и, согласно данным

литературы, встречается у 5-7% взрослого населения. Соотношение по половому признаку 3:1, в пользу мужчин. Широко известные методики радикального хирургического лечения пилонидальной болезни (иссечение ЭКХ, иссечение с марсупиализацией краев раны, иссечение с послойным ушиванием краев раны, иссечение с пластикой кожным лоскутом, иссечение с мышечно-фасциальной пластикой) предполагают длительный период реабилитации. Учитывая средний возраст пациентов, обращающихся в стационар по поводу данной патологии (20-40 лет), необходимо максимально снизить послеоперационную реабилитацию, и, как следствие, обеспечить восстановление трудоспособности в более ранние сроки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить оптимальную лечебную тактику радикального хирургического лечения у лиц трудоспособного возраста.

МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ

В период с 2012 по 2014 год в отделении плановой колопроктологии нашей клиники были прооперированы 238 пациентов с пилонидальной болезнью. У данной исследуемой группы был нередцидивный вариант течения болезни, все они являлись лицами трудоспособного возраста от 18 до 44 лет, без тяжелой сопутствующей соматической патологии. Средний возраст 24,3 года. Все пациенты прооперированы в плановом порядке, после стандартной предоперационной подготовки.

У 186(78,1%) больных выполнено иссечение ЭКХ. Средний послеоперационный койко-день – 12. Средний период трудоустройства – 44,7 суток. Послеоперационных осложнений, рецидивов заболевания не отмечено. У 38 (16%) пациентов выполнено иссечение с марсупиализацией краев раны (шовный материал – капрон). Средний послеоперационный койко-день – 13,5. Средний период трудоустройства – 34,2. В 3(8%) случаях послеоперационный период осложнился прорезыванием швов. В одном случае (2,6%) отмечен рецидив заболевания.

У 7(2,9%) пациентов проявления пилонидальной болезни позволили выполнить операцию в объеме синусэктомии (интраоперационно, после ревизии зондом и прокрашивания хода устанавливались показания к синусэктомии: единственный ход, отсутствие отверстий вторичного свища, отсутствие хронических гнойных затеков и полостей). Отмечен самый короткий послеоперационный койко-день – 3. Средний период трудоустройства также лучший в исследуемой группе – 14,5. Послеоперационных осложнений, рецидивов заболевания не отмечено.

У 9(3,9%) пациентов было выполнено иссечение с мышечно-фасциальной пластикой (края раны сведены и ушиты викрилом 2,0, подкожно-жировая клетчатка – викрил 3,0; кожа – шов по Донати, материал – капрон). На дно раны установлен ПВХ дренаж, и через контрапертуру подключен к вакуум-аспиратору. В послеоперационном периоде назначен трихопол курсом 5 дней, в стандартной дозировке. Дренаж удален на 4 сутки. Послеоперационный койко-день – 10,5. Средний период трудоустройства – 26,2 суток. Послеоперационных осложнений, рецидивов заболевания не отмечено.

Сроки послеоперационного наблюдения – 4,5-6 месяцев.

ВЫВОДЫ

1. Открытое ведение операционной раны после иссечения ЭКХ безусловно является радикальной операцией выбора, практически не дает рецидивов, однако значительный срок нетрудоспособности не позволяет ей стать «золотым» стандартом лечения. Необходимы исследования и дальнейшие разработки, направленные на укорочение срока заживления.

2. Синусэктомия – операция выбора при малых свищевых размерах. Имеется весьма ограниченное применение в связи с индивидуальными показаниями.

3. Мышечно-фасциальная пластика, примененная нами у 9 пациентов – перспективная оперативная тактика, которая может быть использована у широкого контингента больных.

4. Необходимо дальнейшее накопление материала и оценка отдаленных результатов.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО ГЕМОРОИДАЛЬНОГО ТРОМБОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованый А.И., Соколова О.С.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Геморрой – это весьма распространенное заболевание человека. Беременность является серьезным провоцирующим фактором, механизм которого реализуется через постоянное и нарастающее давление маткой тазовых кровеносных сосудов и частое, в связи с этим, расширение вен прямой кишки. У женщин, не имевших в анамнезе беременностей, геморрой диагностирован в 7,7%, тогда как при беременности он встречается более чем в 25%, а у рожениц – почти в 50% случаев. У женщин в репродуктивном периоде, желающих повторно рожать, при наступлении следующей беременности опасность обострений геморроя увеличивается. Одним из наиболее частых осложнений геморроя на фоне беременности является острый тромбоз геморроидальных узлов. Следует отметить, что, несмотря на большое количество публикаций, посвященных различным аспектам геморроидальной болезни, многие вопросы лечения геморроя и его осложнений до настоящего времени продолжают оставаться дискуссионными, в особенности, когда речь идет о беременных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для исследования послужили данные о 241 пациентке с

острым геморроем, собранные за период с 2009 по 2013 годы. Всем больным проводилось клиническое обследование в объеме опроса, пальцевого исследования прямой кишки и аноскопии. Для оценки выраженности болевого синдрома использовалась визуально-аналоговая шкала (ВАШ). В результате аналитической обработки полученных данных были сформированы несколько групп:

1. Женщины, обратившиеся на этапе планирования беременности, имеющие жалобы на периодические обострения геморроидальной болезни. К ним были применены малоинвазивные методики лечения внутренних геморроидальных узлов в сочетании с до- и послеродовой консервативной профилактикой обострений геморроя – 25 случаев;

2. Женщины, обратившиеся в разные сроки беременности с обострением геморроя. К ним были применены различные методики купирования обострения (включая тромбэктомию) в сочетании с до- и послеродовой консервативной профилактикой последующих обострений геморроя – 141 случай;

3. Рожильницы, не консультированные и не лечившиеся на фоне беременности, но имевшие жалобы в течение и после беременности, обратившиеся в сроки от 1 недели до 3 месяцев послеродового периода (контрольная группа) – 75 пациенток, получивших консервативную медикаментозную терапию комбинированными препаратами местного действия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первой группе ни у одной из пациенток за период беременности, в раннем послеродовом периоде и в срок до 3 месяцев после родов жалоб не возникло.

Во второй группе ранний послеродовый период протекал без жалоб у 73(51,8%) человек, жалобы на умеренный дискомфорт (до 5 баллов по ВАШ) предъявляли 68 пациенток (48,2%). В позднем послеродовом периоде – не имели жалоб 35(24,8%) человек, остальные 106(75,2%) отмечали боли в перинальной области (до 6 баллов по ВАШ). При распределении пациенток 2-й группы по триместрам просматривается четкая зависимость между увеличением срока беременности и частотой встречаемости острого тромбоза, а также между сроками начала консервативной лекарственной профилактики и интенсивностью жалоб в раннем послеродовом периоде. Как правило, уменьшение отека и воспаления вплоть до полного разрешения тромбоза узлов наблюдалось на 5-10 день лечения.

54(72,0%) обратившихся за помощью пациентки из третьей, контрольной, группы отмечали выраженность болевого синдрома в раннем послеродовом периоде до 8-9 баллов по ВАШ с постепенным стиханием процесса. При этом возобновление болевой реакции на фоне усиления запоров в позднем послеродовом периоде до 7-8 баллов отмечали 37(49%) человек. В этой группе больных стихание острого геморроя на фоне лечения отмечалось на 10-14 день от момента обращения за помощью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Геморрой при беременности представляет собой комплексную проблему, решать которую должны совместно акушер-гинеколог и проктолог.

Комплекс мероприятий по профилактике обострений геморроидальной болезни и возникновения тромбозов во время беременности и в послеродовом периоде – это:

- включение проктологического обследования в план подготовки к беременности;
- активное использование малоинвазивных методик с целью уменьшения объема геморроидальной ткани на этапе до беременности при наличии жалоб;
- своевременное начало активных схем лечения, включающих тромбэктомию, и назначение консервативной лекарственной терапии при возникновении острого тромбоза на фоне беременности;
- активная предродовая консервативная лекарственная профилактика острого геморроидального тромбоза (флавоноиды и препараты местного действия) на 35-36 неделе беременности;
- активная послеродовая консервативная лекарственная профилактика острого геморроидального тромбоза комбинированными препаратами местного действия.

Поскольку проблема лечения геморроя у беременных пока далека от своего решения, необходимо дальнейшее проведение исследований в этом направлении для выработки окончательных рекомендаций по осуществлению комплекса диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у этой категории пациентов.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ LIFT В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

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

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Хронический парапроктит – одно из самых распространенных заболеваний, встречающихся в колопроктологической практике: заболеваемость свищами прямой кишки составляет 2 случая на 10 тыс. населения в год. После перенесенного острого парапроктита свищи формируются в 30-50% случаев.

Это заболевание известно с древнейших времен, и до сих пор мы применяем некоторые хирургические методы, разработанные еще в Древней Греции «отцом медицины» Гиппократом. Такая давность опыта лечения свищей позволила за долгие века отточить хирургическую технику до совершенства, но, тем не менее, проблема лечения этого недуга является актуальной и в наши дни. Применительно к «простым» интрафасциаль-

ным свищам, несмотря на отличные отдаленные результаты лечения, эта актуальность определяется травматичностью иссечения свища в просвет кишки и длительным периодом реабилитации. Применительно к «ложным» транс- и экстрасфинктерным свищам, к этим проблемам добавляется также достаточно высокий процент рецидивов и серьезных осложнений, в частности, анальной инконтиненции, при применении всех классических вариантов хирургического лечения.

В 2007 году тайский профессор Agung Rojanasakul предложил методику LIFT (ligation of intersphincteric fistula tract). LIFT относится к малоинвазивным методам лечения, что определило повышенный интерес к новой хирургической технике в медицинском сообществе. Кроме того, автор метода приводит данные об отсутствии рецидивов заболевания более чем в 90% случаев, независимо от типа свища. Это подогревает интерес к новой технологии, но, с другой стороны, вызывает определенный скепсис у специалистов, не понаслышке знакомых с проблемой лечения хронического парапроктита.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Сравнительная оценка эффективности LIFT, уточнение показаний к ее применению и анализ послеоперационных осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период сентябрь 2013 – июнь 2014 гг. нами выполнено 8 операций по методике LIFT. В исследование включены пациенты в возрасте от 28 до 52 лет (средний возраст в группе 37,9±8,5 лет), из них 5 пациентов мужского пола, 3 – женского.

На этапе освоения методики в исследуемую группу включались только пациенты с «простыми» свищами: полными интра- и трансфинктерными с единичным наружным свищевым отверстием и отсутствием затеков и больших полостей в параректальной клетчатке. По локализации внутреннего отверстия большинство пациентов страдало задними свищами прямой кишки (6 человек).

Перед операцией пациентам выполнялся стандартный объем клинического обследования – исследование свища зондом, аноскопия, ректоскопия, прокрашивание свищевого хода раствором бриллиантового зеленого с перекисью водорода. Дополнительно всем пациентам выполнялось эндоректальное УЗИ с контрастированием перекисью водорода для уточнения расположения свищевого хода и наличия гнойных затеков и полостей.

До начала лечения и в процессе наблюдения пациенты также анкетировались по шкале оценки тяжести инконтиненции Векснера. Для объективизации степени нарушения функции запирающего аппарата всем пациентам проводилась профилометрия анального канала (колонидамик Мемфис 2000). В первые сутки послеоперационного периода болевой синдром оценивался по визуально-аналоговой шкале.

В процессе исследования анализировались степень выраженности болевого синдрома после операции, сроки периода нетрудоспособности, наличие и степень выраженности анальной инконтиненции, наличие рецидивов заболевания. Сравнительной оценки полученных данных с группой пациентов, перенесших классические операции, не проводилось из-за небольшого количества пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациенты наблюдались от 2 до 10 месяцев (средний срок наблюдения в группе составил 7,0±3,0 мес.). Болевой синдром в первые сутки после операции по визуально-аналоговой шкале составил от 3,1 до 7,1 (среднее значение в группе – 4,8±1,3). Период нетрудоспособности составил от 14 до 28 дней (среднее значение в группе – 20,8±4,8 дней).

В процессе наблюдения рецидив заболевания выявлен у 1(12,5%) пациентки. Ранних послеоперационных осложнений и явлений анальной инконтиненции не отмечалось.

ВЫВОДЫ

Небольшое количество пациентов в группе в настоящее время не позволяет сделать однозначных выводов об эффективности и безопасности методики. Однако полученные на начальном этапе исследования данные обнадеживают, и практически полностью соответствуют литературным данным.

ДОППЛЕРКОНТРОЛИРУЕМАЯ ТРАНСАНАЛЬНАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С МУКОПЕКСИЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ КЛИНИКЕ

Вередченко В.А., Постнов И.Ю.

ММЦ «Медикал ОН Груп-Одинцово», г. Одинцово, Московская обл., Россия

Геморроидэктомия по Милигану-Моргану является наиболее распространенным методом лечения геморроидальной болезни. Ранний послеоперационный период характеризуется снижением качества жизни пациента за счет болевого синдрома, есть риск рефлекторной задержки мочи, кровотечения. В отдаленном периоде возможны стриктуры заднего прохода, недостаточность анального сфинктера. Потеря трудоспособности может составлять до 1,5 месяцев. В связи с этим распространение получают малоинвазивные методы лечения геморроя, вполне пригодные для применения в амбулаторных условиях. По нашему опыту, наиболее эффективным малоинвазивным методом лечения геморроя является трансанальная дезартеризация геморроидальных узлов под доплер-контролем с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить эффективность трансанальной дезартеризации геморроидальных узлов под доплер-контролем с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки при разных стадиях геморроидальной болезни в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Наше исследование, основано на наблюдении за 302 пролеченными больными с II-IV стадиями хронического геморроя и ретроспективном анализе за период с 2008 г. С II стадией 34 пациент, III стадией 183 пациентов и IV стадией 85. Операции выполнялись с использованием аппарата компании А.М.И. (Австрия) с проктоскопом RAR – 2013 для выполнения дезартеризации и мукопексии. Все операции выполнены под сочетанной либо спинномозговой анестезией.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среднее время операции составляло 32±5,21 мин. После операции болевой синдром практически отсутствовал, пациенты отмечали дискомфорт, за счет турунды с мазью Левомеколь, установленной в прямую кишку. Пациенты наблюдались в течение 3 лет: через 2 недели, 1 месяц, 4 месяца и далее раз в год. Хорошие результаты лечения отмечены у 284(96%) больных (отсутствие жалоб и признаков внутреннего геморроя, тромбозания). Удовлетворительные у 4(2%) больных (отсутствие жалоб, периодическое кровомазание при плотном стуле, уменьшение геморроидальных узлов до I стадии). У 57 пациентов отмечены следующие осложнения: интраоперационные кровотечения у 16(5,3%), подслизистые гематомы у 14(4,6%), послеоперационные кровотечения у 10(3,3%), 17(5,6%) пациентов развился тромбоз наружных узлов. У 19(6,3%) пациентов, преимущественно 4 стадии геморроидальной болезни, в течение 4-5 месяцев наблюдения после операции потребовалось провести латексное лигирование, показанием к которому было выделение крови из заднего прохода и выпадение геморроидальных узлов 2 стадии. Длительность заболевания с возвращением к трудовой деятельности заняла сроки 1,90±2,41 дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трансанальная дезартеризация геморроидальных узлов под доплер-контролем с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки – эффективный метод лечения геморроидальной болезни в II-III-IV стадии. Метод может применяться в амбулаторных условиях и отвечает требованиям малоинвазивной хирургии, не нарушая качества жизни пациентов в послеоперационном периоде, имеет минимальные хирургические риски и обеспечивает быструю реабилитацию пациентов.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Габитов С.Г., Шодиев Н.А.

ГБУЗ «Городская клиническая больница № 79 Департамента здравоохранения г. Москвы», 2-е хирургическое/колопроктологическое отделение, г. Москва, Россия

Одним из приоритетных направлений колопроктологии стало выполнение малоинвазивных и сфинктеросохраняющих вмешательств по поводу свищей прямой кишки. Такая технология, как VAAFT (Video Assisted Anal Fistula Treatment), предложенная колоректальным хирургом Piercarlo Meinero с применением оборудования Karl Storz (Германия), показала хорошие результаты.

Видеоассистированный метод лечения свищей прямой кишки имеет определенные преимущества перед традиционными хирургическими методами: малая травматичность вмешательства, точное определение внутреннего свищевого отверстия, выявление гнойных затеков, сфинктеросохраняющий характер, наложение надежного и герметичного шва на область внутреннего отверстия, более комфортным послеоперационным течением, хорошим косметическим результатом, ранним восстановлением сроков нетрудоспособности пациентов. Несмотря на преимущества, методика VAAFT имеет определенные сложности при использовании, требует дорогостоящего оборудования и инструментов, применяется специальный раствор и клей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С сентября 2011 по март 2014 гг. в исследование включено 34 пациента со свищами прямой кишки.

Предоперационное обследование включало в себя: пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию, фистулографию, эндоректальное ультразвуковое исследование. Все вмешательства VAAFT выполнялись в плановом порядке. Подготовку толстой кишки для VAAFT производили накануне вечером при помощи препаратов «ФЛИТ» или «Фортранс». Антибактериальная профилактика не проводилась. Все вмешательства проводили под спинномозговой анестезией. Использовали видеоэндоскопическую стойку с применением цифровой видеокамеры, дающей HD изображение на монитор и набор инструментов для VAAFT фирмы Karl Storz (Германия): 1. фистулоскоп по MEINERO с интегрированной оптикой (8 гр.), и инструментальным каналом (2,5 мм). Рабочая длина составляет до 18 см. Использование рукоятки сокращает длину до 14 см; 2. монополярный электрод (длинной 53 см), подключаемый к высокочастотному электрическому генератору; 3. щипцы; 4. специальная щетка для очищения свищевого канала.

Также применяли линейный степлер EndoGIA (Ethicon Endo-Surgery, США) 25 мм; ирригационный раствор «Уротравенол» содержащий раствор глицина с антисептиком диоксидином, необходимый для создания оптимальной видимости при проведении операции; 0,5-1,0 мл клея «Сульфакрилат» на основе цианоакрилата; проктоскоп с косым срезом, длина 88 мм, диаметр 23 мм.

Учитывая выраженные рубцовые изменения в параректальной клетчатке, по ходу свищевого канала и из-за недостаточного, на наш взгляд, разрушения свищевого хода монополярным электродом и щеткой, мы решили модифицировать методику и начали применять аппарат TriVex (Smith&Nephew, США), который традиционно применяется нами для

эндоскопической транслиминационной флэбэктомии. Аппарат «TriVex» был разработан американским флебологом G.Spitz совместно с компанией Smith&Nephew, США. Представляет собой: 1) два блока, один из которых силовой, обеспечивающий вращение резектора (до 2000 об/мин), а другой – источник холодного света (250 Вт); 2) моторизованную рукоятку с кнопками для управления резектора и илломинатор с каналом на базе 3-мм троакара.

Принцип действия аппарата основан на разрушении рубцовых изменений свищевого хода с одновременным удалением с помощью специального резектора, представляющего собой ротационный нож, помещенный на конце 3-мм троакара и оснащенного каналом для аспирации разрушенных тканей.

Положение больного на операционном столе традиционно как при «камнесечении». Производится дивульсия анального канала, вводится протоскоп. Фистулоскоп с соединенной видеокамерой, вводится через наружное свищевое отверстие. Одновременно через ирригационный канал фистулоскопа подается раствор. Поэтапно происходит орошение и расширение свищевого канала промывным раствором. При достаточном давлении поступающего раствора происходит достаточно отчетливая визуализация свищевого хода и его направление в сторону анального канала. При наличии выявляются гнойные затеки. Поэтапно свищевой канал становится прямым и определяется внутреннее свищевое отверстие в проекции пораженного крытыя. На область внутреннего отверстия свища накладывается 2-3 шва – держалки нитью 2/0 на атравматичной игле, приподнимаются в виде «бугорка» под основание которого подводится линейный швающе-режущий аппарат и прошивается. При этом происходит резекция внутреннего свищевого отверстия в пределах здоровых тканей. В анальном канале формируется продольный степлерный шов. Далее монополярным электродом через инструментальный канал фистулоскопа производится разрушение и коагуляция рубцово-измененных тканей свищевого канала. С помощью щипцов и специальной щетки свищевой канал очищается изнутри. Однако при этом добиться полного разрушения и очищения рубцовой ткани, на наш взгляд, не всегда оказывается возможным, особенно при плотных рубцовых изменениях свищевого канала. Учитывая это обстоятельство, метод обработки свищевого хода нами был модифицирован с помощью резектора аппарата TriVex (Smith & Nephew, США). Резектор вводится в наружное свищевое отверстие и под контролем пальца, введенного в анальный канал, тщательно производится разрушение и удаление рубцовых тканей свищевого канала на всем протяжении. В случае кровотечения из свищевого канала, с целью гемостаза вводится фистулоскоп в наружное свищевое отверстие. Орошая раствор можно выявить источник и производить коагуляцию электродом. В завершении операции, с целью герметизации линии степлерного шва наносится 0,5-0,7 мл клея «Сульфакрилат». Наружное свищевое отверстие не ушивается.

РЕЗУЛЬТАТЫ

VAaft в модификации с аппаратом TriVex, были выполнены у 34 больных со свищами прямой кишки. У 25 больных имел место трансфинктерный, у 6 – экстрасфинктерный и 3 – интрасфинктерный свищ прямой кишки. Средний возраст оперированных больных составил 48 лет. Мужчин – 24, женщин – 10. В послеоперационном периоде не потребовалось назначения наркотических анальгетиков. Профилактически пациентам назначались минимальные дозы пероральных антибактериальных препаратов в течении 3-5 дней. Отсутствие необходимости в проведении ежедневных перевязок, раннее восстановление функций кишечника позволило выписывать больных на 2-4 день после операции. У 7 пациентов выявлен рецидив свища прямой кишки. Пациенты с рецидивами после VAaft были в последующем оперированы традиционным способом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

VAaft является перспективным и безопасным методом, имеющим низкий уровень осложнений. Наиболее частым осложнением является скопление ирригационного раствора в свищевом канале и во вторичных затеках, в основном при свищах со сложными ходами. Данное осложнение не потребовало повторного вмешательства. Проводилась местная терапия в виде примочек с растворами антисептиков в 1-е сутки послеоперационного периода.

Для выявления причин, ведущих к неудачным исходам, а именно к рецидиву свища прямой кишки, нами был проведен клинический анализ. Выявлено, что, в основном, рецидив свища развился в тех группах больных, у которых имели место выраженные рубцовые изменения в области внутреннего свищевого отверстия, что делает ткани ригидными, плотными. Во время прошивания степлером возможен недостаточный захват внутреннего отверстия и формирование негерметичного степлерного шва.

При наличии разветвленных свищевых ходов и гнойных затеков, фистулоскопом во время операции можно травмировать стенки свищевого хода. При этом, скопление промывного раствора может выходить за пределы свищевого хода (или образование ложных ходов) и привести к отек, деформации стенок анального канала в проекции внутреннего отверстия свища, что усложняет формирование наложения степлерного шва. В таких случаях, после наложения степлерного шва, в области последнего подводится фистулоскоп, и путем близкого орошения проверена герметичность степлерного шва. В случаях подтекания жидкости из области шва дополнительно укрепляем линию шва нитью 3/0 на атравматичной игле. Другим немаловажным условием мы считаем правильный подбор швающе-режущего аппарата с соответствующей высотой степлеров. На наш взгляд, оптимальной высотой степлера является 2,5 мм. Примерно 70% оперированных пациентов по методике VAaft из г. Москвы после операции находились под динамическим наблюдением в течении 1 года. Остальные пациенты были из различных регионов Российской Федерации. Контакттировать не удалось. Жалоб никто не предъявлял.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ

Грошили В.С., Швецов В.К., Узунян Л.В.

ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, кафедра хирургических болезней №2, г. Ростов-на-Дону, Россия

ВВЕДЕНИЕ

По данным ряда авторов, распространенность нарушения акта дефекации у женщин в 10,2% – 56,5% связано с опущением внутренних половых органов, ведущей причиной такого состояния является ректоцеле. Исследования последних лет показали, что результаты хирургической коррекции не стабильны, а частота рецидивов остается на высоком уровне. Учитывая это, следует заключить, что проблема улучшения результатов лечения больных с ректоцеле актуальна и требует углубленного изучения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Повышение эффективности оперативного лечения ректоцеле за счет обоснования дифференцированного лечебного алгоритма и разработки оригинального способа оперативного лечения, включающего эндоректальную циркулярную слизисто-подслизистую резекцию в сочетании с передней леваторопластикой.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен комплексный анализ результатов обследования и оперативного лечения 47 пациенток с ректоцеле. Средний возраст пациенток составил 51,4 года. Диагностический алгоритм помимо традиционных клинических, лабораторных и инструментальных (включая ано- и ректоскопию) исследований, включал проведение эндоректального УЗИ, аноректальной манометрии и электромиографии. Показания к операции определялись на основании клинических данных с учетом объективных качественных и количественных результатов инструментального исследования. У 18 пациенток использованы методы передней сфинктеропластики, у 12 – эндоректальной аппаратной циркулярной слизисто-подслизистой резекции (по методу Лонго). Полученный клинический опыт позволил разработать оригинальный метод комбинированного хирургического лечения ректоцеле, сочетающий в себе технологию эндоректальной циркулярной слизисто-подслизистой резекции и передней леваторопластики (заявка на патент РФ, получена приоритетная справка). Способ апробирован у 17 больных с ректоцеле II и III степени в хирургическом отделении клиники ГБОУ ВПО РостГМУ. Сроки послеоперационного мониторинга составили не менее 4-х месяцев, с обязательными контрольными осмотрами через 4 и 12 недель после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В группе больных, которым выполнена традиционная передняя сфинктеропластика, после устранения ректоцеле III степени отмечено 3(16,7%) рецидива заболевания в сроки от 3 месяцев, кроме того, еще у 2(11,1%) женщин при отсутствии рецидива сохранялись умеренно выраженные проявления обструктивной дефекации при минимизации жалоб. Других осложнений не отмечалось. После ликвидации ректоцеле методом Лонго в традиционном варианте рецидивов не было, однако, у 2(16,7%) больных имели место некупируемые консервативно, выраженные эвакуаторные расстройства при сохранявшемся расхождении передних порций леваторов и манометрически подтвержденной дисфункции мышечных структур тазового дна.

При использовании разработанного способа рецидивов заболевания и интраоперационных осложнений не отмечено. Средняя продолжительность оперативного вмешательства предложенным способом превышала длительность традиционных операций не более, чем на 20 минут. В послеоперационном периоде применялись антибактериальные препараты, анальгетики, пребиотики, слабительные средства по общепринятым схемам. Нагноительных, геморрагических осложнений не отмечено. Чувство неполного опорожнения кишечника после акта дефекации имело место у 2(11,8%) больных. Данные жалобы купируются в течение 10 суток на фоне проводимой комплексной терапии. У 1(5,9%) пациентки, ранее имевшей ректоцеле размером более 7 см, в послеоперационном периоде сохранялись тенезмы. При амбулаторном контрольном обследовании спустя 3 месяца после операции, ранее предъявляемые жалобы нивелированы, рецидива заболевания у больной не отмечено, констатирована компенсация синхронной и рефлекторной деятельности запирающего аппарата. Резистентных к послеоперационной коррекционной терапии эвакуаторных расстройств в рассматриваемой группе не было. Сроки послеоперационного пребывания в стационаре составили от 6 до 9 суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выбор оптимального способа хирургического лечения пациенток с ректоцеле следует осуществлять с учетом индивидуальных критериев – размеров ректоцеле, выраженности дисфункции тазового дна и аноректальных эвакуаторных расстройств. Полученные данные позволяют заключить, что применение разработанного способа оперативного лечения ректоцеле, направленного на основные звенья патогенеза, позволяет: достичь купирования обструктивной дефекации; снизить вероятность послеоперационных рецидивов; сократить длительность послеоперационного пребывания в стационаре, а также сроки медицинской и социальной реабилитации больных. Таким образом, разработанный оригинальный комбинированный способ эндоректальной циркулярной слизисто-подслизистой резекции, дополненной передней леваторопластикой позволяет существенно оптимизировать функциональные результаты лечения больных с ректоцеле II-III степени, и перспективен для широкого внедрения в повседневную клиническую практику колопроктологических стационаров.

ОПЫТ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Дарвин В.В., Ильканич А.А., Слепых Н.В.

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

Неудовлетворенность результатами хирургического лечения свищей прямой кишки и широкое внедрение в хирургическую практику эндоскопического оборудования меняет тактические подходы к лечению данной патологии. До настоящего времени частота рецидивов заболевания в послеоперационном периоде составляет от 5 до 27%, а развитие анальной инконтиненции достигает 20%. В 2011 г. был предложен способ видеоассистированного лечения свищей прямой кишки. Эффективность его при сложных свищах прямой кишки, по данным автора, достигает 82,6% [Meinero P., 2011].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дать оценку эффективности метода видеоассистированного лечения свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клиническую практику Сургутской окружной клинической больницы в 2013 году был внедрен метод видеоассистированного лечения свищей прямой кишки (Video-assisted anal fistula treatment – VAAFT). Проведен анализ эффективности лечения 19 больных с хроническим парапроктитом при использовании данного способа хирургического лечения. В анализируемой группе 8(42,1%) женщин и 11(57,9%) мужчин. Средний возраст больных составил 46,8±7,0. Длительность заболевания у 2(10,5%) человек была менее 1 года, от 1 до 3-х лет – у 11(57,9%), от 3 до 5 лет – у 4(21%), от 5 до 10 лет – у 2(10,5%) пациентов. Больных с трансфинктерными свищами – 17(89,5%), с экстрафинктерными свищами – 2(10,5%). Из них у 7(36,8%) пациентов выявлена сочетанная патология анального канала: анальная трещина – у 2(10,5%), хронический геморрой – у 5(26,3%). Всем пациентам в амбулаторных условиях было проведено стандартное рутинное и лабораторное обследование. Инструментальное обследование толстой кишки: ректороманоскопия (RRS) выполнена всем пациентам, фиброколоноскопия (ФКС) – 4(21%) больным. От проведения фистулографии, в плане предоперационного обследования, мы отказались, т. к., по нашему мнению, данный метод обследования малоинформативен. В плане предоперационной подготовки в амбулаторных условиях всем пациентам проводилась санация свищевого хода растворами антисептиков. После подготовки свища, критериями подготовленности являлись: отсутствие серозно-гнойных выделений, уменьшение болевого синдрома, исчезновение зуда, раздражения кожи перianaльной области, пациентов направляли в стационар для проведения операции. Всем пациентам проводилась антибиотикопрофилактика путем однократного внутривенного введения за 30 минут до нанесения разреза препаратом цефтриаксон в дозировке 2,0 гр. На этапе апробации метода установлены ограничения для его применения. По нашему мнению, до- и интраоперационными противопоказаниями к выполнению методики VAAFT являются: узкий свищевой ход, рубцевание внутреннего свищевого отверстия и сложный ход свища. В связи с этим, объем хирургического вмешательства определялся видом свища, приобретенным в период апробации метода и рекомендациями автора методики видеоассистированного лечения свищей прямой кишки. Для операции использовалось оборудование фирмы «Karl Storz». Метод видеоассистированного лечения анальных свищей (VAAFT) включал в себя диагностический и лечебный этапы. Целью диагностического этапа являлась визуализация свищевого хода и обнаружение расположения внутреннего отверстия свища. Лечебный этап включал электрокоагуляцию стенок свищевого хода, удаление некротических тканей, прошивание внутреннего отверстия свища аппаратным швом, герметизацию линии степплерного шва цианакрилатным клеем («Сульфакрилат»). Эффективность лечения оценивали по результатам непосредственного и отдаленного послеоперационного периода.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Первым этапом хирургического лечения проводилась фистулоскопия. Проведение интраоперационной фистулоскопии позволило достоверно визуализировать внутреннее отверстие свища у всех больных. Затем проводилось прошивание внутреннего отверстия свища узловыми швами, которые выполняли функцию держалок. Участок слизистой со свищевым отверстием подтягивался наружу и на его основание накладывались бранши сшивающего аппарата. После прошивания и иссечения слизистой, несущей шов, линия степплерного шва обрабатывалась клеем. Наружное отверстие свища иссекалось в пределах неизмененных тканей. На перевязках проводилось промывание раневого хода с последующим введением мазей в соответствии с характером и течением раневого процесса. Операция завершалась введением гемостатической губки «Спонгостан». Ведение в послеоперационном периоде традиционное. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено. Заживление раны проходило в течение 18±7,9 дней. Через 3 месяца после оперативного лечения у 1(5,2%) пациента возник рецидив заболевания. Пациент госпитализирован в хирургическое отделение и повторно прооперирован. Объем вмешательства – иссечение свища в просвет прямой кишки. Средний срок пребывания в стационаре в этой группе составил 9,6±3,4 дней.

ВЫВОДЫ

1. Эндоскопическая фистулоскопия позволяет достоверно визуализировать внутреннее отверстие свища.
2. Оперативное вмешательство при применении методики видеоассистированного лечения свищей прямой кишки не сопровождается нару-

шением целостности сфинктерного аппарата.

3. Метод видеоассистированного лечения прямой кишки – высокоэффективная методика лечения хронического парапроктита.

ПРИМЕНЕНИЕ NPWT В ЛЕЧЕНИИ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА И ГАНГРЕНЫ ФУРЬНЕ

Егоркин М.А.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ

Оценить результаты лечения ран промежности при анаэробном парапроктите (АА) и гангрене Фурье (FG).

МАТЕРИАЛЫ

В исследовании приняло участие 35 пациентов. Из них 28 пациентов с анаэробным парапроктитом, 7 пациентов – с гангреней Фурье. 9 случаев – распространение процесса на паховую область, 8 пациентов – на бедро, 6 пациентов – на переднюю брюшную стенку, 5 пациентов – на ягодичную область. В 7 случаях – сочетанное поражение. Средний возраст – 59,2±3,1 лет. Распределение по полу: 28 мужчин и 17 женщин. Средняя площадь раневых дефектов острых ран – 980,8±14,3 см².

Оценка эффективности NPWT проводилась методом транскутанного измерения кислорода тканей (TspO₂).

Двукратное уменьшение сроков 1 фазы раневого процесса (4-6 сутки) у всех пациентов, стандартная методика (9-11 сутки).

NPWT позволяет контролировать экссудацию раны и водно-электролитный баланс, интоксикацию, снижает бактериальную обсемененность, уменьшает количество повторных операций, время пребывания в реанимационном отделении в первую фазу раневого процесса. Вторая фаза раневого процесса – выражена стимуляция репаративных процессов, уменьшение площади раневого дефекта, снижения сроков госпитализации в среднем на 7,3±3,2 дней. Из побочных эффектов: у 4 пациентов отмечался клинически незначимый перифокальный дерматит, а также болевой синдром при создании вакуума, который со временем самостоятельно купировался. Обращают на себя внимание трудности при герметизации обширных ран промежности, естественных отверстий. Общее затратное время примерно до 1,5 часов.

ВЫВОДЫ

Метод NPWT позволяет сократить сроки пребывания пациентов в реанимационном отделении, стационарного лечения, подготовки к пластическим операциям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вакуум-терапия: эффективный метод лечения обширных послеоперационных ран промежности при анаэробном парапроктите и гангрене Фурье.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЕМ

Жуков Б.Н., Журавлев А.В., Чернов А.А.,
Андреев П.С., Исаев В.Р.

Кафедра и клиника госпитальной хирургии
ГБОУ ВПО СамГМУ, г. Самара, Россия

ВВЕДЕНИЕ

Геморрой – наиболее часто встречающееся заболевание человека. Его распространенность составляет 118-120 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34 до 41%. К колопроктологии сейчас относят и те заболевания, диагностикой и лечением которых традиционно занимались врачи других специальностей. Одним из них является ректоцеле. Распространенность этой патологии среди женщин, по данным разных авторов, варьирует от 7,0 до 56,5%.

В настоящее время ведется поиск высокотехнологичных малоинвазивных методов лечения, указанных заболеваний позволяющих как снизить риск операционного вмешательства, так и повысить их эффективность.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов лечения пациентов, страдающих ректоцеле и геморроем.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Всем пациентам после опроса и сбора анамнеза выполнялись следующие методы обследования: клинический осмотр, включающий функциональное исследование запирающего аппарата прямой кишки (манометрия, сфинктерометрия, миография), исследование прямой кишки пальцем и бимануальное ректо-вагинальное исследование, ректороманоскопия, дефекография, эндоректальное ультразвуковое исследование.

В отделении колопроктологии клиники госпитальной хирургии СамГМУ эндоректальная слизисто-подслизистая резекция (ЭСРП) прямой кишки методом Лонго применяется с октября 2006 г. Оперировано 627 больных. Возраст пациентов от 25 до 72 лет (средний возраст – 48 лет). У 438(69,8%) человек был диагностирован хронический внутренний геморрой 2-4 стадии. 189(30,2%) женщин, прооперировано в связи с ректоцеле 1-3 степени. Из них у 125(66,1%) ректоцеле сочеталось с хроническим внутренним геморроем. Средняя длительность операции – 35 минут.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Оперативное вмешательство выполнялось в плановом порядке под пери-

дуральной или спинальной анестезией. Использовался стандартный хирургический набор и комплект Procedure for Prolapse and Haemorrhoids (PRH-01 и PRH-03) для выполнения циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки (фирма Ethicon, США), а также степлеры фирмы Kangdi KYGZB 33.5, произведенные в Китае. Во время операции осложнения наблюдались у 14(2,2%) пациенток – кровотечения из линии аппаратного шва. Средний послеоперационный период – 2,9±0,8 дней. Средний период – 11,2±1,3 дней. Ближайшие и отдаленные результаты изучены у 242 человек. Сроки наблюдения – от 4 до 24 мес. Результаты лечения оценивались как: хорошие, удовлетворительные, неудовлетворительные. Хорошие результаты отмечены в 224 наблюдениях – отсутствие жалоб, клинических, рентгенологических и ультразвуковых симптомов ректоцеле; удовлетворительные результаты в 113 случаях – самостоятельное опорожнение прямой кишки на фоне корригирующей диеты без применения ручного пособия; неудовлетворительный результат выявлен у 5 пациенток – сохранился затрудненный акт дефекации с использованием ручного пособия, не уменьшились размеры ректоцеле. Рецидив заболевания мы связываем с недостатком опыта на этапе освоения данной методики. После дополнительного обследования пациенткам была выполнена операция с использованием сетчатых эндопротезов (операция prolifit posterior) с хорошими результатами.

ВЫВОД

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

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ДОППЛЕР-КОНТРОЛИРУЕМОЙ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ С МУКОПЕКСИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ III И IV СТАДИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Загрядский Е.А.

Медицинский центр «ОН КЛИНИК», г. Москва, Россия

Трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация с мукоексией является новым направлением в малоинвазивном лечении геморроидальной болезни III и IV стадии. Эффективность данного метода лечения, в силу своей новизны, еще не установлена.

ЦЕЛЬ

Оценка отдаленных результатов лечения с использованием данной методики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С января 2007 г. по август 2008 г., в Московском Медицинском центре «ОН КЛИНИК» проведено лечение 180 пациентов с хроническим геморроем III и IV стадий. Возраст больных от 18 до 68 лет (средний возраст 43,8±9,13 года). Мужчин было 128(71,7%), женщин – 52(28,9%). Длительность заболевания от 2 до 20 лет (в среднем 9,14±4,26 года). Ближайшие результаты лечения представлены в мульти-центровом исследовании, опубликованном в «European Surgery» 2013 г. Исследование показывает, что методика хорошо переносится и может выполняться в условиях стационара «одного дня». Оценка отдаленных результатов лечения получена на основании структурированного анкетного опроса и данных объективного обследования. Признаки недержания оценены по шкале Jorge J.M., Wexner S.D.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Отдаленные результаты лечения прослежены в срок через 1-2 года и 5 лет. Средний срок наблюдения 42,9±8,9(36-60) месяцев у всех 180 пациентов. Через 12-24 месяцев после операции в общей группе пациентов с III и IV стадией геморроя – отсутствие симптомов заболевания выявлено у 165(91,7%) больных. Редкие кровотечения отмечались у 11(6,1%) больных, провоцируемые запорами и требовали медикаментозной коррекции. При анкетном опросе пациентов через 12-24 месяца, на выпадение узлов предъявляли жалобы 15(8,3%), однако истинный пролапс внутренних геморроидальных узлов выявлен у 12(6,6%) больных. В 6(3,3%) случаях пролапс устранен склеротерапией, у 2(1,1%) больных выполнена геморроидэктомия солитарного геморроидального узла. В 4(2,2%) случаях проведена повторная дезартеризация с мукоексией в сочетании с иссечением наружного геморроидального узла. После операции у 19(10,6%) больных сохранились наружные геморроидальные узлы, в 6(3,3%) случаях, что потребовало иссечения наружных геморроидальных узлов под местной анестезией. Через 40 месяцев после операции у пациентов с III и IV стадией геморроя отсутствие кровотечений отмечено у 161(90,4%) пациентов. В группе пациентов с III стадией геморроя периодические выделения крови отмечены у 11(8,6%) и 6(11,5%) IV стадии. Выделения крови были незначительными, не чаще 1 раза в 3-4 месяца. При обследовании пролапс выявлен у 20(11,1%) пациентов. В 11(8,6%) случаях у больных с III стадией и 9(17,3%) больных IV стадией геморроя. При аноскопии пролапс соответствовал первой и второй стадии внутреннего геморроя. Пролапс купирован проведением у 9(5,0%) склеротерапией и флеботонической терапии. Увеличенные наружные узлы выявлены у 13(7,2%) больных, у 6(4,7%) III и 7(13,5%) IV стадией. В 5(2,8%) случаях увеличенные наружные геморроидальные узлы удалены по косметическим показаниям. При оценке признаков недержания по шкале Jorge-Wexner ни один из наших пациентов не имел выше 3 баллов после операции. При сравнении клинических результатов лечения через 24 и 40 месяцев, не отмечается прогрессирования симптомов заболевания, имеющих статистическую значимость (p>0,005). Сочетание трансанальной доплер-контролируемой дезартеризации с мукоексией позволяет вернуть кавернозную ткань в нормальную

анатомическую позицию, ведет к значительно уменьшению ткани наружных геморроидальных узлов, что не требует их удаления или требует лишь удаления наиболее увеличенной рубцово-измененной ткани в определенном сегменте перинальной области. Это сокращает реабилитационный период, так как максимально сохраняет слизистую анального канала неповрежденной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукоексией, является малоинвазивной альтернативой стандартному хирургическому лечению геморроидальной болезни III и IV стадии. Отдаленные результаты лечения свидетельствуют о высокой эффективности методики. В настоящее время мы располагаем опытом более 1000 операций с использованием технологии трансанальной доплер-контролируемой дезартеризации с мукоексией, что позволило нам отказаться от выполнения стандартной геморроидэктомии при лечении пациентов с III и IV степени геморроя.

ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ: СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ТЕХНОЛОГИИ HAL-RAR

Захарченко А.А.,¹ Галкин Е.В.,² Полевцев К.О.,¹ Кузнецов М.Н.,¹ Попов А.В.¹

¹ ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого МЗ РФ», кафедра общей хирургии,

² ФГБУЗ «Сибирский клинический центр ФМБА России», г. Красноярск, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнить результаты лечения геморроидальной болезни по методикам: эндоваскулярной дезартеризации (ЭДЗА) и трансанальной дезартеризации (ТДЗА) HAL-RAR.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Анализируются результаты лечения 103 пациентов с I-IV стадиями хронического геморроя. Средний возраст больных – 43±4,4 года. Мужчины – 59, женщины – 44 (соотношение – 1,3: 1). В первую группу включено 55 больных с хроническим геморроем I-III стадии – выполнена ЭДЗА ВГУ: при I стадии – в 21,8% случаев, при II стадии – в 63,6%, при III стадии – в 14,6%.

Во второй группе – 48 пациентов с геморроем II-IV стадии – выполнена ТДЗА HAL-RAR: при II стадии заболевания – в 31,3% случаев, при III стадии – в 50,0%, при IV стадии – в 18,7%. Сроки наблюдения – от 1 года (после ТДЗА) до 5 лет (после ЭДЗА). ЭДЗА проводили под местной анестезией (в правой паховой области – доступ по Сельдингеру). ТДЗА выполняли под в/венной или перидуральной анестезией.

Отличительным показателем для включения больных во 2 исследуемую группу при равнозначных стадиях геморроидальной болезни (II и III) был комбинированный геморрой (наличие внутренних и наружных геморроидальных узлов).

Лечебная идея исследуемых методов ДЗА геморроидальных артерий при геморроидальной болезни – прекращение или значительное уменьшение притока крови к ВГУ с последующим запустением и склерозом кавернозных вен (итог – прекращение кровотечений и выпадений узлов).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе 1 (данные ангиографии) конечные ветви ВРА прослеживались до ВГУ в количестве 3 – в 14,5% случаев, от 4 до 7 – в 85,5%. При этом 4 ветви – в 19,1%, 5 ветвей – в 42,6%, 6 ветвей – в 27,7%, 7 ветвей – в 10,6%. Во 2 группе (данные доплер-навигации) количество геморроидальных артерий в количестве 3 – в 12,5%. В 87,5% случаев их количество – аналогично показателям 1 группы (без достоверных отличий): 4 ветви – в 21,4%, 5 ветвей – в 42,9%, 6 ветвей – в 26,2%, 7 ветвей – в 9,5%. Отличия показателей в группах сравнения недостоверны (p>0,05).

Через 1 сутки после ДЗА ВГУ в группах сравнения скорость внутритканевого кровотока в кавернозной ткани равнозначно уменьшалась почти в 2 раза, по сравнению с показателями до вмешательства (p<0,05). При этом (в независимости от метода дезартеризации) нарушений микроциркуляции в межузловых пространствах не выявлено.

После ТДЗА (ранний послеоперационный период) анальный болевой синдром (АБС) различной степени интенсивности регистрировался в 100% случаев (слабый – в 20,8%, умеренный – в 47,9%, выраженный – в 31,3%). На фоне выраженного АБС рефлекторная задержка мочи наблюдалась у 10,4% пациентов мужского пола. В 100% случаев отмечались мажущие геморрагии из анального канала, в 58,3% – выделения крови каплями. Серозно-гнойные выделения имели место у 66,7% больных. Отек наружных геморроидальных узлов (НГУ) – у 33,3%. Анальное недержание (до 7 суток) за счет дивульсии жома – в 31,3% случаев, что, естественно, приводило к удлинению сроков госпитализации, нетрудоспособности и расходов на лечение. После ЭДЗА эти явления, в принципе, невозможны, что объяснимо отсутствием какой-либо инвазии со стороны анального канала. Осложнений, связанных с эндоваскулярным вмешательством (гематома в месте пункции бедренной артерии, ишемический проктит) не было. Длительность госпитализации после ЭДЗА – 1,6±0,4 дня, после ТДЗА – 3,8±1,1 (в 2,4 раза короче). Сроки нетрудоспособности, соответственно – 6,2±0,9 и 19,5±5,2 дней (в 3 раза короче). Благоприятные результаты в группе 1 – у 94,5% больных (на 9,1% чаще, чем после ТДЗА).

Возврат заболевания после ЭДЗА в сроки до 5 лет (эпизоды крово-

течений) – у 3/55(6,3%) пациентов, после ТДЗА (в течение 1 года) – у 2/48(4,2%). Кроме этого, после ТДЗА у 5/48(10,4%) больных произошла эвагинация НГУ, что потребовало их удаления. Совокупные затраты при ТДЗА – больше на 56,2%, чем ЭДЗА.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЭДЗА и ТДЗА HAL-RAR являются патогенетически обоснованными методами лечения больных хроническим геморроем и сопоставимы по эффективности. ТДЗА может применяться при хроническом комбинированном геморрое II, III и IV стадии. ЭДЗА, в основном, показана при хроническом внутреннем геморрое I-II стадии с преобладанием рецидивирующих кровотечений. Эндоскопическое вмешательство также может использоваться при рецидиве заболевания после геморроидэктомии или известных малоинвазивных методов лечения. ЭДЗА травматична в зоне локализации ВГУ, сокращает сроки госпитализации в 2,4 раза, нетрудоспособности – в 3 раза, по сравнению с процедурой HAL-RAR, хорошо переносится больными и экономически значительно менее затратна.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТАЗОВЫМ ПРОЛАПСОМ

Ильканич А.Я., Вишнякова И.А., Лобанова Ю.С.

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

Проблема опущения и выпадения внутренних половых органов у женщин находится на стыке смежных медицинских специальностей – гинекологии, урологии, проктологии. Частота встречаемости данной патологии в мире колеблется в зависимости от экономического и социального уровней развития государства и составляет от 3% в развитых до 85% в развивающихся странах. В нашей стране пролапсом тазовых органов страдают не меньше 15-30% женщин, при этом наблюдается рост числа заболевших в репродуктивном возрасте, а также увеличение доли осложненных и рецидивных форм генитального пролапса. Начиная с 2005 года, в лечении больных с тазовым пролапсом используются эндопротезы, эффективность применения которых является предметом дискуссий. Однако, лишь хирургическое вмешательство может быть признано оптимальным способом лечения этой категории больных. В связи с этим, поиск оптимального способа хирургической коррекции тазового пролапса сохраняет свою актуальность.

ЦЕЛЬ

Провести анализ эффективности лечения больных с тазовым пролапсом при использовании сетчатых имплантов «Пелвикс».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ хирургического лечения 37 пациенток, оперированных в центре колопроктологии Сургутской окружной клинической больницы. При проведении оперативного вмешательства использован имплантат для оперативной реконструкции тазового дна «Пелвикс» (Россия). Сетчатый имплант «Пелвикс» сочетает малую поверхностную плотность с высокой прочностью и формоустойчивостью.

В до- и послеоперационном периоде всем пациенткам проводилось влагалищное обследование, проведение кашлевой пробы, специальные опросники. Оперативное вмешательство выполнялось с использованием стандартного многоразового инструмента «Урофикс ТО» («Линтекс», Санкт-Петербург). Показанием к оперативному вмешательству было цистоцеле 3-й стадии у 7(18,9%) пациенток. Им были имплантированы эндопротезы «Пелвикс» передней. 22(59,5%) больных с ректоцеле 3-й стадии установлен «Пелвикс» задний. 8(21,6%) женщинам при сочетании цисто- и ректоцеле одновременно установлены эндопротезы «Пелвикс» передний и «Пелвикс» задний.

Оперативные вмешательства проводились под спинномозговой анестезией. Для профилактики гнойно-инфекционных осложнений использованы цефалоспорины III поколения. Профилактика тромбозомболических осложнений проводилась низкофракционированными антикоагулянтами.

Оперативное вмешательство выполнялось в соответствии с рекомендациями автора (Шкарупа Д.Д., и соавт., 2012).

Мочевой катетер удаляли на следующие после операции сутки. Антибиотикопрофилактику продолжали в течение 3 суток. В послеоперационном периоде санация влагалища осуществлялась водным раствором хлоргексидина и введением мази «Левомеколь» первые 5 суток после операции. После выписки рекомендовали половой покой и ограничение подъема тяжести на срок 2 месяца. Наблюдение за больными осуществляли в амбулаторных условиях с обязательным осмотром не реже 1 раза в неделю в течение 1 месяца, а затем, через 3 и 6 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В анализируемой группе отмечено 4(10,8%) осложнения. У 3(8,1%) пациенток – повреждение мочевого пузыря, диагностированное интраоперационно. Выполнено ушивание ранений. При этом сетчатый имплант был установлен. Ведение в послеоперационном периоде традиционное для ранений: пролонгированная катетеризация мочевого пузыря до 10-12 суток, антибиотикотерапия. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. У 1(2,7%) больной образовался инфильтрат в промежности в области связанных рукавов эндопротеза. В последующем мы отказались от этого приема, оставляя рукава не связанными. Прочих осложнений не наблюдали. Коррекцию стрессового недержания мочи провели 2 пациенткам в срок 3 и 4 месяца после первичного хирургического вмешательства.

Сроки наблюдения составили от 1 до 6 месяцев. Субъективные результаты операции были оценены как отличные у 28(75,7%) больных, удовлетворительные – у 7(18,9%), неудовлетворительные – у 2(5,4%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты лечения больных с тазовым пролапсом при использовании эндопротезов «Пелвикс» показывают их высокую эффективность и безопасность с позиции осложнений оперативного вмешательства.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТЕЗИРУЮЩИХ МЕТОДИК В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ

Кармадонов А.В., Давтян Н.Е.

Городская больница №8, г. Сочи, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Среди всех проктологических заболеваний ректоцеле диагностируется у 3-7% больных. Значительное число неудовлетворительных результатов лечения свидетельствует об отсутствии идеального способа коррекции этого заболевания.

ЦЕЛЬ исследования явилось улучшение результатов лечения больных ректоцеле, с применением современных протезирующих материалов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ хирургического лечения 38 женщин, страдающих ректоцеле.

В нашей работе мы использовали классификацию ректоцеле, принятую в ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии Минздрава РФ». У всех пациенток была III степень ректоцеле.

Операции выполнялись под спинномозговой анестезией. Пациентка размещалась на операционном столе в литотомической позиции.

Всем пациенткам операции выполнены с применением сверхлегкого эндопротеза «Пелвикс». Оперативное вмешательство выполнялось с использованием стандартных многоразовых инструментов «Урофикс ПЛ» и «УрофиксТО» («Линтекс», Санкт-Петербург).

При классическом ректоцеле производился срединный разрез задней стенки влагалища, отступив 1,5-2 см дистальнее наружного зева шейки матки и проксимальнее именального кольца на 2-3 см. Разрез проходил через все слои стенки влагалища и ректо-вагинальную фасцию – вскрывалось ишиоректальное клетчаточное пространство. Производилась широкая диссекция тканей тупым путем. Мануально идентифицировались ориентиры – седалищные ости, крестцово-остистые связки, передняя поверхность крестца, копчик. На коже периаанальной области билатерально выполнялись проколы кожи для проведения рукавов эндопротеза. Под контролем указательного и среднего пальцев, введенных в паравагинальные ткани, через кожные проколы выполнялось перфорирование инструментом «Урофикс ПЛ» (с надевшим на него трубчатый проводником) крестцово-остистой связки на расстоянии около 2 см от седалищной ости. По описанной выше методике через трубчатые проводники проводились рукава эндопротеза «Пелвикс» задний. Сетчатый эндопротез без натяжения устанавливался между прямой кишкой (сзади) и ректо-вагинальной фасцией (спереди). Выполнялось пальцевое ректальное исследование на предмет целостности слизистой и отсутствия сужения просвета рукавами эндопротеза. Задний край протеза фиксировался отдельными нерассасывающимися швами («Монофил», USP 1) к задней поверхности парацервикального фиброзного кольца.

При наличии выраженного дефекта в области средней трети влагалища (среднее ректоцеле) выполнялось продольное рассечение передней части эндопротеза (формирование «ласточкинго хвоста»). На расстоянии 1,5-2 см каудальнее задней спайки половых губ билатерально от срединного шва промежности выполнялись проколы кожи. Через них под контролем пальца, установленного во влагалищный разрез под бульбоспонгиозную мышцу, с помощью изогнутого зажима типа «Москит» выполнялась перфорация всей толщи мягких тканей. Конец «ласточкина хвоста» эндопротеза с каждой стороны захватывался зажимом и выводился наружу через кожный прокол. Таким образом, достигалась фиксация переднего края эндопротеза и ликвидация выраженного дефекта средней трети задней стенки влагалища. Рана ушивалась непрерывной рассасывающейся нитью. Удаление катетера «Фолей» и влагалищного тампона осуществлялось на следующее утро после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ
Общие характеристики операций: Средняя продолжительность (мин) – 32±12,3. Средняя кровопотеря – (мл 84±14,5). Продолжительность пребывания в стационаре (суток) – 4,4±1,7. Интраоперационные осложнения: нет. Ранние послеоперационные осложнения: нет. Поздние послеоперационные осложнения: Хронический болевой синдром: n(%) – 1(2,6). Объективная эффективность и частота рецидивов (специфических эффектов): Рецидивы в оперированном компартменте: n(%) – 2(5,2). Анатомическое (объективное) выздоровление: n(%) – 36(94,8). Формирование пролапса в противоположном компартменте (≥2 ст. POP-Q): n(%) – 2(5,2).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
Предварительные результаты оперативной реконструкции ректоцеле с применением сверхлегких эндопротезов «Пелвикс» указывают на высокую эффективность и безопасность данной методики. Особое внимание обращает отсутствие грубого рубцевания паравагинальных тканей, которые были весьма характерны для эндопротезов с большой материалоемкостью и жесткостью. В то же время непродолжительный период наблюдения за пациентками не позволяет сделать окончательные выводы. Требуется проведение дальнейших исследований.

ПРИМЕНЕНИЕ ОБЪЕМООБРАЗУЮЩЕГО АГЕНТА «ДАМ+» В ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ

Комиссаров И.А., Васильев С.В., Глушкова В.А., Недозимованый А.И., Колесникова Н.Г., Наркевич Т.А., Попов Д.Е., Дементьева Е.А.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет;
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Различные варианты пластических операций для лечения анальной инконтиненции разработаны и с успехом применяются достаточно давно. Однако сложность, длительный реабилитационный период и неоднозначные отдаленные результаты, особенно применительно к формам недержания, не связанным с явными дефектами наружного сфинктера заднего прохода, определяют необходимость в поиске новых методов коррекции анальной инконтиненции.

С начала 1990-х годов начались попытки имплантации в подслизистый слой анального канала либо внутрисфинктерно объемообразующих агентов с целью повышения базального давления у пациентов с повреждениями и недостаточностью внутреннего сфинктера. Однако эффективность и безопасность инъекций имплантатов, показания к их применению, а также стойкость их терапевтического эффекта до сих пор оцениваются неоднозначно. Поэтому поиск идеального объемообразующего агента продолжается по сей день.

Отечественные ученые также принимают активное участие в разработке подобных препаратов. В ФГУП НИИР был синтезирован объемообразующий агент, получивший торговое наименование «ДАМ+». Это синтетический полимер (полиакриламид), не содержащий веществ животного происхождения, что улучшает его бионертность. Препарат содержит коллоидное серебро, обладающее бактерицидным действием, что позволяет предотвратить послеоперационное воспаление в области имплантации. Таким образом, «ДАМ+» практически полностью соответствует всем требованиям к «идеальному» объемообразующему агенту. При этом стоимость препарата существенно ниже зарубежных аналогов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В данном исследовании проведен анализ результатов использования объемообразующего агента «ДАМ+» в лечении больных с анальной инконтиненцией. В исследуемую группу вошло 40 пациентов в возрасте от 3-х до 26 лет, из них 13 пациентов женского пола, 27 – мужского. С учетом того, что основная часть исследования проведена на базе СПбГМУ, в исследование вошли пациенты с недержанием, являвшимся следствием проведенной хирургической коррекции врожденной патологии: болезни Гиршпрунга, аноректальных пороков.

Критериями включения пациента в исследование являлось снижение базального давления в анальном канале по результатам колодинамических исследований, а также наличие у пациента жалоб на регулярное каломазанье с необходимостью использования прокладок либо памперсов.

Всем пациентамведена процедура введения препарата «ДАМ+» в подслизистый слой анального канала на 3, 6, 9 и 12 часах до полного его смыкания.

Для оценки результатов лечения всем пациентам были проведены клиническое и колодинамическое обследование, а также анкетирование по шкале оценки тяжести инконтиненции Векснера до процедуры, через 3 недели, 6 месяцев и 1 год после проведения процедуры.

РЕЗУЛЬТАТЫ

До проведения процедуры колодинамическое исследование выявило существенное снижение базального давления в анальном канале, среднее значение в исследуемой группе составило 19,25±4,9 см вод. ст. Среднее значение индекса инконтиненции Векснера в группе составило 8,88±3,5.

При клиническом исследовании через 3 недели после введения препарата удовлетворительные результаты получены во всех наблюдениях, поскольку уменьшение частоты каломазаний отмечалось во всех случаях (средний индекс Векснера в группе составил 1,7±1,5, различия с исходными данными достоверны, t-критерий Стьюдента 15,1; p<0,01). У 14(35,0%) пациентов недержание кала прекратилось, и мы оценивали результаты как «отличные». Хорошие функциональные результаты, по данным субъективных шкал оценки, подтверждались и объективными данными – среднее значение давления в анальном канале в группе составило 34,75±2,87 см вод. ст. (различия с исходными данными достоверны, t-критерий Стьюдента 7,5; p<0,05).

К концу 1 года наблюдения клиническое улучшение сохранялось у большинства пациентов, но 8(20%) больных отметили существенное ухудшение, вплоть до возвращения дооперационных жалоб в полном объеме, что отразилось и на итоговых статистических данных: средний индекс Векснера в группе увеличился до 4,95±3,3 (различия с ранними послеоперационными данными достоверны, t-критерий Стьюдента 7,3; p<0,01), давление снизилось до 25,6±2,7 см вод. ст. (различия также статистически достоверны, t=5,6; p<0,05). При этом клиническое обследование показало существенное уменьшение размеров бовосов у этой группы пациентов. Повторное введение объемообразующего агента позволило вновь добиться приемлемого улучшения качества жизни больных. Из осложнений в процессе исследования в 3(7,5%) случаях развились асептическое воспаление в зоне введения одного из бовосов. Выполнялись стандартное вскрытие и эвакуация экссудата.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Введение объемообразующего препарата «ДАМ+» в подслизистый слой

анального канала – эффективная процедура для лечения пациентов с анальной инконтиненцией, связанной с недостаточностью внутреннего анального сфинктера. Явления недержания уменьшались во всех случаях, полностью регрессировали у 14 больных (35% наблюдений). В отдаленные сроки после операции размеры гелевого имплантата «ДАМ+» в области анального канала могут уменьшаться, ухудшая отдаленные результаты лечения, что требует повторных введений препарата. Осложнения в виде асептического воспаления в зоне введения бовоса составляют около 7,5%.

ОБЩЕПРОКТОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Крылов М.Д.

ООО «Скандинавский центр Здоровья», г. Москва, Россия

Более 50% операций при заболеваниях прямой кишки и анального канала может быть выполнено во вне стационарных условиях (Методические указания ГИЦ Колопроктологии от 2001 года). Это становится особенно значимым при современной интенсивности жизни и условиях страховой медицины.

В проктологическом отделении ООО «Скандинавский центр Здоровья» с 2006 года выполнено 2768 операций (оперативная активность – 32,8%). В структуре операций преобладали: иссечение тромбированного наружного геморроидального узла и периаанальных бахромок (26,7%), а также иссечение хронической анальной трещины с/без открытой задней сфинктеротомией (13,9%), иссечение остроконечных кондилом (12,0%), радикальное иссечение эпителиального копчикового хода. Предпочитаем закрытые раны по Мошковичу, как более надежное (11,0%), иссечение гипертрофированных анальных сосочков (10,1%), радикальное иссечение низких (интра- или трансфинктерных) свищей прямой кишки (10,1%), радикальное вскрытие остроугольного парапроктита (2,8%), рубцовые послеоперационные стриктуры анального канала до ¼его полуокружности (0,5%). В 39,4% случаев были выполнены симультанные операции на анальном канале. В 12,9% случаев была выполнена тотальная (5,5%) или, как дополнение к основной операции, парциальная геморроидэктомия (7,4%) по технологии LigaSure. 71,9% оперированных пациентов были в возрасте 20-40 лет – люди трудоспособного возраста. Отбор пациентов на амбулаторное оперативное лечение осуществлялся при соматической сохранности пациента, отсутствии аллергических реакций на применяемые при- и после операции препараты, уверенности в четком выполнении рекомендаций, доступности пациента для дальнейшего контакта и регулярного наблюдения. Все операции выполнялись под МИА при нераспространенных процессах и эпителиальном копчиковом ходе или по методике Рыжих А.Н. с применением анестетика Ультракаин-ДС, что давало быстро, сильную и пролонгированную анестезию, релаксацию сфинктера. Меньший объем вводимого анестетика не изменял анатомических взаимоотношений тканей. Для операций использовался многофункциональный аппарат ЭХВЧ MAXIUMM402 фирмы KLSMARTINS, преимуществами которого является возможность быстрой смены большого количества режимов, функция LigaSure, более надежный гемостаз по сравнению с радиоволновым методом. После операции пациент наблюдался, как правило, 30-60 минут. Критерием для выписки было отсутствие кровотечения, ясность сознания пациента, наличие сопровождающих, а при геморроидэктомии – первое самостоятельное мочеиспускание. Повторный осмотр на следующие сутки, далее – в зависимости от состояния местного процесса.

Благодаря использованию ЭХВЧ MAXIUM, интраоперационных осложнений не было. Дизурических расстройств не было. Спонтанный послеоперационный болевой синдром держался 3-4 дня и купировался пероральным приемом НПВП, индуцированный стулом -до момента гранулирования раны – до 7-16 суток, после геморроидэктомии – до 18-23 суток. Из ранних осложнений: суковичное отделяемое на повязке наблюдалось во всех случаях на протяжении всего периода заживления раны, кровотечение – 1,4% (купировано медикаментозно), лихорадка в первые сутки стояния анального тампона – 6,6%, воспалительные осложнения (чаще инфицированные серомы нижнего угла раны при ЭХЧ) – 2,3%, отек периаанальных бахромок или наружных геморроидальных узлов – 13,2%, тромбоз геморроидальных узлов – 4,7%. Стриктуру анального канала и стойких явлений анальной недостаточности не было в 5,9% случаев при вовлечении в оперативный прием анального сфинктера были транзиторные явления минимальной анальной инконтиненции, купировавшиеся самостоятельно. Лист нетрудоспособности, так как мы старались оперировать пациентов перед их выходными, требовался в редких случаях.

Рецидивы наблюдались в 1,0% случаев: при анальной трещине (0,3%) – причина – неоткорректированный стул; при иссечении свищей прямой кишки (0,2%), как правило, связанные с преждевременным закрытием раны, для профилактики которого рекомендуем наблюдение врачом с интервалом в 3-4 дня с обязательным пальцевым осмотром; при остром парапроктите – 0,1%, причина та же, но интервал осмотров ежедневный; остроконечных кондилом – 0,3%; эпителиальный копчиковый ход – 0,1%. Повторное оперативное вмешательство понадобилось: эпителиальный копчиковый ход (0,1%), острый или хронический парапроктит (0,3%), остроконечные кондиломы (0,3%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При наличии необходимых условий, современного оснащения, здравой оценке показаний и противопоказаний к операции, регулярного наблюдения оперировавшим хирургом до полного завершения клини-

ческого случая, не только возможно оперативное лечение большинства общепроктологических заболеваний в амбулаторных условиях, но и по многим показателям это дает лучшие результаты, по сравнению с аналогичными, выполненными в условиях стационара, с минимальным риском осложнений и рецидивов заболевания, что доказано нашей клинической практикой.

ВАРИАНТЫ ЭНДОРЕКТАЛЬНОЙ ПРОКТОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ

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

ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время сохраняется стойкая тенденция к росту заболеваемости ректоцеле. При этом выраженные нарушения эвакуаторной функции наблюдаются примерно у 58% пациенток. Ведущая роль в патогенезе развития ректоцеле отводится расхождению передней порции мышц m. levatorum ani, истончению и перерождению ректовагинальной перегородки. Исходя из этиопатогенеза развития ректоцеле, нами разработан комбинированный метод хирургического лечения, направленный на укрепление ректовагинальной перегородки, восстановление ее анатомии и создания прочного фасциально-мышечного каркаса тазового дна путем эндопротекторной аппаратной механической циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя по методике Лонго с пластикой ректовагинальной перегородки аллотрансплантатом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С использованием циркулярной эндопротекторной проктопластики оперировано 148 женщин с ректоцеле 2-3 степени.

Как самостоятельный метод лечения, эндопротекторная проктопластика по методике Лонго, применена у 118 пациенток с ректоцеле в возрасте 31 до 68 лет: 2-я степень ректоцеле диагностирована у 95(80,5%) из них, 3 степень – у 23(19,5%).

У 30 больных в возрасте 54,5±2,8 года, с ректоцеле 3 степени операция Лонго дополнена пластикой ректовагинальной перегородки аллотрансплантатом.

Сроки наблюдения за пациентками составили от 1 месяца до 6 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При использовании операции Лонго, как самостоятельного метода лечения, у 118 пациенток со 2-й и 3-й степенью ректоцеле, в отдаленные сроки положительные результаты лечения отмечены в 89% и в 57% случаев, соответственно.

При 2-й степени ректоцеле при применении данного методики рецидивов заболевания не было, в группе больных с 3-й степенью ректоцеле рецидивы клинических симптомов возникли в 17% наблюдений.

У всех 30 больных с ректоцеле 3 степени, оперированных комбинированным методом, т. е. дополнением операции Лонго пластикой ректовагинальной перегородки аллотрансплантатом, уже через 1 месяц наступила нормализация опорожнения прямой кишки, не требующая ручного пособия при дефекации. При сроках наблюдения до 48 месяцев, ни у одной из оперированных больных признаков рецидива заболевания не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение операции Лонго, как самостоятельного метода лечения, при ректоцеле 3 степени, сопровождается высокой частотой рецидивов заболевания, что обусловлено, по нашему мнению, истончением соединительно-тканых структур ректовагинальной перегородки.

Накопленный нами опыт лечения больных с 3 степенью ректоцеле, свидетельствует о необходимости применять для их лечения эндопротекторную проктопластику с пластикой ректовагинальной перегородки, т. е. выполнять лечение комбинированным методом, так как при этом достигается надежное укрепление аллотрансплантатом истонченной ректовагинальной перегородки.

Опыт наблюдения за оперированными больными свидетельствует о патогенетической обоснованности и высокой эффективности лечения ректоцеле 3 степени комбинированным методом.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ МЕТОДОМ СЕГМЕНТАРНОЙ ПРОКТОПЛАСТИКИ

Кузьминов А.М., Минбаев Ш.Т., Королик В.Ю.,
Бородкин А.С., Богористров И.С.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Экстрасфинктерные свищи прямой кишки являются наиболее сложными для хирургического лечения. Несмотря на то, что существует более 100 различных хирургических пособий, ни одно из них полностью не удовлетворяет хирургов, вследствие развития таких осложнений, как рецидив свища и анальная инконтиненция. В зависимости от метода хирургического лечения экстрафисинктерных свищей рецидив заболевания возникает в 4,7-33,0%, а развитие анальной инконтиненции в послеоперационном периоде составляет от 5,0-83,0%. Надежная ликвидация внутреннего свищевого отверстия является залогом успеха при лечении свищей прямой кишки, а сохранение структур анального жома позволяет снизить частоту развития анальной инконтиненции.

С 2004 г. в ГНЦК в качестве основного метода лечения экстрафисинктерных свищей прямой кишки применяется метод сегментарной проктопластики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы изучали долгосрочные результаты сегментарной проктопластики в лечении экстрафисинктерных свищей. В период с 2006 по 2013 гг. с применением сегментарной проктопластики оперировано 135 пациентов с экстрафисинктерными свищами прямой кишки (1-4 степени сложности). Средний возраст больных составляет 45,9±11,2 лет. Были включены 98(72,6%) мужчин и 37(27,4%) женщин. У 12(8,8%) пациентов была рецидивирующая форма свища.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 2(1,5%) больных на 6-7 день после операции, возникла ретракция низведенного лоскута, что потребовало проведения лигатуры, с последующей ликвидацией свища лигатурным методом. При изучении отдаленных результатов у 3(2,2%) пациентов в сроки от 3 месяцев до 1,5 лет выявлен рецидив заболевания. В 2(1,5%) случаях рецидив свища ликвидирован при помощи лигатурного метода, что было обусловлено выраженным рубцовым процессом, распространяющимся более чем на полуокружность анального канала. Еще в 1(0,7%) случае рецидив свища ликвидирован повторным применением метода сегментарной проктопластики. Результаты лечения были классифицированы как: хорошие-отсутствие рецидива свища и недостаточности анального сфинктера, удовлетворительные – при отсутствии явлений недостаточности анального сфинктера 1 степени и рецидива свища, неудовлетворительные – рецидив свища или II-III степень недостаточности анального сфинктера. В отдаленном периоде были прослежены 43(28,1%) пациента. Хорошие результаты лечения, достигнуты у 34(79%) пациентов, удовлетворительные – у 6(14,0%) пациентов и неудовлетворительные – у 3(7,0%) пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Низведение сегмента прямой кишки по предложенной методике позволяет радикально ликвидировать внутреннее свищевое отверстие, сопровождается малым количеством рецидивов свища и является щадящим в отношении анального сфинктера, что подтверждается результатами исследования в отдаленном периоде.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ И МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА, СВЯЗАННЫЕ С ВОЗРАСТОМ В НОРМЕ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожил Д.А., Наумов А.В.
Областная клиническая больница Святителя Иоасафа,
Региональный колопроктологический центр, г. Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка объективности результатов проводимых функциональных исследований в аноректальной области должны отражать возрастные изменения, что особенно актуально при определении диагностических критериев и оценке результатов лечения колопроктологических больных различных возрастных групп.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с вышесказанным, определены следующие цели. Определить показатели нормальной функциональной активности сфинктерного аппарата прямой кишки у здоровых людей различных возрастных групп. Создать методические программы с алгоритмами обследования сократительной способности сфинктерного аппарата прямой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для выявления возрастных отличий и определения норм функционального состояния запирательного аппарата прямой кишки и мышц тазового дна у лиц пожилого возраста, в Белгородском региональном колопроктологическом центре областной клинической больницы Святителя Иоасафа в период с 2003 по 20013 годы включительно проведено исследование в двух группах пациентов, не страдающих колопроктологическими заболеваниями и не предъявляющих жалоб на нарушение держания кишечного содержимого, что подтверждено данными проведенных обследований.

Общее количество пациентов 67 человек, первая группа – 36(53,7%) человек в возрасте от 17 до 50 лет и вторая группа – 31(46,3%) человек в возрасте от 51 до 72 лет. Средний возраст первой группы составил – 33 года, второй – 59 лет. В первой группе мужчин было – 17(47,2%) человек, женщин – 19(52,8%), во второй группе мужчин было – 14(45,2%) человек, женщин – 17(54,8%).

Основной объем исследований осуществлен на полифункциональном лечебно-диагностическом комплексе «Polygraf ID» американской фирмы «Medtronic» с оценкой 34 показателей сократительной, рефлекторной, сенсорной и накопительной функций при проведении аноректальной манометрии, профилометрии анального сфинктера с дополнительной электромиографией. Подготовка прямой кишки к обследованию осуществлялась постановкой очистительных клизм не менее чем за 2 часа до обследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Отмечается снижение показателей сократительной активности внутреннего сфинктера на 12-15% и сократительной активности наружного сфинктера на 6-10%, со снижением показателей электрической активности наружного сфинктера на 11-15%.

Накопительная функция прямой кишки изменяется за счет снижения адаптационной способности кишечной стенки на 15-20%, эластичности на 10-12% и чувствительности к наполнению на 10-15%, с одновремен-

ным увеличением смещаемости тазового дна на 23%. Изменения функциональной протяженности и ассиметрии сфинктерного аппарата незначительны и недостоверны, различий в эвакуаторной функции не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение вышеуказанных изменений функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки и мышц тазового дна у пациентов пожилого возраста позволит правильно оценивать показатели лечебно – диагностических мероприятий и научных исследований у колопроктологических больных.

ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Кривчикова А.П., Аль-Омари М.

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгородский национальный исследовательский университет, г. Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время для коррекции тазового пролапса используются наборы, включающие проленовую сетку и инструменты для ее фиксации. Фиксация рукавов сетки к тканям таза на большом протяжении позволяет корригировать положение не только органов малого таза, но и уровень расположения промежности, что не достигается классическими методами, такими как кольпорафия и леваторопластика. Однако значительное количество ранних и поздних осложнений, связанных с использованием сетчатых имплантов больших размеров, заставляет многих хирургов отказываться от них и искать новые пути решения проблемы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность внутрибрюшной сакрокольпопексии в сравнении с системой Gynecare Prolift в комплексе с TVT-O для лечения синдрома опущения промежности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В группу исследования включено 111 пациенток с опущением органов малого таза (II-III степень по POP-Q) на фоне опущения промежности. 1-ю группу составили 52 пациентки, которым была выполнена сакрокольпопексия лапаротомным доступом с дополнением ее позадилоной фиксацией шейки мочевого пузыря по Burch для коррекции или профилактики стрессового недержания мочи после операции. Для фиксации влагалища и шейки матки к крестцу использовалась проленовая сетка, при этом трансплантатом укрепляли переднюю, заднюю стенку влагалища и переднюю стенку прямой кишки задней полоской сетки. 2-ю группу составили 59 пациенток, которым для коррекции аналогичной патологии операция производилась с использованием системы Gynecare Prolift Total в комплексе с TVT-O.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Продолжительность операции составила, в среднем, 112,6±5,8 мин. в 1-й и 47,8±5,6 мин. во 2-й группе. В 1-й группе интраоперационных осложнений не отмечено, во 2-й – повреждение прямой кишки при ее выделении – у одной больной. Гнойно-воспалительные отмечены у 2 больных 1-й и 4 больных 2-й группы. Отдаленные результаты прослежены до 5 лет. В 1-й группе полного рецидива не отмечено ни у одной больной. У 2 больных, оперированных по поводу переднего и заднего пролапса III ст., сохранялся передний пролапс II ст. по POP-Q и у одной больной пролапс слизистой прямой кишки. У одной больной отмечена эрозия задней стенки влагалища. У 22 сексуально-активных женщин диспареунии не отмечено. Недержание мочи при напряжении I степени сохранялось у 2 из 8 больных, у которых до операции оно соответствовало III степени. Недержание мочи I степени de novo отмечено у 3 больных. Во 2-й группе у 3-х больных отмечено сморщивание сетки и рецидив пролапса, у 4-х – эрозии сетки, диспареуния у 8 из 19 сексуально-активных женщин. Дефекография показала коррекцию положения промежности и ректоцеле у всех больных 1-й группы; аноректальная граница поднялась по отношению к лонокопчиковой линии, в среднем, на 2,4±0,6 см. Дополнительное контрастирование мочевого пузыря также показало коррекцию цистоцеле. Во 2-й группе при коррекции ректо- и цистоцеле уровень промежности поднялся меньше, на 1,4±0,4 см. Отмечена нормализация конфигурации прямой кишки: аноректальный угол уменьшился на 6,2±1,3 в покое и на 18,1±3,9 при натуживании в 1-й и на 4,6±1,4 в покое и на 14,3±2,7 при натуживании во 2-й группе. У всех больных отмечено уменьшение времени натуживания, процента оставшегося контраста после освобождения прямой кишки от бария: с 23,1±1,5% до операции до 16,2±0,8% после операции в 1-й группе и с 22,5±1,8% до операции до 18,2±1,1% после операции во 2-й группе и увеличение скорости его эвакуации: с 18,1±1,4 г/сек до операции и до 7,3±0,9 г/сек после операции в 1-й группе и с 17,8±2,0 г/сек до 6,1±0,8 г/сек соответственно во 2-й группе. Отмечено постепенное улучшение функции держания в обеих группах, что подтверждается повышением давления при аноректальной манометрии в области наружного сфинктера с 27,7±3,2 мм рт. ст. до операции до 34,3±2,4 мм рт. ст. после операции и в области внутреннего сфинктера с 42,2±6,0 мм рт. ст. до операции до 48,6±2,9 мм рт. ст. после операции в 1-й группе и 28,2±4,1 мм рт. ст. до 32,7±2,5 мм рт. ст. в области наружного сфинктера и 43,1±4,7 мм рт. ст. до 45,5±3,7 мм рт. ст. после операции в 1-й группе. Отмечено снижение латентного периода срамогого нерва с 3,2±0,4 мсек до 2,1±0,3 мсек в 1-й и 3,3 мсек до 2,7 мсек во 2-й группе, что связано с прекращением его перерастания.

ВЫВОДЫ

Комплексное хирургическое лечение больных тазовым пролапсом, включая опущение промежности, с использованием набора Gynecare Prolift позволяет максимально устранить все имеющиеся анатомические дефекты и улучшить функции органов малого таза у этой категории больных. Однако большое количество осложнений, таких как эрозии, сморщивание сетки, диспареуния заставляет искать альтернативные методы. Одним из них можно считать внутрибрюшную сакрокольпопексию. Несмотря на больший объем вмешательства, нами отмечено меньшее количество осложнений, а анатомические и функциональные результаты оказались лучше.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА ПО МАТЕРИАЛАМ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЛОКБ

Ляхин А.А., Ляхин А.В., Живилов А.П.

Липецкая областная клиническая больница, г. Липецк, Россия

Проведен ретроспективный анализ лечения больных с острым парапроктитом за период с 2001 г. по 2013 г. Колопроктологическое отделение ЛОКБ функционирует в режиме оказания круглосуточной специализированной помощи жителям города и области. По данным анализа в общей структуре колопроктологических заболеваний, острый парапроктит занимает 4 место среди госпитализированных больных. Он уступает лишь геморрою, анальным трещинам и ВЗК.

За анализируемый период прооперировано 1196 больных. В период с 2001 по 2003 гг. отделение было единственным специализированным центром на 40оек, с 2004 по 2012 гг. также работало городское отделение на 30оек, которое сокращено с 2013 года. При анализе совместных данных отмечается, что число оперированных больных не уменьшается, а имеет тенденцию к увеличению.

По нашим данным, чаще болеют мужчины – 64%, чем женщины – 36%, наибольшая заболеваемость отмечена в возрастной группе 30-50 лет – (61%).

По нашим данным, наибольшее число больных было с подкожно-подслизистым парапроктитом 56,97%, с ишиоректальным – 34,09%, пельвиоректальным – 3,36%.

5,58% пациентов были с гнилостно-некротическими формами парапроктита, в т. ч. 0,97% с присоединением анаэробной клостридиальной инфекции. Именно в этой группе больных имеются летальные исходы. За анализируемый период умерло 3 больных:

2008 г. Мужчина 47 лет. Острый гнилостно-некротический парапроктит. Сопутствующая патология: ТХПН. Гемодиализ с 1999 года.

2012 г. Мужчина 75 лет. Острый гнилостно-некротический парапроктит. Сопутствующая патология: Ревматизм. 2 приобретенных порока сердца. Декомпенсированная сердечная недостаточность.

2013 г. Мужчина 64 лет. Гнилостно-некротический парапроктит. Терминальная стадия цирроза печени. Асцит. Гидроторакс.

Все пациенты были с крайне тяжелой сопутствующей патологией в стадии декомпенсации. По микробиологическому анализу отмечен микст кишечной микрофлоры с гемолитическими стрептококками и анаэробами.

Умерших в группе пациентов с анаэробными парапроктитами не было. Следует отметить, что в связи с ростом числа пациентов с приобретенным иммунодефицитом (гематологические больные, онкологические на фоне химиотерапии, больные с ТХПН, с декомпенсированным циррозом печени) будет возрастать число больных в этой группе, лечение этой патологии крайне затратно, и требует длительных сроков интенсивной терапии, и этапного хирургического лечения.

Парапроктит – это очень серьезное хирургическое заболевание, которое должен лечить только квалифицированный врач-колопроктолог.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ПО МАТЕРИАЛАМ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЛОКБ №1 ЗА 4 ГОДА (2009-2012 ГГ.)

Ляхин А.А., Ляхин А.В., Мотин А.С.

Липецкая областная клиническая больница, г. Липецк, Россия

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) представляет собой узкое кожное втяжение в крестцово-копчиковой области. Наружными проявлениями его являются чаще одно, иногда несколько точечных отверстий, называемых первичными, которые располагаются в межягодичной складке. Это врожденная патология обнаруживается у 4-5% взрослого населения, преимущественно в возрасте 20-40 лет (Врублевский В.А., Милитарев Ю.М., 1985). Классификация клинического течения эпителиального копчикового хода:

- Эпителиальный копчиковый ход неосложненный
 - Острое воспаление эпителиального копчикового хода (инфильтративная стадия; абсцедирование)
 - Хроническое воспаление эпителиального копчикового хода (инфильтративная стадия; рецидивирующий абсцесс; гнойный свищ)
 - Ремиссия воспаления эпителиального копчикового хода
- Лечение эпителиального копчикового хода всегда хирургическое и заключается в иссечении ЭКХ вместе с измененными тканями.

Все методы радикального оперативного лечения эпителиального копчикового хода можно разделить на 4 группы:

- Метод открытого ведения раны
- Метод подшивания краев кожной раны ко дну и различные виды его модификации
- Метод глухого ушивания раны над проточным дренажем или без него
- Метод кожной пластики для закрытия раны

В нашем отделении мы используем первые 3 метода, однако предпочтительнее отдается иссечению ЭКХ с последующим подшиванием краев раны ко дну с формированием дренирующей дорожки.

За 3 года в отделении пролечено 326 пациентов с эпителиальным копчиковым ходом. 116 пациентов поступило в плановом порядке, 220 пациентов – в экстренном. В лечении пациентов, поступающих в срочном порядке, мы используем двухэтапный метод лечения. Первым этапом проводится санация гнойного очага в межгнойной складке (выскрятие абсцесса, промывание свищевых ходов диоксидином), после стихания выраженного воспалительного процесса проводится радикальное оперативное лечение по одной из вышеперечисленных методик. Все 2 этапа лечения проводились во время одной госпитализации.

15(4,6%) пациентов поступило к нам с рецидивным эпителиальным копчиковым ходом: 5 пациентов было прооперировано до этого в нашем отделении, 10 – в других лечебных учреждениях. Только в одном случае рецидив носил истинный характер, т. е. во время предыдущей операции была оставлена часть свищевого хода.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре равнялась 14 дням. Полное восстановление трудоспособности происходило за 1-1,5 месяца.

Методика лечения	Кол-во пациентов
Иссечение эпителиального копчикового хода с последующим подшиванием краев раны ко дну	299(92%)
Иссечение эпителиального копчикового хода с оставлением открытой раны	23(7%)
Иссечение эпителиального копчикового хода с ушиванием раны по Донати	3(1%)

ВЫВОДЫ

Иссечение эпителиального копчикового хода с подшиванием краев раны ко дну мы считаем рациональным методом, позволяющим достичь малого количества рецидивов и сократить время нетрудоспособности.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕСАКРАЛЬНЫХ КИСТ

Левчук А.Л., Неменов Е.Г., Игнатьев Т.И.

ФГУ «Национальный Медико-Хирургический Центр имени Н.И.Пирогова» МЗ РФ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последнее десятилетие установлено, что врожденные кисты и доброкачественные опухоли околопрямокишечных клетчаточных пространств встречаются довольно часто (8-14% в проктологической практике). Будучи врожденной патологией развития, не подлежащей профилактике, пресакральные кисты могут длительное время оставаться не диагностированными. Вследствие их бессимптомного течения до развития осложнений, они могут приводить к ложной диагностике заболеваний, маскирующихся под различную хирургическую, проктологическую, урологическую или неврологическую патологию. Своевременная и корректная постановка диагноза каудальных кист, несмотря на использование современного оборудования (МРТ, СКТ, Эндоскопия), крайне затруднительна. Даже при верификации диагноза проблема выбора способа оперативного лечения пресакральных кист так же не имеет однозначного ответа, о чем свидетельствуют: длительные сроки послеоперационного периода (14-90 суток) у пациентов с данной патологией, частота послеоперационных осложнений (54-82%), а так же повторные обращения больных с рецидивами заболевания (14-67%). Ввиду постоянного совершенствования инструментальной диагностики, появления новых методов диссекции тканей, интродо-операционного гемостаза, проблема диагностики и хирургического лечения пресакральных кист переживает положительные тенденции в решении данной проблемы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу нашего сообщения положены результаты обследования и оперативного лечения 28 пациентов с пресакральными опухолями, в период с 2011 по 2014 гг. в ФГУ «НМХЦ им. Пирогова». Возраст пациентов колебался от 21 до 45 лет, гендерное распределение мужчин и женщин 2:1 (18 мужчин и 9 женщин). Диагностика пресакральных кист была основана на жалобах больного и степени их выраженности, длительности заболевания, анализе результатов клинического и современных методов лучевой и инструментальных подходов обследования пациентов. Все выявленные опухолевидные образования параректальной клетчатки, независимо от их размеров и локализации, подлежали хирургическому удалению.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 33,3% пациентов с пресакральными кистами были отмечены осложнения: нарушение уродинамики, проявления толстокишечной непроходимости, гнойно-инфекционные осложнения. У половины пациентов этой группы уже проводилось хирургическое лечение, направленное на устранение осложнений. В остальных 67% случаях пресакраль-

ные кисты были диагностированы до развития каких-либо осложнений. У всех пациентов присутствовала неврологическая симптоматика, в виде различной интенсивности болей или гипотонии и парестезий. В рамках предоперационного обследования всем пациентам выполнялась МРТ малого таза, СКТ брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием и колоноскопия с эндоректальным и трансвагинальным ультрасонографическим исследованием. Все оперативные вмешательства выполнялись парасакральным доступом в положении пациента на животе с раздвинутыми ногами, под эндотрахеальным наркозом (в 50% случаев) и под комбинированной (ЭТН+эпидуральная анестезия) анестезией. Длительность операций колебалась от 1,5 до 4 часов. У женщин кистозные образования чаще всего обнаруживались в пресакральной клетчатке, а у мужчин – в промежностной области. Резекция копчика при оперативном доступе производилась в 83,8% – у пациентов с пресакральными кистами, верхний полюс которых был расположен выше 3-4 крестцовых позвонков. Пространство, образующееся после удаления кисты, во всех случаях дренировалось на активной аспирации (по Редону). В послеоперационном периоде дренажи удалялись на 5-7 сутки (после поступления чистого серозного отделяемого суточного объема менее 5 мл, либо после перехода на открытое ведение раны). В 63,7% случаев течение послеоперационного периода осложнялось скоплением гематомы в послеоперационной ране, что требовало ревизи раны и её дальнейшего открытого ведения. Летальных исходов и осложнений, связанных с повреждением или нарушением функции органов малого таза и запирающей функции анального сфинктера не было. Во всех случаях клинический диагноз был подтвержден результатами гистологического исследования операционного препарата. Длительность стационарного лечения составляла от 14 до 45 дней, амбулаторный период лечения после выписки 2 недели, в среднем, с последующим полным восстановлением трудоспособности. Рецидивов заболевания после радикального хирургического лечения каудальных кист не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Раннюю диагностику пресакральных кист обеспечивает использование современных методов лучевой диагностики, позволяет приступить к их лечению при наличии относительно небольших размеров кистозных образований, до развития осложнений, что значительно облегчает техническое выполнение оперативного вмешательства. Тяжесть течения и длительность послеоперационного периода значительно меньше у пациентов с неосложненными формами заболевания и при отсутствии в анамнезе хирургического лечения осложнений или неудавшихся попыток радикального удаления пресакральных опухолей. Проблема выбора оперативного доступа, по-прежнему, остается дискуссионной и в большей степени зависит от локализации кист в клетчаточных пространствах таза. Учитывая высокую частоту послеоперационных осложнений инфекционного характера, связанных с раневым процессом, перспективным остается разработка оптимального способа дренирования послеоперационной раны. Прогностически неблагоприятными факторами хирургического лечения пресакральных кист являются выраженные воспалительные изменения параректальной и пресакральной клетчатки в зоне их локализации, наличие высоких супралеваторных свищей.

ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВНЫМИ И МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ КОПЧИКОВЫМИ ХОДАМИ

Магомедова З.К., Грошин В.С., Бадалянц Д.А., Альникин А.Б.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эпителиальный копчиковый ход встречается у 3-5% трудоспособного населения, в структуре колопроктологического стационара данная патология и ее осложнения занимают четвертое место после геморроя, парапроктита и анальной трещины. Результаты операций не удовлетворяют в связи с высокой частотой рецидивов (от 11 до 37%) и послеоперационных осложнений, главным образом, гнойно-септического характера (от 15 до 30%). Это ведет к удлинению сроков лечения, нетрудоспособности и послеоперационной реабилитации, а также ухудшению качества жизни пациентов. Проблема хирургического лечения эпителиального копчикового хода представляет практический и научный интерес. Прикладное значение имеет выявление причин осложнений и рецидивов, а также разработка мер по их предотвращению.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом путем разработки и внедрения эффективного хирургического способа, содержащего пластический компонент и включающего меры по профилактике рецидива заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведена многофакторная оценка результатов лечения 44 пациентов с эпителиальными копчиковыми ходами, в их числе – 19 (43%) с рецидивами после оперативного лечения (2(4,5%) пациента с многократными послеоперационными рецидивами). Возраст больных – от 15 до 56 лет, средний возраст – 24,9 года.

В исследуемой группе, 22(50%) пациентам выполнено иссечение эпителиального копчикового хода, дополненное подшиванием краев раны ко дну, у 8(18,2%) больных с выраженными местными воспалительными изменениями применено открытое ведение раны с последующим зажив-

лением ее вторичным натяжением, 14(31,8%) пациентам с множественными свищевыми ходами и распространенным поражением радикальное иссечение эпителиальных копчиковых ходов дополнено пластикой крестцово-копчиковой области разработанным способом (заявка на патент РФ). Суть способа состоит в радикальном широком иссечении эпителиальных копчиковых ходов с последующим пластическим «закрытием» образованного раневого дефекта, во избежание прорезывания швов и натяжения краев, при помощи перемещения несвободных асимметричных кожно-подкожных лоскутов с фиксации их швами между собой и к крестцовой фасции. Метод является модификацией способа пластики по Limberg, однако, имеет принципиальные особенности в методике выкраивания лоскутов, перемещения их и фиксации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенный анализ показал возможность улучшения результатов лечения за счет индивидуального подхода к определению показаний и выбора способа операции. В группе с открытым ведением больных (сроки заживления – от 19 до 40 дней) зарегистрирован 1(12,5%) рецидив, спустя 1,5 месяца после операции за счет выраженных рубцовых изменений при заживлении вторичным натяжением и длительно сохранившейся инфильтративно-воспалительной реакции. Основным недостатком данного метода является наличие раневого дефекта, заживление которого вторичным натяжением пролонгировано по срокам. При массивном поражении, после вскрытия гнойников данной области, а также при послеоперационных рецидивах свищей, размер раны увеличивается, что делает «открытое» ведение нецелесообразным. Кроме того, при открытом ведении не исключены выраженные инфильтративно-воспалительные изменения в ране, несмотря на ее дренирование.

При выполнении радикальных операций с подшиванием краев раны ко дну отмечено 6(27,3%) рецидивов заболевания, в том числе, 5(22,7%) рецидивов у больных, оперированных повторно. Сроки заживления этих больных, с учетом рецидивов, составляли от 10 до 32 дней (при безрецидивном течении, в среднем, 10-15 дней). Кроме того, отмечены 2(9,9%) случая нагноения послеоперационной раны, не повлекшие за собой рецидив заболевания, но значительно удлинившие сроки лечения. Ведущими причинами рецидивов в данной группе были нагноение ран, прорезывание швов со смещением краев и их ретракцией.

Среди больных, радикально оперированных с использованием разработанного нами метода, получен 1(7,1%) рецидив заболевания, причиной которого стало избыточное натяжение тканей и ретракция лоскутов на 5-6 сутки послеоперационного периода. В одном наблюдении (7,1%) также отмечено нагноение раны без развития рецидива. В группе больных, оперированных разработанным способом, тяжесть патологии была наибольшей, как и удельный вес пациентов с рецидивными свищами (8 пациентов – 57,1%).

ВЫВОДЫ

Пациенты, оперированные по поводу послеоперационных рецидивов эпителиального копчикового хода и свищей крестцово-копчиковой области, составляют группу максимального риска послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания. Техника операции у них требует доработки, а лечебный алгоритм должен формироваться с учетом данных инструментальных исследований и прогноза динамики раневого процесса.

Наиболее перспективными в аспекте улучшения отдаленных результатов лечения эпителиальных копчиковых ходов (в том числе, рецидивных свищей) при их значительном местном распространении, являются радикальные операции, включающие одномоментное закрытие дефекта мягких тканей крестцово-копчиковой области (операционной раны) несвободными кожно-подкожными лоскутами, о чем свидетельствуют полученные непосредственные и отдаленные результаты внедрения разработанного способа операции.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРОИДАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ГЕМОСТАЗА

Масленников В.С.,³ Костенко Н.В.,¹
Масленников С.В.,³ Гришин К.Н.²

¹ ГБОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Минздрава РФ,

² НУЗ Медико-санитарная часть, г. Астрахань, Россия

³ МУЗ «ЦРБ Целинского района Ростовской области», Ростовская область, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ректальное кровотечение, как проявление геморроидальной болезни, усугубляется при наличии системных предрасполагающих факторов, таких как нарушения свертывающей и антисвертывающей систем крови. Последние развиваются как в результате первичных коагулопатий, так и на фоне назначения антикоагулянтов при целом ряде заболеваний с риском тромбообразования и длительной поддерживающей терапии после эндоваскулярных и кардиохирургических вмешательств.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выбор оптимального способа лечения геморроидальной болезни, осложненной кровотечением на фоне длительного приема антикоагулянтов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положен анализ результатов лечения 38 пациентов (м=20, ж=18) с геморроидальным кровотечением на фоне сопутствующей патологии, требующей длительного приема антикоагулянтов, в возрасте от 27 до 83 лет (средний возраст 58,2±4,5 лет), обратившихся за помощью

в НУЗ Медико-санитарная часть (г. Астрахань) и МУЗ «ЦРБ Целинского района Ростовской области» за период с июля 2012 года по январь 2014 года. Больные были распределены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту, продолжительности заболевания, характеру сопутствующей патологии. Больные обеих групп длительно получали антагонисты витамина «К» либо низкомолекулярные гепарины. При лабораторном обследовании у больных отмечалась анемия с уровнем гемоглобина <100 г/л (89,5% больных) и тромбоцитопения с количеством тромбоцитов менее 180×10⁹/л (76,3% больных). Для оценки системы гемостаза учитывались лабораторные показатели: МНО; АЧТВ; АПТВ; ПТИ.

В группе №1 (21 человек) остановка геморроидального кровотечения осуществлялась путем применения трансанальной доплерографируемой дезартеризации внутренних геморроидальных узлов, при необходимости (n=17, 80,9%) в сочетании с мукопексией и геморроидопексией, а также последующим назначением флеботропных средств и местной терапии в виде свечей и мазей. В группе №2 из 17 пациентов лечение проводилось путем склерозирования кровотокащих внутренних геморроидальных узлов (этоксисклерол 3%). Всем пациентам осуществлялась отмена антикоагулянта с пероральным назначением витамина К (фитоменадион). Период наблюдения пациентов составил 6 месяцев. В послеоперационном периоде оценивалось наличие или отсутствие кровотечений, а так же выпадения геморроидальных узлов, болевого синдрома, наличие и интенсивность отека, состояние функции мочеиспускания, влияние проведенного лечения на течение основного заболевания и отсутствие осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех пролеченных больных достигнут эффект уменьшения либо исчезновения выделения крови из анального канала в течение 5-7 дней. В послеоперационном периоде интенсивность болевого синдрома в основной группе имела умеренный характер и составила на 3-и сутки, в среднем, 5,2±0,5 баллов, исчезновение боли отмечено на 8 сутки. В контрольной группе интенсивность боли составила 3,4±0,3 балла, полностью боль исчезла к 7 суткам. Обезболивание таблетированной формой кетонала в течение первых 4-х суток проводилось 10(58%) больным. Отмена антикоагулянтов в связи с кровотечением и малоинвазивным вмешательством потребовалась в группе 1, в среднем на 3 суток, в группе 2 – на 5 суток.

Срок восстановления гемоглобина до 100 г/л в основной группе составил 28,3±5,1 дней. В контрольной группе данный показатель составил 37,2±3,0 дней.

Через 1 месяц в группе 1 выделение крови каплями при дефекации отмечалось у 2-х больных (9,5%), «кровомазание» – у 5(23,8%) больных. В группе 2 таких пациентов было, соответственно, 3(17,6%) и 6(35,3%). К 6 месяцам наблюдения периодические выделения крови при дефекации (до 1-2 раз в неделю) в основной группе сохранились у двух больных, в контрольной – у пяти, что потребовало повторных введений этоксисклерола. Снижения показателей гемоглобина при этом не отмечалось. В 1-й группе у 1(6%) пациента отмечено желудочное кровотечение (эрозивный гастрит), с последующей эффективной консервативной терапией. У одной пациентки 2-й группы (после отмены фраксипарина) на 5-е сутки имела место тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии, также успешно пролеченная.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В группе больных с геморроидальными кровотечениями на фоне приема антикоагулянтов применение малоинвазивных вмешательств имеет особенности. Дезартеризация с мукопексией обеспечивает более быстрый и надежный гемостаз, позволяет воздержаться от применения антикоагулянтов на более короткий период и этим профилактировать тромбоэмболические осложнения, хотя сопровождается более выраженным послеоперационным болевым синдромом.

Склерозирование геморроидальных узлов менее инвазивно, но в ряде случаев требует повторных введений склерозантов, чаще в отдаленном периоде сопровождается рецидивами кровотечений. При этой методике необходима отмена антикоагулянтов на более длительный период времени, что может сопровождаться риском осложнений основного заболевания.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРОЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ

Мирзоев Л.А., Черкасов М.Ф., Гришин В.С.

ГАУ РО «Областной консультативно-диагностический центр», г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Геморрой – наиболее частое проктологическое заболевание, распространенное среди мужчин и женщин среднего и пожилого возраста. Заболеваемость геморроем составляет около 120 случаев на 1000 человек взрослого населения.

Несмотря на существующие многочисленные клинические разработки и исследования, посвященные лечению и выбору хирургической тактики при геморрое, повышение эффективности лечения данной патологии по-прежнему остается одной из актуальных проблем колопроктологии. В настоящее время, наряду с традиционными способами операции, наиболее частое применение нашли следующие малоинвазивные методы лечения геморроя:

- лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами;
- диатермокоагуляция;

– ультразвуковая кавитация со склерозированием;
– дезартеризация внутренних геморроидальных узлов со склерозированием, либо лифтингом слизистой.

Существующие противопоказания в настоящее время недостаточно четко сформулированы и подвержены коррекции. К противопоказаниям применения малоинвазивных методов относятся сочетание геморроя с анальной трещиной, свищем прямой кишки, воспалительные заболевания анального канала и промежности, острый геморрой. При выполнении указанных операций возможны осложнения и побочные эффекты, такие как интенсивный послеоперационный болевой синдром, кровотечение, тромбоз узлов, рефлекторная задержка мочи и нарушения стула. Учитывая вышеизложенное, представляется актуальным и важным провести коррекцию показаний для использования малоинвазивного хирургического лечения геморроя, выявить основные причины развития осложнений, определить пути их профилактики

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2011 по 2014 гг. проведено лечение и анализ результатов 342 пациента с II-III стадией хронического геморроя. Структура выполненных операций включала:

- диатермокоагуляция – 45 пациентов (13,16%);
- лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами – 96(28,07%) пациентов;
- ультразвуковая кавитация со склерозированием 75(21,92%) пациентов;
- дезартеризация внутренних геморроидальных узлов со склерозированием, либо лифтингом слизистой – 126(36,84%) пациентов.

Амбулаторно прооперированы 264 пациента, 78 пациентов – в стационаре одного дня. Все вмешательства выполнены под местной параректальной блокадой и анестезией сфинктера. Алгоритм предоперационной подготовки включал: аноскопию, ректоскопию, при необходимости колоноскопию (ректальные кровотечения) и лабораторное обследование согласно установленным действующим стандартам. Контрольный осмотр с мониторингом состояния больных и оценкой локального статуса в зоне вмешательства проводился на 1,3,7,14 сутки послеоперационного периода.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ результатов показал, что у 216(63,15%) пациентов получен хороший результат ввиду отсутствия отдельных жалоб, проявления различных осложнений. У 72(21%) пациентов отметились осложнения: у 52(15,2%) пациентов появились жалобы на дискомфорт в области заднего прохода, анальный зуд; у 20(5,8%) пациентов отметились осложнения в виде тромбоза, некроза геморроидальных узлов, кровотечения и появления умеренного болевого синдрома. Проведенная консервативная терапия (венотоники, миотропные спазмолитики, местные топические препараты) позволила купировать вышеперечисленные жалобы в сроки до 3-х суток у 32 пациентов, до 7-ми суток у 40 пациентов. У всех пациентов исследуемых групп соблюдались меры направленные на регуляцию стула, частоту и ритм дефекации. Отмеченные в послеоперационном периоде жалобы большинство авторов в полном объеме не относят к осложнениям, однако, данные проявления значительно влияли на качество жизни пациентов и стали причиной увеличения сроков реабилитации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты свидетельствуют о том, что:

1. Наилучшие результаты лечения геморроя III стадии получены при комбинировании методик дезартеризации со склеротерапией, либо с лифтингом слизистой. Однако данные методы не являются универсальными, а их техника требует индивидуальной коррекции.
2. Выявленные послеоперационные осложнения купируются консервативно и не потребовали повторного хирургического вмешательства.
3. Причины ранних послеоперационных осложнений и неудовлетворительных исходов лечения – не столько погрешности в оперативной технике, сколько ошибки при выборе способа малоинвазивных вмешательств и определения показаний к их применению.
4. Индивидуальный подход позволяет улучшить результаты лечения, снизить удельный вес и число осложнений.

УЛУЧШЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Мухаббатов Д.К., Каримов Ш.А.,
Холматов У.И., Нозимов Ф.Х., Аёнов С.С.

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им.
Абуалибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на большие успехи, достигнутые в области реконструктивной хирургии тазового дна, проблема хирургического лечения осложнения сложных свищей прямой кишки является актуальной и до конца не решенной. По данным ряда авторов, частота недостаточности анального сфинктера колеблется от 5,9% до 32% и рецидив заболевания составляет 8-22% наблюдений. Особенно проблемным вопросом является развитие функциональных и морфологических нарушений анального сфинктера у больных со сложными формами свищей прямой кишки, что зачастую имеет необратимый характер. В связи с чем, пути совершенствования существующих способов операции, направленных на улучшение результатов лечения и качества жизни пациентов является своевременным.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшить отдаленные результаты хирургического лечения сложных свищей прямой кишки путем применения отсроченных операций.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В данной работе проанализированы результаты хирургического лечения 38 больных со сложными формами свищей прямой кишки, оперированных в отделении колопроктологии ГКБ №5. Из общего количества больных, у 24(63,2%) имел место высокий трансфинктерный, у 14(36,8%) – экстрасфинктерный свищ прямой кишки. Сочетанная патология анального канала была выявлена у 31(81,6%) больного. Для уточнения характера и тяжести функциональных изменений анального сфинктера и степени сложности свищей прямой кишки были использованы специальные методы исследования.

Для изучения степени сложности свища всем пациентам было выполнено ультразвуковое исследование с ректальным датчиком. Изучая уровень, расположения гнойных полостей и затеков, оценили степень тяжести пектенноза анального сфинктера и состояние внутреннего отверстия свищевого хода. При анализе проведенного метода исследования, было установлено, что наличие гнойных полостей и затеков с анальным сфинктером имело место у 11, явление пектенноза анального сфинктера различной степени тяжести у 29 пациентов. У 12 больных имела место протяженная гнойная полость и пектенноз анального сфинктера.

Возможность осуществления пластики определяется состоянием слизистой оболочки анального канала, особенностями деформации промежности, объемом выполненного ранее оперативного вмешательства, локализацией и размерами внутреннего отверстия свища прямой кишки. Отрицательными факторами для низведения слизистой считаем выраженную атрофию слизистой оболочки и воспалительной инфильтрации вокруг внутреннего отверстия свища и недавние сроки предыдущей операции.

Всем больным выполнена двухэтапная операция – на первом этапе иссечение свища с проведением лигатуры и прошиванием внутреннего отверстия со стороны промежностной раны для профилактики попадания кишечного содержимого в параректальную клетчатку. В последующем – низведение сегмента прямой кишки 12(31,6%) больным и сфинктеропластика – 26(68,4%) пациентам.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Использование дополнительных методов диагностики (УЗ с ректальным датчиком, сфинктерометрия и манометрия, миография) с целью определения исходного состояния анального сфинктера и параректальной клетчатки подсказывает хирургическую тактику в зависимости от степени сложности свища прямой кишки.

Клинические исследования показали преимущества усовершенствованной тактики лечения больных со сложными формами свищей прямой кишки, что выражалось в отсутствии значительного болевого синдрома и рефлекторной задержки мочеиспускания в раннем послеоперационном периоде. Во-вторых, после ликвидации гнойных полостей параректальной области заживление послеоперационной раны и восстановление функций анального сфинктера у этих пациентов происходили быстрее, чем у больных, которым выполнялась традиционная методика операции.

В большинстве случаев, производили низведения сегмента задней стенки прямой кишки у 10 больных и у 2 – боковой стенки прямой кишки. Сфинктеропластику также, в основном, выполнили по задней стенке прямой кишки у 20, боковой стенке – у 6 пациентов и передней стенке – 2 больным. В раннем послеоперационном периоде в одном случае отмечалась частичная ретракция слизистой боковой стенки прямой кишки. В одном из наблюдений имела место частичная несостоятельность швов анального сфинктера, окончившаяся заживлением вторичным натяжением. Повторная реконструкция анального сфинктера не привела к успеху у одного пациента и недостаточность анального сфинктера сохранилась.

ВЫВОДЫ

Лигатурный метод с отсроченной обработкой внутреннего отверстия свища, а также применение отсроченного метода сфинктеропластики или же сегментарное низведение лоскута слизистой прямой кишки, способствуют улучшению отдаленных результатов хирургического лечения сложных свищей прямой кишки.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ В СОЧЕТАНИИ С ТРАНСФИНКТЕРНЫМИ СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Мухаббатов Д.К., Нозимов Ф.Х., Каримов Ш.А., Хайдаров С.С.

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им.
Абуалибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Геморрой является распространенным заболеванием в колопроктологии, и его частота составляет до 39-42% случаев. Данная патология характеризуется частым сочетанием с другими хирургическими патологиями прямой кишки. Частота геморроя с другими заболеваниями прямой кишки, в частности, с колитом, трещиной анального канала и свищем прямой кишки, по литературным данным, встречается от 23 до 53% наблюдений. Среди них сочетание геморроя со свищами прямой кишки составляет 12-18% наблюдений, и имеются определенные особенности и трудности в выборе тактики лечения и ведении больных, приводящие к развитию послеоперационных осложнений в 11-18% случаев. На современном этапе особенно клинических проявлений хронического геморроя и свищей прямой кишки являются трудоспособный возраст, чаще мужчины от 30 до 45 лет. Актуальность изучения особенностей клинического проявления геморроя на фоне трансфинктерных свищей обусловлена важностью ранней диагностики последней патологии, так как заболевание является хроническим и рецидиви-

рующим. Изучение динамики перестройки кавернозных образований дистального отдела прямой кишки в зависимости от степени сложности свища, длительность заболевания и возраста больных могут прогнозировать дальнейшее прогрессирования процесса, а также способствовать правильному выбору тактики восстановления трудоспособности данной категории больных.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Охарактеризовать особенности клинических проявлений геморроя у больных геморроем с трансфинктерными свищами прямой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен проспективный анализ историй болезни 98 пациентов, прошедших обследование и лечение по поводу геморроя, которым диагностирован трансфинктерный свищ прямой кишки различной степени сложности, подтвержденный клиническим и инструментальным методом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст обследованных больных соответствовал данным литературы. Отмечена высокая частота сочетанного геморроя (III и IV стадии заболевания) у больных среднего и пожилого возрастов с трансфинктерными свищами прямой кишки. У больных с геморроем и трансфинктерным свищем прямой кишки молодого возраста чаще был выявлен внутренний геморрой I и II стадии заболевания. Выраженность наружных геморроидальных узлов всех возрастов установлена у больных с II и III степеней сложности свища. Более сложные степени сложности трансфинктерных свищей прямой кишки и длительности заболевания установлены у больных среднего и пожилого возрастов, что также соответствует данным литературы. Наиболее часто у молодого возраста вначале появлялись клинические проявления свищей прямой кишки, а в последующем геморрой. Больные пожилого возраста длительное время страдали от геморроя, а после неоднократных обострений заболевания отмечали развившийся свищ прямой кишки. Длительность заболевания геморроем до 5 лет имели 25,4% молодого возраста, более 5 лет – 74,6% лиц старших возрастных групп. Достаточно большое количество больных старшего возраста с длительностью геморроя более 5 лет свидетельствует о том, что страдает своевременное обращение больных и диагностика заболевания, как одной из причин развития свищей прямой кишки.

Всем больным проведено оперативное вмешательство. Операция дезартеризация внутренних геморроидальных узлов и иссечение свища с восстановлением анального сфинктера с низведением слизистой, выполнена 16 больным и из них 11 пациентов были молодого возраста. Операция иссечения трансфинктерного свища I и III степени сложности и иссечение наружных геморроидальных узлов была выполнена 33 больным. Одномоментное оперативное вмешательство было выполнено 29 больным, произведена дезартеризация внутренних геморроидальных узлов и иссечение свища с низведением слизистой оболочки до поверхности раны анального сфинктера. После, данная операция ликвидирует внутреннее отверстие свища, рана не будет иметь сообщения с просветом кишки, полностью отгораживается, что предотвращает контакт кишечного содержимого с раной и анальным сфинктером. Двухмоментное оперативное вмешательство было выполнено 21 больному, большинство которых составили лица старших возрастов 15(71,4%). На первом этапе им выполнена дезартеризация внутренних геморроидальных узлов и иссечение свища с проведением лигатуры через внутреннее отверстие. На втором этапе в отсроченном порядке – обработка внутреннего отверстия свища.

Сравнительный анализ показывает, что в молодом возрасте на первый план выступают свищи прямой кишки с малой длительностью заболевания и начальными стадиями наружного или внутреннего геморроя. У больных старших возрастов, более выражены клиника смешанного геморроя (III и IV стадии заболевания) и сложные по степени тяжести трансфинктерные свищи прямой кишки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Знания особенностей клинического проявления геморроя у больных с трансфинктерными свищами прямой кишки, в зависимости от длительности заболевания и возраста пациентов, способствуют правильной тактике лечения сочетанной патологии анального канала.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗРЫВАМИ ПРОМЕЖНОСТИ

Мухаббатов Д.К., Расулова С.И.

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуалиибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Число разрывов мягких родовых путей регистрируется у 50-60% рожениц (Bodner K. et al, 2001; Samuelsson E. et al. 2002; Ola E.R. et al. 2002; Webb D.A. et al, 2002; Parcel C. et al. 2001; Beniña J.L. et al, 2000). Причины разрывов промежности III степени в родах могут быть различными. Многие авторы считают, что у женщин старше 30-35 лет ткани промежности менее эластичны, что обуславливает их ригидность и повышает риск разрывов во время родов.

ЦЕЛЬЮ данного исследования является улучшение качества лечения больных с разрывами промежности путем оптимизации предоперационной подготовки больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением, на базе Клинической Городской Больницы №5 находилось 120 женщин, возраст которых варьировал от 30 до 55 лет. Большинство из них, 75%, были жительницами села, а остальные 25%

являлись городскими.

У всех исследуемых было выявлено наличие воспалительных процессов половой тракты, таких как вульвовагиниты и кольпиты. Диагноз ставился на основании клинических и лабораторных показателей, а также наружного и внутреннего осмотра влагалища в зеркалах с оценкой состояния слизистой оболочки и наличия слизисто-гнойного экссудата. Пациентки были разделены на 3 контролируемые условные группы.

I группа, получала в качестве предоперационной подготовки препарат Орзол-ин, в форме вагинальных таблеток, в количестве 33% (40 женщин).

II группа, получающая в таком же количестве другой антибактериальный препарат (группы метронидазолов).

III контрольная группа не получала никакого антибактериального препарата в качестве предоперационной подготовки у 40(33%) женщин. Подготовка женщин перед оперативным вмешательством осуществлялась в амбулаторных условиях в течении 5 дней при однократном применении данного препарата.

Результаты исследования показали, что при прохождении повторного клинико-лабораторного обследования в I группе у 34 из 40 женщин, состояние видимой слизистой оболочки влагалища заметно очистилось, а мазки, имеющие 3 и 4 степень чистоты, перешли во 2 и 1, что говорит о нормоценозе слизистой влагалища.

Во II группе 25 женщин, получающих метронидазол, имели удовлетворительные результаты. Количество выделений так же сократились при осмотре в зеркалах, но мазок из влагалища показал результаты хуже, т. к. чистота влагалища из 3 и 4 степеней перешла в 3 и 2, что говорит о наличии большого количества лейкоцитов.

Что касается III группы больных, то чистота влагалища у всех женщин, спустя 5 дней, не менялась.

ВЫВОД

Оптимизация предоперационной подготовки больных с разрывами промежности, включающая в себя препарат орзол-ин, может иметь дальнейшие исследования, улучшить течение послеоперационного периода и помочь в скорейшей реабилитации больных данной группы.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА У БОЛЬНЫХ С РАЗРЫВАМИ ПРОМЕЖНОСТИ

Мухаббатов Д.К., Расулова С.И., Хоркашев Ф.Х., Хамроев Б.М.

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им.

Абуалиибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Разрыв промежности является одним из самых частых осложнений родов, происходит у 7-15% родивших. Нераспознанные повреждения влагалища заживают самостоятельно, но средние и глубокие разрывы промежности в отдаленном периоде способствуют развитию недостаточности анального сфинктера или же обезображивающему сужению влагалища, что требует сложного оперативного вмешательства. Значительные трудности для диагностики и лечения пациентов с разрывом промежности представляют при сочетании её с рядом сопутствующих заболеваний и, прежде всего, с хирургической патологией анального канала. Особые трудности при этом представляют тактические и технические подходы к выбору объёма и методов лечения больных, в связи, с чем интересным представляется изучение частоты хирургической патологии анального канала у больных с разрывами промежности. **ЦЕЛЬЮ** данного исследования является выявление зависимости развития той или иной хирургической патологии анального канала у больных с разрывами промежности от степени существующего разрыва.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинику общей хирургии №1 ТГМУ имени Абуалиибни Сино на базе ГКБ №5 г. Душанбе, нами проанализированы результаты лечения 120 женщин с разрывами промежности II-IV степеней в период с 2011-2014 гг. Средний возраст больных составил 35-55 лет. Всем пациенткам в предоперационном периоде кроме общеклинических методов исследования, также проведено ректоскопическое исследование, в ходе которого была выявлена патология анального канала.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Давность заболевания больных с хирургической патологией анального канала, составила от 5-15 лет. В ходе исследования выявилось, что, чем давность существования разрыва промежности больше, тем выше степень сопутствующей хирургической патологии анального канала. Это, возможно, связано с анатомо-функциональными изменениями тканей. У основной части пациенток (95 женщин) разрыв промежности и несостоятельность мышц тазового дна встречались в своем большинстве III степени, что составило 79%. Из них, в свою очередь, разрыв промежности сочетался с хирургической патологией анального канала в 48(40%) случаях и у 72(60%) пациенток не сочетался с данной патологией. У взятой группы больных, среди данной патологии большинство случаев выпало на долю геморроя, что составило 108(90%) женщин. Геморрой I степени наблюдался в 36(30%) случаях и большинство пациенток страдало геморроем II-III степеней, что составило 84(70%) от общего количества больных. Второй по частоте стала трещина заднего прохода, которая встречалась в 5% случаев (6 женщин) и выпадение прямой кишки (ПК) было выявлено при ректоскопии так же в 6(5%) случаях. Исследование данной группы больных выявило закономерность в тяжести разрыва промежности и преобладании сопутствующей хирургической патологии анального канала. Стало известно, что при разрывах I-II степени, основным сопутствующим проктологическим заболеванием считается геморрой и анальная трещина в 75% (90 женщин) случаях. Что касается

больных с III-IV степенями разрыва, они сочетаются с частичным и полным выпадением слизистой прямой кишки, что просматривается у 6(5%) женщин, это, возможно, связано с повреждением анатомии внутреннего сфинктера ПК, отвечающего за общий тонус прямой кишки.

ВЫВОД

Хирургическая патология анального канала в 48(40%) случаев имеет место у больных с различными степенями разрыва промежности, а тяжесть и длительность его существования, имеет зависимость в развитии той или иной хирургической патологии анального канала, что требует дифференцированного подхода в выборе тактики хирургического лечения данной группы больных.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ В СОЧЕТАНИИ С АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ

Мухаббатов Д.К., Хайдаров С.С., Нозимов Ф.Х., Каримов Ш.А.

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ

им. Абуалибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Геморрой является одним из самых распространённых заболеваний в колопроктологии. Значительные трудности для лечения пациентов с геморроем возникают при сочетании его с рядом сопутствующих заболеваний, и, прежде всего, с хронической анальной трещиной. Особый интерес при этом представляют клинические проявления, тактические и технические подходы к выбору объёма и методов лечения больных с геморроем, в зависимости от пола больных.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение ближайших результатов хирургического лечения больных с хроническим геморроем, сочетающимся с хронической анальной трещиной.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В клинике общей хирургии №1 ТГМУ имени Абуалибни Сино на базе ГКБ №5 г. Душанбе на лечении находилось 118 пациентов с геморроем в сочетании с трещиной анального канала. Женщин было 73(61,5%), мужчин – 45(38,5%). Возраст пациентов составил от 25 до 60 лет. Для диагностики заболевания больным проводили клинко-лабораторные и инструментальные исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 35 больных клинические проявления заболевания, в целом, были классическими и соответствовали общеизвестным стандартам, т. е. выявлена анальная трещина со сторожевым бугорком и хроническим геморроем с III и IV стадий. У 26 больных геморроем при сочетании с анальной трещиной протекал атипично, что затрудняло клиническую диагностику. В большинстве случаев (43) интенсивность и выраженность болей в заднем проходе во время и после акта дефекации была значительно больше у больных женского пола, чем у больных мужчин. Геморроидальное кровотечение больше было выражено у лиц мужского пола и в 6,7% случаев осложнено постгеморрагической различной степенью анемии. Также боли в заднем проходе у 23 пациентов были нехарактерными и нечетко локализованными.

Необходимо отметить, что особенностью клинического течения геморроя в сочетании с трещиной анального канала у больных мужского пола была выявлена III стадия заболевания в 32 случаях и IV стадия – в 24 случаях. Нехарактерным для этого контингента больных было отсутствие спазма анального сфинктера (15) на фоне хронической анальной трещины. В остальных 29 случаях было выявлено наличие хронической анальной трещины с внутренним геморроем I и II стадиями заболевания. Особенностью сочетанной патологии анального канала у больных женского пола (44) являлась выраженность клинического проявления хронической анальной трещины с явлением спазма анального сфинктера, болевого синдрома и внутренним геморроем II стадии, а также выраженность наружных геморроидальных узлов. Ещё одной особенностью операции у больных с сочетанной патологией анального канала являлась сложность и трудность иссечения трещины анального канала и сфинктеротомия на фоне увеличенных внутренних геморроидальных узлов (на 3 и 7 часах по циферблату), что было обусловлено кровоточивостью слизистой анального канала.

Всем больным проведены сочетанные операции по поводу геморроя и трещины анального канала. Особенностью операции у больных мужского пола является то, что в большинстве случаев выполняется геморроидэктомия наружных и внутренних геморроидальных узлов в сочетании с иссечением трещины. В тоже время у женщин ограничивались иссечением трещины анального канала в сочетании с дезартеризацией внутренних узлов или же иссечением только наружных геморроидальных узлов.

В раннем послеоперационном периоде интенсивность послеоперационного болевого синдрома в покое была достоверно выше у больных мужского пола по сравнению с женщинами. Это возникло у мужчин, которым проводили геморроидэктомию. Также у мужчин преобладали дизурические расстройства и болезненные акт дефекации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хирургическая тактика при геморрое в сочетании с трещиной анального канала должна быть дифференцированно-обоснованной на данных клинко-инструментальных методов исследования, а также пола больных.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ

Наврұзов С.Н., Наврұзов Б.С., Шаймарданов Э.К.

Республиканский научный центр колопроктологии
МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

В современной литературе отражено большое количество способов лечения ректоцеле. Однако частота не удовлетворительных результатов при различных способах хирургического лечения таких больных составляет от 6,7 до 50,1% (Зароднюк И.В., 2004; Reboa G., 2009).

ЦЕЛЬЮ нашего исследования явилось улучшение отдаленных результатов лечения ректоцеле с применением объективных и инструментальных методов исследования.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Накоплен опыт лечения 32 пациенток с различными степенями ректоцеле. Возраст больных колебался от 24 до 62 лет (средний 44,6±5,8 года). Всем пациенткам в плановом порядке была выполнена промежностная сфинктеролеваторопластика в различных ее модификациях. Сроки наблюдения составили от 2 до 24 мес. Результаты проведенного обследования оценивались комплексно по следующим критериям: хорошие, удовлетворительные, неудовлетворительные: хорошие – отсутствие жалоб, клинических, рентгенологических и ультразвуковых симптомов ректоцеле; удовлетворительные – самостоятельное опорожнение прямой кишки на фоне корректирующей диеты без применения ручного пособия, наличие выпячивания кишки во влагалище в размере до 2 см по данным инструментальных обследований; неудовлетворительные – сохранение затрудненного опорожнения, использование ручного пособия при дефекации, отсутствие уменьшения размеров ректоцеле.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

После хирургического вмешательства у 27(84,4%) больных не наблюдалось ранее выявленного выпячивания стенки прямой кишки во влагалище, у 5(15,6%) пациенток, ранее имевших ректоцеле размером более 4 см, сохранялось выпячивание до 2,0 см, при этом у всех этих больных анастомоз располагался высоко (выше 4-5 см зубчатой линии), но нарушения опорожнения прямой кишки на фоне соблюдения корректирующей высокошлаковой диеты в послеоперационном периоде не было ни у кого. Заднее ректоцеле и избыточность складчатость слизистой оболочки прямой кишки не отмечены ни в одном случае, по сравнению с показателями до операции.

Хорошие результаты отмечены в 78,1% случаев. При этом большая часть из них наблюдалась у больных, имевших до операции размеры ректоцеле в пределах 4-5 см. Удовлетворительные результаты зарегистрированы у 21,9%, но сохранность незначительного выпячивания, по данным дефекографии, выявлена только у 3(9,4%) больных из 32 обследованных в отдаленные сроки.

Таким образом, при ректоцеле показано выполнение промежностной сфинктеролеваторопластики. Результативность операции характеризуется лучшими показателями отдаленных результатов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕКТОЦЕЛЕ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТАЗОВОГО ДНА

Наврұзов С.Н., Наврұзов Б.С., Шаймарданов Э.К.

Республиканский научный центр колопроктологии
МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

ВВЕДЕНИЕ

Высокие показатели синдрома несостоятельности тазового дна у рожавших женщин (15-30%) предрасполагает к проявлению различных патологий у женщин, как ректоцеле (Жуков Б.Н., 2005). Распространенность ректоцеле, по данным литературы, составляет от 7 до 56,5% среди женщин, имеющих жалобы на нарушения опорожнения (Мудров А.А., 2003; Reboa G., 2009).

ЦЕЛЬЮ нашего исследования явилось изучение результатов хирургической коррекции ректоцеле у женщин с синдромом несостоятельности тазового дна.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Научном Центре Колопроктологии прооперировано 64 ректоцеле у женщин с синдромом несостоятельности тазового дна. Возраст больных колебался от 24 до 62 лет (средний 44,6±5,8 года). В зависимости от способа промежностной сфинктеролеваторопластики больные были разделены на 2 группы: в контрольную группу вошла 31 пациентка, которым проведена передняя сфинктеролеваторопластика промежностным доступом посредством двухрядных швов, а основную группу составили 33 женщины, которым сфинктеролеваторопластика была выполнена предлобным нами модифицированным способом. Сравнимые группы были репрезентативными по возрасту ($t=0,304$; $p>0,05$) и стадии заболевания ($\chi^2=1,75$; $p>0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

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 леваторопластики применены однорядные швы и без дополнительных гофрирующих швов на переднюю стенку прямой кишки.

Также в послеоперационном периоде продолжительность койко-дней уменьшилась (7,5±0,5 дней в контрольной группе и 5,4±0,4 дней – основ-

ной группе; $t=3.28$; $p<0.05$) за счет уменьшения послеоперационных осложнений (16,1% в контрольной группе и 6,1% – контрольной; $\chi^2=1.66$; $p>0.05$).

В целом получены неплохие результаты: в контрольной группе у 67,7% пациентов получены хорошие результаты, удовлетворительные – у 22,6% и рецидив выявлен – у 9,7%, а в основной группе хорошие результаты отмечены у 90,9% пациентов, удовлетворительные – у 9,1% и рецидив заболевания не отмечен ни у одной больной ($\chi^2=6.13$; $p<0.05$). Таким образом, внедрение модифицированной сфинктероломаторопластики сокращает длительность операции, койко-дней и послеоперационных осложнений. Также новый метод в отдаленном периоде достоверно увеличивает процент хороших результатов и резко сокращает рецидив заболевания.

УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Орлова Л.П.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава РФ, г. Москва, Россия

Острый парапроктит является самым распространенным заболеванием в практике неотложной хирургической проктологии. Вопросы диагностики и лечения этого заболевания до конца не разрешены.

ЦЕЛЬЮ настоящего исследования является усовершенствование методики ультрасонографии в диагностике острого парапроктита, формировании топического диагноза и разработке хирургической тактики с использованием современных возможностей ультразвукового диагностического оборудования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 89 больных с подозрением на острый парапроктит. Все больные оперированы. У 20 пациентов был подкожный парапроктит, у 34 – шиширектальный, у 6 – подслизистый, у 6 – пельвиоректальный, у 20 больных – межсфинктерный. В 3 случаях получен ложноположительный результат. Всем пациентам проводилось эндоректальное ультразвуковое исследование с использованием электронного линейного ректального датчика частотой 7,5–10 МГц (2D) и 30 больным – режима автоматического сканирования с помощью специализированного электронно-механического датчика частотой 13–16 МГц (3D). Последующая обработка трехмерного массива осуществлялась в серошкальном режиме реконструкции. Результаты ультразвукового исследования сопоставляли с данными хирургической ревизии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании разработанной ранее ультразвуковой семиотики острого парапроктита последний диагностирован у 89 человек. В результате дальнейшего клинико-инструментального обследования и данных оперативного вмешательства диагноз поставлен 86 больным. В 3 случаях получен ложноположительный результат. Анализ ложноположительных результатов указывает на сложности дифференциальной диагностики острого парапроктита и наружного генитального эндометриоза, а также с острым геморроем. Общая точность диагностики острого парапроктита составила – 96,7% при чувствительности – 100%, специфичности – 50%. Для определения возможностей 3D исследования в диагностике острого парапроктита проанализированы результаты 2D и 3D ультразвукового исследования больных. Залогом успешного лечения острого парапроктита является своевременная топическая диагностика локализации абсцесса, положение гнойного хода локализации абсцесса, положения гнойного хода по отношению к наружному сфинктеру прямой кишки и выявление внутреннего отверстия. С помощью 2D эндоректального исследования хуже выявляются межсфинктерные затеки, локализация внутреннего свищевого отверстия. Однако положение гнойного хода по отношению к наружному сфинктеру лучше демонстрируется при 2D исследовании.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ полученных результатов свидетельствует о возросших возможностях метода в диагностике острого парапроктита с использованием современных ультразвуковых технологий. Комплексная эндоректальная ультрасонография (2D и 3D) дополняет и уточняет данные клинического обследования больных, что важно для выбора хирургической тактики. Исследование позволяет установить не только локализацию, размеры, объем гноинка, но в большинстве случаев определить расположение внутреннего свищевого отверстия, характер изменений в окружающих тканях. Использование трехмерной реконструкции изображения в ультразвуковой диагностике острого парапроктита свидетельствует о совершенствовании методики ультрасонографии. Преимущества 3D исследования заключены в получении ультразвуковых срезов, которые невозможно увидеть в режиме 2D. Данная методика позволяет на предоперационном этапе достоверно оценить и продемонстрировать оперирующему хирургу расположение абсцесса, внутреннего свищевого отверстия и оказать помощь в выборе адекватного хирургического вмешательства.

ЦИРКУЛЯРНАЯ ОТКРЫТАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРОЯ

Щепков А.В., Мансуров Ю.В., Прудков М.И.

Кафедра хирургии ФПК и ПП УГМУ, ГБУЗ СО «СОКБ № 1», г. Екатеринбург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время существует большое количество способов хирургического лечения хронического геморроя. Все эти способы обладают своими преимуществами и недостатками. Целью исследования явилось изучение нового метода дезартеризации геморроидальных узлов при лечении хронического геморроя, который позволил бы улучшить результаты хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Открытая, циркулярная дезартеризация геморроидальных узлов с применением проктологического хирургического набора «миниассистент» была выполнена 16 пациентам, средний возраст которых составил 47,9±2,7 лет, 10 женщин и 6 мужчин. Результаты сравнивались с пациентами контрольной группы, которым выполнялась геморроидэктомия по Милигану-Моргану. В контрольную группу вошло 22 пациента, средний возраст которых составил 48,6±3,2; 13 женщин и 9 мужчин.

Операция выполнялась под спинномозговой анестезией, положение больного лежало на спине, с подвешенными ногами. После дивульсии ануса в анальный канал устанавливались ректаторы проктологического хирургического набора «миниассистент», формировалось операционное пространство. Отступая 4 см проксимальнее зубчатой линии, производился циркулярно, по всему диаметру кишки, иссечение полосы слизистослизистого слоя шириной 1 см. Иссечение производилось посредством монополярной коагуляции, при этом визуализировались геморроидальные сосуды, которые последовательно пересекались посредством электрокоагуляции или перевязывались. Затем дефект слизистослизистого слоя ушивался отдельными узловыми швами нитью викрил 3/0. Непосредственно перед операцией, на операционном столе проводилась доплерометрия геморроидальных сосудов, с использованием ультразвукового портативного аппарата LOGIC BOOK, анальным датчиком. Сразу после операции, на операционном столе проводилась контрольная доплерометрия геморроидальных сосудов. Данные дооперационной доплерометрии в 6 случаях из 16 не совпадали с интраоперационными данными. При дооперационной доплерометрии, как правило, визуализировались лишь крупные геморроидальные сосуды, тогда как интраоперационно выявлялись дополнительные геморроидальные сосуды меньшего диаметра.

В послеоперационном периоде оценивался болевой синдром по визуальной шкале боли от 0 до 5 баллов. Средние показатели в основной группе больных, которым выполнялась открытая дезартеризация, составили 0,93±0,15 балла, тогда как в контрольной группе пациентов, которым выполнялась операция Милигану-Моргана, средний балл составил 2,0±0,2. Оценивался болевой синдром во время первой дефекации, так же по визуальной шкале боли. Средние показатели в основной группе больных, которым выполнялась открытая дезартеризация, составили 1,2±0,2 балла, тогда как в контрольной группе пациентов, которым выполнялась операция Милигану-Моргана, средний балл составил 2,5±0,2. Так же оценивалось время задержки мочи после операции. Средние показатели в основной группе больных, которым выполнялась открытая дезартеризация, составил 3,8±0,7 часа, тогда как в контрольной группе пациентов, которым выполнялась операция Милигану-Моргана, средняя продолжительность задержки мочи составила 6,4±0,8 часа. Необходимость в обезболивании пациентов наркотическими анальгетиками в основной группе либо отсутствовала, либо требовалось обезбоживание не более 2 раз в день операции, тогда как в контрольной группе требовалось обезбоживание наркотическими анальгетиками до 3 раз в день операции.

Через 1 месяц, 3 месяца и 6 месяцев после операции проводилась оценка качества жизни по методике «SF-36 HEALTH STATUS SURVEY», при которой оценивалось 8 параметров качества жизни по балльной системе от 0 до 100, где 0 – это плохое качество жизни, а 100 – хорошее качество жизни. В основной группе пациентов средний балл составил 54,5±4,7, а в контрольной группе – 47,5±5,4.

В ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде осложнений и рецидива заболевания не наблюдалось.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При методе открытой циркулярной дезартеризации геморроидальных узлов, в отличие от традиционного метода хирургического лечения по Милигану-Моргану, отмечен менее выраженный болевой синдром, либо его отсутствие. Отсутствие или слабо выраженный болевой синдром объясняли отсутствием раневой поверхности в области анального канала. Наблюдали меньший койко-день, и раннюю реабилитацию. Ни у одного пациента в отдаленных сроках не отмечено рецидива заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Способ открытой циркулярной дезартеризации геморроидальных узлов применим в лечении хронического геморроя, является радикальным методом и требует дальнейшего изучения.

ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ РЕЦИДИВНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Помазкин В.И.

Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург, Россия

Лечение сложных экстрасфинктерных параректальных свищей остается актуальной проблемой, что связано, с одной стороны, с требованием радикальности операции, с другой – с необходимостью сохранения целостности сфинктерного аппарата анального канала. Для этого получили широкое распространение различные методики иссечения свища с мобилизацией и перемещением к краю анального канала лоскута слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки. К сожалению, рецидивы формирования свищей, особенно при «высоких» их формах, возникают достаточно часто, достигая уровня 30%. При попытке лечения рецидивных свищей после ранее выполненных неудачных оперативных вмешательств возникает техническое затруднение, связанные с развитием выраженных рубцовых изменений в стенке кишки, затрудняющие ее сепарацию, мобилизацию и перемещение к краю анального канала. Целью нашего исследования являлась оценка результатов лечения рецидивных экстрасфинктерных параректальных свищей с ликвидацией внутреннего отверстия свища с помощью комбинации низведения слизисто-мышечной оболочки прямой кишки и перемещения в анальный канал анокутанного островкового лоскута на питающей ножке из подкожной клетчатки.

В исследование были включены результаты лечения 34 больных. Средний возраст пациентов составил 37,5 года. Мужчин было 29, женщин – 5. У 29 пациентов свищи были криптоглангулярного происхождения, у 5 этиологической причиной свища являлась болезнь Крона с поражением анального канала. По локализации внутреннего отверстия у 27 больных свищи были задние, у 7 пациентов – передние. Ранее все пациенты перенесли от 1 до 5 попыток иссечения параректального свища. Как правило, в зоне внутреннего отверстия параректального свища были грубые рубцовые изменения слизистой, плотно спаянной с подслизистым и мышечными слоями. У 8 пациентов имелась I степень анальной инконтиненции вследствие рубцовых изменений внутреннего анального сфинктера. Пациенты с болезнью Крона были отобраны для оперативного лечения при отсутствии выраженных воспалительных изменений перианальной кожи, независимо от состояния слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки, при сохранении целостности мышечных структур анальных сфинктеров.

Операции выполнялись в положении каммессечения под спинномозговую анестезию. Свищевой ход с наружным отверстием в виде цилиндра иссекали до стенки прямой кишки. При этом сохранялась целостность перианальной кожи и подкожной клетчатки в области планируемого для перемещения анокутанного лоскута. Участок алодермы и слизистой оболочки, окружающие внутреннее отверстие свища иссекали в виде площадки. Внутреннее отверстие свища ушивали отдельными швами. При возможности мобилизовали в проксимальном направлении слизисто-мышечный лоскут для последующего его низведения ниже уровня внутреннего отверстия свища. Из кожи перианальной области выкраивали островковый лоскут на питающей ножке из подкожной клетчатки, с полным отделением от окружающей кожи, имеющий форму равнобедренного треугольника, основание которого включало край раны анального канала. Кожный лоскут смещали в анальный канал, а слизисто-мышечный лоскут низвели книзу, сшивая лоскуты между собой, перекрывая ушитое внутреннее отверстие свища. Анокутанный лоскут после перемещения фиксировали к окружающей перианальной коже. Рану после иссечения наружного отверстия параректального свища оставляли открытой для дренирования.

Поверхностное воспаление ран перианальной области было отмечено у 9(26,5%) пациентов. Первичное заживление раны в месте фиксации кожного и слизисто-мышечного лоскутов было достигнуто у 30(88,2%) больных. Рецидив свища был отмечен у 2(5,9%) пациентов, один из которых был с болезнью Крона. При функциональной оценке в отдаленный период каких-либо нарушений чувствительности тканей анального канала не отмечал ни один из больных. У пациентов с предоперационной анальной инконтиненцией I степени, отмечалось значительное улучшение, с уменьшением среднего значения показателя шкалы оценки тяжести инконтиненции Wexner с 3,9 до 2,1 баллов.

Таким образом, использование комбинации низведения лоскута слизисто-мышечной оболочки прямой кишки и перемещения в анальный канал анокутанного островкового лоскута на питающей ножке из подкожной клетчатки для ликвидации внутреннего отверстия экстрасфинктерных рецидивных параректальных свищей позволяет получить приемлемые результаты их лечения, при сохранении полноценной функции анального сфинктера.

РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕМОРОИДОПЕКСИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Помазкин В.И.

Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург, Россия

Сочетание параректальных свищей с выраженным хроническим геморроем является достаточно частым. Дилеммой в данной ситуации является выбор оптимального метода оперативного лечения. Выполнение

одномоментной операции иссечения параректального свища и геморроидэктомии приводит к выраженному болевому синдрому после операции, несет в себе повышенный риск формирования рецидива свища при высокой его форме, требующей тот или иной вид пластического закрытия внутреннего свищевого отверстия. Попытка расчленять оперативное вмешательство на два этапа, при котором на первом этапе производится операция с устранением параректального свища и геморроидэктомии, на втором приводит к риску обострения геморроя в раннем послеоперационном периоде, вызывающее необходимость иногда достаточно упорного лечения и повторной операции в дальнейшем. В последнее время получили распространение малоинвазивные методики лечения хронического геморроя. Одним из перспективных из них является лигирование геморроидальных артерий под ультразвуковым контролем в сочетании с геморроидопексией. Несомненным недостатком этого метода лечения является использование относительно дорогостоящего оборудования. Существует предложение о выполнении этой методики непосредственно под визуальным контролем при операции, основанное на факте относительно постоянного анатомического расположения геморроидальных сосудов.

ЦЕЛЬЮ нашей работы являлась оценка непосредственных результатов лечения параректальных свищей с сопутствующим хроническим геморроем, при котором использовался такой вариант геморроидопексии. В ретроспективное лечение включено 24 пациента. У 15 были трансфинктерные параректальные свищи, у 10 – экстрасфинктерные. У всех больных было сочетание с хроническим геморроем, имевшем клинические проявления. 15 пациентов имели вторую стадию заболевания, 9 – третью. Средний возраст пациентов составил 34,5 года. Операции выполнялись под спинномозговой анестезией. После иссечения свища и пластики внутреннего его отверстия низведенным полнослойным лоскутом слизистой производили вмешательство последовательно на увеличенных геморроидальных узлах. Основание узла у верхнего его полюса прошивали в проекции расположения геморроидальной артерии глубоким Z-образным швом с захватом мышечной оболочки. Затем производили геморроидопексию наложением непрерывного обвивного шва на узел с захватом геморроидальной ткани, слизистой оболочки, подслизистого слоя, и, частично, внутреннего сфинктера, не выходя за пределы зубчатой линии. При этом низведенный лоскут слизистой в месте закрытия внутреннего отверстия свища оставался интактным. Время оперативного вмешательства, в среднем, удлинялось на 14 минут. При оценке болевого синдрома отмечена несколько большая степень его выраженности при оценке по 10-балльной визуально-аналоговой шкале в 1,3,5 дни после операции по сравнению с пациентами с группой больных с аналогичным иссечением параректального свища. Однако разница в оценке не превышала 1,3 балла. Среднее количество потребленных анальгетиков существенно не отличалось. Случаев послеоперационных кровотечений, тромбозов наружных геморроидальных узлов не было. При оценке в сроки от 3 до 12 месяцев зафиксировано 2 случая рецидива свища, потребовавшее повторного оперативного лечения. Вероятной причиной рецидивов являлось значительное натяжение при фиксации низводимого лоскута слизистой, с последующей несостоятельностью фиксирующих его швов.

Появление симптомов хронического геморроя в виде анального дискомфорта, зуда, периодических выделений крови в небольшом количестве при дефекации, что рассматривалось, как рецидив геморроя, произошло у 4 пациентов. Тем не менее, выраженность их была значительно меньше, чем до операции. При объективном осмотре сужений, деформаций анального канала или нарушение его функции не было отмечено ни у кого из больных. У 8 пациентов отмечались запустевшие наружные геморроидальные узлы в виде анальных бахромок. У 1 пациента с рецидивом геморроя произведено дополнительное лигирование внутренних геморроидальных узлов. Повторное оперативное лечение по поводу геморроя не потребовалось никому из пациентов.

Таким образом, хирургическое лечение параректальных свищей в сочетании с хроническим геморроем, включающее одномоментное вмешательство с иссечением свища и геморроидопексией под визуальным контролем позволяет добиться приемлемых результатов, не усложняя значительно операцию, позволяет избежать специфических осложнений геморроидэктомии. Хотя, как метод лечения хронического геморроя лигирование геморроидальных артерий в сочетании с геморроидопексией требует продолжений исследований на более обширном материале.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ПЛАСТИКИ ПО ЛИМБЕРГУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Помазкин В.И.

Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург, Россия

Эпителиальный копчиковый ход является частым заболеванием в молодом, трудоспособном возрасте. Для лечения этого заболевания предложено большое количество вариантов оперативного лечения. Спорным вопросом остается метод завершения операции. Безусловные преимущества имеют методы лечения, связанные с иссечением патологически измененных тканей и восстановлением целостности кожного покрова, обеспечивающие раннее возвращение пациентов к привычной деятельности. Однако если при удалении простого свищевого хода может быть эффективным простое ушивание раны, то при сложном расположении свищевых ходов, их разветвленной структуре, наличии рубцовых и воспалительно-инфильтративных изменений в окружающих тканях при

их радикальное иссечение образуются достаточно большие раневые дефекты, ушить которые простым сведением краев ран невозможно. В этом случае раны могут быть оставлены полностью или частично открытыми, с длительным вторичным их заживлением, либо закрываться с пластическим перемещением кожи, что, на наш взгляд, более предпочтительно. Кроме того, на выбор метода операции влияют и неблагоприятные анатомические особенности в виде высокого стояния ягодиц и узкой глубокой межягодичной складки, значительно ухудшающие не только качество заживления ран, но и приводящие к увеличению числа рецидивов заболевания.

Нами ранее была предложена классификация эпителиальных копчиковых ходов по степени сложности, с учетом распространенности свищей и анатомических особенностей крестцово-копчиковой области. Целью настоящего исследования являлась оценка результатов модифицированного пластического замещения образуемого раневого дефекта по Лимбергу. В исследование включено 36 пациентов. Мужчин было 34, женщин – 2. Средний возраст больных составил 41,6 лет. Все пациенты имели III степень сложности копчикового хода по нашей классификации, что соответствовало распространенности свищей за пределами внутреннего ската ягодиц, наличии выраженных рубцов, инфильтратов в окружности свищевых ходов. У 29 пациентов заболевание расценивалось как рецидив болезни. Ранее им были предприняты неудачные попытки иссечения копчикового хода. Средний индекс массы тела пациентов составил 27,8 кг/м².

Все операции выполнялись в плановом порядке в отсутствии острых нагноительных процессов в зоне оперативного воздействия, в положении по Депажу, под спинномозговой анестезией. После радикального иссечения всех свищей, их наружных отверстий, воспалительных инфильтратов, полостей и рубцово-измененной клетчатки ране придавали ромбовидную форму. При этом самая нижняя точка «ромба» была смещена ассиметрично от срединной линии дна межягодичной складки. В соседней ягодичной области выкраивали соответствующий размеру дефекта ромбовидный лоскут, как описано в литературе. Лоскут был полнослойный, включал всю подкожно-жировую клетчатку, отделяемую от подлежащей фасции. Степень мобилизации лоскута определялась его свободным перемещением на раневую дефект без натяжения.

Особенностью операции являлось округление вершин ромбовидного лоскута для уменьшения опасности краевого некроза кожи. Второй особенностью являлось подшивание лоскута субкутикулярными швами за подкожную клетчатку к самой глубокой части раневого дефекта, а именно к дну межягодичной складки для хорошей фиксации и отсутствию возможности скопления в этой зоне раневого секрета, ухудшающего условия заживления. Третьей особенностью являлось смещение самой нижней точки ушиваемой раны нижней грани ромбовидного лоскута от дна межягодичной складки, что улучшало условия заживления этой самой «критической» зоны, в которой обычно и происходит формирование рецидивного свища. Подлоскутное пространство дополнительно дренировалось активным дренажом для аспирации раневого отделяемого, что способствовало более качественному заживлению раны.

Неосложненное течение раннего послеоперационного периода с заживлением раны первичным натяжением было достигнуто у 34(94,4%) пациентов. У 1 больного возникло ограниченное нагноение раны, потребовавшее частичного разведения ее краев. Еще у 1 пациента возник краевой некроз одной из «вершин» ромбовидного лоскута, с заживлением раны частично вторичным заживлением. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 12 до 36 месяцев. Рецидив копчикового хода возник у 2(5,5%) пациентов и носил ограниченный характер, что не вызвало необходимости дальнейших пластических операций после иссечения рецидивного свищевого хода. Все пациенты были удовлетворены косметическим эффектом операции, имели в зоне оперативного вмешательства полноценный кожно-жировой покров, устойчивый к нагрузкам.

Использование модифицированной пластики по Лимбергу при оперативном лечении сложных форм эпителиального копчикового хода имеет приемлемые непосредственные и отдаленные результаты.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ, ДИАГНОСТИКА, ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Попков О.В., Попков С.О.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ.

Повреждения прямой кишки инородными телами обычно наблюдаются в детском возрасте, однако имеют место и среди взрослых. Неотложные ситуации возникают тогда, когда требуется быстрое удаление инородного тела с ликвидацией развившихся осложнений. Инородные тела могут попасть в прямую кишку при травме, внедриться в просвет кишки при медицинских манипуляциях. Иногда инородные тела вводятся в задний проход в результате преступных или психопатических действий. Вследствие чего, проблема оказания неотложной помощи пациентам с инородными телами прямой кишки является актуальной.

ЦЕЛЬ

Изучить методы диагностики, выбор лечебной тактики при инородных телах прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ лечения 56 пациентов с инородными телами прямой кишки в УЗ «3 клиническая больница им. Е.В.Клумова» г. Минска за 2004-2013 гг. Большинство пострадавших обратились за медицинской помощью в течение первых суток.

Мужчин было 42(75%), женщин – 14(25%). Возраст пациентов варьировал от 25 до 70 лет. Удаленные инородные тела представляли собой фрагменты рыбьих и птичьих костей, мигрировавшие через желудочно-кишечный тракт. В остальных случаях имели место следующие обстоятельства попадания инородных тел в прямую кишку: самостоятельное выполнение некоторых медицинских процедур, насильственное их введение посторонними лицами, а также с целью мастурбации. Набор удаленных инородных тел был разнообразен по конфигурации, величине, плотности (пластмассовые клизмённые наконечники, флаконы от дезодоранта, фалонимитаторы, лампы, бутылки, стаканы). Диагностику инородных тел прямой кишки выполняли в следующей последовательности: сбор сведений об обстоятельствах попадания и характеристике инородного тела прямой кишки, пальпация передней брюшной стенки, обзорная рентгенография брюшной полости, пальцевое исследование прямой кишки, ректоскопия, колоноскопия.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Применялись следующие способы для извлечения инородных тел прямой кишки:

- Извлечение инородного тела пальцем из прямой кишки без анестезии – 10.
- Удаление инородного тела через ректоскоп – 5.
- Извлечение инородного тела с помощью пальца или зажимов под наркозом – 31.
- Сфинктеротомия – 3.
- Лапаротомия, низведение инородного тела через анус без вскрытия просвета прямой кишки или путем колономии – 6.
- Лапаротомия, ушивание стенки прямой кишки, превентивная петлевая колостома, в случае повреждения стенки прямой кишки – Положительные стороны «Х» – 1.

На второй день после извлечения инородного тела проводили пальцевое исследование прямой кишки и ректоскопию.

Летальных исходов не было. Средняя длительность лечения в стационаре 3,2 к-дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выбор тактики лечения при инородных телах прямой кишки зависит от размеров, локализации, конфигурации, консистенции инородного тела, состояния окружающих тканей и наличия осложнений, возникших в результате пребывания их в кишке.

СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Попков О.В., Попков С.О.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Кафедра общей хирургии, г. Минск, Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ

Хронический парапроктит (свищ прямой кишки) – хронический воспалительный процесс в анальной крипте, межсфинктерном пространстве и параректальной клетчатке с формированием свищевого хода. Пациенты с этой патологией составляют около 15-25% всех проктологических больных. Наиболее трудными и спорными остаются вопросы лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки, при которых рецидивы составляют 8-16%. В связи с чем, проблема лечения свищей прямой кишки, является актуальной.

ЦЕЛЬ

Оценить результаты хирургического лечения пациентов со свищами прямой кишки в колопроктологическом отделении УЗ «3 ГКБ им. Е.В.Клумова».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В колопроктологическом отделении УЗ «3 ГКБ им. Е.В.Клумова» за 2006-2013 гг. выполнено 1020 операций по поводу свищей прямой кишки: 2006 г. – 97, 2007 г. – 113, 2008 г. – 118, 2009 г. – 118, 2010 г. – 128, 2011 г. – 143, 2012 г. – 155, 2013 г. – 148. Проведен ретроспективный анализ лечения 1020 пациентов. Мужчин – 612(60%). Женщин – 408(40%). Возраст: 20-40 лет – 418(41%), 40-60 лет – 500(49%), 60 и более – 102(10%). Основными методами диагностики при наличии свища прямой кишки являлись: наружный осмотр, пальпация, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки, проба с краской, зондирование хода, ано-, ректороманоскопия, фистулография при высоких свищах. В предоперационном периоде проводили лабораторное, рентгенологическое, эндоскопическое и бактериологическое обследование пациентов. При выборе оперативного вмешательства учитывали: отношение свищевого хода и внутреннего отверстия к сфинктеру; наличие рубцового процесса по ходу свища; наличие инфильтратов и гнойных затеков в параректальной клетчатке.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оперативные вмешательства проводились под сакральной или спинальной анестезией. Выполнено операций по поводу интрасфинктерных свищей – 306(30%). Всем пациентам выполнены операции иссечения параректального свища в просвет прямой кишки по Габриэлю. Операцию мы заканчивали ушиванием дна операционной раны до подслизистого слоя и подкожной клетчатки, что существенно сокращает длительность послеоперационного периода и улучшает функциональные результаты лечения. Нагноения ран, недостаточности анального жома не было, рецидивов – 6 (2%). Трансфинктерных – 520 (51%). Всем пациентам выполнены радикальные операции по устранению свища. При поверхностном расположении свищевого хода по отношению к сфинктеру выполнена операция иссечения свища в просвет прямой кишки с ушиванием раны. При глубоком прободении свищем волокон анального сфинктера применялась сфинктеросохраняющая операция – иссечение параректального свища с пластическим перемещением слизистой

оболочки анального канала. При выраженных рубцовых изменениях в области внутреннего отверстия свища и в случаях его высокого расположения применяли лигатурный метод. Нагноение раны отмечено у 8(1,6%), рецидивы – у 30(5,8%), недостаточность анального жома – у 13(2,5%). Экстрасфинктерных – 194(19%). При экстрасфинктерных параректальных свищах 1-2 степени сложности, коротком и прямолинейном расположении свищевого хода использовалась операция иссечения свищевого хода с пластическим перемещением слизистой оболочки анального канала 59(30,5%). В случаях выявления параректального свища 3-4 степени сложности операция дополнялась дренированием гнойных полостей – 99(51%). У 36 пациентов с неоднократными рецидивами параректальных свищей, выраженными рубцовыми изменениями анального сфинктера и слизистой оболочки прямой кишки выполнено иссечение свища лигатурным методом. Имело место нагноение раны у 8(4%), рецидивы – 13(6,5%), недостаточность анального жома – 4(2,2%). Средняя длительность стационарного лечения составила – 8 дней. Нетрудоспособность – 23 дня.

ВЫВОДЫ

Дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства и послеоперационного лечения пациентов со свищами прямой кишки позволяет сократить сроки лечения и временной нетрудоспособности, количество осложнений и рецидивов.

РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Попов И.В., Завьялова М.Ю., Грушин Ю.В., Карсакпаев К.Р.

Региональный диагностический центр,
ЦКБ МЦ УД Президента Республики
Казахстан, г. Алматы, Казахстан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Хронический воспалительный процесс в анальной крипте, межсфинктерном пространстве и параректальной клетчатке может протекать с формированием свищевого хода. Свищи прямой кишки могут быть посттравматическими, послеоперационными, они встречаются, примерно, у 10 из 100000 человек и известны со времен Гиппократа. Для выбора тактики лечения необходима достоверная информация о локализации свищевого хода, его ответвлениях, местах расположения его выходных отверстий, соотношении со сфинктерами. Традиционные методы инструментальных исследований (зондирование, красящая проба, фистулография, ультразвуковое исследование прямой кишки) не всегда дают исчерпывающий ответ на все вопросы. Для получения достоверной информации о ректальных свищах нами применяется магнитно-резонансная томография (МРТ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами в период с 2011 по 2014 год проведено МРТ исследование анальной области 27 пациентам с хроническим свищем прямой кишки. В этой группе было 19 мужчин и 8 женщины, которым после проведения МРТ было выполнено оперативное вмешательство. Средний возраст пациентов составил 48 лет. Исследования проводились на аппарате Signa Hi-Speed 1.0T (GE, США) с использованием фазированной катушки для всего тела.

Базовый диагностический пакет состоял из набора импульсных последовательностей для получения T1-взвешенных изображений (T1ВИ) и T2-взвешенных изображений (T2ВИ) в аксиальной плоскости, T2ВИ в сагиттальной плоскости и T2ВИ с подавлением сигнала от жировой ткани (T2(FS)) в косо-коронарной плоскости. Планирование томограмм в косо-коронарной плоскости осуществлялось по полученным T2ВИ в сагиттальной плоскости. При этом плоскость томографии устанавливалась параллельно длинной прямой кишки. Угол наклона составлял примерно 45°. По результатам полученных томограмм решался вопрос о расширении диапазона применяемых импульсных последовательностей. Чаще мы использовали дополнительно T2(FS)-взвешенные изображения в аксиальной и/или косо-аксиальной плоскости.

Для систематизации полученных результатов нами применена классификация свищей прямой кишки, разработанная в университетском госпитале Святого Джеймса (St. James University Hospital) в Великобритании. Эта классификация свищей прямой кишки исходит из криптогландулярной теории, которая предполагает, что большинство свищей развивается из абсцессов во внутрисфинктерной зоне. А положение свищевого хода относительно наружного сфинктера крайне важно для выбора хирургической тактики.

I степень – простой межсфинктерный свищ, который пенетрирует внутренний сфинктер и идет в каудальном направлении через межсфинктерное пространство. Свищ может открываться на коже, не имеет вторичного хода через наружный сфинктер.

II степень – межсфинктерный свищ с межсфинктерным абсцессом или вторичным свищевым ходом. Полость абсцесса расположена в межсфинктерном пространстве, ограничена наружным сфинктером. Для абсцесса типична форма «подковы».

III степень – трансфинктерный свищ, который проникает через оба сфинктера в область ишиоректальной или ишиоанальной ямок и открывается на коже. Ассоциируется с вторичным ходом, абсцессом или распространением в краниальном направлении до мышцы, поднимающей задний проход (m. levator ani).

IV степень – чрессфинктерный свищ с формированием абсцесса или хода в ишиоректальную или ишиоанальную ямки.

V степень – над- или транслеваторные абсцессы (по отношению к мышце поднимающей задний проход).



В-ная Д., 45 лет. T2ВИ с подавлением сигнала от жировой ткани в косо-коронарной плоскости. Хорошо визуализируются два свищевых хода в область ишиоанальной ямки (слева ход имеет разветвления).

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам проведенных исследований установлено, что анальный свищ хорошо визуализируется как на T2ВИ, так и на T1ВИ, а также на T2(FS)ВИ. На T2ВИ МР-сигнал от свища был умеренно гиперинтенсивный, на T1ВИ он также чаще имел более высокую интенсивность, чем ткань сфинктера.

Самый простой свищ – межсфинктерный или интрасфинктерный (свищ I степени) выявлен нами у 8 пациентов. Наружное свищевое отверстие чаще всего локализовалось вблизи от ануса, внутреннее располагалось в одной из крипт. Свищи были полными, имелось входное и выходное отверстия. И неполными, когда имелось только входное отверстие. Межсфинктерный свищ II степени выявлен у 5 пациентов и характеризовался тем, что полость абсцесса была расположена в межсфинктерном пространстве и имела форму «подковы». Трансфинктерные свищи прямой кишки III степени встречались чаще у 9 пациентов. Отношение свищевого хода к наружному жому было разным: ход мог идти через подкожную порцию сфинктера, через поверхностную, а также через глубокую порцию. Часто свищи проникали через оба сфинктера в область ишиоректальной или ишиоанальной ямок и открывались на коже. У трех пациентов из этой группы выявлено несколько разветвленных свищевых ходов. Трансфинктерный свищ (IV степень) с формированием абсцесса и хода в ишиоректальную ямку выявлен у 5 пациентов. Свищевой ход огибал наружный сфинктер и распространялся далее в область ишиоректальной ямки, где образовывалось локальное скопление гноя, от которого шел вторичный свищевой ход. Было характерно наличие длинного извилистого хода, обнаруживались гнойные затеки, рубцы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

МРТ превосходит все другие методы визуализации в оценке перинальных свищей. Способность МРТ точно классифицировать перинальные свищи до операции помогает в планировании оперативного вмешательства и обеспечивает его успех. Высокой эффективности МРТ способствует отображение на томограммах четкой анатомической картины, которая хорошо отражает топографию не только органов и тканей, но и позволяет точно локализовать патологический процесс. МРТ оказала большое влияние на выбор тактики оперативного вмешательства, при выполнении которых во всех случаях полностью подтвердились данные, полученные при исследовании. МРТ обеспечивает точное определение локализации, длины и ширины свищевого тракта, его отношение к тазовым органам, а также позволяет выявить вторичные свищи или абсцессы. Таким образом, МРТ можно считать методом выбора при предоперационной визуализации перинальных свищей, который обеспечивает высокую точность, быстрое и неинвазивное получение важной информации, необходимой для составления плана оперативного лечения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОТКРЫТЫХ РАН ПРОМЕЖНОСТИ И КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

Пшеленская А.И., Фролов С.А., Титов А.Ю., Сушков О.И., Ринчинов М.Б.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава
России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на развитие в настоящее время малоинвазивных методов оперативного лечения в колопроктологии, актуальной остается проблема лечения открытых ран промежности и крестцово-копчиковой области. Хроническое воспаление, рубцовые изменения тканей, бактериальное

обсеменение содержимым прямой кишки обуславливает достаточно высокую частоту послеоперационных осложнений, которая, по данным разных авторов, составляет от 5-35%.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов лечения больных с открытыми ранами промежности и крестцово-копчиковой области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 97 пациентов с открытыми ранами промежности и крестцово-копчиковой области, находившиеся на лечении в ГНЦ колопроктологии за период с 2009 по 2012 гг. В послеоперационном периоде 49 пациентам основной группы (32 мужчин и 17 женщин в возрасте $39,2 \pm 14,2$ лет) было проведено комплексное лечение с применением высокочастотной электростимуляции (ЭС). Контрольную группу составили 48 пациентов (30 мужчин и 18 женщин в возрасте $38,9 \pm 12,8$ лет), получавших только стандартное лечение. ЭС проводилась электрохирургическим аппаратом – генератором высокочастотных колебаний ЭХВЧ-250 «КиК Медимастер».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя площадь ран на 2 сутки после операции в основной группе составила $35,1 \pm 16,0$ см², в контрольной – $27,3 \pm 10,9$ см² ($p=0,057$). Средняя скорость заживления раны в основной группе была достоверно выше и составила $0,57 \pm 0,15$ см²/сут., а в контрольной – $0,22 \pm 0,11$ см²/сут. ($p<0,001$). Уменьшение площади раны в основной группе происходило в два раза быстрее и на 30 день составило $55,0 \pm 15,7\%$, в контрольной – $25,7 \pm 11,8\%$ ($p<0,001$). Полное заживление послеоперационных ран в основной группе было зафиксировано на $39,7 \pm 8,11$ сут., а в контрольной на $44,1 \pm 8,88$ сут. ($p=0,013$). В обеих группах возникло по одному осложнению (2,0% и 2,1%, соответственно), в виде нагноения послеоперационной раны ($p=0,998$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение высокочастотной электростимуляции в лечении открытых ран промежности и крестцово-копчиковой области позволяет увеличить среднюю скорость репарации, относительную скорость эпителизации и средний срок заживления послеоперационной раны. Полученные результаты позволяют рекомендовать широкое внедрение этого метода в клиническую практику при ведении открытых ран в колопроктологии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ «Х»-ОБРАЗНОГО ШВА В АНОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Райымбеков О.Р., Жолболдуев Ж.М.

Ошский Государственный университет, медицинский факультет, кафедра «Общая хирургия», г. Ош, Кыргызстан

В статье описана техника наложения и положительные стороны «Х»-образного шва в проктологии на опыте работы проктологического отделения Ошской городской клинической больницы Кыргызской Республики с 1997 г.

АКТУАЛЬНОСТЬ

При рассечении параректальных свищей особое место отводится восстановлению целостности мышц анального жома, от которого зависит дальнейшая функция анального жома. В этом случае возможности «Х»-образного шва более выражены, чем узловых швов.

ЦЕЛЬ

Оценить результаты клинического применения «Х»-образного шва в аноректальной хирургии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Изучены результаты лечения 161 больного с хроническим параректальным свищем и острым парапроктитом, находившихся на лечении в период 2011 по 2013 гг. в отделении проктологии Ошской городской клинической больницы.

МЕТОДЫ

Методика применения «Х»-образного шва в аноректальной хирургии (рационализаторское предложение № 685, КГМА, от 09.12.1996 г.) заключается в следующем (Рис. 1).

Вкол иглой производится на стороне, отходя от края раны на 0,5 см, при этом игла направляется на противоположную сторону косо под углом 45°. Выкол с противоположной стороны отходя на 0,5 см от края раны. Симметрично к выколу с противоположной стороны делается вкол, и игла направляется в противоположную сторону опять же косо

под углом 45° и производится выкол, отходя от края раны на 0,5 см. При этом в глубине раны нити перекрещиваются, повторяя букву «Х». Узел завязывается и, таким образом, одновременно образуется 2 стежка.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С применением «Х»-образного шва произведена операция рассечения параректального свища с экстра- и интрасфинктерными свищевыми ходами 139 больными.

Операция проводилась под сакральной анестезией. После определения свищевого хода с красителем, произведено рассечение свищевого хода по ходу зонда. Дно раны анального канала вместе с рассеченными волокнами мышц анального жома ушито «Х»-образными швами викрилом, промежностная часть раны оставляется открытой. Больные после операции получали однократно наркотические обезболивающие, в дальнейшем боли купировались ненаркотическими обезболивающими. В некоторых случаях рефлекторная задержка мочеиспускания разрешалась внутривенными инъекциями спазмолитиков. После операции самостоятельный стул вызван на 5-6 сутки с помощью вазелинового масла. Больные выписывались домой на 9 сутки с заживлением ран анального канала.

Анализ эффективности проведенных операций показал хорошие результаты, в ходе наблюдения за больными в послеоперационном периоде, рецидивов параректальных свищей и недостаточности функции анального жома не наблюдалось.

По поводу острого ишиоректального и ретроанального парапроктитов, 22 больным произведено радикальное вскрытие острого парапроктита с ликвидацией внутреннего отверстия гнойного хода с установлением проточно-промывной системы в промежностную рану. При этом рана анального канала и промежности ушивались «Х»-образными швами наглухо с викрилом. Выраженная герметичность данного шва предотвращает подтекание промывных растворов между швами ран. В основном, больные выписывались домой с первичным заживлением промежностной раны на 8-9 сутки. В послеоперационном периоде у 3 (13%) больных края промежностной раны частично разошлись, в связи с этим трубки проточно-промывной системы были удалены, рана лечилась открытым способом. Наблюдение за этими больными в течении 2 лет показало, что у 2 (9%) больных отмечены осложнения: у одного больного образовался параректальный свищ, у другого развился рецидив парапроктита.

ВЫВОД

Положительные стороны «Х»-образного шва:

– Создает требуемую герметичность ран, и «плиящие» свойства шва минимизированы, одновременно образуется 2 стежка, это экономит расход шовного материала.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Райымбеков О.Р., Исмаилов Н.Н.

Ошский Государственный Университет, медицинский факультет, кафедра «Общей хирургии», г. Ош, Кыргызстан

ЦЕЛЬЮ данной работы стало изучение взаимосвязи геморроя с парапроктитом и изучение эффективности симультанных операций при сочетанных заболеваниях аноректальной области. По литературным данным, геморрой предшествует образованию острого парапроктита, в среднем, в 30,7% случаях, а по нашим данным, данное сочетание болезней встречалось в 26,8% случаях, а при параректальных свищах – в 66,6% случаях. Учитывая, частоту сочетания двух болезней, мы решили одновременно произвести две операции (иссечение параректального свища с геморроидэктомией) и добились хороших результатов.

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным многих авторов, удельный вес больных с сочетанными заболеваниями аноректальной области составляет 20-30%, и при этом отмечается тенденция к их росту [2,5]. Причем, 70-90% из них составляют лица трудоспособного возраста. Более того, мужчины заболевают в 2-3 раза чаще, чем женщины.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе хирургического отделения №2 Ошской городской больницы с 2011 года по 2013 год произведены 52 симультанных операций при сочетанных заболеваниях аноректальной области.

Параректальные свищи после определения свищевого хода рассекались

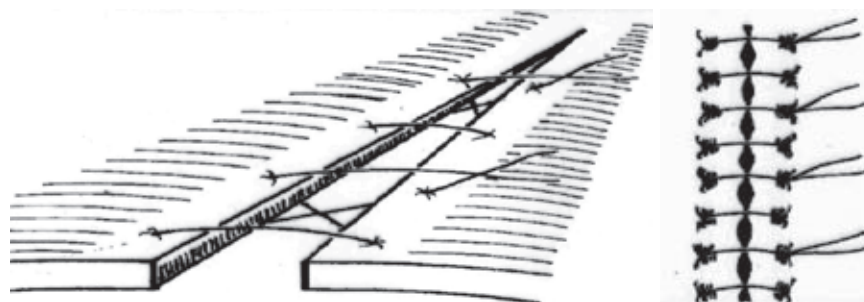


Рисунок 1. «Х»-образный шов

по ходу зонда, стенки свища иссекались и на дно раны вместе с рассеченной частью волокон наружного сфинктера заднего прохода накладывали «X»-образные швы с вкручком. Промежностная часть раны оставалась открытой. Геморройдэктомия выполнена по методу Миллигана-Моргана с 2-модификацией операции по НИИ проктологии России, с восстановлением раны слизистой оболочки анального канала «X»-образными кетгутowymi швами. Из них мужчины – 48(92,3%), женщины – 4(7,7%), возраст больных до 75% – до 40 лет, 17,3% были до 50 лет, 7,7% были старше 50 лет. Параректальные свищи с трансфинктерным ходом у 23(44,2%), экстрасфинктерным ходом – у 26(50%) больных, у 3(5,8%) больных внутренние отверстия свищевого хода не найдены.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Эти больные после операции в стационаре находились, в среднем, 13,0 койко-дней. Самое главное, больные выписывались с закрытой промежностной раной. У этих больных в ходе наблюдения от 6 месяцев до 2 лет, рецидивы болезни наблюдались у 1(2%) больной, а слабости анального жома наблюдались у 2(3,8%) больных. Слабость анального жома проявлялась в виде недержания газов.

ВЫВОДЫ

Больные при симультанных операциях одновременно избегают от двух взаимосвязанных заболеваний за одну госпитализацию, самое главное, от источника различных воспалительных заболеваний аноректальной области – от геморроя.

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ РЕКТОЦЕЛЕ

Соловьев А.О., Воробьев А.А., Соловьев О.Л., Соловьева Г.А.

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет,
ЗАО МНПО «Клиника «Движение», г. Волгоград, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема опущения и выпадения внутренних половых органов сохраняет свою актуальность на протяжении многих лет. Это объясняется увеличением выявляемости заболевания среди женщин не только постменопаузального, но и репродуктивного возраста, высоким процентом рецидивов после хирургической коррекции пролапса гениталий. Ректоцеле этиологически и патогенетически связано с опущением тазовых органов и является проявлением дисфункции тазового дна. Гинекологи определяют ректоцеле как опущение и выпадение задней стенки влагалища, а проктологи – как дивертикулообразное выпячивание передней стенки прямой кишки в сторону влагалища, а также в сторону аноректальной связи.

По данным разных авторов, распространенность ректоцеле значительно колеблется. Среди всех проктологических заболеваний эта патология диагностируется лишь у 3-7% больных. III степень отличается выбуханием задней стенки влагалища за пределы половой щели, определяющимся в покое, но особенно выраженным при повышении внутрибрюшного давления. Пациентки отмечают частые позывы на дефекацию, чувство неполного опорожнения прямой кишки. В заключительной стадии, когда при пальцевом исследовании определяется выпячивание передней стенки прямой кишки за пределы влагалища, заболевание может осложниться недостаточностью анального жома и сопровождаться выпадением и опущением матки, а также цистоцеле.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить особенности оперативного лечения женщин, имеющих III стадию ректоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование топографии промежности выполнялось при проведении обследования и оперативного лечения по поводу ректоцеле и недостаточности мышц тазового дна на базе ЗАО МНПО «Клиника «Движение», г. Волгоград у 186 женщин в возрасте от 24 до 59 лет (средний возраст – 42,3 года).

Среди них было только 3 пациентки, имеющие III стадию ректоцеле в сочетании с опущением внутренних половых органов и цистоцеле. Нами применялась оригинальная методика передней сфинктеролеваторопластики с помощью одного шва, накладываемого в перенормальном направлении и разных плоскостях. Данная методика является недостаточной для коррекции осложненных форм ректоцеле, поэтому во время хирургического вмешательства у всех 3 пациенток выполнялась резекция передней стенки влагалища двумя дугообразными разрезами в продольном направлении, с последующим ушиванием слизистой отдельными узловыми швами с целью коррекции сопутствующего цистоцеле. Также в 2 случаях нами выполнялась симультантная операция – сакроспинальная фиксация шейки матки из продольного доступа в верхней трети влагалища. Все оперативные вмешательства выполнялись под эндотрахеальным наркозом. Сфинктеролеваторопластика выполнялась как завершающий этап операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При оперативном лечении третьей стадии ректоцеле имеются следующие особенности:

1. Необходимость выполнения оперативного лечения под общим наркозом или спинномозговой анестезией;
2. В предоперационном периоде кроме общеклинического обследования необходимо назначение консультации гинеколога с выполнением УЗИ малого таза. Наличие цистоцеле сопровождается жалобами больных на частое мочеиспускание, поэтому с целью дифференциальной диагностики с заболеваниями мочевыделительной системы, необходима консультация уролога;

3. Очень часто III стадия ректоцеле сочетается с цистоцеле, что требует симультантной коррекции передней стенки влагалища. При осложненных формах ректоцеле недостаточно применения только передней сфинктеролеваторопластики. Необходимо сочетать данную методику с одновременной коррекцией выпадения внутренних половых органов;

4. В отдаленном послеоперационном периоде всем пациенткам назначался курс экстракорпоральной магнитной стимуляции на кресле NeoControl с целью улучшения функционального результата.

Нами пролечено 3 больных с 3-й стадией ректоцеле. Все выполненные нами вмешательства при осложненных формах ректоцеле имели хорошие результаты. Максимальный период наблюдения составил 5 лет. Рецидивов выявлено не было.

ВЫВОДЫ

Оперативное лечение тяжелых форм ректоцеле следует проводить с учетом разработанного нами алгоритма ведения больных с данной патологией.

При грамотном учете всех особенностей оперативного лечения ректоцеле 3 степени возможно достичь хороших результатов.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО СПОСОБА СФИНКТЕРОЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ

Соловьев А.О., Соловьев О.Л., Воробьев А.А., Литвина Е.В.

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии,
ЗАО МНПО «Клиника «Движение», г. Волгоград, Россия

ВВЕДЕНИЕ

Количество обращений пациентов с заболеваниями органов малого таза увеличивается из года в год. Выделяется группа заболеваний и патологических состояний промежности, основным этиологическим фактором которых служат травматические роды. К ним относятся разрывы промежности, послеродовая недостаточность анального сфинктера, ректоцеле. Эти заболевания проявляются в результате нарушений анатомической целостности и взаимоотношения структур тазового дна.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дать топографо-анатомическую характеристику промежности при ректоцеле для использования этих данных при разработке оригинального способа оперативной коррекции данной патологии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Топографическая анатомия промежности при ректоцеле изучалась на трупах – 5 аутопсий у женщин – средний возраст 59 лет с признаками наличия ректоцеле. Прижизненные исследования топографии промежности выполнялись при проведении обследования и оперативного лечения по поводу ректоцеле и недостаточности мышц тазового дна у 186 женщин в возрасте от 24 до 59 лет (средний возраст – 42,3 года).

Учитывая отсутствие в литературе специального метода аутопсийного исследования промежности при ректоцеле, нами была предложена оригинальная методика получения топографо-анатомических данных, заключающаяся в послыном выкраивании треугольного лоскута с основанием по линии, соединяющей седалищные бугры и вершиной, обращенной к задней стенке влагалища, после чего осуществлялась препаровка анатомических образований тазового дна.

Для получения данных операционной находки нами использовалось несколько доступов, однако впоследствии мы пришли к выводу, что целесообразнее использовать доступ через заднюю стенку влагалища с выкраиванием треугольного лоскута, как дающий максимальный обзор этой области и возможность симметричного восстановления раны. В качестве неинвазивного вспомогательного метода исследования промежности использовалось УЗИ (Medison, Sonoace XG), дающее некоторые данные о предоперационном состоянии промежности, касающиеся, в основном, размеров грыжевого мешка.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При проведении обследования и оперативного лечения по поводу ректоцеле установлено, что все женщины имели в анамнезе роды.

При внешнем осмотре определялись рубцовые изменения по задней стенке влагалища, свидетельствующие о родовой травме, а также истончение ректовагинальной перегородки, смещение ануса к копчику, удлинение и зияние половой щели, уменьшение расстояния между анусом и преддверием влагалища, выпячивание слизистой задней стенки влагалища в половую щель, увеличивающееся при натуживании.

При выполнении доступа к m. levatori ani с выкраиванием треугольного лоскута по задней стенке влагалища определено, что крупные сосуды в этой области отсутствуют. Кровоснабжение осуществляется мышечными ветвями a. pudenda interna, a. perinealis, a. rectalis inferior. Кровотечение из них легко останавливается посредством диатермокоагуляции. В последующем лоскут иссекался, иссекались рубцовые ткани, слизистая оболочка отслаивалась, для того чтобы тупым способом выделить леваторы.

Условный угол между плоскостями m. levatori ani и плоскостью сфинктера заднего прохода уменьшался до 130-160 градусов, (в норме 170-180 градусов). Уменьшение угла находилось в прямой зависимости от степени пролабирования стенки прямой кишки.

У женщин с ректоцеле наблюдалось расхождение m. levatori ani от 4 до 6 см. Подобное расхождение обусловлено, с нашей точки зрения, повреждением corpus perineale.

У живых лиц изолированный разрыв corpus perineale, приводящий к расхождению леваторов к стенкам таза без нарушения целостности

самих мышц, наблюдался у 134 женщин (72,0% от общего числа пациентов). У этих пациенток определялись следующие изменения тазового дна: высота сухожильного центра составляла, в среднем, 0,49 см (0,2-0,9 см), толщина мышечных пучков – 1,1 (0,4-1,4 см), расхождение леваторов – 2,8 (1,2-5,9 см). В 49 случаях (26,3% от общего числа пациентов) повреждение *corpus perineale* сопровождалось частичным разрывом аноскопической мышцы.

ВЫВОДЫ

Топография промежности при ректоцеле имеет свои характерные особенности, отличающиеся от анатомии промежности здорового человека следующими изменениями: истончением ректовагинальной перегородки, смещением ануса к копчику, удлинением и зиянием половой щели, уменьшением расстояния между анусом и преддверием влагалища, выпячиванием слизистой задней стенки влагалища в половую щель, увеличивающимся при натуживании, разрывом *corpus perineale*, расхождением *m. levatorii ani*, непосредственным прилеганием передней стенки прямой кишки к *m. levatorii ani*.

Представление об изменениях промежности при ректоцеле позволяет нам обосновать наиболее рациональные методы ее оперативной коррекции.

Учитывая полное совпадение данных эхографии с данными операционной находки при ректоцеле, считаем это исследование обоснованным на дооперационном этапе лечения данной патологии.

ОРИГИНАЛЬНАЯ МЕТОДИКА СФИНКТЕРОЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ

Соловьев А.О., Соловьев О.Л., Воробьев А.А., Соловьева И.О.

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет, ЗАО МНПО «Клиника «Движение», г. Волгоград, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время существует множество способов хирургической коррекции недостаточности мышц тазового дна, ректоцеле, ректовагинальных свищей. Несмотря на обилие методик, сохраняется высокий процент (около 60%), неудовлетворительных результатов. В первую очередь это объясняется стремлением к надежному ушиванию тканей, что приводит к анемии, некрозу и неудовлетворительному результату.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Разработать и внедрить оперативное вмешательство (оригинальный способ сфинктеролевавторопластики) для лечения ректоцеле на основе данных по анатомическим взаимоотношениям мышц промежности у женщин, страдающих данной патологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа проводилась на основании анализа результатов обследования и лечения женщин, страдающих ректоцеле, проведенного на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ВолГМУ в период 2011-2014 гг. Было отобрано 60 пациенток, страдающих ректоцеле, которым был применен новый способ сфинктеролевавторопластики. Был проведен ретроспективный и проспективный анализ историй болезни. Оценка топографоанатомических особенностей промежности при ректоцеле и разработка нового способа сфинктеролевавторопластики проводилась на базе кафедры судебной медицины ВолГМУ. Было выполнено 5 аутопсий.

Оригинальный способ сфинктеролевавторопластики включает восстановление анатомических структур промежности, с предварительным разъединением тканей промежности разрезом и последующем их сшивании, при этом разрез выполняют в виде треугольника с основанием на промежности и вершиной во влагалище, выше избытка слизистой задней стенки влагалища, а восстановление анатомических структур промежности осуществляют одним швом, состоящим из последовательных вколов и выколов с переменным их направлением, и с последующей их затяжкой, начиная вкол иглы в один угол у основания треугольника, охватывая поврежденную переднюю порцию сфинктера, проходя через ткани промежности и выходя в средней части основания треугольника, второй вкол выполняют во фронтальной плоскости, в средней части стороны треугольника, с обходом одного леватора с фасциями, захватом мышечного слоя передней стенки прямой кишки, выходя в вершине треугольника, третий вкол выполняют в вершине треугольника, обходя другой леватор с фасциями и выходя в средней части противоположной стороны треугольника, и четвертый вкол выполняют в средней части основания треугольника, захватывая поврежденные структуры передней порции сфинктера и выходя в другой угол у основания треугольника. Шов выполняют двоякой проленовой нитью.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При измерении давления во влагалище аппаратом «Peritron» функциональный результат зафиксирован сразу после операции. В послеоперационном периоде результат не ухудшается, а показатель давления даже увеличивается. В 3 случаях отмечено нагноение послеоперационной гематомы, которое купировано путем дренирования и обработки антисептиками с УЗ в течение 2-3 дней.

При этом швы на мышцах не снимались. Наступило заживление ран в течение 2-х недель, функциональные результаты хорошие. У всех женщин ликвидировано ректоцеле и недостаточность сфинктера. Через 3 месяца, при необходимости, восстановлена половая жизнь. Диспареуния не наблюдалась. Умеренный болевой синдром наблюдался в 18% случаев в течение 6 месяцев, затем купировался.

По данным литературы, частота нагноений послеоперационной раны при традиционной сфинктеролевавторопластике составляет 15-30%. При

нашей модифицированной технике этот показатель составил 5,0%. Также, по данным литературы, при выполнении традиционной сфинктеролевавторопластики рецидивы заболевания происходят в 8,8% случаев, тогда как при выполнении передней сфинктеролевавторопластики с помощью одного шва в нашей практике рецидивы заболевания не наблюдались.

ВЫВОДЫ

- 1) Внедрение данной техники может способствовать внедрению сфинктеролевавторопластики, как основного метода лечения недостаточности мышц тазового дна.
- 2) При наложении одного шва на мышцы промежности сохраняется кровообращение в послеоперационной ране.
- 3) Данная техника не подразумевает контакта с полостью прямой кишки и исключает инфицирование раны.
- 4) Восстанавливается анатомия половых путей, что улучшает физиологию половых отношений.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ СФИНКТЕРОЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ

Соловьев О.Л., Соловьев А.О., Воробьев А.А., Соловьева Г.А.

ЗАО МНПО «Клиника «Движение», ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема недостаточности мышц тазового дна у женщин остается актуальной. Разрыв промежности – одно из наиболее частых осложнений родов: частота от 7 до 15% всех родов, у первородящих в 2-3 раза чаще, чем у повторнородящих. Предложено более 500 способов хирургического лечения ректоцеле, однако сравнительной характеристики этих методов нам не встретилось. Оперативные методы коррекции также можно разделить на несколько больших групп: 1) пластика местными тканями; 2) пластика с использованием отдаленных тканей на питающей ножке (мышцы бедра); 3) пластика аллотрансплантатами; 4) эндоректальная хирургия. Методы, относящиеся к первой группе, используются наиболее часто. Обладая более чем 25-летним опытом лечения данной патологии, мы имели возможность провести сравнительный анализ, используя в качестве сравнения оперативное вмешательство, ранее использованное нами у 113 больных (передняя сфинктеролевавторопластика с раздельным многослойным ушиванием дефекта узловыми швами) и разработанную нами оригинальную методику сфинктеролевавторопластики с помощью одного шва (186 больных).

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

По результатам собственных исследований провести сравнительный анализ методов сфинктеропластики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Сравнение проведено у 299 женщин по следующим критериям: время операции, доступность зоны операции, необходимость наркоза, шовный материал, вариант сшивания мышц тазового дна, продолжительность послеоперационного периода, варианты заживления раны, наличие лигатурных свищей, функция сфинктера, рецидивы заболевания.

При выполнении передней сфинктеролевавторопластики с раздельным многослойным ушиванием дефекта узловыми швами время операции, в среднем, составило 1,5-2 часа, разрез выполнялся продольно по задней стенке влагалища, что не обеспечивало достаточного обзора операционного поля. Выполнение данной методики требует использование общего наркоза или спинномозговой анестезии. Проводится раздельное ушивание леваторов и сфинктера с большим количеством закрытых полостей. Также при послыном ушивании мышц используется большое количество шовного материала, что приводило к частым нагноениям послеоперационной раны, неудовлетворительным результатам коррекции и рецидивам (8,8%). Применение большого количества шовного материала увеличивает вероятность возникновения лигатурных свищей (в нашем опыте 0,9%). Функция мышц тазового дна незначительно улучшалась по результатам сфинктерометрии анальным и вагинальным датчиками. Через 5 месяцев после операции определялся грубый, иногда болезненный рубцовый тяж в зоне оперативного вмешательства. Послеоперационный период (период нетрудоспособности) составил 21±5 дней.

При выполнении модифицированной оригинальной методики передней сфинктеролевавторопластики время операции составило, в среднем, 0,5 часа, операция выполнялась под местной или проводниковой анестезией. Доступ выполнялся в виде треугольного лоскута, с вершиной выше избытка слизистой и основанием на промежности, что обеспечивало хороший обзор. Кроме леваторов в шов вовлекается наружный сфинктер. Методика выполняется одним швом с использованием двойной проленовой нити. Случаи нагноения встречались в 3 раза реже. Рецидивы заболевания за 5 лет не было отмечено. Лигатурные свищи не образовывались. Функция мышц тазового дна значительно улучшалась по результатам сфинктерометрии анальным и вагинальным датчиками. Через 5 мес. после операции рубец практически не определялся. Послеоперационный период (период нетрудоспособности) составил 14±5 дней.

ВЫВОДЫ

Учитывая выявленные в результате сравнительного анализа преимущества разработанной методики, считаем целесообразным ее широкое применение.

Мы связываем преимущества разработанной методики сфинктеролевавторопластики с ее анатомической обоснованностью и уменьшением количества шовного материала в ране.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ГЕМОРРОЕ

Стойко Ю.М., Сотникова В.А., Трифонов С.И., Кулаева Т.С.

ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. И.Н.Пирогова», г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В развитии «болезней цивилизации» и «болезней образа жизни» решающая роль принадлежит нарушениям микроциркуляции. Геморрой в полной мере можно отнести к «болезням цивилизации и образа жизни». Геморрой – наиболее распространенное заболевание аноректальной зоны, определяющее темпы социальной активности человека. По разным данным его распространенность колеблется от 4,4% до 86%. Наряду с хирургическими методами лечения, фармакологическая терапия при геморрое позволяет влиять на сроки реабилитации пациента и качество его жизни.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Уточнить патогенетические механизмы данного заболевания с позиции изучения маркеров эндотелиальной дисфункции и функциональных показателей тромбоцитарного гемостаза у больных с различными формами геморроя.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 101 пациента, проходивших обследование и лечение в клинике НМХЦ им И.Н.Пирогова по поводу геморроя. Среди них мужчин – 80(79,2%), женщин – 21(20,8%), возраст колебался от 21 до 72 лет (средний возраст 45±11 лет). Острая форма заболевания диагностирована у 11(10,9%) больных, при этом у шести из них она развилась впервые, у остальных было рецидивирующее течение заболевания. Хронический геморрой III-IV стадий диагностирован у 90(89,1%) человек, все они были прооперированы. Больные с хронической формой заболевания были разделены на две группы: в 1-й (контрольной) группе выполнялась операция без патогенетической терапии в послеоперационном периоде, пациенты 2-й группы в послеоперационном периоде принимали микронизированную флавоноидную фракцию. Больным острой формой геморроя проводилась монофармакотерапия флавоноидами.

Всем больным, помимо общеклинического обследования, исследовали гемореологические свойства крови до лечения (операции) и на 7-10 сутки после лечения, а также показатели дисфункции эндотелия. Эндотелиальную дисфункцию оценивали с помощью непрямого метода – проведение пробы с реактивной гиперемией, и путем прямой оценки функции эндотелия: определение уровня маркеров эндотелиальной дисфункции: P-селектина, E-селектина, тканевого активатора пламиногена, эндотелина-1, фактора Виллебранда (ФВ), молекулы адгезии сосудистого эндотелия 1 типа (sVCAM-1 – soluble vascular cellular molecule), циркулирующих эндотелиальных клеток по методу J.Hladovec. Полученные данные подвергались статистической обработке на персональном компьютере при помощи программы «Biostat» с расчетом средней арифметической (Mер.), среднеквадратичного отклонения (σ), ошибки средней арифметической (m).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ результатов пробы с реактивной гиперемией в группе пациентов с острой формой геморроя продемонстрировал статистически достоверное увеличение процента прироста эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии после проведенного лечения. При определении количества циркулирующих эндотелиальных клеток после геморроидэктомии у пациентов, принимавших микронизированную флавоноидную фракцию, нами получены результаты, свидетельствующие о нормализации эндотелиальной функции. Показатели гемореологических свойств крови у больных контрольной и основной групп достоверно не отличались. В группе больных с хронической формой геморроя после операции отмечалось достоверное снижение скорости агрегации, дезагрегации и степени дезагрегации, то время как у пациентов, получавших флеботоники после операции, их уменьшение было менее выражено. На фоне проводимого лечения отмечалась постепенная нормализация показателей. В послеоперационном периоде у больных, принимавших микронизированную флавоноидную фракцию, наблюдались более интенсивные темпы нормализации скорости агрегации, скорости и степени дезагрегации в сравнении с группой пациентов, не получавших флавоноиды. Статистически достоверного изменения функциональной активности тромбоцитов и времени активации тромбоцитов на фоне лечения не отмечено. Результаты проведения пробы с реактивной гиперемией в группе больных хроническим геморроем продемонстрировал отсутствие статистически достоверной разницы между значениями эндотелийзависимой вазодилатацией плечевой артерии обеих групп до лечения. В послеоперационном периоде отмечается достоверная нормализация данного показателя у пациентов, получавших микронизированную флавоноидную фракцию после операции. Оценка динамики концентрации молекулы адгезии sVCAM-1 в группе пациентов, получавших флавоноиды в послеоперационном периоде, продемонстрировала снижение концентрации этого маркера эндотелиальной дисфункции, в то время как у пациентов 1 группы данные изменения не выявлены. Так же при приеме флеботоников после операции у больных наблюдалось снижение уровня P-селектина. В послеоперационном периоде у пациентов, как не принимавших веноактивные препараты, так и у тех, которым проводилась системная терапия флавоноидами, отмечалось статистически значимое снижение уровня фактора Виллебранда.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ проведенной нами работы позволяет утверждать вовлеченность

гемореологической системы и эндотелиальной выстилки в развитии геморроя. При геморроидальных кровотечениях следует ожидать преимущественного повышения уровня эндотелина 1, в то время как при развитии тромбозов геморроидальных узлов, воспаления периаанальных тканей, прежде всего, повышается уровень фактора Виллебранда, селектинов, молекул адгезии. Увеличение концентрации ЦЭК, маркеров эндотелиальной дисфункции и изменение показателей пробы с реактивной гиперемией говорят о нарушении структурной целостности эндотелиального монослоя сосудов у больных геморроем. Это подтверждается и нормализацией этих параметров после проведенного лечения. Таким образом, результаты данного исследования подтверждают значимость эндотелиальной дисфункции и гемореологических расстройств в развитии геморроя. Это можно рассматривать как подтверждение «ведущей» роли микроциркуляторных нарушений в развитии заболевания. Уточнение патогенеза заболевания увеличивает число триггерных точек фармакотерапии геморроя. Применение фармакологических препаратов, в спектр действия которых входит влияние на функцию эндотелия, агрегационную и адгезивную активность тромбоцитов, позволит улучшить результаты лечения и ускорить сроки реабилитации.

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

Тамм Т.И., Цодиков В.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

АКТУАЛЬНОСТЬ

Хроническая анальная трещина (ХАТ) является одним из наиболее распространенных заболеваний, занимающим 3-е место в структуре проктологической патологии после колитов и геморроя. Частые и длительные рецидивы приводят к развитию различных осложнений заболевания, инвалидности и снижению качества жизни пациентов. Учитывая тот факт, что основным контингентом, страдающим данной патологией, являются люди трудоспособного возраста (20-40 лет), проблема лечения и профилактики ХАТ является социально значимой. Причины возникновения заболевания большинство авторов считают запоры, нарушение диеты, несоблюдение правил личной гигиены, беременность, роды, тяжелый физический труд и др.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Проанализировать основные факторы риска ХАТ, определить их информативности и ранговую структуру.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 32 пациента (11 мужчин и 21 женщина) в возрасте 28-60 лет (средний возраст 41,9 ± 3,7 лет) с диагнозом ХАТ. Критерии отбора в основную группу: наличие ХАТ, отсутствие соматической патологии в стадии декомпенсации и инфекционных заболеваний. Группой контроля являлись 24 человека (12 мужчин и 12 женщин), у которых отсутствовала соматическая патология и заболевания прямой кишки. Пациентам проводились исследования: клиническое, аноскопия, сфинктерометрия, ректоскопия, трансректальное УЗИ и социологическое. Для определения информативности и ранговой структуры предикторов формирования ХАТ использована неоднородная последовательная процедура Вальда-Генкина. Для оценки информативности и диагностической значимости факторов был выбран принцип патометрии, на основе которого определялась сила влияния фактора (η₂), его информативность (I; бит), рассчитанные по стандартной методике [Гублер Е.Г., 1990].

РЕЗУЛЬТАТЫ

25% больных основной группы предъявляли жалобы на боль в анальной области, 9,7% пациентов – на зуд, жжение. Длительность заболевания была различной: от 2 месяцев до 20 лет (в среднем 2,5±0,8 года). Рецидивы ХАТ у большинства пациентов отмечались с частотой 1 раз в году (в среднем, 1,3±0,3 года); последний рецидив зарегистрирован почти у всех пациентов 1-2 месяца назад. У 19(61,3%) больных ХАТ сочеталась с геморроем. Осложнение в виде хронического парапроктита установлено у 2 больных с ХАТ, образование внутреннего свища – у 1, дерматит периаанальной области – у 1 пациента. Локализация ХАТ на 6 часов выявлена у 90% больных, на 12 часов – у 10%. Сохранение нормального тонуса анального сфинктера установлено у 67,7% больных, гипертонус – у 29%, снижение тонуса – у 3,3%. Трое больных в анамнезе перенесли операцию по удалению геморроидальных узлов.

Из 14 основных социальных, медико-биологических и гигиенических предикторов, подлежащих однофакторному дисперсионному анализу среди пациентов мужского пола, оказались информативными только три. Предикторы были ранжированы по их дифференциальной информативности. Первое ранговое место у мужчин занимает такой фактор как курение, что подтверждается достоверностью (p<0,05), силой влияния фактора (η₂=30%) и величиной его информативности (2,441 бит). На втором месте было чрезмерное употребление мучных изделий: достоверность – p<0,05, сила влияния – η₂=19, информативность – 1,366 бит. Третье место занимает профессия мужчин, которая связана с поднятием тяжестей: при наличии достоверности (p<0,05) и силы влияния фактора (η₂=0,7), информативность равнялась 0,897 бит. Остальные предикторы при патометрическом анализе не достигли достаточной силы влияния (от 0,1 до 0,5%) и информативности.

У женщин в результате анализа выделены также три предиктора формирования ХАТ. Первое ранговое место среди них занимает профессиональная вредность – стоячая работа, что подтверждено достоверностью (p<0,05), силой влияния фактора (η₂=41%) и величиной информативности (3,261 бит). Второе место занимает частое употребление

в пищевом рационе гамбургеров, пиццы, хот-догов и др. продуктов в заведениях «быстрой еды»: достоверность признака – $p < 0,05$, сила влияния – $\eta^2 = 21\%$, информативность – 2,041 бит. На третьем ранговом месте был запор, что подтверждено достоверностью ($p < 0,05$), силой влияния ($\eta^2 = 11\%$), информативностью (0,630 бит). Другие факторы, несмотря на достоверность данных ($p < 0,05$), не достигли достаточной силы влияния (от 0,1 до 0,3%), поэтому их можно считать не информативными.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На формирование хронической анальной трещины у мужчин влияют социальные факторы, отличные от таковых у женщин. Проведенное исследование позволило выявить у мужчин три основных предиктора формирования ХАТ: курение, чрезмерное употребление мучных изделий и тяжелый физический труд. Основными предикторами развития ХАТ у женщин являются: стоячая работа, частое употребление в пищевом рационе продуктов в заведениях «быстрой еды», а так же хронический запор.

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У БОЛЬНЫХ РЕКТОЦЕЛЕ

Тимербулатов М.В., Аитова Л.Р., Ибатуллин А.А.,
Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Лопатин В.М.

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии
БГМУ,
Городская клиническая больница №21, г. Уфа, Россия

Ректоцеле является одним из распространенных заболеваний среди женщин после родов, и в структуре проктологических заболеваний составляет до 11%. Социальная значимость проблемы заключается в том, что данным заболеванием страдают преимущественно женщины трудоспособного возраста. Отсутствие объективных показателей, характеризующих степени ректоцеле, рекомендаций к использованию методов диагностики изменений передней полуокружности анального жома и деформации анального канала при данном заболевании приводит к недостаточной оценке состояния замыкательного аппарата прямой кишки. С целью объективизации методов диагностики ректоцеле было разработано устройство для комплексной диагностики морфо-функционального состояния замыкательного аппарата прямой кишки.

Разработанный прибор предназначен для одновременной оценки сократительной способности анального сфинктера и проведения проктографии, а также измерения длины анального канала. С помощью прибора определяли суммарный тонус, максимальное усилие и сократительную способность сфинктера прямой кишки в двух взаимно перпендикулярных направлениях. Исследование состояния сфинктера прямой кишки проводилось в положении больной на спине с раздвинутыми и согнутыми в коленях ногами.

Сфинктерометр с резервуаром вводился в анальный канал и сфинктерометрия проводилась в двух взаимно перпендикулярных направлениях по циферблату часов. Затем больную просили повернуться на левый бок. Через переходник в резервуар подавалась бариевая взвесь до появления позывов на дефекацию, после чего больную просили потужиться и производили рентгенологический снимок. Разработанный способ проктографии позволил определить аноректальный угол, длину анального канала, а также наличие и величину выпячивания передней стенки прямой кишки в сторону влагалища.

Таким образом, использование прибора позволяет объективизировать параметры, присущие той или иной степени заболевания, и выставить показания к оперативному вмешательству.

Обследование всех больных заключалось в тщательном изучении рентгенологической семиотики прямой кишки. Особое внимание уделялось положению прямой кишки. Все это имело значение для выявления косвенных признаков недостаточности анальных сфинктеров.

Проводилось детальное изучение контуров, перистальтики, рельефа слизистой прямой кишки с целью выявления органических поражений. Для более детального изучения функционального состояния сфинктера и ректовагинальной перегородки больных исследовали при натуживании, а также с последовательными поворотами с левого бока на спину, правый бок и живот, просили покашливать и использовались другие приемы, повышающие внутрибрюшное давление.

Каких-либо осложнений, связанных с применением метода, не наблюдалось. Результаты исследования верифицированы практически у всех оперированных по поводу ректоцеле. Новый способ диагностики повысил достоверность рентгенологического метода до 96%. Методика не требует дорогостоящей аппаратуры и может выполняться амбулаторно. Детальный анализ показал, что положительный результат (наличие ректоцеле) при рентгенологическом исследовании в 99,5% случаев совпадал с заключительным клиническим диагнозом.

МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕКТОЦЕЛЕ

Тимербулатов М.В., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В.,
Аитова Л.Р., Лопатин В.М., Ибатуллин А.А.

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии
БГМУ,
Городская клиническая больница №21, г. Уфа, Россия

Заболеваемость ректоцеле, по данным различных литературных источников, достигает 50-60% среди женщин среднего и пожилого возраста.

из них у 25% отмечаются яркие клинические проявления. Применение различных способов хирургического лечения ректоцеле в 10-50% случаев приводит к неудовлетворительным результатам. Так созданный в процессе выполнения классической сфинктеропластики рубец с течением времени подвергается растяжению, что в последующем приводит к рецидиву заболевания.

С целью улучшения результатов хирургического лечения данной категории больных был разработан метод хирургической коррекции ректовагинальной перегородки и замыкательного аппарата прямой кишки с применением аутодермотрансплантата, который осуществляется следующим образом. Операцию выполняют под общим обезболиванием. Положение больной на операционном столе с разведенными в стороны и согнутыми в коленных и тазобедренных суставах нижними конечностями. Первым этапом выкраивается аутодермальный лоскут с медиальной поверхности бедра. Обработка лоскута осуществляется по Янову В.Н. Далее расщепляется ректовагинальная перегородка, выделяются мышцы леваторов. Переднюю стенку прямой кишки гофрируют в поперечном направлении отдельными кетгутowymi швами без прокальвания слизистой оболочки кишки. Вторым рядом, выкраиваемыми швами ушивают мышцы, поднимающие задний проход, предварительно острым путем выделив их из окружающих тканей. Выкраивается аутодермальный лоскут нужного размера и концы его фиксируются поверх выкраиваемых швов. Поверх трансплантата укладывают мышцы – леваторы.

Результаты хирургического лечения изучены у 52 женщин, оперированных предложенным способом, в сравнении с 34 пациентками контрольной группы, которым передняя сфинктеропластика была выполнена без аутодермального лоскута.

В сроки от 6 мес. до 1,5 лет после передней сфинктеропластики с аутодермопластикой по Янову В.Н. изучались морфологические особенности аутодермотрансплантата из дермы. Морфологические исследования трансплантата показывают полное приспособление к новым условиям функционирования тканей. Определяется хорошо выраженный каркас коллагеновых волокон с фибробластическими клетками, а также сеть кровеносных сосудов. Крупные пучки коллагеновых волокон сопровождаются рыхлой соединительной тканью с большим количеством клеточных элементов. Кровеносные сосуды, особенно капиллярная сеть, проходит именно в этой рыхлой волокнистой соединительной ткани. В целом, трансплантат имеет полноценное морфологическое строение, полностью установлена связь трансплантата с окружающими тканевыми структурами, о чем свидетельствует жизнеспособность всех клеточных элементов и межклеточного вещества и хорошая васкуляризация пересаженной ткани.

Отдаленные результаты изучены у 28(48,66%) больных основной группы и 25(80,8%) пациентов контрольной группы в сроки от 1 до 3 лет (в среднем 1,5 года) после операции. Оценку проводили по трехбалльной системе на основании данных клинико-инструментального обследования. Результат считали хорошим, когда полностью отсутствовала клиническая картина заболевания, а при контрольном обследовании не выявлено патологических изменений со стороны прямой кишки. Хорошие результаты получены у 25(89,3%) пациентов основной группы и 18(72,0%) контрольной группы, все они сохраняют трудоспособность, не нуждаются в приеме медикаментов.

Группу с удовлетворительными результатами составили 3(10,7%) больные основной группы и 6(24,0%) контрольной группы, которые отмечали улучшение состояния, но у которых оставались или возникли после операции те или иные нарушения, подтвержденные объективными методами исследования, не требующие стационарного или интенсивного амбулаторного лечения. Указанные нарушения не оказывали существенного влияния на трудоспособность, восстановленную операцией.

Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов оперативных вмешательств показал, что применение аутодермального лоскута не вызывает тяжелых осложнений и переносится больными не тяжелее чем традиционные. Показания к ним целесообразно расширять. Обоснованные вмешательства с использованием аутодермального лоскута при ректоцеле являются перспективным направлением хирургии, обеспечивают высокую медико-социальную и экономическую эффективность.

ОПЫТ РЕКТОСАКРОПЕКСИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Титов А.Ю., Бирюков О.М., Фоменко О.Ю.,
Тихонов А.А., Войнов М.А.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

История лечения выпадения прямой кишки насчитывает более двух тысячелетий. За этот период было предложено множество методов оперативной коррекции данного заболевания, однако, несмотря на это, рецидивы прямокишечного выпадения после хирургической коррекции составляют от 3,4% до 44%, а частота запоров варьирует от 15% до 75%. До недавнего времени при выпадении прямой кишки наиболее популярной операцией являлась заднепетлевая ректопексия (операция Уэллса). После выполнения операции рецидивы выпадения развиваются в 11,5% случаев, а частота послеоперационных запоров достигает 20%. В 2004 г. D'Hooge и соавт. предложили новый метод прямокишечной фиксации – ректосакропексию. Отличительной особенностью операции является мобилизация прямой кишки без пересечения боковых прямокишечных связок. По данным литературы, частота рецидивов после

ректосакропексии составляет лишь 3,4%, а запоры развиваются не более чем у 8% оперированных больных.

В этой связи, целью нашего исследования явилось изучение на собственном опыте результатов ректосакропексии у больных выпадением прямой кишки, в сравнении с заднепетлевой ректопексией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 122 пациента. Основную группу составляют 60 (49,2%) человек, которым для лечения ректального пролапса выполнена ректосакропексия (операция D'Hooge). Контрольную группу составляют 62 (50,8%) больных, которым была выполнена заднепетлевая ректопексия (операция Уэллса). При сравнении состава групп по полу и возрасту, основному диагнозу и сопутствующим заболеваниям различий не выявлено.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Контрольное обследование выполнено у 18 (37,5%) пациентов основной и у 26 (33,8%) контрольной группы. Среднее время наблюдения в основной группе составило 9,8±2 мес., в контрольной – 34,2±17,8 мес. Было выявлено 2 (7,6%) пациента с рецидивом заболевания после заднепетлевой ректопексии. Запоры в основной группе развились лишь у 2 (11,2%) пациентов. После заднепетлевой ректопексии нарушение моторной функции толстой кишки возникло у 18 (69,2%) оперированных больных. При анализе данных физиологического исследования запирательного аппарата прямой кишки выявлено статистически достоверное улучшение тонуса анального сфинктера после оперативной коррекции ректального пролапса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ректосакропексия незаметно влияет на моторную функцию толстой кишки в отличие от заднепетлевой ректопексии, которая достоверно ухудшает транзитную функцию толстой кишки. Анальноедержание улучшается после оперативной коррекции ректального пролапса независимо от метода операции.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ ДОППЛЕРОКОНТРОЛИРУЕМОЙ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЕЙ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С МУКОПЕКСИЕЙ И ГЕМОРРОИДЭКТОМИЕЙ (РАНДОМИЗИРОВАННОЕ, ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Титов А.Ю., Благодарный Л.А., Абрицова М.В.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ

Сравнение непосредственных результатов лечения геморроя двумя методами.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний человека и наиболее частой причиной обращения к врачу-колопроктологу. Распространенность заболевания составляет 130-145 человек на 1000 взрослого населения, а его удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34 до 41%. Современный темп жизни сопровождается усилением гиподинамии. Вынужденное длительное сидение за компьютером, на работе и дома, за рулем автомобиля и т. п. сопровождается постоянным застоем кровообращения в органах малого таза, и, в первую очередь, в прямой кишке. Это, в свою очередь, приводит к росту заболеваемости геморроем, которым все чаще страдают люди молодого трудоспособного возраста. Большинство пациентов с 3 и 4 стадией геморроя, при неэффективности консервативного лечения, показано выполнение операции. Из малоинвазивных хирургических методов лечения, в настоящее время, широко используется доплероконтролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией, а рядом хирургов, до настоящего времени, выполняется геморроидэктомия по типу операции Миллигана-Моргана. Основными недостатками геморроидэктомии являются высокий уровень боли в послеоперационном периоде и необходимость постоянного приема наркотических анальгетиков, длительное пребывание в стационаре и восстановление трудоспособности. В мировой литературе приведено достаточное количество рандомизированных исследований, направленных на сравнение малоинвазивных хирургических методов лечения геморроя с геморроидэктомией, выполненной при помощи аппарата LigaSure у пациентов с 3 и 4 стадией геморроидальной болезни. Но, несмотря на весь опубликованный материал, нет убедительных данных по эффективности использования доплероконтролируемой дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с мукопексией у больных с 3 и 4 стадией заболевания по сравнению с геморроидэктомией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное исследование включено 159 пациентов с геморроем 3 и 4 ст. При установке диагноза использовалась общепринятая классификация геморроидальной болезни, в которой отражались наименьшая и наибольшая стадии заболевания. Кроме того, 4 стадию геморроя нами принято подразделять на 4а и 4б стадии. При 4а ст. возможно дифференцировать наружный и выпавший внутренний компонент, за счет сохранившихся соединительнотканых структур; при 4б ст. невозможно дифференцировать наружный и внутренний компонент, т. к. они представлены единым блоком. 97/159 (61,1%) больным установлен диагноз геморрой 3 ст., 62/159 (38,9%) – геморрой 4а ст. заболевания. Пациентам первой группы выполнена доплероконтролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией (ДДМ) (84/159), второй группы – геморроидэктомия аппаратом Ultracision (ГЭ) (75/159).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Длительность операции в группе ДДМ составила 18,9±6,6 мин., по сравнению с ГЭ – 28,9±7,7 мин. ($p<0,01$). Уровень боли в послеоперационном периоде так же был статистически достоверно выше во второй группе, и составил, в среднем, 4,3 балла, по сравнению с 2,9 баллами в первой группе ($p<0,01$). Наркотические анальгетики достоверно реже использовались в группе ДДМ (в среднем 1,4 дозы), по сравнению с группой ГЭ (в среднем 5,2 дозы) ($p<0,01$). Послеоперационный койко-день в первой группе составил 5,7±1,7, во второй группе – 7,1±1,4 ($p<0,01$). Период нетрудоспособности в группе ДДМ составил 13,9±5,0 дней, по сравнению с 29,4±6,1 днями в группе ГЭ ($p<0,01$). Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 5/84 (5,9%) пациентов в группе ДДМ, и у 12/75 (16%) больных во второй группе. Рецидив заболевания возник в первой группе лишь у одного больного, и составил 1,2%.

ВЫВОДЫ

Допплероконтролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией является надежным, малоинвазивным методом лечения геморроя 3 и 4а стадии заболевания, сопоставимым по эффективности с ГЭ, и позволяющий статистически достоверно уменьшить уровень боли, послеоперационный койко-день, и сократить период нетрудоспособности пациентов.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ АНИЕМИЕЙ

Титов А.Ю.,¹ Болквадзе Э.Э.,² Благодарный Л.А.,¹ Алиев С.Р.,² Мусин А.И.,² Абрицова М.В.¹

¹ ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ,

² Кафедра госпитальной хирургии №1 Российского научно-исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ

Улучшение результатов лечения больных геморроем 3-4 стадии, осложненным постгеморрагической анемией.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Кровотечение является одним из ранних клинических проявлений геморроя. У 10-23% больных постоянные кровотечения приводят к развитию анемии различной степени тяжести. Однако, в настоящее время, не существует единой тактики лечения больных геморроидальной болезнью, осложненной анемией. Ряд авторов рекомендует выполнять радикальные операции без коррекции постгеморрагической анемии в предоперационном периоде, другие – проводить многоступенчатое лечение. Первым этапом лечения выполняется остановка ректального кровотечения и коррекция анемии, второй этап – геморроидэктомия в плановом порядке. С распространением малоинвазивных методов лечения геморроя (склерозирование внутренних узлов, лигирование латексными кольцами, инфракрасная коагуляция) все больше сторонников появляется у многоступенчатого лечения. Кроме того, радикальные операции, выполненные на фоне выраженной анемии, сопровождаются повышенным кровотоком тканей, расхождением послеоперационных швов, длительным заживлением раневых дефектов, с формированием грубых рубцовых изменений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ретроспективное когортное исследование включено 856 пациентов с геморроем 3 и 4 стадии за период с 2010-2013 гг. При установлении диагноза использовалась общепринятая классификация геморроидальной болезни, в которой отражались наименьшая и наибольшая стадии заболевания. При клиническом анализе материала выявлено, что 608/856 (71,1%) больным установлен диагноз геморрой 3 ст., 248/856 (28,9%) – геморрой 4 ст. заболевания. Легкая степень анемии (90-109 г/л) отмечалась у 446 (52,1%) пациентов, средняя степень (70-89 г/л) – 291 (34%) пациентов, тяжелая степень (52-69 г/л) – 119 (13,9%) пациентов. Всем пациентам в качестве первого этапа лечения выполнено склерозирование внутренних геморроидальных узлов 3% этокисклеролом в суммарном объеме 6,0 мл, с последующей заместительной терапией препаратами железа и компонентами крови. В первую группу включены пациенты, которым была выполнена геморроидэктомия (ГЭ) в первые 3-е суток от момента поступления в стационар без коррекции анемии – 382/856, во второй группе – выполнена ГЭ через 3 недели после проведения заместительной терапии и повышения уровня гемоглобина до 90 г/л и более – 474/856.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Длительность операции в первой группе составила 48,9±5,2 мин., по сравнению с 28,9±6,7 мин. во второй ($p<0,01$). Послеоперационный койко-день после ГЭ в срочном порядке составил 12,7±1,9, во второй группе – 8,1±1,4 ($p<0,01$). Период нетрудоспособности в первой группе составил 31,9±3,0 дней, по сравнению с 21,4±4,1 днями после ГЭ в плановом порядке ($p<0,01$). Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде возникли у 42/382 (11%) пациентов после ГЭ в срочном порядке, и у 9/474 (1,9%) больных во второй группе. Осложнения в отдаленном послеоперационном периоде были отмечены у 7/382 (1,8%) пациентов первой группы. В группе после ГЭ в плановом порядке осложнений в отдаленном послеоперационном периоде отмечено не было.

ВЫВОДЫ

Большим геморроем 3-4 стадии, осложненным постгеморрагической анемией, первым этапом лечения выполнено склерозирование внутренних геморроидальных узлов, и при повышении уровня гемоглобина более 90 г/л выполнена ГЭ, что позволяет сократить послеоперационный койко-день и период нетрудоспособности пациента, а так же снизить частоту осложнений в послеоперационном периоде.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СИНУСЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА В СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Титов А.Ю., Костарев И.В., Батищев А.К.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема лечения пациентов, страдающих эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ), имеет важное социально-экономическое значение, поскольку пациентами обычно являются лица молодого трудоспособного возраста (16-25 лет). Имеющиеся хирургические методы лечения далеко не всегда удовлетворяют как пациентов, так и хирургов. Это обусловлено потерей пациентами трудоспособности на достаточно большой срок, в связи с послеоперационным болевым синдромом, продолжительным периодом заживления раны, необходимостью соблюдения определенного ограничительного режима при наличии ушитой раны. Стремление найти радикальный метод лечения ЭКХ, при котором будет минимальный болевой синдром, небольшая раневая поверхность, а также позволяющий максимально снизить период потери трудоспособности и ограничение в двигательной активности, стимулирует к разработке новых хирургических методов лечения и усовершенствованию уже имеющихся оперативных пособий. Несмотря на проведенные многочисленные исследования, до сих пор не существует оптимального способа оперативного лечения ЭКХ.

ЦЕЛЬ

Улучшение результатов лечения больных с хроническим воспалением эпителиального копчикового хода и оценка непосредственных результатов подкожного иссечения ЭКХ (синусэктомия) при лечении пациентов с хроническим воспалением ЭКХ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты лечения 30 пациентов, страдающих хроническим воспалением ЭКХ, которым было выполнено подкожное иссечение ЭКХ из небольших овальных разрезов в области первичных и вторичного отверстий (синусэктомия). В исследование были включены пациенты, которым ранее не выполнялось радикальное вмешательство по поводу ЭКХ, без активного воспалительного процесса в крестцово-копчиковой области, с наличием не более одного вторичного свищевого отверстия. Мужчин было 25(83,3%), женщин – 5(16,7%). Возраст пациентов колебался от 17 до 47 лет (M=26,8±7,2).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Период наблюдения за пациентами после операции составил от 1 до 22 месяцев (M=7,3±3,7). Осложнение отмечено у 1(3,3%) пациента, у которого в раннем послеоперационном периоде произошло кровотечение из раны, для остановки которого потребовалось пересечение кожного мостика и прошивание кровотокающего сосуда. Интенсивность болевого синдрома по VAS в течение первых 7 дней после операции составляла от 0 до 3,3 баллов (M=1,7±2,2). Период нахождения пациента в стационаре составил от 3 до 7 дней (M=5,4±1,7). На момент оценки результатов полное заживление ран зафиксировано у 28(93,3%) пациентов. Сроки заживления ран составили от 35 до 55 дней (M=45±7,4). Полное восстановление трудоспособности произошло в сроки от 12 до 16 дней (M=13,3±1,8). За период наблюдения отмечено два рецидива заболевания (6,6%). Под рецидивом мы подразумеваем возврат клинической картины заболевания через 2-3 месяца после операции (появление болезненности в межъягодичной области, открытие свищевых отверстий в области послеоперационных рубцов с гнойным отделяемым). В этих случаях потребовалось повторное оперативное вмешательство – иссечение ЭКХ с дальнейшим ведением раны открытым способом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Синусэктомия является радикальным, малотравматичным методом лечения ЭКХ в стадии хронического воспаления. За счет небольших размеров послеоперационных ран, отсутствия трения краев ран при ходьбе, отсутствия швов, отмечается низкая интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде и раннее восстановление трудоспособности. Благодаря сохраненной кожной перемычке, не происходит рубцовой деформации крестцово-копчиковой области и при этом достигается хороший косметический эффект. Таким образом, методика подкожного иссечения эпителиального копчикового хода имеет очевидные преимущества, по сравнению с традиционными вариантами операций, у пациентов с ЭКХ в стадии хронического воспаления.

ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА (ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ)

Титов А.Ю., Костарев И.В., Батищев А.К.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Острое воспаление эпителиального копчикового хода (ЭКХ) является заболеванием, вопросы лечения которого до настоящего времени являются полностью нерешенными. В основном, это связано с отсутствием единых тактических подходов, касающихся объема и сроков выполнения «радикального» этапа хирургического лечения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить различные подходы к хирургической коррекции острого вос-

паления ЭКХ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе приводятся данные об эффективности, положительных и отрицательных характеристиках различных вариантов лечения острого воспаления ЭКХ: консервативного лечения; «простого» вскрытия абсцесса; метода вскрытия абсцесса с одноступенным выполнением радикального иссечения ЭКХ; метода вскрытия абсцесса с выполнением отсроченной радикальной операции через 3-5 дней; метода вскрытия абсцесса с выполнением плановой радикальной операции через 1,5-3 месяца.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Консервативное лечение может применяться в начальной инфильтративной стадии болезни, когда воспалительный процесс ограничен сравнительно небольшим (до 2-3 см в диаметре) участком и нет признаков абсцедирования. На данном этапе выполняют новокаиновые блокады (100 мл 0,25% новокаина с антибиотиком) под основание инфильтрата с использованием компрессов, содержащих мази на гидрофильной основе (левомеколь, левосин и др.). Мазевые аппликации возможно сочетать с физиотерапевтическим лечением (кварц, УВЧ и др.). В ряде случаев консервативное лечение может обеспечить полное рассасывание инфильтрата и ликвидацию всех симптомов воспаления. Также существует мнение, что в стадии инфильтрата, если его границы не выходят за пределы межъягодичной складки и располагаются вдоль хода, можно сразу выполнить радикальную операцию – иссечение ЭКХ и первичных отверстий. Ушивать такую рану наглухо не рекомендуется, т. к. высокая вероятность нагноения раны. Переход воспалительного процесса в фазу абсцесса копчиковой области является абсолютным показанием к срочному хирургическому лечению. «Простое» вскрытие абсцесса, безусловно, является паллиативным методом лечения. Некоторые авторы дополняют это вмешательство выскабливанием стенок острой ложкой Фолькмана или их частичным иссечением. Стойкое выздоровление больных при использовании простого вскрытия абсцесса достигается не более чем в 10-15% случаев. Ряд исследователей применяли первично радикальную операцию иссечения ЭКХ одновременно со вскрытием абсцесса. Наиболее часто сформированная рана оставалась открытой, либо кожные края раны для уменьшения ее размеров подшивались к крестцово-копчиковой связке. По данным литературы, подобная тактика сопряжена с большим числом гнойно-воспалительных раневых осложнений (17-42%) и длительными сроками реабилитации. По мнению многих авторов, наиболее рациональным при остром воспалении ЭКХ в стадии абсцедирования является двухэтапный метод лечения с отсроченной или плановой радикальной операцией. При таком подходе лечения, на первом этапе проводится вскрытие и дренирование абсцесса, далее выполняется активная санация полости гнояника и уже после стихания воспалительного процесса, вторым этапом лечения, в сроки от 5 дней до 3 месяцев выполняется радикальная операция – иссечение ЭКХ в пределах здоровых тканей с ушиванием раны одним из известных способов. Применение такого подхода в лечении больных с острым воспалением ЭКХ, позволило сократить ближайшие послеоперационные осложнения до 3,5%, а хорошие отдаленные исходы отмечаются у 90-97% оперированных. В последние годы набирают популярность малотравматичные методы хирургической коррекции ЭКХ, при которых период реабилитации пациентов и сроки потери трудоспособности минимальны. Так методом, сочетающим в себе малотравматичность и радикальность, является подкожное иссечение ЭКХ (синусэктомия). Вероятно, рациональным при остром воспалении ЭКХ в стадии абсцедирования будет двухэтапный метод, при котором на первом этапе проводится вскрытие и дренирование абсцесса с последующей активной санацией полости гнояника, далее в плановом порядке, после формирования четко отграниченного подкожного хода выполняется радикальный этап – подкожное иссечение ЭКХ. Данный подход в наибольшей степени отвечает современным требованиям к хирургическому лечению ЭКХ, однако исследований, позволяющих оценить его эффективность, в настоящее время нет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, хирургическая тактика при остром нагноении ЭКХ может быть различной, однако наилучших результатов, по данным литературы, возможно добиться при выполнении радикального этапа отсрочено или в плановом порядке через 1-3 месяца после вскрытия абсцесса. При этом в качестве метода радикальной операции, выполняемой в плановом порядке, перспективным кажется применение подкожного иссечения ЭКХ, что может существенно уменьшить сроки пребывания пациентов в стационаре, болевого синдрома и период нетрудоспособности.

ЭТИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПРОМЕЖНОСТИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Титов А.Ю., Нехрикова С.В.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одна из актуальных проблем медицины – хронические, длительно незаживающие раны. По нашим данным, длительно незаживающие раны – послеоперационные раневые дефекты, существующие от 45 и более дней. В ранах промежности встречаются ассоциации условно-патогенных бактерий и возбудителей, вызывающих ЗППП (заболеваний, передаваемых половым путем).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов лечения больных с длительно незаживающими

ранами анального канала и промежности, разработкой комплекса корригирующей терапии в зависимости от характера раневой инфекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование (с сентября 2010 по ноябрь 2013 гг.) включено 120 человек, оперированных по поводу хронических анальных трещин, геморроя и свищей прямой кишки. Основная группа – 61 пациент с незаживающими ранами (со дня операции прошло от 46 до 118 дней, в среднем, 81,3±49,3). Контрольная группа – 59 больных, у которых отклонений в течении раневого процесса не было, раны зажили, в среднем, на 37±9,5 день ($p<0,05$). Средний возраст пациентов основной группы составил 41,1±12,9 года, контрольной – 42,7±12,4 года. Больные были сравнимы по нозологическим формам и по характеру оперативных вмешательств. Однако, у 27(44,3%) больных основной группы имелись указания на наличие в анамнезе ЗППП и заболеваний, которые могли быть обусловлены инфекциями, передающимися половым путем, у пациентов контрольной группы указаний на такие заболевания не было ($p<0,001$). У всех больных в послеоперационном периоде проводились цитологические, бактериологические, бактериоскопические, патоморфологические исследования и ПЦР.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При цитологическом исследовании у 91,8% больных основной группы наблюдалась картина извращенной репарации. У всех больных контрольной группы к 25 дню наблюдалась активная репарация ($p<0,001$). Частота обнаружения таких клинически значимых микроорганизмов, как *Acinetobacter*, *Streptococcus hemolyticus* и *Staphylococcus aureus*, *Proteus mirabilis* у больных основной группы составила 55,7% и только у 1 (1,7%) больного контрольной группы высеивался *Staphylococcus aureus*, ($p<0,001$). При бактериоскопическом исследовании ассоциации микроорганизмов были обнаружены у 95,1% пациентов основной и лишь у 8,5% больных контрольной группы ($p<0,001$). Кроме того, у всех пациентов основной группы были обнаружены инфекции, передающиеся половым путем, и у 98,3% больных эти инфекции являлись облигатными патогенными микроорганизмами (*Chlamidiya trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Cytomegalovirus*, *Herpesvirus*) и лишь у 22,0% больных контрольной группы обнаружены микроорганизмы, вызывающие ЗППП, были условно-патогенными (*Candida albicans*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Gardnerella vaginalis*) ($p<0,01$). У большинства больных с длительно незаживающими ранами только в раневом отделе выявлялись *Trichomonas vaginalis* (у 31,1% больных), *Chlamidiya trachomatis* (у 45,9%), *Cytomegalovirus* (у 18,0%), *Herpesvirus* (у 6,6%) и не были обнаружены в соскобах из гениталий. Таким образом, наличие раневого дефекта является провоцирующим фактором, позволяющим хронической, латентной инфекции активизироваться.

Всем пациентам, наблюдавшимся по поводу длительно незаживающих ран, была назначена соответствующая терапия в зависимости от выделенного возбудителя ЗППП. В результате проведенного лечения у всех пациентов основной группы отмечено выздоровление, в среднем, через 15±7,5 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ассоциации клинически значимых, условно-патогенных микроорганизмов с патогенными микроорганизмами, передающимися половым путем, к которым относятся *Trichomonas vaginalis*, *Chlamidiya trachomatis*, *Cytomegalovirus* и *Herpesvirus*, поддерживают хронический воспалительный процесс, в результате которого формируются длительно незаживающие раны.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

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

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ, Россия

ЦЕЛЬЮ настоящего исследования является разработка индивидуализированных, комплексных подходов к лечению осложненных форм опущения и выпадения внутренних половых органов, позволяющих произвести восстановление анатомо-топографического дефекта и анатомо-функциональную коррекцию тазового дна в целом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование основано на анализе данных различных методов диагностики и лечения 336 женщин с опущением внутренних половых органов и ректоцеле.

В зависимости от выполненного объема оперативного лечения, а также от характера сочетаний опущений гениталий, ректоцеле, пациентки были разделены на 4 группы.

1 группе больных выполнена операция переднезадней кольпорафии, леваторопластика. В 1 группу включены 99 пациенток с 1-2 степенью опущения, 2-3 степенью ректоцеле. Средний возраст 47 лет.

2 группе выполнена переднезадняя кольпорафия, пластика ректовагинальной перегородки с использованием синтетического материала. Во 2 группу включены 83 больные с теми же вариантами сочетаний опущения, ректоцеле. Средний возраст 48,9 лет.

3 группе больных произведена влагалищная экстирпация матки. 3 группу составили 86 человек с опущением внутренних половых органов 3 степени, ректоцеле 2-3 степени. Средний возраст 64,9 лет.

4 группе выполнено восстановление тазовой диафрагмы с использованием сетчатого материала. В 4 группу включено 68 больных с теми же вариантами сочетаний ректоцеле, опущений половых органов. Средний возраст 65,3 лет.

Пациентам пожилого возраста, с резкой атрофией леваторов выполнялась переднезадняя кольпорафия, пластика ректовагинальной перегородки полипропиленовой сеткой по разработанному в клинике способу. Больным с тотальным пролапсом тазового дна выполнена операция восстановления тазовой диафрагмы с использованием сетчатого материала, по разработанному в клинике способу. Суть операции состоит во введении и фиксации полипропиленовой сетки определенной формы между лобком и крестцом с целью закрытия участка между тазовыми органами и нижней апертурой таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Непосредственные результаты мы оценивали в течение 3 месяцев. Диспареуния в первой группе выявлена у 7,4%, во второй – у 9,5%, в третьей – 3,3%, в четвертой – ни у одной больной. Грубый послеоперационный рубец в первой группе выявлен у 7,4%, во второй – у 9,5%, в третьей – у 3,3%, в четвертой не было ни у одной больной. Нарушения эвакуаторной функции прямой кишки в первой группе отмечены у 16,6%, во второй – у 12,7%, в третьей – у 15%, в четвертой – у 11,8%. Болевой синдром в первой группе имел место у 3,7%, во второй группе – у 4,8%, в третьей – у 15% и в четвертой – ни у одной больной.

Отдаленные результаты отслежены у 48 пациенток 1 группы, 43 – второй, 49 – третьей и 47 – четвертой. Отличные результаты получены у 12,5% первой группы, 18,6% – второй, 12,3% – третьей и 25% – четвертой группы. Хорошие – у 41,7% пациенток первой группы, 60,5% – второй, 55,1% – третьей и 63,5% – четвертой группы. Удовлетворительные результаты получены у 37,5% – первой группы, 20,9% – второй, 16,3% – третьей и 10,5% четвертой группы. Неудовлетворительные результаты выявлены у 8,3% больных первой и 14,3% третьей групп, во второй и четвертых группах неудовлетворительных результатов не выявлено.

ВЫВОДЫ

У женщин сексуально активного возраста при опущении гениталий 1-2 степени в сочетании с ректоцеле 2-3 степени, лучшие результаты получены после выполнения переднезадней кольпорафии, передней леваторопластики. Пластика ректовагинальной перегородки собственными тканями позволяет при небольшом количестве рецидивов (8,3%), уменьшить вероятность развития диспареунии (7,4%). Пожилым больным, страдающим опущением гениталий 2-3 степени в сочетании с ректоцеле 2-3 степени, а так же, имеющим резкую атрофию леваторов, аллопластика, по разработанному способу дает возможность минимизировать развитие рецидивов.

При тотальном пролапсе тазового дна, при сочетании ректоцеле 3 степени с осложненными формами ОиВВГО, операцией выбора является восстановление тазовой диафрагмы с использованием синтетического материала. Данный способ позволяет выполнить одновременную фиксацию и репозицию уретровезикального сегмента, стенок влагалища, матки, прямой кишки и одновременную ликвидацию ректоцеле, профилактику развития энтероцеле. Кроме того, не требуется выполнение второго этапа операции – кольпоперинеолеваторопластики.

МРТ В ДИАГНОСТИКЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Трофименко И.А.¹, Мовсисян Т.В.¹,
Башанкаев Б.Н.², Морозов С.П.²

¹ Первый МГМУ им. И.М.Сеченова,

² Клиника колопроктологии ЕМС, г. Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ

Детальная анатомо-топографическая картина сфинктерного аппарата прямой кишки и свищевого хода позволяет хирургу планировать объем хирургического вмешательства. Возможность получения многоплоскостных срезов и высокая контрастность мягких тканей сделали МРТ, вероятно, лучшим методом визуализации свищей прямой кишки. Данные МРТ совпадают с интраоперационными данными, по результатам некоторых исследований, до 90%. Также важное значение имеет то, что перед исследованием не требуется предварительная подготовка пациента.

ЦЕЛЬ

Разработка оптимального протокола для МР-исследования свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было обследовано 20 пациентов со свищами прямой кишки, острым парапроктитом и воспалительными заболеваниями параректальной клетчатки. Также, для отработки методики, было обследовано 15 добровольцев.

Модифицированный протокол предполагал получение первого T2-ВИ tse в сагиттальной плоскости; данная последовательность носила характер планировочной, на ней определялась длина анального канала (как анатомического, так и хирургического), локализация зубчатой линии, а также планировались следующие серии изображений.

Основное значение в визуализации свища и оценке его геометрии имели T2-ВИ tse, установленные перпендикулярно и параллельно продольной оси анального канала, в аксиальной и коронарной плоскости, соответственно. Данные последовательности получали как с подавлением сигнала от жировой ткани (через частотно-селективный алгоритм), так и без такового. Приоритет отдавали тонким (3 мм) срезам и высокому пространственному разрешению в плоскости среза (пиксель 0,6x0,6 мм), которое достигалось, преимущественно, за счет малого поля обзора (160 мм). Несмотря на то, что в классической литературе основу протокола составляют последовательности с T2 контрастностью и подавлением сигнала от жировой ткани, наш опыт показывает важность чистой T2 взвешенности для визуализации рубцовых изменений, как проявлений хронического воспалительного процесса. На фоне низкого сигнала от

клетчатки в последовательностях, с подавлением сигнала от жировой ткани, рубцы, характеризующиеся гипоинтенсивным сигналом, демонстрировали недостаточную контрастность.

По мнению ряда авторов, Т1 взвешенные изображения имеют ограниченное применение в исследовании свищей прямой кишки, однако, Т1-ВИ позволяет контрастно визуализировать интрасфинктерное пространство и потому рекомендован нами в качестве обязательной последовательности в данном протоколе.

С нашей точки зрения, наиболее чувствительной последовательностью в визуализации свищей прямой кишки являются постконтрастные Т1-ВИ в описанных выше плоскостях, идентичных таковым для Т2-ВИ. После внутривенного введения полумолярного контрастного препарата в стандартной дозировке, постконтрастные серии получали отсрочено (через 1-2 минуты), т. к. в случае раннего сбора данных контрастность грануляций, выстилающих свищевой ход, являлась субоптимальной. Все постконтрастные серии получали с помощью модифицированной последовательности gradient echo с частотно-селективным подавлением сигнала от жировой ткани и толщиной среза 3 мм.

Исследование, проводимое по модифицированному протоколу, не требует предварительной подготовки пациента и не является время-затратным (~25 минут). Благодаря высокому пространственному разрешению, исследование позволяет оценить геометрию свищевого хода относительно внутреннего и наружного сфинктера, леваторов таза, интрасфинктерного пространства, седлачно-прямокишечной клетчатки.

ВЫВОД

Для диагностики и топографии свищей прямой кишки оптимизированный протокол МР-исследования включает такие импульсные последовательности: Т2-ВИ spin echo с высоким пространственным разрешением с подавлением сигнала от жировой ткани и без такового, Т1-ВИ spin echo изображения без подавления жировой ткани и отсроченные Т1-ВИ gradient echo после введения контрастного препарата. Данный протокол позволяет детально оценить геометрию свищевого хода, что помогает колоректальному хирургу в планировании хода операции и определении ее возможных рисков.

ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ И ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕРЕКОНСТРУИРОВАННОГО КОЛЛАГЕНА

Фролов С.А., Кузьминов А.М., Минбаев Ш.Т., Королик В.Ю., Бородин А.С., Богормистров И.С.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Распространенность свищей прямой кишки составляет от 8 до 23 случаев на 100000 населения. Трансфинктерные и экстрасфинктерные свищи составляют 30% от пациентов со свищами прямой кишки, госпитализированными в специализированный стационар. Лечение свищей с охватом более 2/3 и более волокон анального сфинктера является наиболее сложной задачей, это связано с неудовлетворительными результатами лечения. Помимо высокого процента рецидива заболевания, составляющего до 60%, особое значение уделяется высокому проценту развития недостаточности анального жома, которое, в зависимости от метода хирургического лечения, достигает 80%. Несмотря на множество разработанных операций, не существует универсального способа, позволяющего с полной уверенностью исключить рецидив свища и сохранить неизменной функцию анального жома. Если пластические операции достаточно надежно ликвидируют свищ (рецидив не превышает 10%), то в отношении сохранения функции анального жома результаты не удовлетворительные (послеоперационная недостаточность анального сфинктера достигает 30% и более). В связи с этим, в хирургическую практику активно внедряются различные биопластические материалы, обладающие свойствами улучшать регенерацию тканей, что позволяет уменьшить объем удаляемых тканей в области анального сфинктера и уменьшает объем пластического этапа операции. Биопластический материал замещает сформировавшийся дефект в области иссеченного внутреннего отверстия свища и свищевого хода, в дальнейшем, имплант полностью замещается аутоканью. Снижение интраоперационной травмы анального сфинктера позволяет снизить риск развития недостаточности последнего.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Разработан новый метод лечения экстрасфинктерных и трансфинктерных свищей прямой кишки. Ликвидация внутреннего свищевого отверстия и пломбировка иссеченного свищевого хода выполняется с применением биопластического материала, представляющего собой коллагеновый материал с нереконструированной структурой. В ГНЦК предложенным методом оперированы 70 пациентов с трансфинктерными и экстрасфинктерными свищами прямой кишки. Среди них было мужчин 51 (72,9%) и женщин 19 (27,1%), средний возраст – 43±10 лет. В группу включено 14 (20%) пациентов с трансфинктерными свищами и 56 (80%) пациентов с экстрасфинктерными свищами.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Интраоперационных осложнений не было. Отторжения импланта не отмечено. В срок от 5 месяцев до 4 лет, прослежены 48 (68,6%) пациентов, медиана наблюдения составила 25 месяцев. Рецидив заболевания выявлен у 3 (6,3%) пациентов. Эти рецидивы ликвидированы методом сегментарной проктопластики. С целью изучения функции анального сфинктера 17 (35,4%) пациентам, в послеоперационном периоде спустя 3-5 месяцев после операции выполнена сфинктерметрия и профилометрия. При этом отмечено сохранение показателей функции анального

сфинктера в сравнении с дооперационными данными.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Новый метод лечения экстрасфинктерных и трансфинктерных свищей прямой кишки с применением нереконструированного коллагенового материала позволяет минимизировать интраоперационное повреждение анального сфинктера и надежно ликвидировать внутреннее свищевое отверстие.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ

Хитарьян А.Г., Дульеров К.А., Прокудин С.В., Стагннев Д.В.

НУЗ «ДКБ на станции Ростов-Главный» ОАО «РЖД», г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Трудности своевременной диагностики ректоцеле, несовершенство хирургических методов лечения приводят к развитию большого числа рецидивов, которое составляет от 5,0% до 27,3%.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Установить диагностическую ценность трансвагинальной соноэластоперинеометрии в исследовании ректовагинальной фасции для определения степени ректоцеле и разработать рекомендации для хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводили на базе хирургического отделения Дорожной клинической больницы с 2007 по 2013 гг. Клиническую группу составили 87 женщин, страдающих ректоцеле 2-3 степени. Больные были разделены на две группы. В 1 группе (n=38) при хирургическом лечении выполняли леваторопластику и кольпорафию. Во 2 группе (n=49) пластика ректоцеле заключалась в сакроспинальной фиксации купола влагалища, кольпорафии, дополненной трансректальной «11 часовой» мукопексией. Всем пациенткам проводили клинический осмотр, мануальное гинекологическое и проктологическое исследование, эвакуаторную рентгеновскую дефекографию, тоноперинеометрию, трансвагинальную соноэластографию с функциональной пробой при натуживании, МРТ органов малого таза. При эвакуаторной рентгеновской проктодефекографии уточняли наличие и степень ректоцеле. Соноэластографию проводили с использованием датчика 12-3 МГц. В результате получали объективное эластографическое изображение, где эластичность или плотность ткани кодировалась цветовыми полями. При перинеометрии измеряли силу сокращения мышц промежности по величине прироста давления при напряжении мышц тазовой диафрагмы. Для оценки симптомов заболевания до и после операции использовали опросник PFDI (Pelvic Floor Distress Inventory). Оценка отдельных симптомов расстройств кишечника и прямой кишки была проведена по подкатегории CRADI (ColoRectal-Anal Distress Inventory).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 1 группе (n=38) ректоцеле 2 степени наблюдали у 17 (44,7%), а ректоцеле 3 степени – у 21 (55,3%) больных. Во 2 группе (n=49) ректоцеле 2 степени было выявлено у 21 (42,9%), а 3 степени – у 28 (57,1%). Перинеометрия позволила уточнить степень выраженности функциональной недостаточности тазового дна. У больных 1 группы умеренная морфофункциональная недостаточность мышц тазового дна у 15 (39,5%) пациентов, а выраженная – у 23 (60,5%). Во 2 группе умеренная морфофункциональная недостаточность встречалась у 20 (40,8%), а выраженная – у 29 (59,2%) больных. Из 23 больных 1 группы с выраженной функциональной недостаточностью у 19 (82,6%) наблюдалось ректоцеле 3 степени. У 29 пациентов 2 группы с выраженной функциональной недостаточностью ректоцеле 3 степени – 22 (75,9%) пациента. В 1 группе нормальный градиент эластографической жесткости наблюдался у 7 (18,4%), сниженный – у 15 (39,5%) пациентов, а у 16 (42,1%) больных он отсутствовал. Во 2 группе нормальный градиент эластографической жесткости наблюдался у 5 (10,2%), сниженный – у 20 (40,8%) пациентов, а у 24 (49%) больных он отсутствовал. Отдаленные результаты лечения были прослежены в сроки от 12 мес. до 5 лет после операции. В 1 группе «хороший» результат у 18 (47,4%) больных, «удовлетворительный» – у 14 (36,8%) и «неудовлетворительный» – у 6 (15,8%) пациенток, соответственно. Во 2 группе «хороший» результат у 37 (75,5%) пациенток, «удовлетворительный» и «неудовлетворительный» – у 11 (22,4%) и 1 (2,0%) пациенток, соответственно. Таким образом, при ректоцеле 3 степени выполнение сакроспинальной фиксации купола влагалища, кольпорафии, дополненной трансректальной «11-часовой» мукопексией, из комбинированного трансвагинального и трансректального доступа более целесообразно.

ВЫВОДЫ

1. Соноэластометрическое исследование жесткости промежности, тонометрическое исследование градиента анального давления покоя и напряжения, являются важными диагностическими критериями функциональной недостаточности тазового дна и сопряжены с тяжестью ректоцеле.
2. У пациенток с исходным отсутствием либо сниженным градиентом эластографической жесткости промежности при натуживании по результатам соноэластографии рекомендовано дополнительное назначение гимнастики мышц промежности с электростимуляцией после операции для улучшения функциональных результатов оперативного лечения.
3. Сакроспинальная фиксация купола влагалища, кольпорафия, дополненная трансректальной «11-часовой» мукопексией, по сравнению с леваторопластикой и кольпорафией из трансвагинального доступа при

хирургическом лечении ректоцеле более физиологична, сопровождается меньшим числом развития рецидивов и более высокими параметрами качества жизни и рекомендована больным с 3 степенью ректоцеле.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМОРРОЯ

Чердаков А.В.

Многопрофильный медицинский холдинг
СМ-клиника, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Геморрой относится к числу наиболее распространенных заболеваний и встречается у 130-150 человек на 1000 взрослого населения, в том числе, до 80% среди лиц трудоспособного возраста. В амбулаторно-поликлинической практике проктолога наиболее частым заболеванием является острый геморрой. Среди взрослого населения до 10-15% страдают данной нозологией. Основой развития острого геморроя является тромбоз геморроидальных узлов. Частые рецидивы, длительность и, зачастую, травматичность лечения, позволяет говорить, что в настоящее время данная проблема является достаточно актуальной.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2013 по 2014 гг. на базе амбулаторно-поликлинического филиала было пролечено 216 больных с острым геморроем. Мужчины составили 138(64%) человек, женщины – 78(36%). Средний возраст пациентов составил 42,3±2,3 года. Основными жалобами при первичном обращении пациентов были следующие: выраженный болевой синдром в заднем проходе и чувство инородного тела в прямой кишке. При объективном осмотре были выявлены типичные клинические признаки тромбоза геморроидальных узлов. Нами было выделено 2 группы больных, в зависимости от способа лечения: первая группа составила 145(67%) – комплексная консервативная терапия тромбоза геморроидальных узлов, вторая – 71(33%) человек – проведение оперативного лечения в объеме тромбэктомии из геморроидального узла в комбинации с системной флеботропной терапией. Больные в контрольной группе получали системную (Детралекс по рекомендованной схеме), топическую (сидячие ванночки с марганцовкой, компрессы с мазью Гепатромбин Г на задний проход) и симптоматическую таратаию. В контрольной же группе больным при поступлении проводилась тромбэктомия из пораженного узла, впоследствии выполнялись ежедневные перевязки с мазями на водорастворимой основе в комбинации с приемом Детралекса по рекомендованной схеме и симптоматической терапией. В качестве субъективной оценки болевого синдрома в обеих группах мы применяли вербальную описательную шкалу оценки боли (Gaston-Johansson F., Albert M., Fagan E. et al., 1990).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первой группе пациентов регресс воспалительных явлений и значительная редукция тромбированных геморроидальных узлов с уменьшением тонуса сфинктера прямой кишки наблюдалось на 5,8±3,1 суток. Среднее значение показателя интенсивности боли у данной категории пациентов не поднималось выше 4 баллов (умеренная боль) и, зачастую, не требовало назначения комбинированных анальгетиков. Во второй группе пациентов исчезновение данных симптомов происходило на 6,7±2,6 суток (p>0,05). Однако практически все пациенты (87%) оценивали интенсивность боли в пределах 4-6 баллов, что требовало частого применения высокоэффективных анальгетиков, что, по-видимому, связано с проведением расширенных перевязок послеоперационной раны. По истечению 11,2±3,4 суток в первой группе больных клинических признаков тромбоза мы не наблюдали. Во второй же группе полная ликвидация явлений тромбоза происходила в сроки 13,4±3,1 суток, что в среднем на 3 суток больше, чем в первой группе (p>0,05). Следует отметить, что во второй группе в процессе лечения у 2(3%) пациентов отмечался тромбоз соседнего геморроидального узла, что потребовало проведения повторной операции. Средний срок временной нетрудоспособности в первой группе составил 14,4±2,7 суток. У пациентов во второй группе с проведением тромбэктомии срок временной нетрудоспособности достигал 18,7±4,3 суток, что в 1,4 раза длительнее, в сравнении с первой группой (p>0,05). В качестве критерия оценки отдаленных результатов нами использовался показатель рецидива острого геморроя за 12 месяцев. Всего из 156 пациентов при контрольных осмотрах через год рецидив геморроя был обнаружен у 22(14%) человек. В первой группе рецидивы заболевания возникли у 12(8%) больных, а во второй у 10(14%). Все случаи рецидива острого геморроя мы связываем с несоблюдением рекомендаций по ограничению физической нагрузки и нарушением больными диеты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Существенным преимуществом методики комплексного консервативного лечения тромбоза геморроидальных узлов является ее универсальность, меньшая интенсивность болевого синдрома во время лечения и высокая клиническая эффективность. Однако достоверных различий в сокращении сроков временной нетрудоспособности, ускорении регресса воспалительных явлений и уменьшения количества рецидивов в течение года нами выявлено не было. Таким образом, комплексное лечение пациентов острым геморроем включает многокомпонентное воздействие на основные звенья патогенеза последнего, а также рациональное сочетание хирургического и консервативного компонентов. Выбор тактики лечения данной группы пациентов определяется исключительно предпочтениями лечащего врача-проктолога и техническим оснащением проктологического кабинета.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ГИПЕРДИАГНОСТИКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

Чердаков А.В., Кочурков Н.В.

Поликлиника №6,
ЗАО Медицинские услуги, г. Москва, Россия

Пациентка Ф., 25 лет, обратилась с жалобами на повышенное газообразование, невозможность самостоятельно удерживать газы и, как следствие, боязнь нахождения в обществе. Из анамнеза болезни: считает себя больной около полугода, когда на фоне относительного благополучия отмечает появление вздутия живота и повышенного газообразования. Обратилась к гастроэнтерологу. При лабораторном обследовании признаков дисбактериоза не выявлено, выставлен диагноз: функциональное расстройство кишечника, назначена симптоматическая терапия. На фоне приема препаратов отмечает значительное снижение интенсивности газообразования, однако на фоне этого – появление жалоб на невозможность сдерживать газы. Гастроэнтерологом был выставлен диагноз – недостаточность анального сфинктера. Направлена на дообследование к проктологу. Произведена оценка анального рефлекса пуговчатым зондом, рефлекторный ответ – нормальный (полноценное сокращение наружного сфинктера). При пальцевом исследовании: анальный сфинктер тоничен, волевые сокращения его сохранены. Аноскопия: увеличенные внутренние геморроидальные узлы, рубцовых дефектов не выявлено. Учитывая сохраняющиеся жалобы пациентки, проведена ректороманоскопия до 30 см с предварительной подготовкой кишечника с использованием клизм, на всем протяжении слизистой розовая, сосудистый рисунок сохранен, складки слизистой без особенностей, тонус кишки удовлетворительный, воспалительных изменений не выявлено. Таким образом, на основании полученных клинических и объективных данных, предварительный диагноз недостаточность анального сфинктера выставлен не был.

В плане дообследования выполнена сфинктерометрия аппаратом МСМ Промедико, получены следующие результаты: тонус сфинктера (анальное статическое давление) был на уровне 56 мм рт. ст., а сила волевых сокращений сфинктера (анальная максимальная сила сокращений) – 110 мм рт. ст. Полученные показатели входили в границы нормальных величин здоровых людей. При ирригоскопии с двойным контрастированием выявлено нормальное расположение всех отделов толстой кишки, суженных и расширенных участков не выявлено, каловые камни не определялись. Осмотрена гинекологом, органической патологии и выраженных нарушений микрофлоры влагалища не выявлено. При контрольном анализе кала на дисбактериозе патологических отклонений вновь выявлено не было.

Пациентке было объяснено и наглядно продемонстрировано, что органической патологии анального сфинктера у нее выявлено не было. Однако пациентка продолжала настаивать на первичном диагнозе, выставленном гастроэнтерологом, в связи с чем, для дальнейшего лечения направлена к психоневрологу и неврологу-вегетологу. При контрольном осмотре после начала лечения у специалистов-неврологов, в течение недели пациентка отмечала практически полный регресс симптоматики, а через месяц – восстановление нормальной полноценной жизни в обществе.

Таким образом, при подозрении на недостаточность анального сфинктера, следует учитывать специфику нозологии и психоэмоциональный настрой пациента и верифицировать диагноз только после детального осмотра колопроктолога с использованием всего комплекса имеющихся методик по анализу функции анального сфинктера. В дальнейшем, при отсутствии данных, говорящих о наличии у пациента признаков недостаточности анального сфинктера, целесообразно использовать мультидисциплинарный подход в лечебной тактике с привлечением специалистов-неврологов, что, зачастую, позволяет в короткие сроки добиться улучшения психологического состояния пациента и скорейшей реабилитации его в обществе.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФАСЦИОМИОПЛАСТИЧЕСКОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЦЕЙ

Черкасов М.Ф., Татьяначенко В.К., Грошили В.С., Черкасов Д.М.

Ростовский государственный медицинский
университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Свищи прямой кишки представляют собой одно из самых распространенных колопроктологических заболеваний, их частота колеблется от 15% до 30% (Жуков Б.Н. и соавт., 2007).

Лечение сложных экстрасфинктерных свищей остается актуальной задачей, так как свищевой ход располагается высоко, может занимать несколько смежных клетчаточных пространств с образованием затеков. При операции имеется опасность травмы сфинктера. Число неудовлетворительных результатов хирургического лечения экстрасфинктерных свищей не имеет тенденции к снижению, при этом, вероятность рецидива свища остается высокой и составляет более 14%, развития инконтиненции при этом превышает 10% (Кузьмин А.М., 2003. Athanasiadis S. et al, 1994). Проблема оперативного лечения больных со сложными формами хронического парапроктита, при наличии экстрасфинктерных ректальных свищей, является актуальной в современной проктологии. Консервативные методы лечения при хроническом парапроктите

с наличием ректальных свищей не эффективны. Предлагаемый многими авторами лигатурный метод в последние годы встречается все реже, в главных недостатках метода относятся большая длительность лечения и развитие инконтиненции как следствие пересечения лигатурой сфинктера.

Неудовлетворенность результатами используемых методов лечения, выражающаяся в значительном количестве рецидивов и осложнений, заставляет искать новые пути лечения больных с экстрасфинктерными свищами прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В хирургическом отделении РостГМУ был разработан оригинальный способ лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки (патент РФ № 2326604 от 20.06.08). Способ основан на сочетании иссечения свища с мерами, направленными на ликвидацию остаточной полости, купирование воспаления и реваскуляризацию зоны пластика за счет несвободного миофасциального трансплантата. Для этого использовался несвободный фасциально-мышечный лоскут на основе медиальной порции большой ягодичной мышцы с ягодичной фасцией, погружаемый в остаточную полость операционной раны и фиксируемый к фасциальному футляру прямой кишки. Подшивание трансплантата проводилось под углом 90° к горизонтальной оси при симфизопетальном типе тазовой топографии и под углом 120° к горизонтальной оси при сакропетальном типе тазовой топографии над внутренним отверстием свища.

Предложенная методика применена у 42 больных с полными транс- и экстрасфинктерными свищами 2-4 степени сложности. В послеоперационном периоде применялись антибиотики, анальгетики, средства, улучшающие микроциркуляцию, по общепринятым схемам.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По сравнению с традиционными методиками, нами была отмечена более ранняя активизация больных, снижение интенсивности болевого синдрома, что подтверждается уменьшением количества использованных анальгетиков, сроки послеоперационного пребывания в стационаре составили от 6 до 9 суток. Осложнения раннего послеоперационного периода не носили фатального значения для функционального результата операции и были купированы. Тромбоз наружных гемморойдальных узлов отмечен у 3 больных, гематома промежности у 2-х больных, а в одном наблюдении – нагноение раны, заживление которой нам удалось добиться вторичным натяжением, избежав развития рецидива свища. Больным амбулаторно было проведено контрольное обследование спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев после операции. В отдаленные сроки рецидив свища был отмечен у 3 больных, без нарушения функции континенции. У остальных больных данных за рецидив заболевания отмечено не было, электромиография и сфинктероманометрия не выявили недостаточности запирающего аппарата. У трех пациентов спустя 1 и 3 месяца отмечено относительное снижение базального давления в анальном канале в покое и при волевом сокращении (не более чем на 20%, по сравнению с нормой). Клинических проявлений недержания при этом не было. В сроки до 6 месяцев у данных пациентов функция сфинктеров полностью восстановилась.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, опыт применения в клинике разработанной хирургической методики лечения больных хроническим парапроктитом, сложными экстрасфинктерными свищами, позволил улучшить результаты лечения, избежав ранних послеоперационных осложнений, рецидивов заболевания (в сроки наблюдения не менее 12 месяцев), развития недостаточности анального сфинктера и, как следствие, инконтиненции. При этом сокращаются сроки послеоперационного пребывания больных в стационаре и амбулаторной реабилитации пациентов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАН ПРОМЕЖНОСТИ МЕТОДОМ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Шабанов Т.А., Смирнова Г.О., Чибисов Г.И., Бубнов М.М.

ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница», Колопроктологическое отделение, г. Калуга, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Лечение воспалительных заболеваний промежности представляет определенные трудности. Это связано с особой локализацией ран в промежности и крестцово-копчиковой области, постоянным обсеменением ран содержимым прямой кишки, линейными размерами и формой ран, невозможностью полностью иммобилизовать рану из-за тонических и волевых сокращений мышц анального жома и промежности. Все это приводит к хроническому воспалению и длительному периоду заживления раны. В последние 10 лет постоянно совершенствуются подходы к лечению гнойных ран, применяются новые технологии, одной из которых является метод лечения ран отрицательным давлением.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценка эффективности метода лечения ран отрицательным давлением у больных с эпителиальным копчиковым ходом и острым парапроктитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В колопроктологическом отделении ГБУЗ КО «КОКБ» ежегодно проходит лечение до 50 пациентов с острым парапроктитом (ПП) и 80 пациентов с эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ). Нами проанализирована эффективность метода лечения ран отрицательным давлением (применялось устройство SUPRASORB CNP P2, L&R) в 2-х группах пациентов (38 с ЭКХ и 25 с ПП) с применением различных подходов к лечению.

У всех больных с ЭКХ (38 пациентов) производилось плановое оперативное лечение, иссечение эпителиального копчикового хода с подшива-

нием краев раны ко дну, в основной группе – 18 больных лечение раны в послеоперационном периоде проводилось методом отрицательного давления: на 2-е сутки после оперативного вмешательства (исключается риск кровотечения) производилось заполнение раны перевязочной марлей KERLIX с дренирование плоским дренажем, герметизация раны повязкой Suprasorb F и наложение отрицательного давления -125 мм рт. ст. Повязку меняли один раз в 2-3 дня. В контрольной группе (20 пациентов) в послеоперационном периоде производились стандартные ежедневные перевязки.

Всем 25 пациентам с острым парапроктитом в экстренном порядке производилось вскрытие и дренирование абсцесса. Лечение ран методом отрицательного давления, проведено 10 пациентам (основная группа). В контрольной группе (15 пациентов) в послеоперационном периоде производились стандартные ежедневные перевязки (туалет раны, мазевая повязка).

РЕЗУЛЬТАТЫ

После первой перевязки на 3 сутки с использованием метода отрицательного давления у больных с ЭКХ и ПП отмечалось очищение раны, сочные грануляции, размеры раны уменьшались, по сравнению с контрольной группой. Применение метода отрицательного давления позволило сократить сроки лечения пациентов на 18-38% в 1,5 раза, у основной группы пациентов с ЭКХ длительность госпитализации составила 8 дней (контрольная группа 11 дней), а при парапроктите 5 дней (контрольная группа 8 дней).

Использование метода отрицательного давления способствовало уменьшению размера раны: в основной группе при ЭКХ рана уменьшилась на 69,4% (контрольная – 48,6%), а при парапроктите 72,4% (контрольная группа – 45,6%).

ВЫВОДЫ

Проведённое исследование показало, что метод лечения ран отрицательным давлением, по сравнению с традиционным, клинически и экономически эффективен. Он ускоряет течение основных стадий раневого процесса и сокращает сроки заживления раны, сокращается число болезненных перевязок, уменьшает частоту использования анальгетиков, что уменьшает койко-день и стоимость лечения пациентов.

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТАЗОВОГО ДНА

Шаймарданов Э.К.

Республиканский научный центр колопроктологии
Министерства здравоохранения Республики
Узбекистан, г. Ташкент, Узбекистан

ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализировать результаты психометрического метода исследования у узбекскоговорящих пациенток с синдромом несостоятельности тазового дна (СНТД).

МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

63 женщины с СНТД: с послеродовым разрывом ректовагинальной перегородки (ПРВП) с недостаточностью анального сфинктера 27(42,9%), ректоцеле 23(36,5%), изолированное выпадение прямой кишки (ВПК) 8(12,7%) и в сочетании с выпадением матки (ВПК+ВМ) 5(7,9%). Средний возраст больных 39,3±2,1.

МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

Психометрический метод исследования проведен с помощью модифицированных в нашем центре анкет-опросников Kings Health Questionnaire и Wexner anal incontinence score для изучения дисфункций тазового дна и их влияния на качество жизни у узбекскоговорящих пациенток с СНТД и ПТО.

При обработке 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 максимальной возможной суммы баллов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

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 СНТД на качество жизни у больных было разным, так при ректоцеле ИТД, в среднем, 36,5% снижало ИВКЖ на 43%, при ПРВП 39,5 на 78,1; при ВПК 49,2 на 81,2 и при ВПК+ВМ 76,7 на 86,6, соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на разнообразность клинических проявлений СНТД, самым значимым субъективным показателем оказалось недостаточность анального сфинктера, который является причиной резкого снижения качества жизни у пациенток.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭВАГИНАЦИОННОЙ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ

Шапошников В.И.

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Геморроем страдает 10% взрослого населения планеты. Среди проктологических заболеваний на его долю приходится 40%. Им в три раза чаще болеют мужчины, чем женщины, в возрасте от 30 до 50 лет. Средний срок нетрудоспособности не менее 4 недель. Различают 7 видов операций: 1) перевязка внутренних геморроидальных узлов с отдельным иссечением наружных бахромок; 2) иссечение геморроидальных узлов с глущим швом ран; 3) трансанальная резекция слизистой оболочки прямой кишки по Лонго; 4) круговое иссечение слизистой оболочки прямой кишки по Уайтхеду; 5) геморроидэктомия «открытым» способом; 6) подслизистая геморроидэктомия по Парксу; 7) комбинированный способ с перевязкой узлов с инфракрасной или лазерной их коагуляцией. Наиболее распространенной является открытая геморроидэктомия, при которой удаляются геморроидальные узлы и кавернозные тельца на 3,7,11 часах. Методика была предложена Milligan E., Morgan G. (1937). При её применении выздоровление наступает у 85-90% больных. Однако, по данным литературы, у части пациентов могут возникнуть осложнения, в том числе: у 34-41% – интенсивный болевой синдром, у 2% – кровотечение, у 15-26% – дисурические расстройства, у 2% – гнойно-деструктивный процесс, у 2% – стриктуры анального отверстия, у 1% – недостаточность анального сфинктера. Эти осложнения напрямую связаны со следующими недостатками метода: 1) постоянное инфицирование ран (за счёт попадания в них слизи, а иногда и остатков каловых масс, из просвета прямой кишки); 2) дивульсия ануса, которая сопровождается тяжелой дополнительной травматизацией всех тканей в области анального канала; 3) нестабильность операционного поля с ограниченным визуальным контролем за ходом операции. Учитывая эти недостатки, нами был разработан эвагинационная способ геморроидэктомии, при котором удаление узлов и кавернозных телец при II-III стадиях заболевания производится на вывернутой наизнанку дистальной части анального канала (патент РФ № 2072798 от 10.02.97 г.).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Операция осуществляется при помощи раздутого резинового обтуратора. В качестве его с успехом можно применять обычную манжетку от интубационной трубки, причем для усиления трения со слизистой оболочкой она окутывается марлевым чехлом, который создается из двухслойной салфетки с отверстием в центре. Эта манжетка-обтуратор до операции максимально раздувается (с определением объема вводимого воздуха) и сразу окутывается салфеткой, проведенной через свободный конец трубки (для этой цели и было создано в ней отверстие). Чехол создается путем стягивания краёв салфетки крепкой лигатурой. Затем воздух из манжетки выпускается и конец трубки, на котором находится манжетка, вставляется в просвет прямой кишки. Вслед за этим манжетка вновь раздувается, при этом во избежание ее разрыва, объем введенного воздуха не должен превышать объема, определенного заранее перед операцией. Затем приступают непосредственно к удалению геморроидальных узлов. Для достижения поставленной цели траекцией за свободный конец трубки осуществляют эвагинацию слизистой оболочки анального канала вместе с геморроидальными узлами, что позволяет манипулировать на тканях под строгим визуальным контролем с соблюдением всех правил антисептики и без растяжения анального отверстия. При выполнении манипуляций строго придерживались правила, что ширина сохраняемых кожно-слизистых полос между ранами должна быть не менее 1 см. Иссечение внутренних и наружных геморроидальных узлов с кавернозным тельцем производится одним блоком на 3,7 и 11 часах по циферблату. Осуществляется перевязка сосудов, подходящих к кавернозному тельцу. Для предупреждения прокола манжетки иглой, во время манипуляций её защищают лопаточкой Буяльского. Образованные ранки в области ануса, закрываются наглухо тонким кетгуттом. В конце операции в просвет прямой кишки на 2-3 дня вводится газоотводная трубка. Продолжительность вмешательства не превышает 30-40 минут.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Описанный способ геморроидэктомии был выполнен у 66 пациентов в возрасте от 43 до 72 лет. Мужчин было 62(93,9%). Осложнений не наблюдалось. Продолжительность стационарного лечения, в среднем, составила 7,3 койко-дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эвагинационную геморроидэктомию можно отнести к радикальным способам удаления геморроидальных узлов. При ней отпадает необходимость в производстве дивульсии ануса, что значительно уменьшает травматичность данного хирургического вмешательства. Манипуляции производятся под строгим визуальным контролем с соблюдением всех правил антисептики от начала и до конца операции. Метод можно применять во всех хирургических стационарах.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ

Эктов В.Н., Попов Р.В., Воллис Е.А.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, Воронежская областная клиническая больница №1, г. Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Среди причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения экстра- и трансфинктерных прямокишечных свищей большее значение играет не только риск рецидивов заболевания (до 11,7%), но и, чаще, высокий удельный вес развития послеоперационной недостаточности анального сфинктера – до 14,6% (Воробьев Г.И. с соавт., 2001; Кузьминов А.М. с соавт., 2003; Чернов А.А. с соавт., 2007; Ho K.S., Sentovich S.M., 2003). В технологии оперативного лечения высоких прямокишечных свищей наиболее травматичным этапом операции, создающим реальный риск развития инконтиненции, является иссечение свищевого хода. Несомненно, актуальным остаётся поиск вариантов, направленных на уменьшение травматичности хирургических вмешательств при операциях по поводу прямокишечных свищей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проанализированы результаты хирургического лечения 266 больных с различными формами прямокишечных свищей. Всем пациентам выполнены различные варианты хирургических вмешательств, в том числе, с использованием фибринового клея. В группу пациентов, которым применялось хирургическое лечение с использованием фибринового клея, были включены 27 больных, среди которых у 5 имелись экстрафинктерные прямокишечные свищи I и II степени сложности, у 22 – трансфинктерные свищи с высоким расположением свищевого хода. Противопоказаниями к применению фибринового клея считали наличие дополнительных слепых свищевых ходов и гнойных затеков, выявленных во время предоперационного обследования. Мы изменили наиболее распространенную технологию применения фибринового клея в лечении прямокишечных свищей, рассматривая plombировку свищевого хода не как самостоятельный метод лечения, а как этап хирургического вмешательства, направленный на значительное уменьшение ее травматичности. Основные этапы операции по поводу прямокишечного свища с использованием фибринового клея заключаются в следующем – интраоперационная идентификация внутреннего отверстия свища, хирургическая санация свищевого хода, иссечение внутреннего отверстия свища и мобилизация лоскута слизистой анального канала, плотное заполнение свищевого хода фибриновым клеем, пластика внутреннего отверстия свища двухрядным швом. Хирургическая санация свищевого хода направлена на удаление патологических тканей и снижения уровня бактериальной обсемененности свищевого хода. Это достигается последовательным использованием специально разработанных зондов – ножей с диаметрами конических насечек 1,5; 1,8 и 2,2 мм. Во время пластического этапа операции осуществляется иссечение внутреннего отверстия свища по типу криптэктомии двумя овальными разрезами с последующей мобилизацией одного из краёв слизистой анального канала на ширину до 1,5 см и пластикой внутреннего отверстия свища двухрядным швом. Plombировку свищевого хода производят экстенсивно приготовленной клеевой композицией Тиссукол Кит.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Отсутствие раны в промежности у больных, оперированных с использованием фибринового клея, способствовало значительному снижению показателей, характеризующих болевой синдром по визуально-аналоговой шкале и существенно повышало качество жизни пациентов. Отдаленные результаты изучены у всех больных в сроки от 6 до 48 месяцев после операции. У одного больного с диагнозом экстрафинктерный передний прямокишечный свищ II степени сложности выявлен рецидив заболевания. Данное осложнение связано с формированием гнойного затека в ишиоректальном пространстве и несостоятельностью швов в области внутреннего отверстия свищевого хода. Признаков недостаточности анального сфинктера после использования фибринового клея ни в одном случае выявлено не было. Отдаленные результаты демонстрируют важные преимущества хирургического лечения с применением фибринового клея, позволяющие существенно сократить сроки медицинской и трудовой реабилитации больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наш опыт использования фибринового клея в хирургическом лечении прямокишечных свищей демонстрирует благоприятные ближайшие и отдаленные результаты, позволяя предложить к использованию эту методику как этап оперативного вмешательства в сочетании с пластикой внутреннего отверстия свища и санацией свищевого хода.

ЛАТЕКСНОЕ ЛИГИРОВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ КАК МЕТОДИКА ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ, ЛИФТИНГА И МУКОПЕКСИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Эктов В.Н., Сомов К.А.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко,
Воронежская областная клиническая больница №1, г. Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Латексное лигирование геморроидальных узлов является одним из наиболее эффективных вариантов мининвазивных хирургических вмешательств. Вместе с тем, общеизвестно значительное снижение результативности данной методики при 3 и 4 стадии хронического внутреннего геморроя и ограничения для использования латексного лигирования при комбинированных формах хронического геморроя. Существующие риски развития рецидивов болезни в отдаленном периоде делают актуальным поиск возможных путей совершенствования техники выполнения данного вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2006 по 2013 год в отделении колопроктологии Воронежской областной клинической больницы №1 различные варианты латексного лигирования были применены для лечения 240 больных хроническим геморроем с различными стадиями заболевания. В качестве нового варианта лечения хронического геморроя нами разработана методика латексного лигирования слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки. Методика осуществляется следующим образом. Мягким захватом по оси выявленного при аноскопии геморроидального узла захватывается слизистая нижнеампулярного отдела прямой кишки на 4-5 см выше зубчатой линии. Механическим лигатором производится наложение латексной лигатуры на слизистую нижнеампулярного отдела прямой кишки таким образом, чтобы высота лигированного участка слизистой составляла не менее 1,5 см. Лигирование слизистой оболочки в большинстве случаев осуществлялось наложением двух латексных колец. При этом в зону лигирования попадает округлой формы участок слизистой и подслизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки диаметром около 3 см с подлежащими сосудами. Наряду с дезартеризацией данная процедура обеспечивает одномоментное подтягивание вверх (лифтинг) внутреннего геморроидального комплекса и фиксацию слизистой оболочки прямой кишки в зоне лигирования. Данная манипуляция проводится в проекции основных геморроидальных узлов, как правило, на 3,7 и 11 часах по циферблату.

При 4 стадии хронического геморроя мы применяем одномоментное комбинированное вмешательство – латексное лигирование внутренних геморроидальных узлов и латексное лигирование слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки с лифтингом и мукопексией. Первоначально в проекции выявленного внутреннего геморроидального узла осуществляли лигирование слизистой и подслизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки по вышеописанной методике, а затем выполняли лигирование внутреннего узла с наложением латексной лигатуры чуть выше зубчатой линии. Данная модификация вмешательства обеспечивает одномоментную перевязку на протяжении дистальных ветвей верхней прямокишечной артерии и удаление внутренних геморроидальных узлов. Суммарно по оси геморроидального комплекса в зону лигирования попадает два участка слизистой и подлежащих тканей общей протяженностью до 4 см, что позволяет осуществить при комбинированных формах геморроя подтягивание анодермы в зоне наружных геморроидальных узлов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнительная оценка болевого синдрома при помощи визуально-аналоговой шкалы выявила наименьшую выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде у больных после латексного лигирования слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки. Все пациенты после выполнения различных вариантов лигирования отметили отсутствие существенных болевых ощущений после дефекации. После применения различных вариантов латексного лигирования в раннем послеоперационном периоде у 1 пациента отмечалась задержка мочеиспускания. В 2-х случаях отмечалось кровотечение, остановленное консервативными мероприятиями. У одного больного на 3-и сутки выявлен тромбоз наружного геморроидального узла, который купирован назначением флеботоников и местными противовоспалительными препаратами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предлагаемая тактика применения латексного лигирования расширяет диапазон использования данной методики и повышает ее результативность в лечении различных стадий и клинических форм хронического геморроя.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСА ЕСТЕСТВЕННЫХ АУТОЦИТОКИНОВ НА ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

Эфрон А.Г.

Отделение колопроктологии ОГБУЗ «КБСМП», г. Смоленск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Основным методом лечения острого парапроктита является как можно ранее выполненное оперативное вмешательство. Однако результат лечения во многом зависит не только от правильного и своевременного выполнения операции, но и от состояния механизмов репаративных процессов. В этой связи особый интерес представляют препараты на основе комплекса естественных аутоцитокинов. Теоретическим обоснованием к их применению послужили данные о единой системе регуляции функции клеток организма полипептидными молекулами (цитокинами), контролирующими рост, дифференцировку и функциональную активность клеток различной тканевой принадлежности.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение влияния аутоцитокинов на течение раневого процесса в параректальной клетчатке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе отделения колопроктологии ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи» города Смоленска. Из 219 больных основную клиническую группу составили 112 человек, контрольную группу – 107 человек. Статистически значимых различий групп по полу, возрасту, форме острого парапроктита, размерам воспалительных инфильтратов, локализации пораженных крипт, расположению гнойно-некротического хода относительно сфинктера заднего прохода, срокам с момента начала заболевания до госпитализации, а так же по характеру сопутствующей патологии не было, $p > 0,05$. Хирургическая тактика у больных обеих групп была одинаковой, $p > 0,05$. Исследование носило проспективный, динамический, рандомизированный характер. Использовался простой метод рандомизации. Были определены критерии включения и исключения больных в исследование. Согласно протоколу исследования, больные с пельвиоаректальными парапроктитами, а так же парапроктитами, осложненными гнойной флегмоной, в исследование не включались, т. к. в этих случаях невозможно было отказаться от проведения антибактериальной, дезинтоксикационной, инфузионной, другой иммуномодулирующей терапии. Данное же исследование было направлено на изучение влияния местной аутоцитокинотерапии на ход воспалительного процесса в параректальной клетчатке, изолированно от других препаратов.

В 1 сутки всем больным, независимо от групп исследования, проводили общеклинические анализы, рассчитывали ЛИИ (лейкоцитарный индекс интоксикации), ИРО (индекс резистентности организма), определялся тип приспособительной реакции АП (адаптационный потенциал), иммунный статус, активностью нейтрофилов методом хемилуминесценции. Больным, вошедшим в основную группу, из кубитальной вены забирали 20 мл крови, которая направлялась в иммунологическую лабораторию для получения и стандартизации комплекса естественных аутоцитокинов. Всем больным выполнялось экстренное оперативное вмешательство – вскрытие острого парапроктита. Из раны брался материал для бактериологического исследования и определения бактериальной обсемененности методом хемилуминесценции, для цитологического исследования.

На 2 сутки получали первую порцию аутоцитокинов, которые начинали вводить в рану больным основной группы. Аутоцитокинотерапия проводилась до 10 суток.

Больные контрольной группы лечились традиционно с применением водорастворимых мазей (левомиколь, левосин).

В обеих группах в динамике на 2,3,5,7,10 и 14-сутки лечения оценивали клинические симптомы, рассчитывали ЛИИ, ИРО, АП, выполняли бактериологические, цитологические исследования и планиметрические замеры.

Для статистической обработки результатов исследования применяли пакет прикладных программ STATISTICA 6.0 фирмы StatSoft Inc (США) и MS Excel.

Методика локальной аутоцитокинотерапии. В перевязочной, после удаления из раны мазевых тампонов, установленного во время операции, гнойную полость обильно промывали 3% раствором перекиси водорода, тщательно осушали, по показаниям выполняли дополнительную некрэктомию. Производили планиметрические замеры, взятие материала для бактериологического и цитологического исследования. По окончании перевязки выполняли дренирование раны стерильной марлевой турундой, пропитанной комплексом аутоцитокинов. Марлевая турунда позволяла удерживать препарат в ране и создать достаточную экспозицию аутоцитокинов для обеспечения их биологического эффекта. Смену тампонов проводили 1 раз в сутки, смена поверхностных повязок проводилась по мере их промокания. Аналогичные манипуляции проводили ежедневно, в течение всего периода лечения. Минимальный курс аутоцитокинотерапии составил 8 суток, максимальный 16 суток.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У всех 219 больных острым парапроктитом на момент госпитализации мы установили: наличие нейтрофильного лейкоцитоза, снижение общего числа лимфоцитов и лимфоцитарного индекса, повышение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), понижение индекса резистентности организма (ИРО), снижение адаптационного потенциала, вплоть до полного его срыва и развития у 60% больных реакции стресса, напряжение фагоцитарной системы, в виде снижения образования

активных форм кислорода, при нормальной поглотительной функции нейтрофилов и отсутствии изменений их адгезивной способности, тенденции к снижению уровня Т-лимфоцитов, повышению уровня IgG и ЦИК. Корреляционный анализ показателей иммунитета на момент госпитализации установил обратную связь между уровнем лейкоцитоза и общим количеством лимфоцитов $r=-0,57$ $p=0,001$, а так же между уровнем лейкоцитоза и количеством Т-лимфоцитов $r=-0,38$, $p=0,005$; при этом сохранялась прямая связь между общим числом лимфоцитов и числом Т-лимфоцитов, $r=0,46$ $p=0,001$. Это доказывает, что снижение общего числа лимфоцитов в острый период заболевания происходит, преимущественно, за счет Т-лимфоцитов. Примечательно существование обратных связей: между размерами инфильтратов и общим количеством лимфоцитов $r=-0,33$ $p=0,04$, между длительностью заболевания и уровнем Т-лимфоцитов $r=-0,41$ $p=0,017$; между длительностью заболевания и фагоцитарной активностью нейтрофилов $r=-0,38$ $p=0,02$. Прямые корреляционные связи выявлены между длительностью заболевания и уровнем IgM и ЦИК ($r=0,42$ и $r=0,44$ при $p=0,015$ и $p=0,017$), а так же между размерами воспалительных инфильтратов и уровнем ЦИК ($r=0,36$ $p=0,04$).

Следовательно, у больных острым парапроктитом на фоне интоксикации, высокой бактериальной обсемененности и выраженной сенсibilизации, имеет место напряжение иммунной системы, со склонностью к развитию иммунодефицитного состояния, преимущественно клеточного типа, что, с нашей точки зрения, отражает адекватную реакцию системы, направленную на снижение процессов аутосенсibilизации организма. В свою очередь, повышение концентрации IgG и циркулирующих иммунных комплексов, свидетельствует о стимуляции процессов антителообразования.

При изучении динамики показателей иммунной системы в процессе лечения в обеих группах было выявлено: снижение уровня лейкоцитоза, уменьшение нейтрофилеза, снижение показателей ЛИИ и повышение ИРО, стабилизация адаптационных реакций, повышение общего количества лимфоцитов, преимущественно за счет Т-лимфоцитов, повышение уровня иммуноглобулинов и понижение уровня ЦИК, повышение фагоцитарной активности нейтрофилов. При этом положительная динамика в основной группе больных наступала раньше на 3-5 сутки, тогда как в контрольной – только на 9-10 сутки, $p=0,001$. Анализ корреляционных связей перечисленных параметров подтверждает достоверно значимое их изменение в основной группе больных: $r=0,61$, $p=0,005$. В контрольной группе аналогичных корреляционных связей выявлено не было, либо связь была слабой.

Степень обсеменности ран в 1-сутки выше критического уровня (10^5 на 1 г ткани) была выявлена у 89,4% больных основной и 90,9% больных контрольной группы, $p>0,05$. Уже к 7-суткам послеоперационного

периода у 92,5% больных основной группы степень бактериальной обсеменности на 1 грамм ткани была ниже критического уровня, тогда как в контрольной группе у 48,5% больных она оставалась выше 10^5 , $p<0,001$.

Результаты цитологических исследований: в обеих группах больных на 3-сутки определялась фагоцитарная активность нейтрофилов, причем фагоцитоз носил преимущественно незавершенный характер. К 5-суткам преобладание нейтрофильных лейкоцитов сохранялось, снижалась их деструкция. клеточный состав характеризовался увеличением числа лимфоцитов, макрофагов, полибластов и фибробластов, количество которых было достоверно выше в основной группе больных, $p<0,05$. К 7-суткам статистически значимое различие групп сохранялось, уменьшение числа нейтрофилов, увеличение количества макрофагов и лимфоцитов, значительное увеличение числа полибластов и фибробластов достоверно чаще выявлялось у больных основной группы, $p<0,01$. Цитологическая картина характеризовалась переходом раневого процесса во вторую стадию. К 10-суткам в основной группе больных на фоне увеличения количества полибластов отмечалось направление их дифференцировки преимущественно в сторону созревания фибробластов, тогда как у большинства больных контрольной группы продолжало увеличиваться количество макрофагов, т. е. сохранялся воспалительный компонент, $p<0,05$.

Скорость заживления ран, по результатам планиметрических исследований, так же была достоверно выше в основной группе больных. Статистически значимое различие групп сохранялось и на 14 сутки.

Полученные данные, в определенной мере, позволяют патогенетически обосновать аутоцитокинотерапию, как один из методов локальной коррекции недостаточности иммунной системы при остром парапроктите. Местная аутоцитокинотерапия создает условия для благоприятного течения раневого процесса в параректальной клетчатке.

Средний койко-день в основной группе составил $13,7\pm 0,48$, в контрольной группе – $18,5\pm 0,85$, $p<0,001$.

ВЫВОДЫ

Острый парапроктит – заболевание, сопровождающееся напряжением иммунной системы, со склонностью к развитию иммунодефицитного состояния, преимущественно клеточного типа. Использование комплекса естественных аутоцитокинотерапии в послеоперационном периоде способствует повышению уровня Т-лимфоцитов, IgG, IgA, усиливает макрофагальную реакцию, пролиферацию фибробластов, формирование грануляционной ткани, краевую эпителизацию, что позволяет сократить сроки госпитализации в 1,4 раза. Доказанная, таким образом, эффективность местной аутоцитокинотерапии позволяет рекомендовать ее, как один из методов локальной коррекции при остром парапроктите.

ГЛАВА 2. КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Абелевич А.И., Ларин А.А., Ванцинова Е.В., Киргинцева Е.А., Антропова А.М.

Хирургическая клиника им. А.И.Кожевникова Нижегородской Областной больницы им. Семашко, г. Нижний Новгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Удельный вес рака прямой кишки среди всех злокачественных опухолей составляет 3-8%. Новообразование часто локализуется в среднеампулярном (40-45%) и нижеампулярном (20-30%) отделах. Операцией выбора при данном расположении колоректального рака является низкая передняя резекция прямой кишки. Несмотря на постоянное совершенствование хирургической техники, доля ранних послеоперационных осложнений, по данным разных авторов, достигает 20 и более процентов, их профилактика является важной составляющей успешного лечения.

ЦЕЛЬ

Анализ ранних осложнений после низкой передней резекции прямой кишки и способы их предотвращения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 135 больных в период с 2008 по 2011 гг., оперированных на базе отделения колопроктологии Нижегородской ОКБ им. Семашко по поводу рака средне- и нижеампулярного отделов прямой кишки. В анализируемой группе преобладали мужчины – 68(50,3%), женщин было 67(49,7%). Возраст пациентов варьировал от 28 до 85 лет, средний возраст составил 63,4 года, при этом 109(80,7%) пациентов перешагнули возрастной рубеж в 60 лет. Сопутствующая патология распределилась следующим образом: ишемическая болезнь сердца – 109(80,7%), гипертоническая болезнь – 94 (69,6%), хроническая сердечная недостаточность – 19(14,07%), хроническая обструктивная болезнь легких – 33(24,4%), ожирение – 98(72,5%), дыхательная недостаточность – 7(5,1%), сахарный диабет 2 типа – 19(14,07%), дисциркуляторная энцефалопатия – 8(5,92%), хроническая почечная недостаточность – 3(2,22%). Расширенные операции с D2 лимфодиссекцией были выполнены 22(16,3%) больным. Комбинированные вмешательства в виде резекции семенных пузырьков, предстательной железы, мочевого пузыря, передней брюшной стенки производились каждому пятому больному. Мобилизация прямой кишки выполнялась единым блоком с регионарными лимфатическими узлами с помощью моно- и биполярной коагуляции, особое внимание уделялось качеству мезоректумэктомии и сохранению вегетативной иннервации таза. Колоректальный анастомоз накладывался циркулярными степлерами с дозированной компрессией путем техники двойного прошивания. Целостность брюшинного тазового дна восстанавливалась непрерывным атравматическим швом, отдельно дренировались малый таз и брюшная полость. У 112(82,96%) из 135 пациентов операция завершилась выведением разгрузочной стомы на переднюю брюшную стенку. У 40 была сформирована илеостома, остальным 72 была выведена трансверзостома.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 135 низких передних резекций прямой кишки осложнились 14(10,37%). Несостоятельность анастомоза имела место у 9 (6,66%) больных, но поскольку анастомоз был отключен, она протекала субклинически, преимущественно в виде мутного отделяемого по промежностному дренажу. Частичная кишечная непроходимость, как следствие затянувшегося переза кишечника, наблюдалась у 1(0,74%) больного. Нагноение послеоперационной раны было зарегистрировано у 6(4,44%) больных. Ни в одном наблюдении не было осложнений, связанных с дефектами гемостаза и лимфостаза, в том числе и после расширенных и комбинированных операций.

Осложнения, связанные с сопутствующей патологией: прогрессирование дисциркуляторной энцефалопатии – у 1(0,74%) больного и у 2(1,48%) острая почечная недостаточность. Был отмечен один летальный исход у пожилого пациента, причиной которого была острая сердечно-сосудистая недостаточность.

ВЫВОДЫ

1. Несостоятельность колоректального анастомоза является довольно частым осложнением низкой передней резекции прямой кишки, но при наличии разгрузочной стомы оно протекает субклинически и не приводит к развитию абдоминального сепсиса.

2. Использование электрохирургических инструментов обеспечивает надежный гемостаз и лимфостаз, что является важной профилактикой послеоперационных гнойных осложнений.

3. Неспецифические осложнения, связанные с сопутствующими заболеваниями, чаще встречаются у пациентов пожилого и старческого возраста, что важно учитывать в выборе характера и объема операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ

Алибегов Р.А., Нарезкин Д.В., Борсуков А.В., Сергеев О.А., Прохоренко Т.И., Жвиташвили И.Д.

Кафедра факультетской хирургии Смоленская государственная медицинская академия, г. Смоленск, Россия

Резекция печени остается единственной операцией, которая может обеспечить долгосрочную выживаемость при метастазах колоректального рака.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить результаты резекций печени по поводу колоректальных метастазов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Анализируются результаты 53 резекций печени, выполненных по поводу метастазов колоректального рака. Мужчин – 24, женщин – 29, возраст – 35-74 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анатомические резекции печени произведены у 43 больных: правосторонняя гемигепатэктомия – 13, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия – 7, левосторонняя гемигепатэктомия – 21, расширенная левосторонняя гемигепатэктомия – 2. Экономные резекции печени (от одного до 3 сегментов) выполнены у 10 пациентов. Метахронные метастазы наблюдались у 32 больных, синхронные – у 21. У 39 больных для разделения паренхимы печени использовали монополярную и/или биполярную диатермокоагуляцию с последовательным лигированием и пересечением трубчатых структур печени. При этом объем кровопотери при больших резекциях печени достигало до 2000 мл. У 15 больных для разделения паренхимы печени использовали электрохимический аппаратом ECU-300 (Soring, Германия). Данная методика позволила уменьшить объем интраоперационной кровопотери до 500 мл и менее, отказаться от гемотрансфузии, пережати гепатодуоденальной связки, сократить длительность операции и обеспечить абластику по линии резекции. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения отмечены в 38% случаях. Наиболее частыми осложнениями после больших резекций печени были реактивные плевриты, потребовавшие повторные пункции (14%), длительные желчеистечение из раневой поверхности печени по улавливающим дренажам (12%). В одном наблюдении отмечалось кровотечение из раневой поверхности печени потребовавшая релапаротомия, в другом – острая перфорация тонкого кишечника. Летальных исходов нет. Одногодичная выживаемость – 81%, трехлетняя – 43%, пятилетняя – 28%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резекция печени является эффективным методом в лечении колоректальных метастазов с благоприятными непосредственными и приемлемыми отдаленными результатами лечения. Симультанные операции оправданы в плановой хирургии, когда первичная опухоль локализована в правой половине ободочной кишки. В экстренной хирургии предпочтение следует отдавать этапным операциям.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Алибегов Р.А., Нарезкин Д.В., Щаева С.Н.

ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия», кафедра факультетской хирургии, г. Смоленск, Россия

В настоящее время все большее распространение в клинической практике получают лапароскопические способы хирургических вмешательств. При этом данные способы лечения при колоректальном раке дают отдаленные онкологические результаты сравнимые с открытыми операциями, что подтверждено рядом многоцентровых исследований.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнен ретроспективный анализ 29 лапароскопически-ассистированных хирургических вмешательств по поводу колоректального рака в период с 2012 по 2014 гг. Из них правосторонняя гемиколэктомия произведена в 9 случаях, левосторонняя – 8, резекция сигмовидной кишки у 7 пациентов и еще у 4 – передняя резекция прямой кишки, в одном случае лапароскопический реконструктивный сигморектоанастомоз. При выборе способа оперативного вмешательства учитывался индекс массы тела, отсутствие в анамнезе «открытых» оперативных вмешательств на органах брюшной полости, клиническая стадия по TNM-классификации (7-е издание). Все хирургические вмешательства были выполнены по поводу аденокарциномы, различной степени дифференцировки. Мобилизация ободочной кишки у 26 больных осуществлялась от медиальной стороны к латеральной, у трех – от латеральной к медиальной. Препарат удалялся через минилапаротомный разрез. Формирование анастомоза осуществлялось экстракорпорально.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ данных послеоперационного патоморфологического исследования показал, что у большей части пациентов была I-II ст. заболванности (n=26). Только у 3-х пациентов наблюдалась III ст. Средняя продолжительность операции при правосторонней гемиколэктомии составила 196 мин., левосторонней гемиколэктомии – 208 мин., резекции сигмовидной кишки – 172 мин. Интраоперационная кровопотеря при гемиколэктомиях составила 110 мл, при резекциях сигмовидной кишки – 80 мл.

Конверсии доступа наблюдались в 3 случаях, эти пациенты не вошли в исследуемую группу. У 2 пациентов с конверсией доступа операция выполнена методом «Handassisted», у одного – открытым способом. Летальность – 0, частота послеоперационных осложнений: пневмония n=1, острая перфорация тонкой кишки n=1. Средняя продолжительность койко-дней составила 9±4 суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение лапароскопически-ассистированных оперативных вмешательств при колоректальном раке даже на начальном этапе освоения методики представляет приемлемый уровень осложнений и других оценочных критериев. Использование лапароскопического доступа в хирургии рака толстой кишки без ущерба онкологического радикализма, способствует улучшению послеоперационных результатов.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Алибегов Р.А., Нарезкин Д.В., Щаева С.Н.

Смоленская государственная медицинская академия, г. Смоленск, Россия

В настоящее время все большее распространение в клинической практике получают лапароскопические способы хирургических вмешательств. При этом данные способы лечения при колоректальном раке дают отдельные онкологические результаты, сравнимые с открытыми операциями, что подтверждено рядом многоцентровых исследований.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнен ретроспективный анализ 29 лапароскопических хирургических вмешательств по поводу колоректального рака в период с 2012 по 2014 гг. Из них правосторонняя гемиколэктомия произведена в 9 случаях, левосторонняя – 8, резекции сигмовидной кишки – у 7 пациентов и еще у 4 – передняя резекция прямой кишки, в одном случае лапароскопический реконструктивный сигморектоанастомоз. При выборе способа оперативного вмешательства учитывался индекс массы тела, отсутствие в анамнезе «открытых» оперативных вмешательств на органах брюшной полости, клиническая стадия по TNM – классификации (7-е издание). Все хирургические вмешательства были выполнены по поводу аденокарциномы, различной степени дифференцировки. Мобилизация ободочной кишки у 26 больных осуществлялась от медиальной стороны к латеральной, у трех – от латеральной к медиальной. Препарат удалялся через минилапаротомный разрез. Формирование анастомоза осуществлялось как экстракорпорально, так и интракорпорально.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ данных послеоперационного патоморфологического исследования показал, что у большей части пациентов была I-II ст. заболевания (n=26). Только у 3-х пациентов наблюдалась III ст. Средняя продолжительность операции при правосторонней гемиколэктомии составила 196 мин., левосторонней гемиколэктомии – 208 мин., резекции сигмовидной кишки – 172 мин. Интраоперационная кровопотеря при гемиколэктомиях составила 110 мл, при резекциях сигмовидной кишки – 80 мл. Конверсии доступа наблюдались в 3 случаях, эти пациенты не вошли в исследуемую группу. У 2 пациентов с конверсией доступа операция выполнена методом «Handassisted», у одного – открытым способом. Летальность – 0, частота послеоперационных осложнений: пневмония n=1, острая перфорация тонкой кишки n=1. Средняя продолжительность койко-дней составила 9±4 суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение лапароскопических оперативных вмешательств при колоректальном раке даже на начальном этапе освоения методики представляют приемлемый уровень осложнений и других оценочных критериев. Использование лапароскопического доступа в хирургии рака толстой кишки без ущерба онкологического радикализма, способствует улучшению послеоперационных результатов.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ IV СТАДИИ

Алиев В.А., Барсуков В.А., Ткачев С.И., Тамразов Р.И., Кузьмичев Д.В., Николаев А.В.

ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н.Блохина» РАМН, отделение хирургическое № 3, г. Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ

Еще в конце прошлого века лечение метастатического рака прямой кишки (мРПК) носило симптоматическую направленность, и, как правило, в 80% случаев ограничивалось выполнением разгрузочных колостом или обходных межкишечных анастомозов. С развитием современных методов комбинированного и комплексного лечения продолжительность жизни этих пациентов увеличилась, и обеспечение не только системного, но и локального контроля заболевания стало актуальным вопросом.

ЦЕЛЬ

Изучить безопасность и эффективность неoadъювантной химиолучевой терапии (ХЛТ) и возможность выполнения сфинктеросохраняющих операций у больных мРПК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2010 по 2013 гг. неoadъювантное лечение проведено 75 больным РПК с синхронными отдаленными метастазами. При стадии Т3 мета-

стазы в печень диагностированы у 30 (73,1%) больных, в легкие – 5(12,1%), в печень+легкие – 4(9,6%), в яичники – 1(2,4%), по брюшине – 1(2,4%). При Т4 (n=34) метастазы в печени у 17(50%), в легкие – 5(14,7%) в печень+легкие – 5(14,7%), в забрюшинные лимфоузлы – 5(14,7%), в яичники – 2(5,9%). Выбор программ предоперационной терапии определялся степенью распространения первичной опухоли. При Т3 (n=41) (54,7%) проводилось 3-4 курса «FOLFOX6» + СОД25Гр (5x5Гр) на первичный очаг, при Т4 (n=34) (45,3%) – 3-4 курса «XELOX»+СОД 36-40 Гр. Группой сравнения были пациенты мРПК, которым на первом этапе выполнено удаление первичного очага с последующей лекарственной терапией (n=80). Анализировался характер оперативных вмешательств, частота выполнения сфинктеросохраняющих операций, частота выполнения R0 резекций по поводу метастатического поражения печени, послеоперационные осложнения, выживаемость.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Во время лечения зарегистрирована диарея 2-3 ст. – 17,6%, рвота – 13,2%, нейтропения 2 ст. – 10,3%, лучевой проктит – 20,5%, кожные реакции – 2,9%. После оценки эффекта химиолучевой терапии у 60 (80%) больных выполнены оперативные вмешательства. У 22(36,7%) больных выполнены брюшно-анальные резекции, 15(25%) – ЧБР, 12 (20%) больным – БПЭ, 7(11,7%), операция Гартмана – 7 (11,7%), комбинированные резекции выполнены у 10(16,7%), 3(5%) больным – эксплоративные операции (1- колостомия, 2 тотальный канцероматоз). Несостоятельность швов анастомоза (культи) выявлена у 3(8,1%) больных, кишечная непроходимость – 1(2,7%), абсцесс в малом тазу – 2(3,3%), послеоперационное кровотечение – 2(8,7%), плеврит – 1 (2,7%), урологические – 2(3,3%). Сфинктеросохраняющие операции выполнены 38(63,3%) больным, 5(8,3%) из которых – с превентивной колостомией. Резекции в объеме R0 выполнены у 27(45%) больных, 15(55,5%) из которых – симультанно. Медиана наблюдения 11,5 месяцев, 1-годичная общая выживаемость в группе со стадией Т3NxM1 составила 85%, со стадией Т4NxM1 – 80%, соответственно. При сравнении с группой больных, которым на первом этапе выполнено удаление первичного очага, отмечено достоверное увеличение 1-годичной общей выживаемости с 60 до 79%, соответственно.

ВЫВОДЫ

Созданные программы неoadъювантной х/л терапии мРПК с синхронными отдаленными метастазами обладают приемлемым профилем токсичности, при хорошем ответе обосновывают выполнение сфинктеросохраняющих операций, в том числе, R0 резекции. После неoadъювантной химиолучевой терапии целесообразно выполнение полных циторедуктивных операций.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА: ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Альмяшев А.З.

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева», г. Саранск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗН). По данным ВОЗ, в 2000 г. в мире диагностировано 942000 новых случаев только рака толстой кишки (РТК) (9,4% от всех ЗН), умерло – 492000(7,9%, соответственно). В США в 2001 г. вновь взято на учет 145000 первичных пациентов РТК, умерло – 56700(ASCO, 2001). Пятилетняя выживаемость при РТК в США повысилась с 50% в 1974 г. до 60% в 1989-1995 гг. Заболеваемость РТК в России достигла в 2000 г. 14,8 на 100 000 населения обоего пола. В структуре смертности мужского населения РФ рак прямой кишки (РПК) составляет 4,3%, женского населения – 5,9%. В России показатели 5-летней выживаемости при РПК составили: 34% у мужчин, 29% – у женщин. В 2013 г. в России было выявлено 60 000 первичных больных РТК.

Поиск принципиально новых путей улучшения ранней диагностики и хирургического лечения РТК является чрезвычайно актуальным в РФ.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1) отработать методику эндоскопической лазерно-спектроскопической диагностики РПК при стандартной ректоскопии; 2) изучить диагностическую и лечебную селективность накопления (тропность) эндогенных и экзогенных флюорохромоов к опухолям, воспалительному процессу и внешне неизменным тканям толстой кишки in vivo (интраоперационно и эндоскопически) и ex vivo – лазерно-спектроскопическое экспресс-исследование удаленного макропрепарата (края резекции, «сторожевые» лимфатические узлы); 3) повысить эффективность флуоресцентной диагностики (ФД) и снизить побочное фототоксическое действие фотосенсибилизаторов (ФС) за счет randomизации по дозам и путям доставки к опухоли при раке ободочной кишки (РОК) и РПК.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В работе использован клинический диагностический комплекс для ФД и ФДТ рака ДТК-3М (ЦЕНИ ИОФ им. А.М. Прохорова РАН, Москва). Комплекс ДТК-3М состоит из: установки лазерной электронно-спектральной ЛЭСА-01-БИОСПЕК, в которую входит диагностический гелий-неоновый лазер ЛГН633-25-БИОСПЕК (длина волны 632,8 нм, мощность выходного излучения до 7 мВт) и универсальный многоканальный миниатюрный спектрометр. Многофункциональность применения данной установки позволяет сочетать в одной процедуре ФД и ФДТ. Работа обеспечивалась специальными программами в среде WINDOWS 95/98™ («LESA SPECTRA 7.0» и Lesasft 9 (2000), ЗАО «Биоспек», 2000).

РЕЗУЛЬТАТЫ

ФД проводили до введения препарата (аутофлуоресценция) – контролем служили 7 пациентов без патологии в прямой кишке, с воспалительными заболеваниями (1), неэпителиальными опухолями (2) и РТК (9) и после (ФС-индуцированная флуоресценция). Новый отечественный ФС Аласенс (5-аминолевулиновой кислоты гидрохлорид) – это стимулятор синтеза эндогенного фотоактивного протопорфирина IX (Пп IX) (ФГУП РФ «ГНЦ НИОПИК», Москва) в дозе 1,5 г в 100 мл кипяченой воды за 2-4 часа до операции применили у 7 пациентов: *per os* у трех больных РПК (2) и РОК (1), *per clismat* у 4 с ворсинчатой аденомой (1) и РПК (3), (в среднем 20 мг/кг массы тела). Фотосенс (ФГУП РФ «ГНЦ НИОПИК», Москва) использован у 11 пациентов: в дозе 0,5 мг/кг введен *per clismat* в 100 мл воды у 5 больных РПК (2), раком нижней трети сигмы (3) и 0,8 мг/кг *per clismat* у 4 пациентов РПК. У одного больного раком слепой кишки Фотосенс введен паратуморально за 20-24 часа до операции в дозе 0,8 мг/кг массы тела на 40 мл 0,25% раствора новокаина. У одной пациентки РОК Фотосенс в дозе 0,8 мг/кг массы тела ввели *per os* за 20 часов до операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Особенностью фармакокинетики Аласенса является быстрое накопление в ЗН и короткий период клиренса из организма – 24-48 часов. Показана селективность накопления экзогенных флуорохромов (особенно фотоактивного Пп IX) в опухоли. Проксимальный (обычно гипervasкулярный) край аденокарциномы различной степени дифференцировки более активно накапливает ФС, чем дно и дистальная периферическая зона бластообразного новообразования. Не обнаружено клинически значимого внутритеночного роста при РТК.

ВЫВОДЫ

- 1) Диагностическая ценность аутофлуоресценции при РТК мала ввиду низкой концентрации эндофлуорофоров в опухолевой ткани;
- 2) Сравнительный анализ эффективности фармакологической стимуляции опухолюассоциированной флуоресценции новыми отечественными фотосенсибилизаторами у больных РТК показал явное преимущество препарата «Аласенс»;
- 3) Показана малотоксичность и эффективность ректального и *per os* применения 5-АЛК за 2-4 часа до эндоскопии или операции с целью проведения *in vivo* и/или *ex vivo* (на макропрепарате) лазерно-индуцированной флуоресцентной диагностики предрака и РТК. Селективность накопления эндогенных порфиринов (фотоактивного Пп IX) в опухоли (пик флуоресценции на 695-700 нм) высока: отношение опухоль / нормальная слизистая толстой кишки достигает 7-9;
- 4) Плоский эпителий, переходная зона клоакогенного эпителия анального канала и нижеампулярного отдела, подслизистый и мышечный слои прямой кишки склонны к низкому накоплению фотоактивного Пп IX;
- 5) Фотосенс при ректальном и *per os* приеме в дозе 0,5 и 0,8 мг/кг массы тела малотоксичен (концентрация в коже минимальна), но препарат не накапливается и в опухоли при РТК в диагностических концентрациях и не может быть рекомендован для лазерно-индуцированной спектроскопии и ФДТ. Введение Фотосенса паратуморально не имеет преимуществ перед внутривенным путем;
- 6) Неэпителиальные опухоли толстой кишки склонны к повышенной аутофлуоресценции в красной области спектра (660-680 нм). Актуальным остается поиск и клиническое внедрение фотосенсибилизаторов нового поколения, с высоким индексом интрамурального накопления, градиентом нормальная ткань/опухоль, низкой фототоксичностью.

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА 5-ЛЕТНЕЙ БЕЗМЕТАСТАТИЧЕСКОЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ III СТАДИИ

Ануфреенок И.В.,¹ Кохнюк В.Т.,¹ Ануфреенок Я.С.²

¹ ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова»

² Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь

Прогрессирование у пациентов с III стадией колоректального рака после потенциально радикального лечения обусловлено активизацией опухолевых клеток, мигрировавших до операции из первичной опухоли. С целью профилактики прогрессирования опухолевого процесса используются различные схемы адьювантной химиотерапии (АХТ) [Andre T. et al., 2009; Haller D.G. et al., 2011; Sargent D. et al., 2011; Sanoff H.K. et al., 2012]. Однако, разнообразие препаратов и схем, существующих в настоящее время, не обеспечивает у большинства пациентов предотвращения прогрессирования опухолевого процесса в дальнейшем. Необходима индивидуализация лечения пациентов с III стадией колоректального рака, побуждающая к изучению прогностических факторов, влияющих на отдаленные результаты лечения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить предикторы прогноза в отношении выживаемости свободной от отдаленных метастазов (VSCM) для пациентов с III стадией колоректального рака.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены пациенты (n=395) с первичным колоректальным раком III стадии, получившие радикальное лечение в ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова» в период с 1999 по 2010 гг. Исследование является когортным. Все пациенты получили хирурги-

ческое радикальное лечение, объем которого зависел от локализации опухоли. В случае локализации опухоли в прямой кишке (n=160) проводился предоперационный курс лучевой терапии РОД 5 Гр, СОД 25 Гр и хирургическое лечение в течение 1-3 суток после его окончания. После радикального лечения из 395 пациентов 192 получили 4-6 курсов адьювантной химиотерапии по схеме: кальция фолинат (лейковорин) в дозе 200 мг/м² – 30-ти минутная внутривенная инфузия, непосредственно сразу после введения кальция фолината осуществлялась 4-х часовая внутривенная инфузия 5-фторурацила в дозе 400 мг/м². Интервал между курсами 28 дней (патент Республики Беларусь № 11723).

В работе оценено влияние различных факторов прогноза на пятилетнюю безметастатическую выживаемость. В качестве события при расчете безметастатической выживаемости принимали факт регистрации отдаленного метастаза. Наблюдение считалось завершенным в случае выявления метастаза до даты завершения срока наблюдения. Наблюдение считалось цензурируемым в случае: к моменту завершения наблюдения у пациента не были выявлены отдаленные метастазы; выбытия пациента из-под наблюдения, при котором получить достоверную информацию о дальнейшей судьбе не представляется возможным; смерти пациента до завершения сроков наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе в исследовании достоверными предикторами прогноза развития отдаленных метастазов оказались:

- метастатическое поражение 4 и более регионарных лимфатических узлов, ОР=2,27 (95% ДИ [1,62; 3,18]), p<0,001,
- локализация опухоли в прямой кишке, ОР=1,42 (95% ДИ [1,02; 2,0]), p=0,040.

При анализе не выявлено статистически достоверного влияния адьювантной химиотерапии на развитие отдаленных метастазов у пациентов с колоректальным раком III стадии (p=0,675). Однако у пациентов с локализацией опухоли в ободочной кишке использование разработанной схемы адьювантной химиотерапии позволило повысить вероятность прожить 5 лет без развития отдаленных метастазов с 58,4±6,1% до 70,1±7,5% (p=0,041).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В нашем исследовании метастатическое поражение 4 и более регионарных лимфатических узлов и локализация опухоли в прямой кишке были статистически значимо связаны с низкой 5-летней безметастатической выживаемостью пациентов с колоректальным раком III стадии.

МЕСТНЫЕ РЕЦИДИВЫ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Ачкасов С.И., Москалёв А.И., Сенашенко С.А.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценка результатов лечения местных рецидивов рака ободочной кишки (МРРОК).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 103 пациента с МРРОК без признаков отдаленного метастазирования, оперированные в ГНЦК в 1999-2010 гг. Удаление опухоли удалось выполнить 71(68,9%) из них, остальным были выполнены симптоматические операции. Операция удаления рецидивной опухоли была завершена внутрибрюшной химиотерапией у 38(53,5%) пациентов. Местно-распространенный характер роста рецидивной опухоли имел место у 65(91,5%) больных. При морфологическом исследовании негативная граница резекции (≥ 1 мм) отмечена в 54(76,1%) клинических случаях, позитивная граница (<1 мм) – в 17(23,9%) случаях.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Тяжелые послеоперационные осложнения были отмечены у 6(8,5%) из 71 больного. Летальности не было. Отдаленные результаты оценены у 64(90,1%) пациентов. Повторный местный рецидив был выявлен у 11(17,2%) больных, отдаленные метастазы – у 14(21,9%), канцероматоз – у 5(7,8%). 5-летняя безрецидивная выживаемость составила 53,1%. У пациентов с негативной границей резекции 5-летняя безрецидивная выживаемость достигала 66,0%, а у пациентов с позитивной границей резекции – 14,2%. Внутрибрюшная химиотерапия достоверно не улучшила показатели 5-летней выживаемости (42,9% vs 51,7%; p=0,6)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Больные с местными рецидивами рака ободочной кишки не являются безнадежной группой пациентов. При радикальном удалении рецидивной опухоли *en bloc* и негативной границей резекции 5-летняя выживаемость достигает 66%. Это свидетельствует о полной оправданности максимально агрессивного хирургического подхода при лечении больных с местными рецидивами рака ободочной кишки без признаков отдаленного метастазирования.

ТРОФОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Бабков О.В., Луфт В.М., Захаренко А.А., Суров Д.А., Рудаков Д.А., Безмозгин Б.Г., Тен О.А., Лапицкий А.В., Святенко А.В.

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра военно-морской хирургии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить динамику изменений показателей трофологического статуса больных колоректальным раком, осложненным перифокальным инфильтратом и абсцессом, в послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование было выполнено на основе ретроспективного анализа лечения 124 больных, оперированных по поводу колоректального рака, осложненного перифокальным инфильтратом или абсцессом, проходивших лечение в ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2004-2008 годах. Из них у 81 (65,3%) больного был выявлен перифокальный инфильтрат, а у 43 (34,7%) больных – перифокальный абсцесс. В данной группе лечение проводилось традиционным способом, без использования нутриционной поддержки. А также на основе проспективного анализа лечения 108 больных, оперированных по поводу колоректального рака, осложненного перифокальным инфильтратом или абсцессом, проходивших лечение в ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2009-2013 гг. Из них у 67 больных (62,0%) был выявлен перифокальный инфильтрат, а у 41 больного (38,0%) – перифокальный абсцесс. Данной категории больных помимо стандартной инфузионной, антибактериальной терапии проводилась мероприятия нутриционной поддержки. Нутриционная поддержка больных колоректальным раком, осложненным перифокальным инфильтратом и абсцессом, включала в себя применение смесей для энтерального питания методом сипинга в периоперационном (пред- и послеоперационном) периоде, использование антиипоксантов, раннее минимальное энтеральное питание, использование специальной иммунной смеси (нутриэн-иммун). Особенности нутриционной поддержки у данной категории больных заключались в последовательной смене различных питательных смесей: мономерная смесь – полимерная изокалорическая изонитрогенная смесь – гиперкалорическая иммунная смесь.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У больных обеих групп отмечено снижение большинства показателей трофологического статуса к 10 суткам послеоперационного периода, однако у больных контрольной группы данное снижение было более выражено. Снижение индекса массы тела у больных основной группы отмечалось на 1,6%, у контрольной – на 6,2%, уменьшение толщины кожно-жировой складки над трицепсом – на 5,9% и 14,5%, уменьшение окружности плеча – на 2,8% и 5,3%, уменьшение окружности мышц плеча – на 2,4% и 4,6%, снижение уровня белка плазмы – на 1,2% и 15,2%.

ВЫВОДЫ

У больных колоректальным раком, осложненным перифокальным инфильтратом и абсцессом, отмечается ухудшение показателей трофологического статуса в послеоперационном периоде. При применении нутриционной поддержки в периоперационном периоде отмечается менее значимое снижение показателей трофологического статуса.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Бабков О.В., Суров Д.А., Захаренко А.А., Безмозгин Б.Г., Тен О.А., Кошевой А.А., Трушин А.А., Рудаков Д.А., Святенко А.В., Тягун В.С.

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра военно-морской хирургии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

В исследование включены больные колоректальным раком, осложненным распространенным перитонитом, проходившие лечение в 2004-2013 гг. в ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе». Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 54 больных колоректальным раком (КРР), осложненным распространенным перитонитом, за период с 2004 по 2008 гг. С 2009 года в ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе» разработана и активно применяется тактика этапных санаций брюшной полости с использованием метода VAC-терапии. С 2009 по 2013 гг. проведен проспективный анализ результатов лечения 52 больных КРР, осложненным распространенным перитонитом, в лече-

нии, которых использовалась тактика этапных санаций. В исследование включены больные, у которых индекс брюшной полости (ИБП) на момент первичного оперативного вмешательства составлял 13 и более баллов. Средний возраст больных основной группы составил 78,5±5,0 лет, контрольной – 77,4±4,5 г. При этом принципиальным различием между обеими группами являлся способ окончания оперативного вмешательства: в контрольной группе выполняли ушивание передней брюшной стенки, а в основной формировали лапаростомию методом VAC. Через 48-72 часа осуществляли этапную санацию брюшной полости. В случаях отсутствия прогрессирования перитонита (ИБП<10) операцию заканчивали ушиванием брюшной полости.

Больным обеих групп на 1, 3 и 5 сутки послеоперационного периода проводилось измерение миоэлектрической активности (МЭА) желудочно-кишечного тракта при помощи прибора гастроэнтерономонитор ГЭМ 01 «Гастроскан-ГЭМ». На 1 сутки отмечалось снижение миоэлектрической активности у больных основной и контрольной групп (желудок – 3,7±1,2 мВТ и 3,9±1,4 мВТ; двенадцатиперстная кишка – 0,2±0,11 мВТ и 0,3±0,9 мВТ; тощая кишка – 0,4±0,2 мВТ и 0,3±0,15 мВТ; подвздошная кишка – 1,3±0,3 мВТ и 1,2±0,45 мВТ; толстая кишка – 2,6±0,55 мВТ и 2,9±0,7 мВТ контрольная и основная группы, соответственно). Однако уже к 3 суткам показатель МЭА у больных основной группы сравнивался с нормальными значениями, в то время как МЭА у больных контрольной группы оставалась достоверно ниже (p<0,05) (желудок – 6,2±1,5 мВТ и 9,1±1,1 мВТ; двенадцатиперстная кишка – 0,5±0,13 мВТ и 0,9±0,2 мВТ; тощая кишка – 1,4±0,4 мВТ и 2,9±0,6 мВТ; подвздошная кишка – 3,2±0,75 мВТ и 7,6±1,5 мВТ; толстая кишка – 7,7±1,2 мВТ и 14±2,1 мВТ). На 5 сутки послеоперационного периода исследуемый показатель обеих групп соответствовал нормальным значениям и достоверно друг от друга не отличался (желудок – 8,4±1,9 мВТ и 11,1±2,1 мВТ; двенадцатиперстная кишка – 0,9±0,3 мВТ и 1,2±0,25 мВТ; тощая кишка – 3,1±0,7 мВТ и 3,2±0,8 мВТ; подвздошная кишка – 7,3±1,1 мВТ и 8,9±1,4 мВТ; толстая кишка – 16,3±2,2 мВТ и 17,8±3,1 мВТ; p>0,05).

Использование VAC-терапии позволяет уже к 3 суткам послеоперационного периода добиться значительного регресса явлений распространенного перитонита, что характеризуется восстановлением моторно-эвакуаторной функции, объективное отражение которой выражается в нормализации миоэлектрической активности различных отделов желудочно-кишечного тракта.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ NPWT В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Бабков О.В., Суров Д.А., Захаренко А.А., Безмозгин Б.Г., Тен О.А., Кошевой А.А., Трушин А.А., Рудаков Д.А., Святенко А.В., Тягун В.С.

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра военно-морской хирургии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

Колоректальный рак (КРР) в настоящее время является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей, занимая третье место в мире в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями. При этом отмечается неуклонный рост заболеваемости раком данной локализации. До 15,0-27,0% больных КРР, оперируемых по неотложным показаниям, составляют больные с перитонитом на фоне перфорации опухолей толстой кишки. Далеки от своего полного решения вопросы выбора хирургической тактики у данной категории больных, в частности, показания к применению программных санационных релапаротомий, их сроков и числа, объема хирургического вмешательства, способов временного закрытия брюшной полости. В качестве одного из способов решения последней проблемы используется методика NPWT (Negative-pressure wound therapy). Суть данной методики заключается в формировании отрицательного давления в брюшной полости с последующей непрерывной элиминацией инфицированного экссудата, который является ключевым источником эндогенной интоксикации.

В исследование включены больные колоректальным раком, осложненным распространенным перитонитом, проходившие лечение в 2004-2013 гг. в ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе». Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 54 больных колоректальным раком (КРР), осложненным распространенным перитонитом, за период с 2004 по 2008 гг. С 2009 года в ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе» разработана и активно применяется тактика этапных санаций брюшной полости с использованием метода методики NPWT. С 2009 по 2013 гг. проведен проспективный анализ результатов лечения 52 больных КРР, осложненным распространенным перитонитом, в лечении которых использовалась тактика этапных санаций. В исследование включены больные, у которых индекс брюшной полости (ИБП) на момент первичного оперативного вмешательства составлял 13 и более баллов. Средний возраст больных основной группы составил 78,5±5,0 лет, контрольной – 77,4±4,5 г. Хирургическая тактика лечения больных обеих групп включала следующие основные компоненты: интенсивная терапия в условиях отделения реанимации, оперативное вмешательство с санацией очага инфекции, деконпрессия желудочно-

кишечного тракта. При этом принципиальным различием между обеими группами являлся способ окончания оперативного вмешательства: в контрольной группе выполняли ушивание передней брюшной стенки, а в основной формировали лапаростомию методом NPWT. Через 48-72 часа осуществляли этапную санацию брюшной полости. В случаях отсутствия прогрессирования перитонита (ИБП<10) операцию заканчивали ушиванием брюшной полости.

При анализе результатов лечения выявлено, что у больных основной группы, по сравнению с контрольной, определяется снижение частоты гнойно-воспалительных осложнений со стороны мягких тканей передней брюшной стенки с 29,6% до 15,4%, снижение частоты прогрессирования послеоперационного перитонита с 22,2% до 5,8%. Применение разработанной тактики этапных санаций брюшной полости с использованием метода NPWT позволило снизить послеоперационные осложнения с 61,1% до 44,2%, летальность с 42,6% до 32,7%.

ЭФФЕКТИВНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ АЛЬБУМИНА – МАРКЕР УРОВНЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Бабков О.В., Суров Д.А., Захаренко А.А., Безмозгин Б.Г., Тен О.А., Кошевой А.А., Рудаков Д.А., Святненко А.В.

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра военно-морской хирургии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

В исследование включены больные колоректальным раком, осложненным распространенным перитонитом, проходившие лечение в 2004-2013 гг. в ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе». Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 54 больных колоректальным раком (КРР), осложненным распространенным перитонитом, за период с 2004 по 2008 гг. С 2009 года в ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе» разработана и активно применяется тактика этапных санаций брюшной полости с использованием метода VAC-терапии. С 2009 по 2013 гг. проведен проспективный анализ результатов лечения 52 больных КРР, осложненным распространенным перитонитом, в лечении которых использовалась тактика этапных санаций. В исследование включены больные, у которых индекс брюшной полости (ИБП) на момент первичного оперативного вмешательства составлял 13 и более баллов. ИБП представляет собой интегральный динамически изменяющийся критерий интраоперационной оценки характера поражения органов брюшной полости при перитоните. Данный показатель позволяет оптимизировать выбор лечебной тактики у конкретного больного: релапаротомия «по требованию» (ИБП<13 баллов) или этапные санации с формированием лапаростомы (ИБП≥13). Средний возраст больных основной группы составил 78,5±5,0 лет, контрольной – 77,4±4,5 г.

Всем больным обеих групп на 1, 3, 5, 7, 10 и 12 сутки проводилось измерение уровня эффективной концентрации альбумина (ЭКА). При определении динамики ЭКА на 1 сутки после операции у пациентов основной и контрольной групп выявлены низкие показатели: 13,9±1,3 г/л в основной группе и 12,5±1,2 г/л – в контрольной. Снижение показателей ЭКА у пациентов с распространенным перитонитом свидетельствует о выраженной интоксикации и истощении дезинтоксикационной функции альбуминовой фракции белков крови. На 3 сутки отмечен рост показателей ЭКА у пациентов обеих групп, однако, в основной группе значения ЭКА оказались достоверно выше, чем в контрольной (20,2±0,9 против 13,9±1,2, соответственно, $p<0,05$), что можно объяснить положительным эффектом VAC-терапии. На 5 и 7 сутки отмечено дальнейшее увеличение показателей ЭКА у пациентов обеих групп. На 10 сутки в основной группе показатели ЭКА достигли нижней границы нормы (34,1±1,4 г/л). У пациентов контрольной группы к этому времени нормализации ЭКА не произошло (29,8±1,3 г/л, $p<0,05$), что свидетельствует о более выраженном интоксикационном синдроме у больных данной группы. На 12 сутки ЭКА была в пределах нормы у пациентов обеих групп (36,4±1,5 г/л в основной группе и 35,2±1,3 в контрольной). Различия статистически не достоверны ($p>0,05$). Анализируя вышеизложенное, можно сделать вывод о наличии на 3, 5, 7 и 10 сутки послеоперационного периода у больных контрольной группы более выраженной эндогенной интоксикации, по сравнению с пациентами основной группы.

Хирургическая тактика этапных санаций брюшной полости с использованием VAC-терапии обеспечивает более быстрое купирование эндогенной интоксикации. Детоксикационный эффект VAC – терапии обусловлен, в первую очередь, эффективной элиминацией инфицированного экссудата из брюшной полости.

УРОВНЬ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Безмозгин Б.Г., Суров Д.А., Захаренко А.А., Бабков О.В., Тен О.А., Кошевой А.А., Рудаков Д.А., Святненко А.В.

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра военно-морской хирургии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

В исследование включены больные колоректальным раком, осложненным распространенным перитонитом, проходившие лечение в 2004-2013 гг. в ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе». Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 54 больных колоректальным раком (КРР), осложненным распространенным перитонитом, за период с 2004 по 2008 гг. С 2009 года в ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе» разработана и активно применяется тактика этапных санаций брюшной полости с использованием метода VAC-терапии. С 2009 по 2013 гг. проведен проспективный анализ результатов лечения 52 больных КРР, осложненным распространенным перитонитом, в лечении которых использовалась тактика этапных санаций. В исследование включены больные, у которых индекс брюшной полости (ИБП) на момент первичного оперативного вмешательства составлял 13 и более баллов. ИБП представляет собой интегральный динамически изменяющийся критерий интраоперационной оценки характера поражения органов брюшной полости при перитоните. Данный показатель позволяет оптимизировать выбор лечебной тактики у конкретного больного: релапаротомия «по требованию» (ИБП<13 баллов) или этапные санации с формированием лапаростомы (ИБП≥13). Средний возраст больных основной группы составил 78,5±5,0 лет, контрольной – 77,4±4,5 г.

Всем больным обеих групп на 1, 3, 5, 7 и 10 сутки проводилось вычисление лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ). Уровень ЛИИ в 1 сутки послеоперационного периода был существенно повышен у больных обеих групп (контрольная группа 8,3±1,1 у.е., основная группа 9,21±1,4 у.е.), что свидетельствует о наличии у пациентов обеих групп выраженной эндогенной интоксикации вследствие распространенного перитонита и распада злокачественной опухоли. На 3 сутки послеоперационного периода у больных обеих групп происходило снижение ЛИИ. При этом у пациентов основной группы ЛИИ был достоверно меньше (основная группа – 4,53±0,5 усл. ед., контрольная – 5,75±0,6 усл. ед., $p<0,05$), что, по-видимому, связано с положительным эффектом VAC – терапии. На 5 сутки послеоперационного периода у больных основной группы наблюдалось снижение ЛИИ до 4,24±0,6 усл. ед., а у пациентов контрольной группы статистически незначимое его повышение до 6,22±0,7 усл. ед. (различия достоверны, $p<0,05$). К 7 суткам послеоперационного периода отмечено снижение ЛИИ до 3,5±0,4 усл. ед. в основной группе и 5,84±0,9 усл. ед. – в контрольной ($p<0,05$). На 10 сутки послеоперационного периода в обеих группах ЛИИ был в пределах нормы (1,3±0,4 у.е. в основной группе и 1,8±0,5 у.е. – в контрольной). Различия между группами не достоверны ($p>0,05$).

Хирургическая тактика этапных санаций брюшной полости с использованием VAC-терапии обеспечивает более быстрое купирование эндогенной интоксикации. Детоксикационный эффект VAC-терапии обусловлен, в первую очередь, эффективной элиминацией инфицированного экссудата из брюшной полости.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МРТ) В ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОБЛАСТИ ТАЗА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Березовская Т.П., Рухадзе Г.О., Невольских А.А., Силантьева Н.К.

ФГБУ МРНЦ Минздрава России, г. Обнинск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Частота осложнений после хирургического лечения колоректального рака составляет около 20-35%. К числу послеоперационных осложнений в области таза относятся несостоятельность межкнишечного анастомоза или толстокишечного резервуара, некроз низведенной кишки; гнойно-воспалительные осложнения; гематомы, лимфоцеле, псевдокисты брюшины. Для диагностики этих осложнений используют комплекс диагностических методов, важное место в котором занимают лучевые исследования: фистулография, ректография, УЗИ таза. Методом выбора при уточненной диагностике осложнений в области таза в настоящее время считается СКТ. Возможности МРТ в диагностике послеоперационных осложнений изучены недостаточно.

ЦЕЛЬЮ нашего исследования было изучение возможностей МРТ в выявлении и характеристике тазовых осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде у больных колоректальным раком.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно проанализированы МРТ таза у 12 больных (6 мужчин и 6 женщин в возрасте от 46 до 78 лет, медиана 61 год), с осложнениями после хирургического лечения колоректального рака. Опухоль локализовалась в нижнеампулярном отделе прямой кишки (ПК) у 6 больных.

в среднеампулярном отделе – у 5 больных, в сигмовидной кишке – у 1 больной. В предоперационном периоде 6 больных получили химиолучевое лечение, 3 больным проведен интенсивный курс дистанционной лучевой терапии, 3 больным химиолучевое лечение не проводилось. Хирургическое лечение было выполнено в объеме низкой передней резекции ПК – 5 больным, брюшино-промежностной экстирпации ПК – 3 больным (в том числе 1 – с расширенной тазовой лимфодиссекцией), брюшино-анальной резекции ПК – 1 больной, трансанальной резекции опухоли ПК – 1 больному, лапароскопически-ассистированные операции проведены 2 больным (передняя резекция ПК и резекция сигмовидной кишки). Исследования были проведены в сроки от 7 суток до 7 мес. после операции у 9 больных и у 3 больных – в сроки от 2 недель до 4 мес. после закрытия прервентивной трансверзостомы.

Показаниями к проведению обследования в послеоперационном периоде были клинические признаки несостоятельности анастомоза, наличие функционирующих свищей, а также необходимость исключения продолженного роста опухоли.

В объем исследования, помимо МРТ таза, входили ректо/сигмоскопия, фистулография, ректография, УЗИ и СКТ таза.

МРТ таза проводилась на 1,5 Тл МР томографе с многоканальной гибкой поверхностной катушкой для таза в режимах T1, T2, STIR (T2-контраст с подавлением сигнала от жира), с толщиной среза 3-5 мм, как минимум, в трех проекциях. Для визуализации жидкости в полости таза использовали режим МР-гидрографии, при необходимости использовали внутривенное контрастирование препаратами гадолиния.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дефекты стенки кишки при МРТ были выявлены у 5 больных и локализовались в области анастомоза (3), дистального отдела нисшедной кишки (1), толстокишечного резервуара (1). По данным МРТ, абсцессы таза и параректальной клетчатки выявлены у 7 больных, они характеризовались ограниченным скоплением жидкости с высоким или средним МР сигналом в режиме T2, часто с пузырьками газа, окруженными толстыми стенками с нечетким наружным контуром, и кольцевидным контрастированием. Наружные свищи были выявлены у 4 больных. Функционирующие свищи визуализировались как линейные структуры с высоким сигналом в режимах с T2 контрастом, окруженные по периферии низким сигналом от фиброза и грануляций. При контрастировании наблюдалось усиление стенок свищевого хода. МРТ позволила визуализировать направление свищевого хода, его длину, количество и характер ответвлений, связь с патологическим очагом. У 2 больных МРТ позволила заподозрить наличие внутренних свищей с вовлечением уретры и влагалища. Псевдокиста брюшины (1) определялась как фокальное скопление серозной жидкости в полости таза с интенсивным сигналом в режиме МР гидрографии. Гематома в полости таза (1) имела неоднородный сигнал, характерный для геморрагической жидкости: высокий – на T1-ВИ с подавлением жира и вариабельный в режиме T2. Лимфоцеле (1) характеризовалось скоплением жидкости продолговатой формы с локализацией по ходу подвздошных сосудов. Инородное тело (салфетка) в ложе прямой кишки (1) определялось как инкапсулированная гетерогенная структура, не накапливающая контрастный препарат.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

МРТ – высокочувствительный метод для выявления послеоперационных осложнений в области таза, обеспечивающий лучшую дифференциацию характера скопления жидкости, наиболее точно визуализирующий ход свищей и очерчивающий локализацию гнойно-воспалительного процесса.

АПЛИКАЦИОННОЕ И ВНУТРИВЕННОЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ВВЕДЕНИЕ 5ФУ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Бойко А.В.,¹ Шельгин Ю.А.,² Сидоров Д.В.,¹ Дрошнева И.В.,¹ Федоренко Н.А.¹

¹ ФГБУ МНИОИ им. П.А.Герцена Минздрава РФ,

² ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ

По данным ВОЗ, в мире ежегодно диагностируется около 1 миллиона новых случаев колоректального рака. Основным методом лечения больных раком прямой кишки является хирургический. Кроме того, с целью снижения частоты местных рецидивов и улучшения отдаленных результатов лечения, в мире достаточно широко используется лучевое и лекарственное воздействие на опухоль. В последнее время «золотым» стандартом хирургии колоректального рака является тотальная мезоректэктомия. Однако, даже при использовании ТМЕ, самостоятельный хирургический метод представляется оправданным лишь при I-II стадии процесса. Наличие глубокого инвазивного роста, поражение регионарных лимфатических узлов увеличивают частоту местных рецидивов до 22-36,5%, отдаленных метастазов до 50-77,7%, снижая показатели 5-летней выживаемости до 25,7-33%, соответственно. Большое количество исследований показали эффективность применения различных неадьювантных режимов лучевого и лекарственного воздействия на опухоль у больных с местнораспространенным раком прямой кишки. Предыдущий этап наших исследований выявил достоверное преимущество химиолучевого лечения по сравнению с хирургическим, в плане выполнения реконструктивно-пластических оперативных вмешательств у больных раком прямой кишки 70,9% и 49,6%, соответственно.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Повышение эффективности химиолучевого лечения и обеспечение качества жизни больных раком прямой кишки за счет использования новых методик комбинированного лечения, с предоперационной химиолучевой терапией и способов профилактики лучевых реакций со стороны нормальных тканей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В своей работе мы исследуем эффективность местного применения 5ФУ, с помощью инновационных материалов Колетекс и Колегель в виде высокоструктурированных гелей с содержанием 5ФУ 100 мг в одной аппликации и внутривенное капельное введения 5ФУ из расчета 350 мг/м² в течение 5 дней. В исследование включены пациенты с аденогенным раком прямой кишки: нижнеампулярного T2-4N0-2M0 и среднеампулярного отдела T3-4N0-2M0. Пациенты разделены на 2 группы. В первой группе 5ФУ применялся местно в виде аппликации. Во второй группе 5ФУ применялся внутривенно капельно. Облучение 5 дней в неделю по СДФ до СОД-48 Гр. Хирургическое вмешательство в обеих группах выполняется через 6-8 недель после завершения курса химиолучевой терапии, стихания реакций и реализации эффекта проведенного лечения в объеме ТМЕ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Применение пролонгированной химиолучевой терапии привело к достоверному увеличению полных и близких к полной регрессии опухолей (21,8% против 2,7%, p=0,03), достоверно не увеличивая частоту R0-резекций (91,3% против 86,5%, p=0,734), сфинктеросохраняющих операций (69,6% против 70,3%, p=0,342).

ВЫВОДЫ

Использование предоперационной химиолучевой терапии в СОД 48 Гр, с использованием аппликационного и внутривенного введения химиопрепарата 5ФУ как радиомодификатора лучевой терапии может использоваться с последующей отсроченной операцией через 6-7 недель. Аппликационное и внутривенное применение 5ФУ позволяет повысить процент органосохраняющих операций при локализации опухоли в нижнеампулярном отделе прямой кишки.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Бондаренко В.М., Михайлов И.В., Кудряшов В.А., Подгорный Н.Н., Атаманенко А.В., Шимановский Г.М., Старичник В.И., Новак С.В., Довидович С.В., Кравченко О.В.

Гомельский областной клинический онкологический диспансер, г. Гомель, Республика Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ

При неуклонном росте заболеваемости колоректальным раком (КРР) показатели запущенности в течение последних 10 лет остаются удручающе высокими: 30% случаев заболевания диагностируется в IV стадии. Клиническое течение рака ободочной кишки часто осложняется кишечной непроходимостью (КН), которая составляет более 80% всех осложнений и развивается у 10-70% больных. Характер оперативных вмешательств у этих больных зависит от многих факторов, в первую очередь, от общего состояния больных и степени распространения опухолевого процесса. Ряд авторов, обсуждая выбор хирургической тактики у больных раком ободочной кишки, осложненным КН, отмечают заметно меньший процент детальности у пациентов, которым удаление опухоли выполнено на первом этапе.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Целью работы является сравнение непосредственных результатов радикальных и условно-радикальных операций с одномоментным формированием анастомоза, резекционных вмешательств с формированием колостомы и симптоматических вмешательств по поводу рака ободочной кишки, осложненного КН.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В абдоминальном хирургическом отделении Гомельского областного клинического онкологического диспансера за 24 года (с 1990 по 2013 г.) оперировано по поводу рака ободочной кишки 5847 пациентов. Радикальные операции выполнены в 5188 случаях, резектабельность составила 88,7%. Обтурационная КН имела место у 249(4,3%) пациентов. Проведен ретроспективный анализ непосредственных результатов хирургического лечения данной категории больных. При этом они разделены на три группы.

I группу составили 103(40,9%) пациента с КН, которым выполнено резекционное вмешательство с формированием анастомоза, II – 71(28,2%) пациентов, подвергшихся операции Гартмана, III – 75(29,8%) пациентов, перенесших лишь симптоматические вмешательства (обходные анастомозы, разгрузочные колостомы). Резектабельность опухоли при раке ободочной кишки, осложненном КН составила 69,1%.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В I группе правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом «бок-в-бок» выполнена в 64 случаях, левосторонняя гемиколэктомия с трансверзосигмоанастомозом «бок-в-бок» – в 23, резекции поперечной ободочной, сигмовидной кишки в 25 случаях, субтотальная колэктомия – одному пациенту с мультифокальным раком. Осложнения развились у 17(16,5%) пациентов. Преобладали гнойные осложнения (нагноения раны, внутрибрюшные абсцессы) – 6(5,8%) случаев, наблюдалось по 3(2,9%) случая несостоятельности анастомозов и тромбозов левоочной артерии (ТЭЛА), 2(1,9%) случая экзентрической кишки и по 1(0,97%) случаю перфорации острой язвы тощей кишки, внутрибрюшного кровотечения и острого нарушения мозгового кровообращения

(ОНМК). Послеоперационная летальность составила 3,9%, причиной смерти 3(2,9%) больных явилась ТЭЛА и 1(0,97%) – ОНМК. Во II группе осложнения возникли у 12(16,2%) пациентов. Пневмония развилась у 7(9,9%) пациентов, нагноение послеоперационной раны – у 4(5,6%); наблюдалось по 1(1,4%) случаю спаечной КН и острого инфаркта миокарда. Умерли от осложнений 5(6,7%) пациентов. В 4 (5,6%) случаях причиной смерти была пневмония и в 1(1,4%) – острый инфаркт миокарда. В сроке от 2,5 до 6 месяцев после операции Гартмана 58(81,7%) выполнены реконструктивные вмешательства, с восстановлением естественного пассажа кишечного содержимого. У 5(8,6%) пациентов, перенесших реконструктивные вмешательства, возникло нагноение послеоперационной раны, летальности не наблюдалось. Пациентам III группы в 27 случаях наложены обходные анастомозы и в 48 – разгрузочные колостомы. Различные гнойно-септические осложнения (нагноения раны, внутрибрюшные абсцессы, пневмонии) развились в 16(21,3%) случаях. Умерли 7(9,3%) пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Резектабельность при раке ободочной кишки, осложненном кишечной непроходимостью, оказалась ниже, чем при отсутствии данного осложнения, на 19,6%.
2. Частота осложнений и летальность в исследуемых группах пациентов с раком ободочной кишки, осложненным кишечной непроходимостью, статистически значимо не отличалась. Несостоятельность межкишечного анастомоза развилась у 3(2,9%) пациентов I группы, все случаи развития данного осложнения закончились выздоровлением пациентов.
3. Считаю целесообразным, по возможности, выполнять резекционное вмешательство с сохранением естественного пассажа кишечного содержимого на первом этапе.
4. При декомпенсированной кишечной непроходимости целесообразно выполнение операции Гартмана с последующим восстановлением пассажа кишечного содержимого.

УЛУЧШАЕТ ЛИ ФОРМИРОВАНИЕ АНАСТОМОЗА БОК-В-КОНЕЦ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ?

Будтуев А.С.,¹ Пикунов Д.Ю.,¹ Рыбаков Е.Г.,¹ Севостьянов С.И.²

¹ ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава РФ,
² Кафедра колопроктологии ББОУ ДПО «РМАПО»
Минздрава России, г. Москва, Россия

По данным литературы, частота синдрома низкой передней резекции после сфинктеросохраняющих вмешательств с тотальной мезоректумэктомией достигает 60%. Для коррекции данного синдрома предложено формирование различных толстокишечных резервуаров и, в частности, анастомоза бок-в-конец.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 2012 г. по настоящее время в ФГБУ ГНЦК проводится проспективное рандомизированное исследование, целью которого является сравнение функциональных результатов формирования прямых (контрольная группа) и бококонцевых (основная группа) анастомозов при низкой передней резекции прямой кишки. В каждую группу включено по 40 пациентов, оперированных по поводу несложненного рака среднеампулярного отдела прямой кишки.

Признаков нарушения континенции в обеих группах не было. Всем пациентам перед резекцией прямой кишки выполняли физиологическое исследование в объеме профилометрии. В основной группе медиана среднего давления в покое составила 54 мм рт. ст. в основной группе и 56 мм рт. ст. – в контрольной (p=0,3), а при волевом сокращении – 185 и 179 мм рт. ст., соответственно (p=0,26).

Все анастомозы в обеих группах формировались с помощью циркулярных шпвающих аппаратов, в основной группе анастомоз по типу бок-в-конец, при этом длина слепой культи составляла 4 см. Во всех случаях формировались превентивные илео/трансверзостомы. Проводилось изучение непосредственных функциональных и физиологических исследований через 1, 3 и 6 месяцев после восстановительной операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Восстановительные операции выполнены 36 больным в основной и 35 пациентам в контрольной группах. Частота послеоперационных осложнений составила 20% в основной и 32,5% в контрольной группе (p=0,3), в том числе, несостоятельность анастомоза у 4 (11,8%) и 3 (8,6%) пациентов в группах, соответственно.

Медиана частоты стула за сутки после восстановительной операции через 1 месяц составила 6 раз в основной и 7 раз в контрольной группах (p=0,1). Через 6 месяцев – 2 и 4 раза за сутки, соответственно (p=0,02). Кроме того, у пациентов основной группы отмечено субъективное улучшение функции держания, так по Wexner Score через 1 месяц после закрытия стомы медиана составила 5 баллов в основной группе и 7 баллов в контрольной (p=0,01), а через 6 месяцев после восстановительной операции медиана составила 2 и 4 балла, соответственно (p=0,03).

Через 1 месяц после восстановительной операции медиана среднего давления в анальном канале в покое составила 29 мм рт. ст. в основной группе и 19 мм рт. ст. в контрольной (p=0,004), а при волевом сокращении – 122 и 132 мм рт. ст., соответственно (p=0,5). Через 6 месяцев показатели внутрианального давления возрастают: в покое – 39 и 30 мм рт. ст. (p=0,03) в основной и контрольной группах, при волевом сокращении – 165 и 157 мм рт. ст. (p=0,09), соответственно. При исследовании резервуарной функции данные свидетельствуют о более высоком максимально-переносимом объеме у больных основной группы: медиана составляла – через месяц 110 см³ в основной и 105 см³ в контрольной

группах (p=0,8), через 6 месяцев – 180 см³ и 140 см³ (p=0,02), соответственно.

ВЫВОДЫ

Формирование боко-концевого анастомоза при низких передних резекциях позволяет снизить проявление синдрома низкой передней резекции, что выражается урежением частоты стула и улучшением функции держания.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СКРИНИНГОВЫХ ТЕСТОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Васильев С.В., Дудка В.В., Попов Д.Е.,
Седнев А.В., Смирнова Е.В., Васильев А.С.

ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова, Кафедра хирургических
болезней с курсом колопроктологии,
СПБГБУЗ «Городская больница №9», г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы колоректальный рак (КРР) занимает в структуре онкологической заболеваемости лидирующие позиции, как в Европе, так и в России. Повсеместно отмечается рост впервые зарегистрированных случаев заболевания, среди которых по-прежнему высоким остается количество запущенных форм злокачественных новообразований толстой кишки. Выявляемость КРР на ранних стадиях резко повышает эффективность лечения и, тем самым, показатели выживаемости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2008 года в городском центре колопроктологии Санкт-Петербурга ведётся работа по определению и сравнению эффективности различных лабораторных методик выявления КРР на ранних стадиях с целью включения в скрининговые программы. Первой методикой, которая была введена в исследование, был копрологический тест Tumor M2-PK in stool, предполагающий определение опухолевой пируваткиназы. Этот тест основан на принципе иммуноферментного анализа (ИФА) с применением моноклональных антител, специфичных к димерной изоформе TU M2-PK. В исследованиях используется набор реактивов фирмы «Schebo-Biotech» (Германия). Кoproлогический тест для определения опухолевой пируваткиназы было предложено пройти 4 000 пациентам, все они обратились на прием к проктологу с различными жалобами и подходили по критериям отбора для скринингового обследования.

Второй методикой, включенной в исследовательскую работу, был тест для определения скрытой крови в кале «Colon View Hb and Hb/Ht» фирмы Biohit (Финляндия). С ноября 2013 года в нашей клинике было предложено пройти эти тесты 560 слушателям лекций, посвященных профилактике рака толстой кишки. Методика основана на чувствительной и специфичной иммунохимической реакции обнаружения человеческого интактного гемоглобина (Hb) и гемоглобин/гаптоглобинового (Hb/Ht) комплекса в образцах стула с помощью тест полосок. Для диагностики кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта специфично определение свободного гемоглобина, а при кровотечении из верхних отделов положительно реагирует комплекс гемоглобин/гаптоглобин. Данный тест не предусматривает соблюдения диеты, проводится в течение 3-х последовательных дней. Тест специфичен и чувствителен к человеческому гемоглобину, не дает перекрестных реакций с гемоглобином кур, свиней, коров и лошадей.

Параллельно с иммунохроматографическим тестом всем обследуемым было предложено пройти и биохимический тест на основе гваяковой смолы HemoCult SENSE, который стал третьей методикой, включенной в исследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе данных в ходе исследования была отмечена высокая чувствительность метода, 93%, а это значит, что у больных с ранее выявленным колоректальным раком тест определения опухолевой пируваткиназы, в основном, был истинноположительным. Также мы отметили, что при референсных значениях от 0 до 4,7 Ед/мл, результат значений в диапазоне от 10,0 до 48,0 Ед/мл был более характерен для наличия у больных злокачественной опухоли. В то время как для значений от 4,7 до 10,0 Ед/мл, по нашим данным, характерным было наличие воспалительных процессов в кишке или доброкачественных новообразований, таких как аденоматозные полипы или ворсинчатые опухоли.

Среди прошедших тест для определения скрытой крови в кале по методике «Colon View Hb and Hb/Ht» у 134 пациентов он оказался положительным. На предварительном этапе мы отметили хороший результат чувствительности теста – 87%, что в значительной степени превосходит чувствительность биохимической реакции HemoCult SENSE. К сожалению, лишь 72 пациента с положительными результатами согласились пройти эндоскопическое обследование толстой кишки. В 71% случаев были выявлены полипы различной локализации. В 7% – малигнизированные ворсинчатые новообразования правосторонней локализации. В 13% случаев патология при выполнении колоноскопии не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Колоректальный рак относится к числу тех злокачественных заболеваний, в отношении которых могут и должны применяться профилактические мероприятия.

Поиск эффективных тестов для выявления предрасполагающих заболеваний и ранних форм колоректального рака – важная составляющая в организации процесса скрининга.

Комбинация тестов для диагностики опухолевого процесса может быть рекомендована как первая ступень скрининговой программы.

С внедрением современных скрининговых методик ожидается увеличение доли пациентов с ранними формами колоректального рака.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОБТУРИРУЮЩИМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Васильев С.В., Попов Д.Е., Семёнов А.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время одной из важных и до конца нерешённых проблем в онкологии является рак прямой кишки, а в хирургии – кишечная непроходимость, занимающая одно из первых мест в структуре осложнённых форм этого заболевания. Использование комплексного подхода в лечении рака прямой кишки, по мнению ряда авторов, позволяют улучшить основные онкологические и функциональные показатели.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов лечения больных раком прямой кишки, осложнённым кишечной непроходимостью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Сравнительному анализу подверглись данные о 154 больных с обтурирующими формами рака прямой кишки, которые были оперированы в Санкт-Петербургском колопроктологическом центре в период с 2005 по 2013 год.

Критерии включения в исследование больных основной и контрольной группы: нарушение кишечной проходимости (компенсированная/субкомпенсированная кишечная непроходимость); лица обоих полов без ограничения возраста; локализация обтурирующей опухоли в среднем или нижнеампулярном отделе прямой кишки; морфологический диагноз – аденокарцинома разной степени дифференцировки; отсутствие отдалённых метастазов (T3-4N0-2M0, stage II-III); отсутствие противопоказаний для проведения предоперационной химиолучевой терапии. Схема комбинированного лечения больных основной группы (n=75): а) лапароскопически-ассистированная разгрузочная колостомия или стентирование опухолевого стеноза; б) неoadъювантная химиолучевая терапия (РОД 2 Гр, СОД 46-60 Гр, XELODA); в) радикальная операция: низкая передняя резекция прямой кишки + превентивная колостомия (n=47), операция Гартмана (n=21), брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (n=7).

Всем больным контрольной группы (n=79) выполнены радикальные хирургические вмешательства без проведения неoadъювантной химиолучевой терапии: низкая передняя резекция прямой кишки + превентивная колостомия (n=5), операция Гартмана (n=62), брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (n=12).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У больных из основной группы достоверно чаще ($p < 0,05$) были выполнены первичные сфинктеросохраняющие операции с первичным восстановлением кишечной проходимости. Частота ранних послеоперационных осложнений выше у больных контрольной группы ($p > 0,05$). У 5 (6,6%) больных из основной группы развились тяжёлые поздние осложнения, связанные с радиационным (постлучевым) некрозом периперитонеальных тканей. Спустя 12 месяцев наблюдения у больных, перенесших первично-восстановительные оперативные вмешательства, нами отмечены более высокие показатели качества жизни и меньшее число поздних осложнений, при сравнительном анализе с пациентами, операция у которых завершилась формированием колостомы ($p < 0,05$). Показатель общей 5-ти летней выживаемости у больных основной группы составил 83%, у контрольной группы пациентов – 55%. Безрецидивная выживаемость больных основной группы приближается к 92%, в то время как этот показатель у контрольной группы пациентов составил 64%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У больных обтурирующим раком прямой кишки целесообразно применять комплексное лечение с целью улучшения непосредственных и отдалённых функциональных и онкологических результатов. Декомпрессия толстой кишки (колостомия, стентирование) на первом этапе лечения больных обтурирующим раком толстой кишки позволяет использовать весь комплекс дооперационных методов диагностики, направленных на более точное стадирование заболевания и составления схемы комплексного лечения в соответствии с общепринятым мультимодальным подходом. В ряде случаев, применение предоперационной химиолучевой терапии сопряжено с определённым риском развития тяжёлых поздних радиационных повреждений периперитонеальных тканей.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРФОРАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ

Велиев Т.И.

Алтайский колопроктологический центр, отделение эндоскопической хирургии, г. Барнаул, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Перфорация толстой кишки при эндоскопическом удалении ворсинчатых опухолей часто возникает у лиц пожилого возраста.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Показать целесообразность создания водяной «подушки» между подслизистой оболочкой и ворсинчатой опухолью с целью профилактики перфорации кишки во время эндоскопической электрорезекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 1999 по 2013 год у 319 больных в возрасте от 60 до 87 лет с ворсинча-

тыми опухолями толстой кишки применялся метод создания водяной «подушки» перед эндоскопической электрорезекцией слизистой оболочки вместе с опухолью. Водяная «подушка» создавалась путем введения инжектором 0,9%-ного физиологического раствора между подслизистой оболочкой и опухолью. У всех больных гистологически имелась ворсинчатая аденома с дисплазией II и III степени. Размеры опухоли были от 2 см и более в диаметре.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Случаев перфорации кишки у данных больных не наблюдалось ни во время операции, ни в послеоперационном периоде.

ВЫВОДЫ

Наши наблюдения позволяют рассматривать создание водяной «подушки» 0,9%-ным физиологическим раствором между подслизистой оболочкой и ворсинчатой опухолью, как метод профилактики перфорации кишки.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ТРАНСАНАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ

Велиев Т.И.

Алтайский колопроктологический центр, отделение эндоскопической хирургии, г. Барнаул, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

После трансанального удаления ворсинчатые опухоли прямой кишки склонны к рецидивированию.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Показать эффективность профилактики рецидивов ворсинчатых опухолей прямой кишки после трансанального удаления, путем обработки ложа 2%-ным раствором протаргола.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Проанализировано 2 группы больных по 17 человек, у которых трансанально были удалены ворсинчатые опухоли прямой кишки. В первую группу вошли больные, которым после трансанального удаления ворсинчатых опухолей прямой кишки проводилась обработка ложа 2%-ным раствором протаргола. Во вторую группу вошли больные, которым эта обработка не проводилась.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первой группе больных в результате динамического наблюдения от 6 мес. до 10 лет рецидивирования опухолей не наблюдалось. Во второй группе у 7(30%) больных в различные периоды после операции возник рецидив заболевания, что привело к повторной операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обработка ложа ворсинчатой опухоли прямой кишки после трансанального иссечения 2%-ным раствором протаргола приводит к отсутствию рецидива заболевания.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ РАКОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Велиев Т.И.

Алтайский колопроктологический центр, отделение эндоскопической хирургии, г. Барнаул, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

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

ЗАДАЧА ИССЛЕДОВАНИЯ

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

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Проведен динамический анализ группы больных с ранними раками толстой кишки, у которых была выполнена эндоскопическая электроэксцизия в период с 1992 по 2013 год. Отдаленные результаты оценивались на основании контрольных колоноскопий со взятием биопсий в порядке динамического наблюдения.

Всего под наблюдением находилось 46 больных. Мужчин – 26, женщин – 20. Возраст пациентов составил 60-86 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. Дальнейшая лечебная тактика у больных, перенесших эндоскопическую электроэксцизию с ранним раком толстой кишки, должна основываться на результатах динамического эндоскопического наблюдения со взятием биопсии: 1 раз в три месяца в течении первого года, затем 2 раза – второй год и один раз – в последующие годы.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ УДАЛЕНИИ АДЕНОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ С МАЛИГНИЗАЦИЕЙ

Велиев Т.И.

Алтайский колопроктологический центр, отделение эндоскопической хирургии, г. Барнаул, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Возникновение кишечных кровотечений после эндоскопических операций у лиц пожилого возраста, по данным различных авторов, имеет тенденцию к увеличению.

ЦЕЛЬЮ работы явилось изучение эффективности эндоскопических методов остановки кровотечений при удалении малигнизированных новообразований толстой кишки. При эндоскопическом удалении 46 аденом толстой кишки с малигнизацией различной анатомической формы в период с 1992 по 2013 год интенсивные кровотечения возникли в 12 случаях: 6 артериальных, 4 венозных, 2 паренхиматозных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

При артериальном кровотечении из ножки удаленного новообразования производился повторный захват и коагуляция ножки петлевым электродом на малых режимах коагулирующего тока с последующим её отсечением. Если ножка короткая и её не удаётся захватить петлёй, с целью гемостаза использовалось подслизистое введение этилового спирта через игольчатый инжектор. При умеренной интенсивности венозных кровотечений применялась монополярная коагуляция или гидротермокоагуляция.

При паренхиматозных кровотечениях использовалась гидротермокоагуляция и лазерная фотokoагуляция.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С использованием этих методик удалось остановить кровотечение сразу после его возникновения у 10 больных. У 2 человек с интенсивными артериальными кровотечениями после проведения эндоскопических мероприятий была проведена кровезамещающая терапия, очистительные клизмы холодной водой, однако кровотечение не было остановлено. Предпринято повторное эндоскопическое вмешательство с проведением всего комплекса эндоскопической остановки кровотечения. У всех больных кровотечение было остановлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что для остановки кровотечений, возникающих при удалении аденом с малигнизацией толстой кишки различной анатомической формы, комплекс эндоскопических методов эффективен у всех пациентов.

7-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Галеев Ш.И., Абдуллаев Я.П., Рубцов М.А.

Клиническая больница Святителя Луки, г. Санкт-Петербург, Россия

Совершенствование технической составляющей, стандартизация операций в хирургии колоректального рака привели к расширению показаний для выполнения эндовидеохирургических вмешательств. В настоящее время не вызывает сомнений эффективность и безопасность этих операций при локализованных формах опухолей: Т1с-Т3. Целесообразность эндовидеохирургических вмешательств в лечении местно-распространенных форм рака ободочной кишки изучена недостаточно.

В исследовании представлены непосредственные результаты 63 операций, выполненных за период с 2007 по 2014 гг. У всех пациентов наличие опухолевой инвазии за пределы стенки кишки доказано при КТ, либо данными ревизии органов брюшной полости в ходе операции. У 3 пациентов были выявлены жидкостные скопления вблизи опухоли. На дооперационном этапе было выполнено 3 пункционных нефростомии. Мочеточники до операции стентированы у 12 пациентов. Выполненные вмешательства: левосторонняя гемиколэктомия – 20, резекция сигмовидной кишки – 27, правосторонняя гемиколэктомия – 16. Все операции выполнены в положении пациента типа Лойда-Дэвиса с использованием 5-6 троакаров, бригадой из 3-х хирургов.

Продолжительность вмешательств составляла от 5-и до 8 часов. В наибольшей степени мобилизацию сегментов толстой кишки осложняли опухолевый рост и воспалительный процесс, широко вовлекающие забрюшинные структуры, затрудняющие визуализацию предпочечной фасции. Комбинированные резекции были выполнены в 5 случаях. Отмечено одно клинически-значимое осложнение, незамеченное в ходе вмешательства: пересечение аппаратом «Ligasurge» левого мочеточника. Средние сроки госпитализации в послеоперационном периоде составили 6-10 дней.

Таким образом, видеолaparоскопические вмешательства могут быть с успехом выполнены у пациентов с местно-распространенным раком ободочной кишки. Большие трудности для мобилизации кишок создают доразльное распространение опухоли и параканкрозного воспалительного процесса, затрудняющего идентификацию забрюшинных структур, слоя диссекции.

КОЖНО-МЫШЕЧНАЯ ПЛАСТИКА ПРОМЕЖНОСТНОЙ РАНЫ ПРИ ЭКСТРАЛЕВАТОРНОЙ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Гатауллин И.Г., Аглуллин И.Р., Тойчурев З.М., Зиганшин М.И., Халиков М.М.

ГОУ ДПО КГМА МЗ РФ, РКВД МЗ РТ, г. Казань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Лечение больных с местно-распространенными опухолями прямой кишки низкой локализации и периаанальной области является сложной, многокомпонентной задачей для онкопроктологов. Удаление опухоли с соблюдением онкологических принципов футлярности и зональности часто приводит к образованию обширных дефектов в области промежностной раны. Закрытие этих дефектов путем простого сшивания краев иногда бывает невозможным. Внедрение элементов пластической реконструктивной и сосудистой хирургии в онкопроктологию позволило ликвидировать эти дефекты и полости за счет перемещенных кожно-мышечных лоскутов, а также снизить количество послеоперационных осложнений и улучшить качество жизни пациентов.

ЦЕЛЬЮ исследования явилось изучение хирургических способов ликвидации остаточных полостей промежностной раны, после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 142 пациентов с местно-распространенными злокачественными опухолями прямой кишки низкой локализации и периаанальной области, которым в виде самостоятельного лечения или на этапе комбинированной терапии, выполняли оперативные вмешательства в объеме экстирпации прямой кишки с использованием того или иного метода реконструкции дефекта. Больные проходили лечение в ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Министерства здравоохранения Республики Татарстан в период с 2005 по 2014 гг.

Из 142 больных у 78(55%) имелась II стадия опухолевого процесса (Т3-4N0M0), у 44(31%) – III стадия (Т1-4N1-3M0). Наименьшую группу составили пациенты с I стадией (Т1-2N0M0) – 16(11.2%) и 4(2.8%) – с IV стадией (Т1-4N0-3M1)

По морфологическому строению преобладала аденокарцинома различной степени дифференцировки у 112(79%) больных. Недифференцированный рак выявлен у 28(20%) больных. Меланома прямой кишки – у 2(1.4%) пациентов.

Пациенты разделены на две группы: I группа 46(31.1%) пациентов – после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки, у которых остаточная полость промежностной раны была ликвидирована за счет перемещенного кожно-мышечного лоскута из медиальной группы мышц бедра. В послеоперационном периоде пациентам проводили антикоагулянтную терапию, вводили препараты, улучшающие реологические свойства крови и т. д.

II группа 92(68.9%) пациента – после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки у которых закрытие дефекта проводили местными тканями.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения в I группе больных были в виде частичного (краевого) некроза кожно-мышечного лоскута у 4 пациентов. После купирования воспалительного процесса на рану были наложены вторичные швы. Срок пребывания пациентов в стационаре составил 12±1.5 дня.

В послеоперационном периоде во второй группе больных у 9 пациентов диагностированы серомы промежностной раны, которые были ликвидированы путем пункции. У 6 пациентов рана зажила вторичным натяжением. В 3 случаях образовались промежностные свищи. У 2 пациентов наблюдали кровотечения из промежностной раны. Срок пребывания пациентов в стационаре составил 17±2.4 дня.

ВЫВОДЫ

Применение кожно-мышечных лоскутов с целью замещения дефекта ткани промежности позволяет успешно ликвидировать сложные по рельефу остаточные полости в области промежностной раны у больных с низкой локализацией рака прямой кишки. Адекватная кожно-мышечная пластика остаточной полости в области промежностной раны, сокращает время пребывания больных в стационаре, создает оптимальные условия для скорейшей реабилитации больных и, тем самым, ускоряет сроки проведения специализированной противоопухолевой терапии.

ОЦЕНКА РИСКА ГНОЙНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Гатауллин И.Г., Козлов С.В., Фролов С.А.

ГБОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия, г. Казань, Россия
ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет,
ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер, г. Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Осложнения радикального хирургического лечения рака прямой кишки влияют на сроки безрецидивной выживаемости пациентов.

Неосложненный послеоперационный период является залогом своевременного начала дополнительного специального лечения, приемлемого качества жизни пациентов. Прогнозирование в современной онкохирургии является эффективным инструментом в организации и управлении лечебным процессом. Разработка доступных и надежных алгоритмов для прогнозирования послеоперационных осложнений позволит индивидуализировать тактику ведения каждого пациента, выявить группу риска развития осложнений, избежать излишних лечебно-диагностических назначений и сократить сроки госпитализации пациентов с благоприятным прогнозом.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности определения уровня С-реактивного белка в раннем послеоперационном периоде для прогнозирования гнойных осложнений у больных колоректальным раком.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование методом случайной выборки включены 278 больных колоректальным раком. Мужчин было 143, женщин – 135. Возраст пациентов колебался от 27 до 85 лет.

Исследование С-реактивного белка (СРБ) в динамике осуществлялось нефелометрическим методом на анализаторе Immage компании Beckman Coulter. Использовался набор реагентов для определения СРБ в сыворотке крови. Количественное определение уровня С-реактивного белка проводилось 50 большим до операции, а также на 1,2,3,5,7 сутки после операции. Параллельно проводилась оценка и регистрация критериев системной воспалительной реакции в динамике (термометрия, оценки уровня лейкоцитов периферической крови, клинические критерии).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Гнойные послеоперационные осложнения были диагностированы у 48 пациентов, что составило 17,2%. Исследуемая группа больных разделена на 2 подгруппы: пациенты с осложнениями и пациенты без осложнений. Средний койко-день у пациентов без осложнений составил 16, у пациентов с осложнениями – 20 дней. Уровень СРБ в периферической крови в предоперационном периоде не превышал 0,8 мг/дл.

Ко 2-м суткам после операции уровень СРБ у всех пациентов достигал пика – среднее значение уровня СРБ в подгруппе с осложнениями 16,3 мг/дл, в подгруппе без осложнений – 10,7 мг/дл. В подгруппе больных без осложнений уровень СРБ постепенно и неуклонно снижался и к 5-м суткам, в среднем, составлял 5,7 мг/дл. При осложненном течении послеоперационного периода к 5-м суткам после операции уровень СРБ продолжал нарастать или сохранялся на высоком уровне, среднее значение 12,5 мг/дл ($p < 0,05$). В то же время, динамика стандартных критериев системной воспалительной реакции не позволяет надежно и своевременно прогнозировать течение послеоперационного периода.

В рутинной практике может быть целесообразным определять уровень СРБ на 2-е и 5-е сутки после операции. При стабильно высоких цифрах (более 10 мг/дл) или при нарастании СРБ – риск гнойных послеоперационных осложнений высокий. Неуклонное снижение СРБ – может быть весомым аргументом в решении вопроса о досрочной выписке пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о возможности использования динамики уровня СРБ в качестве предиктора послеоперационных осложнений. Необходимы комплексные исследования на большом клиническом материале для оценки надежности различных прогностических критериев осложнений в колоректальной хирургии.

МУТАЦИИ ГЕНА K-RAS КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Гатауллин И.Г., Шакиров Р.К., Гордеев М.Г., Гатауллин Б.И.

ГОУ ДПО КГМА Минздрава России,

ГАУЗ «РКОД МЗ Республики Татарстан», г. Казань, Россия

Одной из важнейших соматических мутаций, обнаруженных в опухолях толстой кишки, является мутация в гене KRAS, выявленная в опухолях толстой кишки с частотой от 30% до 50%. Мутация в гене KRAS может стать новым фактором прогноза в рамках даже одной и той же стадии заболевания.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление частоты мутации в гене KRAS у больных колоректальным раком в Республике Татарстан, и оценка влияния мутации на течение и прогноз заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 120 больных колоректальным раком, получивших комбинированное лечение в ГАУЗ «РКОД МЗ Республики Татарстан». Пациентам был проведен генетический анализ на наличие мутации в гене KRAS на материале, полученном в результате оперативного вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Из 120 пациентов у 35 выявлена мутация в гене KRAS, у 85 пациентов имелся «дикий» тип гена KRAS (частота мутаций составила 26,7%). При этом 25 мутаций обнаружено в 12 и 13 кадонах, 7 мутаций – в 61 кадоне и 3 – в 146 кадоне. Результаты исследования показали, что у русского населения мутантный тип гена KRAS выявляется чаще (в 38,9%) чем у татарского населения (в 21,2%). Данная зависимость является статистически значимой ($p=0,045$). Мутация в гене KRAS чаще встречалась у женщин (37,7% и 20,3%, соответственно). Данные зависимости значимы ($p=0,045$).

Опухоли толстой кишки с мутантным геном KRAS более склонны к лимфогенному метастазированию (в 54,2%), чем опухоли с «диким» типом

(в 45,8%), что косвенно свидетельствует о более агрессивном течении опухолевого процесса при мутантном типе гена ($p=0,004$). Больные с мутантным типом гена чаще имеют отдаленные синхронные метастазы (в 63,6%), чем больные с «диким» типом (в 36,4%). Данная зависимость является статистически значимой ($p=0,0001$). Таким образом, опухоль с мутантным типом гена обладает агрессивным течением и высоким потенциалом к метастазированию. Годичная выживаемость пациентов с «диким» типом гена KRAS составила 96,5%, с мутантным типом гена 88,6% ($p=0,0012$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мутация в гене K-RAS является независимым значимым прогностическим признаком. Генетические исследования необходимо включить в стандарт обследования больных колоректальным раком в качестве предиктивных маркеров для оценки течения и прогнозирования отдаленных результатов лечения.

ВНУТРИБРЮШНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Гиберт Б.К., Матвеев И.А., Хасия Д.Т.

ГБУЗ ТО ОКБ №1, г. Тюмень, Россия

Внутрибрюшные осложнения являются ведущей причиной продолжительности послеоперационного лечения, неуспеха операции, летальности после восстановительных операций у больных с концевыми свищами.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить структуру и особенности внутрибрюшных осложнений восстановительных операций после экстренных обструктивных резекций. С 1999 года выполнено 190 восстановительных операций у больных с концевыми колостомами. Операции у 92-х пациентов выполнены из срединного, у 77 – парастомального и у 21 – лапароскопически ассистированным методом (ЛАС).

Внутрибрюшные осложнения возникли у 22(11,57%) больных, летальных исходов не было, что связано с их своевременной диагностикой и правильным лечением.

По тяжести устранения осложнений (классификация Dindo-Clavien) 2 степень была у 5 пациентов, 3а – у двух, 3б – у 14 человек и 4-я – у 1 пациентки. Выписаны со свищами 11 человек, у 2-трубчатые, у 1-го – эпизиостомы и у 8 – губовидные, из них у 6-петлевая, пристеночная и концевая стома по 1-му большому. У всех, кроме 3-х пациентов, которые продолжают лечиться, свищи ликвидированы консервативным или оперативным путем. Осложнения разделены по этиологическому фактору их возникновения. Осложнения со стороны анастомоза были у 11 пациентов (5,78%). У 10(5,26%) они были обусловлены несостоятельностью швов анастомоза и у 1-го – стриктурой анастомоза, у 6(3,15%) – дефектами адгезиоза: незамеченные повреждения полей органов, кровотечение из рассеченных сращений. Другие причины были у 5(2,63%) пациентов – инфилтрированные гематомы, инфильтрат брюшной полости, некроз большого сальника, острая спаечная тонкокишечная непроходимость.

Клиническими проявлениями несостоятельности швов анастомоза у 4-х больных были каловые свищи, лечение их проводилось консервативно, у 6 – манифестировали признаками абсцесса брюшной полости, местного перитонита, им проведено дренирование области анастомоза с наложением проксимальной стомы, 1-му из них выполнено разобщение анастомоза с формированием концевой колостомы. Несостоятельность анастомоза у оперированных срединным доступом была у 5(5,43%) пациентов, парастомальной лапаротомией – у 2(2,59%) и ЛАС – 3(14,28%). Вторая группа осложнений связана с незамеченными интраоперационными дефектами: повреждения тонкой кишки – 4 пациента, у 1-го – мочевого пузыря, и у 1-го – кровотечение из спаек. Лечение осложнений заключалось в повторной операции с устранением дефектов.

У оперированных из срединного доступа незамеченные дефекты адгезиоза были у 5(5,43%), ЛАС методом – у 1(4,76%), при парастомальном доступе их не было. Неустраненные дефекты вмешательства связаны с особенностями неуклонного процесса, в значительной степени обусловленного наличием макро- и микроабсцессов в брюшной полости. По нашим данным, они были у 26,2% больных, а также наличием сопутствующих кишечных и мочевых свищей у 7(3,68%) пациентов.

Время рассечения спаек при проведении восстановительных операций является интегральным показателем объема адгезиоза и степени трудности его проведения. В специально отобранных группах больных, вмешательства у которых отличались только доступом, исследована продолжительность этапа рассечения спаек, при срединном доступе она была 55,08±32,02 мин., парастомальном – 44,6±31,56, при ЛАС – 87,50±33,04 мин. При ЛАС вмешательство и введении первого порта в правых отделах брюшной стенки адгезиозис по объему незначительно уступает срединной лапаротомии, но он проводится более медленно, в отличие от традиционной лапаротомии, когда используется ручное разъединение спаек, что значительно ускоряет этот этап операции, чем и объясняется более продолжительное время рассечения спаек при лапароскопическом адгезиозисе.

Таким образом, проведенное исследование особенностей адгезиозиса у больных, оперированных различными доступами, а также частоты незамеченных интраоперационных дефектов показало, что они были допущены у больных с более продолжительным этапом рассечения сращений при восстановлении непрерывности из срединной лапаротомии и ЛАС методе, когда приходится освобождать от спаек срединную и при-

легающие к ней области, наиболее пораженные спаечным процессом. При парастомальной лапаротомии осуществляется прямой доступ к объектам анастомозирования вне операционных рубцов, области, пораженные спаечным процессом, а также основная часть петель кишечника, остаются в стороне от операционного поля, и вероятность нанесения незаметных повреждений органов брюшной полости снижается, а в наших наблюдениях у всех 77 пациентов этой группы отсутствовала.

ВЫВОД

Внутрибрюшные осложнения после восстановительных операций у больных с концевыми стомами возникли у 22 (11,57%) пациентов, без летальных исходов. Наиболее часто были несостоятельности анастомозов – 10 (5,71%) больных, незаметные дефекты адгезиозиса – у 6 (3,15%) пациентов. Одним из направлений в предупреждении возникновения недиагностированных интраоперационных повреждений является уменьшение объема рассечения сращений, которое достигается выбором парастомального доступа.

ХАРАКТЕРИСТИКА АНАСТОМОЗОВ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Гиберт Б.К., Матвеев И.А., Хасия Д.Т.

ГБУЗ ТО ОКБ №1, г. Тюмень, Россия

Формирование анастомоза является основным этапом при проведении восстановительных операций и определяет конечный результат оперативного вмешательства. Осложнения анастомозов при этом являются наиболее частыми в структуре послеоперационных осложнений и тяжёлыми вследствие развития гнойно-воспалительных процессов в брюшной полости. В литературе уделено мало внимания методам восстановления непрерывности кишки у больных после экстренных обструктивных резекций. В тоже время анастомозирование проводится с измененной отключенной кишкой, что определяет поиск оптимальных методов формирования соустья, которые могут иметь особенности и отличаться от других плановых наложений толстокишечного анастомоза.

В связи с чем, проведено сравнение частоты осложнений анастомозов при различных методах их формирования у больных после экстренных обструктивных резекций толстой кишки. У 189 больных, которым восстановлена непрерывность толстой кишки в 1999-2013 гг., у 11 (5,8%) возникли осложнения анастомоза, в т. ч. у 10 – несостоятельность швов, у 1-го структура с развитием толстокишечной непроходимости. Летальных исходов не было.

Восстановление непрерывности кишки 92 пациентам выполнено из срединной лапаротомии, 77- из парастомальной и 20- лапароскопически ассистированным способом (ЛАС). Осложнения со стороны анастомоза у оперированных срединной лапаротомией были у 5 (5,43%) пациентов, парастомальной лапаротомией – у 2 (2,59%) и ЛАС – у 4 (20%).

Наиболее распространенным способом формирования соустья был ручной, выкрилом на атравматичной игле-151 (79,89%) анастомоз. У 39 анастомоз был однорядным, применялся при конце-концевом типе соустья у 38 человек, несостоятельность возникла у 4 (10,52%) пациентов и у 1-й большой – анастомоз конец-в-бок, который осложнился несостоятельностью швов на фоне перитонита, вследствие незамеченного ранения тонкой кишки.

Двухрядный шов был у 112 пациентов, при наложении анастомоза бок-в-бок у 47 пациентов, у 16-ти – конец-в-конец, осложнений не было и у 49-ти при анастомозировании конец-в-бок – у 1 (2,0%) возникла несостоятельность. Частота этого осложнения при двухрядном шве независимо от типа соустья составила 0,8%.

У 38 (20,1%) пациентов анастомоз сформирован компрессионным способом, у 30 человек – аппаратом Ethicon CDH, у 4 больных применена Ni-титановая скрепка, тип анастомоза бок-в-бок, у 4-х сформирован степлером Linear Cutter, бок-в-бок. Осложнения возникли у 5 (13,1%) пациентов, у 4 больных несостоятельность и у 1-го структура. Несостоятельность произошла у 2 пациентов, которым анастомоз сформирован Ethicon CDH с введением аппарата через колостомическую рану выше создаваемого анастомоза и у 2 пациентов из 4-х оперированных, соустье которым сформировано линейным степлером Linear Cutter, возникли осложнения, у одного – несостоятельность ручной порции анастомоза, у второго – структура. При формировании анастомоза аппаратом Ethicon CDH, введенным через прямую кишку, у 28 пациентов несостоятельность была у 1 пациента на фоне мочевого перитонита. Анализ осложнений анастомозов в зависимости от оперативного доступа показал: наилучшие результаты получены при парастомальной лапаротомиих – 2 (2,59%) осложнения, при срединной лапаротомии у 5 (5,43%) человек и наихудшие итоги при ЛАС методе оперирования – 4 (20%) пациента. Условия наложения анастомозов, в зависимости от доступа, принципиально не отличались между собой, но результаты были значительно различны. Это связано с тем, что при ЛАС методе применялись новые для клиники способы формирования соустья, при которых получены неудовлетворительные результаты – формирования анастомоза бок-в-бок линейным степлером Linear Cutter и циркулярным степлером Ethicon CDH, введенным через колостомическую рану. При формировании анастомоза конец-в-конец круговым степлером, вводимым через культю прямой кишки, несостоятельность возникла у 1 (3,5%) пациента, носящая характер вторичной, т. к. наступила на фоне мочевого инфильтрации вследствие незамеченного ранения мочевого пузыря. При формировании анастомоза ручным однорядным швом конец-в-конец несостоятельность возникла у 4 (10,2%) пациентов и в 0,8% – при двухрядном

шве независимо от типа соустья.

ВЫВОД

Частота осложнений со стороны анастомозов у больных при восстановительных вмешательствах после экстренных обструктивных резекций определяется способом его соединения. Лучшие результаты получены при 2-рядном лигатурном шве и соединении кишечника аппаратом Ethicon CDH независимо от типа анастомоза, частота осложнений была, соответственно, 0,8% и 3,5%. Формирование анастомозов бок-в-бок линейным степлером Linear Cutter и конец-в-конец аппаратом Ethicon CDH при введении его через колостомическую рану оставлены из-за высокой частоты осложнений.

МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, КЛАССИФИКАЦИЯ, СОВРЕМЕННЫЕ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ

Гордеев С.С., Расулов А.О., Барсуков Ю.А., Ткачев С.И., Малихов А.Г., Мамедли З.З.

ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н.Блохина» РАМН, отделение хирургическое № 3, г. Москва, Россия

Местнораспространённый рак прямой кишки не имеет единого определения и классификации, а результаты его лечения часто остаются неудовлетворительными из-за нерезектабельности первичной опухоли или невозможности выполнения резекции в объёме R0. Повышение резектабельности возможно за счёт использования пролонгированных курсов химиолучевой терапии, действие которой возможно усилить путём использования разнонаправленных радиосенсибилизаторов.

ЦЕЛЬЮ данной работы была проспективная оценка безопасности и эффективности неoadъювантной химиолучевой терапии с использованием локальной гипертермии и метронидазола в лечении местнораспространённого T4 рака прямой кишки.

МЕТОДЫ

Пациентам проводилась дистанционная лучевая терапия РОД 4 Гр, СОД 40 Гр 3 раза в неделю на фоне химиотерапии капецитабином 1300 мг/м²/сут. дни 1-21 рег ос, оксалиплатином 50 мг/м² в/в дни 3, 10, 17, 3-5 сеансов локальной гипертермии 41-45°C в течение 60 минут, 2 введения метронидазола 10 г/м² в составе полимерной композиции рег rectum. Хирургическое лечение проводилось через 6-8 недель после окончания курса химиолучевой терапии. Основным оцениваемым параметром было число R0 резекций, дополнительными – токсичность, лечебный патоморфоз, общая и безрецидивная выживаемость.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С сентября 2007 по январь 2011 года в исследование было включено 116 пациентов (медиана возраста 57 лет, 72 мужчины, 44 женщины, медиана размера опухоли 8 см). Частота R0 резекций составила 90,5%, 5 (4,3%) пациентов остались неоперабельными, 6 (5,2%) выполнены R1 резекции. У 26 (22,4%) пациентов отмечена токсичность 3-5 степени (у 23 – 3-4 степени и у 3-5 степени). Послеоперационной летальности не было. У 48 (41,4%) пациентов отмечен лечебный патоморфоз 3 степени, у 10 (8,6%) – 4 степени. Медиана наблюдения составила 21,9 месяцев. 2-летняя общая выживаемость составила 82,6%, 2-летняя безрецидивная выживаемость – 70,9%. У 30 (25,9%) пациентов отмечено прогрессирование заболевания. У 13 (11,2%) отмечен рецидив заболевания, у 22 (19%) – метастазы.

ВЫВОДЫ

Применение предложенной схемы лечения привело к высокой частоте R0 резекций в исследуемой группе, что говорит о возможности дальнейшего её изучения в рамках рандомизированного исследования.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Грошин В.С., Султанмурадов М.И., Цыганков П.В., Швецов В.К.

ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, кафедра хирургических болезней №2, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости кишечная непроходимость наблюдается в 3,5-9% случаев. Но, тем не менее, количество обструктивных резекций дистальных отделов толстой кишки, выполняемых по неотложным показаниям, неуклонно растёт. Профилактика осложнений при данных видах операций является актуальной задачей колоректальной хирургии. В частности, ведущей проблемой современной колоректологии является несостоятельность толстокишечных анастомозов (отмечаемая в 6-20% наблюдений), приводящая к развитию разлитого перитонита в 30-40% случаев несостоятельности. В связи с этим, частота послеоперационных летальных исходов после обструктивных резекций составляет до 5,2%, а при осложненном послеоперационном течении достигает 20-35%. Исходя из этого, разработка эффективных методов профилактики осложнений при операциях на ободочной кишке является актуальной задачей современной хирургии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить эффективность комплексной профилактики осложнений при восстановительных операциях на ободочной кишке, обосновать возмож-

ность применения нового способа внутрипросветной санации и трансанальной декомпрессии зоны анастомоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Получен результат анализов лечения 47 пациентов, перенесших восстановительный этап хирургического вмешательства после обструктивной резекции дистальных отделов толстой кишки (операция Гартмана). Сроки восстановления после перенесенной обструктивной резекции толстой кишки составляли 1,5-4 месяца. Средний возраст больных 48,9 лет. Пациенты представляли две группы клинических наблюдений. У 21 пациента основной группы применены методы трансанальной декомпрессии анастомоза и внутрипросветной санации зоны межкешечного соустья антисептиками по оригинальной методике (решение о выдаче патентов РФ на способ №2013112280, на полезную модель №2013122608). Внутрипросветную санацию производили антибактериальным препаратом рифаксимин, который неадсорбируется в слизистой толстой кишки. В контрольной группе из 26 пациентов велось стандартное послеоперационное ведение пациентов без применения разработанных методов профилактики гнойно-септических осложнений. В обеих группах время после первичной операции составляло, в среднем, 2,7 месяца. Обследовали не только оценку общих изменений состояния организма (проведены стандартные лабораторные и инструментальные исследования), но и провели изучение местных изменений состояния приводящей и отключенной кишки (по данным эндоскопии и биопсии). Проанализирован состав микрофлоры в приводящей и отключенной кишке, ее количественный и качественный состав.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате эндоскопического обследования слизистой культи толстой кишки с полифокальной биопсией выявлено, что у 42(89%) пациентов, из них – у 20 пациентов основной группы и 22 пациента в контрольной группе, выявлен диверсионный проктит и проктосигмоидит, полученные изменения были подтверждены морфологическими исследованиями. Степень выраженности изменений «микробного пейзажа» толстой кишки непропорционально зависела от длины постколостомической культи, продолжительности предшествующей антибактериальной терапии и сроков после обструктивной резекции. Применение в основной группе созданного алгоритма и методик профилактики несостоятельности анастомоза и гнойно-септических осложнений, дало возможность избежать развития ранней несостоятельности толстокишечных анастомозов. В течение не менее 6 месяцев наблюдений у 20(95,2%) пациентов основной группы, в отдаленные сроки, отмечены хорошие функциональные результаты. В одном случае (4,7%), спустя 4 месяца после наложения анастомоза, проявился анастомозит, купированный консервативно. Продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре составила, в среднем – 7,43 суток. При наблюдении не менее 6 месяцев, у 24(88,4%) пациентов контрольной группы, в отдаленные сроки, отмечены хорошие функциональные результаты. В двух случаях (7,7%) развились послеоперационные осложнения. В одном случае, спустя 5 дней после наложения анастомоза, развилась несостоятельность анастомоза, потребовавшая релапаротомии и наложения колостомы. Единжды также отмечено развитие тубчатого неполного кишечного свища, потребовавшее повторной операции. Продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре составила, в среднем, – 9,49 суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанный метод трансанальной декомпрессии и внутрипросветной санации зоны толстокишечного анастомоза увеличивает эффективность профилактики несостоятельности анастомоза при реконструктивных вмешательствах при наличии диверсионного колита. Метод может быть использован в клинической практике при выполнении реконструктивных операций на дистальных отделах толстой кишки.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Дарвин В.В., Васильев В.В., Илькинич А.А., Лысак М.М., Бубович Е.В.

ГБОУ ВПО СурГУ, БУ ХМАО-Югорья
Сургутская ОКБ, г. Сургут, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Обтурационная толстокишечная непроходимость является одним из наиболее частых и тяжелых осложнений рака ободочной кишки. Частота ее колеблется от 30 до 76,8%, при этом частота послеоперационных осложнений и летальности составляет 38,6-80% и 43,5-54,5%, соответственно.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить разработанный лечебно-диагностический алгоритм, включающий регламентацию диагностических мероприятий тактических решений у больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ хирургического лечения 144 больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого происхождения. Лечебно-диагностический алгоритм разделен на три этапа. Первый этап предполагает использование комплекса физических, лабораторных и инструментальных методов исследования с одновременным проведением лечебных мероприятий, направленных на восстановление

пассажа по ЖКТ и предоперационную подготовку; второй – выполнение операции и интраоперационных диагностических мероприятий, третий – послеоперационную реабилитацию. Информация 1 этапа позволяла разделить больных на три группы:

1. При осложнении кишечной непроходимости перитонитом (8 больных – 5,6%) или признаками параканкротного абсцедирования (5-3,5%) операцию проводили после кратковременной подготовки.
2. При наличии клинических, УЗИ и рентгенологических признаков «замкнутой» петли толстой кишки (между опухолевой обструкцией и илеоцекальным клапаном) (12-8,3%) операцию проводили после предоперационной подготовки и дообследования в течении 4 час.
3. У остальных пациентов (119 – 82,6%) алгоритм дополняли лечебно-диагностической ФКС, при которой у 36(27,9%) пациентов пытались провести стентирование опухоли (эффективно у 23 пациентов). Инструментальные методы исследования проведены всем пациентам анализируемой группы в соответствии с разработанным алгоритмом. Ультразвуковое исследование применено 104(72,2%) больным, обзорная рентгенография брюшной полости – 144(100%); пероральная интестинография – 9(6,3%); ирригоскопия – 23(16,0%); фиброколоноскопия – 119(82,65%), КТ брюшной полости – 28(19,4%). Мы ввели в стандарт обследования у больных с ОКН внутрибрюшную тонометрию. Проведение тонометрии у 62(47,3%) пациентов позволило у пациентов второй и третьей группы выделить дополнительный объективный предиктор необходимости срочного оперативного вмешательства: повышенные уровни внутрибрюшного давления более 20 см вод. ст. Все больные оперированы. Объем оперативных вмешательств: правосторонняя гемиколэктомия – у 22(15,3%), двустольная илеостомия – у 1(0,7%), обходной илеотрансверзоанастомоз – у 4(2,8%), операция типа Гартмана – у 78(54,2%), резекция сигмовидной кишки и левосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом – у 29(20,0%), резекция поперечно-ободочной кишки с двустольной колостомией – у 6(4,2%), субтотальная колэктомия – у 4(2,8%). Радикальные операции имели место у 93(64,6%), палиативные – у 51(35,4%). При выполнении левосторонней гемиколэктомии и резекции сигмовидной кишки у 29 больных выполнен первичный анастомоз: циркулярным аппаратом «Proximate» – у 18, ручной однорядный по разработанной методике – у 11. Сформированные анастомозы укрепляли пластиной ТАХОКОМБ. Метастатическое поражение печени отмечено у 57 пациентов (39,61%), симультанное вмешательство на печени выполнено у 32 пациентов. Стомы были сформированы 89(61,8%) оперированным, 24 из них в раннем послеоперационном периоде (7-10 сут.) произведено восстановление непрерывности толстой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения отмечены у 20(13,9%) больных: нагноения послеоперационной раны – у 10, параканкротическое нагноения – у 6, внутрибрюшные абсцессы – у 3, ограниченная несостоятельность анастомоза (не потребовавшая релапаротомии) – у 1. Среднее пребывание в стационаре 17,2±4,2 койко-дня. Умерли 19 больных, послеоперационная летальность – 13,2%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма у больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью позволило увеличить долю радикальных операций до 64,6%, снизить частоту осложнений более чем в 2 раза и в 1,6 раза – летальных исходов и уменьшить долю больных, выписанных с колостомой, до 39,2%.
2. Уровень внутрибрюшного давления более 20 см вод. ст. – объективный фактор прогноза неэффективности консервативных мероприятий-предиктор выполнения экстренных операций.
3. При операциях на левой половине толстой кишки по поводу обтурационной толстокишечной непроходимости выполнение первичного толстокишечного анастомоза – возможное тактическое решение при стентировании места обтурации, а также у строго ограниченной группы больных.
4. Ранние восстановительные операции – эффективный вариант реабилитации у ограниченной группы больных.

НИЗКИЕ РЕЗЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Даценко Б.М., Даценко А.Б., Або Гали М.С., Хмызов Р.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

АКТУАЛЬНОСТЬ

Низкие резекции прямой кишки являются наиболее сложным разделом проблемы колоректального рака, причем не столько в плане трудностей оперативной-технического плана, сколько в свете более частого формирования «сателлит – метастазов» в сравнительно ранние сроки по латеральным и нисходящим путям метастазирования. Новые подходы к технике выполнения низких резекций были определены как пересмотр онкологически обоснованного уровня дистального края резекции кишки, так и научно-обоснованной необходимости тотальной мезоректумэктомии, которую, по показаниям, многие рекомендуют дополнять расширенной (аорто-подвздошно-тазовой) лимфодиссекцией. При выполнении резекции по поводу рака нижеампулярной локализации формирование степлерного анастомоза из чрезбрюшинного доступа технически возможно, если культи прямой кишки «выстоят» над тазовым дном более 3,5-4 см. Пути выполнения сфинктеросохраняющих операций при более короткой культе хирургами оцениваются по разному и до настоящего времени не решены окончательно.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2005 по 2013 гг. в Харьковском городском колопроктологи-

ческом центре по поводу рака прямой кишки оперированы 982 больных, из них радикальные операции выполнены 773 (78,7%). Резекции прямой кишки с первичным анастомозом выполнены 620 (79%) больным, экстирпации – 141 (19%) и обструктивные резекции – 12 (2%) больным. По срокам исследования число экстирпаций прямой кишки снизилось с 24 до 13%, а число резекций с первичным анастомозом возросло с 74 до 86%.

Накопленный к настоящему времени кооперированный опыт работы Харьковского городского колорктологического центра в области лечения рака прямой кишки позволил разработать программу комплексной профилактики гнойно-септических осложнений в колоректальной хирургии. Первый этап, направленный на адекватную подготовку больного к операции, включает в себя: терапевтическую коррекцию функциональных нарушений органов и систем, иммунного статуса пациентов, а также медикаментозное лечение сопутствующей патологии. Важное значение имеет системная антибиотикопрофилактика, а также механическая очистка толстой кишки раствором полиэтиленгликоля с антибиотиком, обеспечивающим снижение уровня микробной обсемененности просвета кишки.

Второй – интраоперационный этап программы включает в себя соблюдение принципов асептики и антисептики, обоснованный выбор границ резекции кишки в зависимости от локализации опухоли, обеспечивающий достаточное кровоснабжение концов кишки в зоне формирования анастомоза при обязательном соблюдении принципов онкологического радикализма. Необходима достаточная мобилизация отрезков кишки для их свободной дислокации, что исключает возможность натяжения тканей в зоне анастомоза. Важным является проведение интраоперационного контроля физической герметичности колоректального анастомоза путем трансанального подведения к нему по зонду «в избытке» пенного азроэля (Диоксизоль, Сульфодовиль, Мирамистин) при пережатии кишки выше анастомоза, а также периодическое орошение операционных зон современными антисептиками (Октинисепт). Обязательно формирование протективной трансверстоми после брюшно-анальной резекции с наданальным анастомозом и, по показаниям, после выполнения передней резекции.

В послеоперационном (третьем) периоде для профилактики гнойно-септических осложнений особое значение придает улучшению процессов системной микроциркуляции и коррекции метаболических расстройств, нарушений белково-энергетического и водно-электролитного баланса, а также ранней активизации больных.

В клинике разработана классификация низких резекций прямой кишки по уровню формирования анастомоза, включающая в себя низкую переднюю резекцию, наданальную резекцию и интрасфинктерную резекцию. Соответственно этой классификации за анализируемый период работы внутрибрюшные низкие резекции выполнены 172 больным, брюшно-анальные резекции по разработанной в клинике методике (патент Украины) – 102 больным (всем – с формированием превентивной колостомы).

Анализ результатов лечения по срокам исследования (первый срок – с 2005 по 2010 гг., второй – с 2011 по 2013 гг.) показал, что после резекций прямой кишки с опухолью, завершающихся формированием первичного анастомоза, уровень послеоперационных осложнений снижен с 22,5 до 13,5%, а показатель летальности – с 2,5 до 1,4%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При раке прямой кишки низких локализаций сфинктеросохраняющие операции типа резекции кишки с опухолью, завершающиеся первичным анастомозом, произведены 76% больным. Выполнение брюшно-анальных резекций с формированием анастомоза по разработанной в клинике методике возможно при расстоянии 2 см от нижнего края опухоли до внутреннего сфинктера. Операции с наданальным анастомозом следует завершать формированием превентивной колостомы, имеющей преимущества перед илеостомой.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ПРИ ОБТУРИРУЮЩЕМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Денисенко В.Л.,¹ Гайн Ю.М.,² Фролов Л.А.,³ Сушков С.А.,³ Шаппо Г.М.,³ Гидранович А.В.,³ Бухтаревич С.П.,¹ Скудский М.М.,⁴ Ерушевич А.В.,⁴ Шкуднов А.К.⁴

¹ УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница»;

² ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»;

³ УО «Витебский государственный медицинский университет»;

⁴ УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер», г. Витебск, Беларусь

ВВЕДЕНИЕ

В структуре онкологической заболеваемости колоректальный рак занимает третье место в большинстве развитых стран мира, при этом количество пациентов с запущенными формами заболевания в настоящее время достигает 70%. Самым частым осложнением этой локализации опухоли является обтурационная кишечная непроходимость, которая развивается, преимущественно, при левосторонней локализации процесса, достигая 69% всех случаев колоректального рака. Одним из способов восстановления просвета кишки в зоне опухоли может стать лазерная вапоризация центральной её части. Для эффективного испарения тканей и коагуляции сосудов в зоне реканализации используют различные типы высокоэнергетических лазеров, совместимые с эндоскопическим оборудованием. Достаточно быстрое достижение порога

вапоризации при контактном методе применения лазерного излучения способствует быстрому удалению патологической ткани, которое, в свою очередь, обеспечивает эффективное охлаждение тканей и предупреждение глубокого ожога кишки.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать и внедрить в клиническую практику технологию лазерной реканализации опухоли и ускоренной подготовки пищеварительного тракта к радикальному хирургическому или палиативному лечению колоректального рака, осложнённого кишечной непроходимостью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В лечении обтурирующего колоректального рака использовали высокоинтенсивное импульсное лазерное излучение длиной волны 1,06 мкм. В работе применён твёрдотельный импульсный лазер для эндоскопического применения «Фотэк ЛК-50» («Медиола-Эндо», ЧУП «Фотек», Республика Беларусь) в составе эндоскопической стойки для исследования толстой кишки (длина волны 1,064 мкм, частота повторения импульсов на максимальной мощности излучения – не более 50 Гц, максимальная энергия импульса – 1,2 Дж, длительность импульса – 300 мсек, максимальная потребляемая мощность – 2,5 кВт). Проведено проспективное клиническое исследование с оценкой результатов лечения 156 пациентов с обтурирующим колоректальным раком, находившихся на лечении в проктологическом отделении больницы на станции Витебск с 1995 (с 2008 года – Второй Витебской областной клинической больницы) по 2013 год и абдоминальном отделении Витебского областного клинического онкологического диспансера. Пациенты разделены на 2 группы. В первую группу вошли 98 пациентов, лечение которых проводилось по общепринятым методикам. При безуспешности консервативных мероприятий после предоперационной подготовки всем пациентам первой группы выполнены неотложные вмешательства. Только в 27% операции закончились наложением первичного анастомоза, восстанавливающего естественную проходимость кишечника.

Во второй группе (58 пациентов) при поступлении пациентов в стационар (до 24 часов) всем им выполняли лечебно-диагностическую ректоскопию, во время которой, после установления диагноза стенозирующей опухоли толстой кишки и биопсии, производили лазерную вапоризацию внутренней части опухоли с восстановлением просвета пищеварительной трубки в зоне опухоли шириной не менее 0,8-1,5 см. В 5 случаях лазерную вапоризацию проводили до 7 раз. После лазерной реканализации пациентам выполняли сифонную клизму, назначали слабительные и вазелиновое масло. 53 пациентам через 4-6 суток, не выписывая из стационара, в состоянии клинико-метаболической компенсации выполнили радикальную операцию с первичным восстановлением непрерывности пищеварительного тракта. 5 пациентам лазерная реканализация произведена с симптоматической целью, в 3 случаях – с последующей установкой саморасширяющегося нитинолового трубчатого протеза, покрытого силиконовой мембраной (CHOOSTENT Tech M.I., Южная Корея [СУ]).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

В первой группе пациентов, оперированных по поводу обтурирующей опухоли толстой кишки стандартными методиками в 74% случаев операции закончились выведением колостомы. У пациентов II группы во время эндоскопического обследования выявлено сужение просвета ободочной и прямой кишки от полного закрытия последнего до 8 мм (средний диаметр в зоне стеноза составил 7,32±0,21 мм). Протяжённость зоны стеноза при этом колебалась от 5 до 100 мм (в среднем 7,12±1,97 мм). Во время лазерной вапоризации стенозирующей части опухоли с помощью лазерного аппарата «Фотэк ЛК-50» («Медиола-Эндо») использован импульсный режим, позволяющий произвести реканализацию стенозирующей опухоли с последующим купированием явлений обтурации кишечника.

ВЫВОДЫ

1. Лазерная реканализация опухоли толстой кишки позволяет в условиях обтурирующей опухоли кишечника выполнить раннюю антеградную декомпрессию пищеварительного тракта с быстрым восстановлением его моторно-эвакуаторной функции и ранней клинико-метаболической компенсацией (без лапаротомии и формирования кишечного свища).
2. Предлагаемый подход позволяет провести реканализацию обтурирующей опухоли кишечника с целью палиативного лечения или в ограниченные сроки осуществить подготовку пациента к радикальному хирургическому вмешательству с первичным восстановлением непрерывности пищеварительного тракта.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСРЕКТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Денисов А.Е., Иванов В.А., Малушенко Р.Н.

Кафедра ультразвуковой диагностики и хирургии ФПК РМ РУДН, ГKB № 24, г. Москва, Россия

Повышенная онкологическая настороженность, в последнее время, обусловлена устойчивой тенденцией к росту онкологических заболеваний, причем не только в России, но и во всем мире. Так, за 2012 год в России зарегистрировано более 526 тыс. новых опухолей различной локализации, умерло за этот период 288 тыс. больных. В структуре онкологической заболеваемости рак прямой кишки, ректосигмоидного отдела и анального канала составляет 5%. Среди мужчин до 30 лет опухоли прямой кишки, ректосигмоидного отдела и ануса составляют 5,4%, у женщин – 4,7%. После 30 лет ситуация меняется и процент пациентов женского пола превалирует над мужчинами (13,8% и 8,5%, соответ-

ственно). Максимальное число заболевших приходится на пациентов в возрасте 70-74 года.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Показать возможности трансректального ультразвукового исследования прямой кишки (с наполнением просвета кишки жидкостью) в выявлении локализации объемных образований и распространенности патологического процесса.

Исследования проводились на аппарате Philips iU – 22 микроконвексным объемным датчиком с частотой 4-8 МГц и углом обзора 130 градусов. Трансректальное исследование проводилось в положении больного лежа на левом боку с подведенными к животу коленями, после введения в прямую кишку 150-200 мл жидкости с помощью клизмы.

Всего обследовано 76(100%) пациентов: 23(30,3%) мужчины и 53(69,7%) женщины. Возраст обследуемых пациентов колебался: у мужчин – от 34 до 84 лет, у женщин – от 36 до 83 лет. Из них средний возраст мужчин составил 60±9 лет, женщин – 62±10 лет. У всех пациентов на предварительном этапе обследования (по данным ректо- и/или колоноскопии, ирригоскопии, КТ, МРТ) было выявлено наличие объемного образования прямой кишки. Всем пациентам была проведена биопсия выявленных объемных образований. Ультразвуковое исследование проводилось до получения результатов гистологического исследования.

При ультразвуковом исследовании оценивались следующие параметры объемных образований: размеры, контуры, экзоструктура, наличие инвазии в подслизистый и мышечный слои стенки кишки, прорастание в окружающие органы и ткани, наличие увеличенных регионарных лимфатических узлов.

В случае аденокарциномы и недифференцированного рака образования визуализировались пониженной экзогенности в 31(40,8%) и 19(25%), как умеренной экзогенности. Неровность и нечеткость контуров определялись в 50(65,8%) случаев. Наличие инвазии в подслизистый и мышечный слои выявлено у 50(65,8%) больных, прорастание в окружающие ткани имело 14(18,4%) пациентов, наличие увеличенных регионарных лимфатических узлов в параректальной области – у 18(23,7%) больных. При ворсинчатой аденоме образования трактовались как умеренно повышенной экзогенности с четкими, неровными контурами, с гиперваскуляризацией при ЦДК – 26(100%).

Полное совпадение заключения УЗИ с клиническим диагнозом имело место у 75(98,7%) пациентов. В одном случае имело место ложноположительное заключение у больного с подозрением на рецидив рака среднеампулярного отдела прямой кишки, повторно поступившему, спустя 5 месяцев после передней резекции прямой кишки, с предварительным диагнозом анастомозит.

В результате проведения исследований по предложенной методике, наличие или отсутствие дифференциации слоев кишечной стенки во всех отделах прямой кишки и анального канала, выявлено в 100% случаев. В 75 из 76 случаев, вне зависимости от уровня поражения, подтверждено наличие объемного образования, дана характеристика размеров, контуров и структуры образования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Трансректальное ультразвуковое исследование прямой кишки с дополнительным наполнением просвета кишки жидкостью является методикой, позволяющей с высокой вероятностью и информативностью, не только выявлять объемное образование прямой кишки, но и оценивать его размеры, локализацию – относительно отделов прямой кишки;

2. Одной из положительных сторон предложенной методики является тот факт, что с помощью трансректального исследования с наполнением просвета кишки жидкостью удастся «заглянуть за опухоль» и получить достоверную информацию о распространенности опухолевого процесса по прямой кишке и за ее пределы;

3. Сочетая в себе высокую информативность, относительную простоту выполнения, возможность проведения, как в условиях стационара, так и на амбулаторном этапе диагностики, данное исследование должно быть включено в комплекс существующих методик, используемых при обследовании больных с подозрением на наличие объемных образований прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК

Ермолов А.С., Ярцев П.А., Селина И.Е.,
Цулескири Б.Т., Кирсанов И.И.

НИИ СП им. Н.В.Склифосовского, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты хирургического лечения и качество жизни больных с осложненным раком толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2008 по 2014 годы в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского на лечение находилось 148 пациентов с раком ободочной кишки, осложненным кишечной непроходимостью. Из них 40 больных выполнено лапароскопическое оперативное вмешательство. Тяжесть состояния пациентов 32,1±3,4 по SAPS II. Средний возраст составил 69±3,6 лет. Мужчин – 68(46%), женщин – 80(54%).

Всем больным, поступившим с клинической картиной толстокишечной непроходимости, в экстренном порядке выполняли полипозиционное рентгенологическое исследование, УЗИ органов брюшной полости, колоноскопию или ирригоскопию.

Для декомпрессии ободочной кишки и временного разрешения кишеч-

ной непроходимости, выполнялось эндоскопическое стезение дренирующей рентгенконтрастной трубки проксимальнее стенозирующей опухоли.

РЕЗУЛЬТАТЫ

20 пациентам с кишечной непроходимостью на первом этапе перед операцией во время колоноскопии было заведено шинирующее устройство проксимальнее опухолевой стриктуры с последующим введением рентгенконтрастной трубки. У всех больных локализация проксимального конца трубки была подтверждена введением водорастворимого контрастного вещества с последующим рентгенологическим контролем. После выполнения реканализации просвета кишки выполняли ее многократное отмывание и через 3-4 суток вторым этапом больным выполняли видеолaparоскопическую резекцию ободочной кишки.

Резекция сигмовидной кишки – 7(35%), левосторонняя гемиколэктомия – 5(25%), правосторонняя гемиколэктомия была выполнена – 4(20%), резекция поперечно-ободочной кишки – 1(5%), формирование первичного кишечного анастомоза выполняли интра – или экстракорпоральным швом. У 2(10%) пациентов были выполнены паллиативные операции в связи с прорастанием опухоли в соседние органы.

Во время эндоскопической реканализации опухолевой стриктуры было одно осложнение (5%) – супрастенотический разрыв толстой кишки выше опухолевого сужения, что явилось поводом к экстренной операции.

В послеоперационном периоде у одного пациента после лапароскопической операции отмечена несостоятельность межкишечных швов анастомоза, потребовавшая выполнения экстренной лапаротомии, выведения разгруженной петлевой трансверзостомы, дренирования брюшной полости. Дальнейший послеоперационный период гладкий, без осложнений. Среди больных, оперированных с применением малоинвазивных методов, летальных исходов не было.

Использование миниинвазивных методов позволило уменьшить интраоперационную кровопотерю с 731,25±136,7 мл при открытых операциях до 385,78±67,42 мл при лапароскопических операциях. Снизило травматичность доступа, что позволило сократить сроки нахождения пациентов в отделении реанимации с 3,25±4,9 суток до 1,2±0,61 суток, общего койко-дней с 19,47±8,9 суток до 13,5±6,18 суток, уменьшило количество послеоперационных осложнений и исключило послеоперационную летальность.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Ерыгин Д.В., Бердов Б.А., Невольских А.А.,
Титова Л.Н., Рухадзе Г.О., Орлова Н.В.

ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» Минздрава России, г. Обнинск, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных местнораспространенным раком прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 113 больных местнораспространенным раком прямой кишки в стадии Т3-4N0-2M0-1. Основными критериями включения больных в исследование были размеры опухоли, ограничение её подвижности, признаки инвазии в соседние органы или вовлечение в процесс циркулярной границы резекции по данным СКТ или МРТ, а также множественное поражение лимфатических узлов. Лучевая терапия проводилась до операции методикой классического фракционирования дозы в РОД 2 Гр до СОД 50 Гр. В качестве радиомодификатора в первой, контрольной, группе использовался 5-фторурацил (5FU) в виде непрерывной инфузии с 1 по 5 и с 29 по 33 дни лучевой терапии в дозе 425 мг/м² 56 больных, а во второй, основной, группе – капецтабин (САР) в дозе 825 мг/м² 2 раза в день в дни проведения лучевой терапии 57 больных. Оперативное лечение выполнялось в контрольной группе через 5-6 недель, а в основной группе – через 7-8 недель после окончания химиолучевой терапии. Обоснованию окончательной методики предшествовала тщательная экспериментальная проработка всех лечебных составляющих.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В полном объеме ХЛТ была реализована у 97% больных. Среди токсических реакций преобладали гастро-энтерологические осложнения. Реакции 2 степени развились у 34 больных в контрольной группе (61%) и у 18 больных (32%) – в основной группе. Осложнения 3 степени отмечены только у пяти больных (9%) в группе контроля. Через 4-8 недель полный клинический ответ зафиксирован в группе с 5FU у 2 больных (4%) и 11(19%) с САР, частичный ответ у 27(48%) и 38(67%), стабилизация у 27(48%) и 8(14%), соответственно. При увеличении интервала между ХЛТ и операцией более 6 недель выявлены более выраженные морфологические изменения в опухоли. Так, 3 степень патоморфоза в контроле отмечена у больных 46% больных, в основной группе у 52% больных, 4 степень – в 4% и в 14% случаев, соответственно. Удаление первичной опухоли стало возможным у 53(95%) больных в контрольной и у 55(96%) больных в основной группе. Частота сфинктеросохраняющих операций в группах составила 49% и 47%. Послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения развились, соответственно, 18% и у 23% больных. Средний период наблюдения за больными составил 30 месяцев. При анализе развития местных рецидивов и метастазов нами было оценено влияние позитивного латерального края резекции. В целом, латеральный край резекции был оценен у 54 больных. Больные были условно разделены на группы: граница резекции от 0 до 1 мм – 19 больных, от 1,1 до 3,0

мм – 9 больных, и от 3,1 и больше – 26 больных. В результате: в первой когорте у 6 больных (32%) были выявлены рецидивы или метастазы, во второй когорте – у 1 больного (11%), в третьей подгруппе – у 6 больных (23%) выявлено прогрессирование заболевания. Общая безрецидивная выживаемость больных с R-0 резекцией – 64,7±9,5%, при R-1 резекции – 42,8±16,9% (p=0,05). Таким образом, позитивный латеральный край резекции оказывает непосредственное и отдаленное негативное влияние на течение заболевания.

Нами также была проведена оценка влияния степени патоморфоза на выживаемость, так при I-II степени 5-летняя безрецидивная выживаемость составила 41,6±12,0%, при III-IV степени – 66,8±7,5% (p=0,025). Пятилетняя выживаемость больных с I-III стадией заболевания в контрольной группе составила 60,5±7,5%, в исследуемой группе – 86,6±5,8% (p>0,05).

ВЫВОДЫ

1) При МРРПК с признаками внеорганный распространения опухоли, вовлечения циркулярной границы резекции и (или) с метастатическим поражением лимфатических узлов на первом этапе лечения показана химиолучевая терапия. Лучевая терапия должна проводиться на современном оборудовании до СОД 50 Гр в течение 5 недель, в сочетании с химиотерапией (предпочтительно – с капецитабином в дозе 1650 мг/м² в сутки).

2) Применение капецитабина сопряжено с достоверно меньшей частотой токсических реакций (p<0,05) и большей (p<0,05) частотой развития патоморфоза IV ст. по сравнению с применением 5-фторурацила.

3) Оптимальным интервалом между химиолучевой терапией и операцией является 6-8 недель, что способствует увеличению частоты полных регрессий и увеличению резектабельности опухоли.

ВОЗМОЖЕН ЛИ ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА УРОВНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ?

Захарченко А.А., Винник Ю.С., Кузнецов М.Н., Попов А.В.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого МЗ РФ», кафедра общей хирургии, г. Красноярск, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить непосредственные результаты комбинированного лечения (КЛ) больных раком прямой кишки (РПК) при различных режимах предоперационной лучевой терапии (ЛТ).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Сравнительный анализ непосредственных результатов хирургического и комбинированных методов (2) лечения проведен у 146 больных раком прямой кишки II (T3-4N0M0) и III (T3-4N1-2M0) стадии (UJCC, 2002).

Пациенты разделены на три группы: контрольная – 52 пациента (хирургическое лечение, ХЛ), 1 исследуемая (КЛ 1) – 42 больных (предоперационная крупно-фракционная ЛТ по схеме РОД 5 Гр (x5 дней) до СОД 25 Гр), 2 исследуемая (КЛ 2) – 48 пациентов (предоперационная высокодозная ЛТ разовой очаговой дозой (ВЛТ РОД 13 Гр) с программой эндovasкулярной радиомодификации метронидазолом (РМ МЗ)).

Для контроля за уровнем послеоперационной гнойной хирургической инфекции (ГХИ), использовали комплекс профилактических мероприятий: антибактериальную профилактику за 30 минут до лапаротомии (АБП) – в/венную инфузию антибактериального препарата с антиаэробно-анаэробным действием (0,5% раствор диоксидина); фракционное орошение операционных зон 1% раствором диоксидина; интраоперационную санацию брюшной полости и полости таза на заключительном этапе операции хлоргексидином; аспирационное дренирование брюшной полости и полости таза через единый доступ (боковые стенки живота без восстановления целостности тазовой брюшины); механический или однорядный ручной шов при формировании толстокишечных анастомозов или резервуаров; современные абсорбирующиеся шовные материалы; «закрытый» метод формирования колостомы; современные средства ухода за колостомами; послеоперационную АБП; активное ведение послеоперационного периода (раннее энтеральное питание, ранняя активизация пациентов).

Течение раннего послеоперационного периода контролировали стандартными клиническими, биохимическими, бактериологическими методами, показателями ЛИИ и МСМ, общими и местными клиническими проявлениями ГХИ. Для оценки непосредственных результатов оперативных вмешательств учитывали частоту и характер послеоперационной ГХИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Предоперационная ЛТ в группах КЛ (1,2) привела к незначительному снижению уровня энтеробактерий (соответственно, 60,8% и 61,5%, против 62,1% в контрольной группе) и к росту высеваемости кокковой флоры с 31,0% в группе ХЛ до 34,8% и 34,6% в группах КЛ 1 и 2 (p>0,05). В видовом «пейзаже» энтеробактериальной флоры доминировала кишечная палочка (группа ХЛ – 55,5%, КЛ 1 – 57,2%, КЛ 2 – 56,3%). Значительно реже высеивались: бактероиды (соответственно – 22,2%, 21,4%, 25,0%), протей (16,7%, 14,3%, 18,7%), клебсиелла (5,6%, 7,1%, 0%) (p>0,05). Анализ результатов частоты эндогенного инфицирования операционных зон показал, что уже после лапаротомии высеивание флоры отмечено в 15,4% случаев в группе ХЛ, в 14,3% и 14,6% – соответственно, в группах КЛ 1 и 2 (транслокация эндогенной микрофлоры из просвета ПК) (p>0,05). При этом увеличении частоты транслокации не зарегистрировано, что

говорит об отсутствии отрицательного влияния предоперационной ЛТ, как при КЛТ СОД 25 Гр, так и ВЛТ РОД 13 Гр с программой эндovasкулярной РМ МЗ. Самая большая частота эндогенного инфицирования операционных зон выявлена на этапе мобилизации ПК. Соответственно, в группе ХЛ и КЛ (1,2) – 55,8%, 54,8% и 56,3% (p>0,05). Следовательно, предоперационная ЛТ (в исследуемых режимах) на этапе максимальной хирургической агрессии, при идентичных профилактических мероприятиях, не приводит к увеличению частоты эндогенного инфицирования брюшной полости и полости таза. Профилактические мероприятия позволяют снизить частоту эндогенного инфицирования в группах сравнения одинаково (в 3 раза). Послеоперационные гнойные осложнения в группе ХЛ отмечены в 13,5% случаев. При использовании методики ВЛТ РОД 13 Гр с программой эндovasкулярной РМ МЗ послеоперационная ГХИ зарегистрирована в 14,6% случаев (p>0,05). Наибольшее количество осложнений имело место при использовании КЛТ СОД 25 Гр – 19,0% (p<0,05). Наиболее частыми были нагноения раны промежности и полости таза (соответственно, в группе ХЛ – 6,7% и 3,8%; КЛ 1 – 18,2% и 7,1%; КЛ 2 – 12,5% и 6,3%) (p<0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комбинированное лечение больных РПК с применением предоперационной ВЛТ РОД 13 Гр с программой эндovasкулярной РМ МЗ вызывает незначительные сдвиги в аутомикрофлоре, не приводит к увеличению транслокации эндогенной микрофлоры из просвета ПК, не увеличивает частоты эндогенного инфицирования брюшной полости и полости таза, не вызывает значительного роста показателей послеоперационной гнойной хирургической инфекции. Использование разработанного комплекса профилактических мероприятий при комбинированном лечении пациентов РПК, как при КЛТ СОД 25 Гр, так и при ВЛТ РОД 13 Гр с программой эндovasкулярной РМ МЗ позволяет эффективно контролировать уровень послеоперационной ГХИ, особенно при последнем режиме лучевой терапии.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ: ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ИЛИ МАСЛЯНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ РЕКТАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ?

Захарченко А.А.,¹ Галкин Е.В.,² Кузнецов М.Н.,¹ Попов А.В.¹

¹ ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого МЗ РФ», кафедра общей хирургии,

² ФГБУЗ «Сибирский клинический центр ФМБА России», г. Красноярск, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнить результаты комбинированного лечения рака прямой кишки (РПК) при использовании в предоперационном периоде различных режимов лучевой терапии (ЛТ) и масляной химиоэмболизации ректальных артерий (МХЭ РА-процедура RASHEL).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Анализируются результаты комбинированных методов лечения у 127 больных резектабельным РПК II и III стадии. Пациенты разделены на 3 группы: исследуемая группа 1 (ИГ 1, n=37) – предоперационная МХЭ РА (5-ФУ на липиодоле) + радикальная операция (через 72 часа), исследуемая группа 2 (ИГ 2, n=42) – предоперационная крупнофракционная лучевая терапия РОД 5 Гр, 5 дней, до СОД 25 Гр (КЛТ СОД 25 Гр) + радикальная операция (через 24-48 часов), исследуемая группа 3 (ИГ 3, n=48) – предоперационная эндovasкулярная радиомодификация метронидазолом (РМ МЗ) + высокодозная лучевая терапия РОД 13 Гр (ВЛТ РОД 13 Гр) + радикальная операция (через 20-24 часа).

В ИГ 1,3 оценивали течение постэндovasкулярного периода (наличие специфических сосудистых осложнений), в ИГ 2,3 (после ЛТ) – наличие и характер общих и местных лучевых реакций и осложнений. Во всех группах изучали интраоперационную микроскопическую диссеминацию раковых комплексов и результаты лечебного патоморфоза (лучевого/лекарственного) в аденокарциномах (удаленный препарат). Факт присутствия МЗ (ИГ 3) и 5-ФУ (ИГ 1) в ткани опухоли, концентрации препаратов и скорость их элиминации определяли методом флюоресцентной микроскопии и спектрофотометрии. Во всех группах исследовали степень апоптоза и экспрессии пролиферации в аденокарциномах (иммуногистохимия), частоту послеоперационной гнойной хирургической инфекции (ГХИ), показатели летальности.

В ИГ 1 сфинктеро-сохраняющие операции (ВБР ПК / БАР ПК) выполнены в 75,7% случаев, в ИГ 2,3, соответственно, в 73,9% и 66,4%. Функционально-сохраняющие вмешательства – БПЭ ПК / интросфинктерная БАР ПК с формированием неоректум, неосфинктера, промежностного неануса) – соответственно, у 24,3%, 26,1% и 33,3% пациентов. Отдаленные результаты прослежены у 115/127(90,5%) больных в сроки до 3 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выраженные явления постэмболизационного синдрома (ИГ 1 и 3, n=85) отсутствовали, гематома в месте пункции бедренной артерии – 1/85 случаев (1,2%).

При ВЛТ РОД 13 Гр с РМ МЗ лучевой патоморфоз III степени – в 5 раз чаще (83,3%), чем II степень (16,7%) и в 1,7 раза чаще, по сравнению с КЛТ СОД 25 Гр (52,4%) (p<0,01). Лекарственный патоморфоз в ИГ 1 по эффективности сопоставим с показателями в ИГ 3, соответственно – III степени в 81,1% случаев, II – в 18,9% (p>0,05) и в 1,5 раза чаще, чем в ИГ 2 (p<0,05). Частота лучевых реакций в ИГ 3 (16,6%) – меньше, чем в ИГ 2 на 4,7% (p<0,05). Очевидно, что в ИГ 1 они вообще невозможны (отсутствует

ионизирующие излучение).

Показатели частоты интраоперационной микроскопической диссеминации в ИГ 1(13,6%) и 3(13,2%) сопоставимы ($p>0,05$) и в 1,5 раза ниже, чем в ИГ 2(20,6%). При этом клетки свободных раковых комплексов – с сублетальными и летальными повреждениями.

Средняя концентрация МЗ в опухоли (ИГ 3) составила $221,5\pm 5,2$ мкг/г, а 5-ФУ (ИГ 1) – $218,7$ мкг/г. При визуализации клеточной фракции опухоли в ИГ 1, 3 выявлено активное включение 5-ФУ и МЗ, соответственно, как в цитоплазме, так и в структурах ядра. Быстрой элиминации препаратов препятствовала окклюзия локального артериального кровотока. В ИГ 1 (дополнительно) – липидол, в ИГ 3 – постлучевой блок венозного и лимфатического оттока.

Предоперационные лучевые и эндоваскулярные технологии привели к значительному усилению апоптоза (в ИГ 1, 2 и 3, соответственно, в 9, 6 и 10 раз), однако его выражение при КЛТ СОД 25 Гр – в 1,7 раза ниже, чем при ВЛТ РОД 13 Гр с программой эндоваскулярной РМ МЗ и МХЭ РА. Угнетение пролиферации в ИГ 1 и 3 – эффективнее в 1,4 раза, чем в ИГ 2. ГХИ при МХЭ РА – 5/37(13,5%) случаев, при ВЛТ РОД 13 Гр с РМ МЗ – 7/48(14,6%) ($p>0,05$), при КЛТ СОД 25 Гр – 8/42(19,0%) ($p<0,05$). Послеоперационная летальность – 2(1,6%) случая: по 1 случаю – в ИГ 1 и в ИГ 2.

Частота местного рецидивирования (вне зависимости от стадии) в ИГ 1 – у 1/36(2,8%) пациента, в ИГ 3 – у 1/39(2,6%), без достоверных отличий ($p>0,05$), в 2,8 раза реже ($p<0,05$), чем в ИГ 2 – у 3/40(7,5%) больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Методы предоперационной ВЛТ РОД 13 Гр с программой эндоваскулярной РМ МЗ и МХЭ РА сопоставимы по эффективности, по сравнению с КЛТ СОД 25 Гр обладают более выраженным туморцидным эффектом (соответственно, в 1,7 и 1,5 раза), уменьшают частоту местного рецидивирования (в 2,8 раза). Процедура RACHEN является относительно менее безопасной (отсутствие лучевых реакций и осложнений), не увеличивает риск развития послеоперационной ГХИ и может конкурировать с известными методами предоперационной лучевой терапии в комбинированном лечении рака прямой кишки.

ОБТУРАЦИОННАЯ ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ ДИСТАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ: ЕСТЬ ЛИ АЛЬТЕРНАТИВА АБДОМИНАЛЬНОЙ КОЛОСТОМИИ?

Захарченко А.А., Соляников А.С., Винник Ю.С., Кузнецов М.Н., Попов А.В.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ», кафедра общей хирургии, г. Красноярск, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить возможность первичной хирургической реабилитации больных при обтурационной толстокишечной непроходимости (ОТКН), обусловленной опухолевым стенозом дистальных отделов толстой кишки (ТК) и оценить течение раннего послеоперационного периода при формировании первичного бесшовного позадипрямокишечного (ППК) колоректального анастомоза (КРА).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Анализируются результаты хирургического лечения 121 пациента с ОТКН на фоне обтурирующего рака дистальных отделов ТК (сигмовидная кишка, средний и в/ампулярный отдел ПК) II (ТЗ-4НОМО) и III (ТЗ-4N1-2M0) стадии. Мужчин – в 1,5 раза больше, чем женщин. Средний возраст – 56,0 \pm 4,1 года. Субкомпенсированная ОТКН – у 88(72,7%) больных, декомпенсированная – у 33(27,3%). Сроки непроходимости: субкомпенсированной – 4,2 \pm 0,8 месяца, декомпенсированной – 1,9 \pm 0,7 суток. У всех больных после обструктивного этапа и проведения интраоперационной декомпрессии ТК сформированы первичные КРА.

В зависимости от характера декомпрессии и вида анастомоза пациенты разделены на 3 группы. Группа клинического сравнения (ГКС, n=35) – интраоперационный лаваж ТК гипертоническим раствором NaCl (450 осмоль/л) + прямой КРА с протекцией ТахоКомбом. Исследуемая группа 1 (ИГ 1, n=31) – мануальная декомпрессия ТК + бесшовный ППК КРА с избытком низведенной ободочной кишки. Исследуемая группа 2 (ИГ 2, n=55) – интраоперационный лаваж ТК (аналогично, как в ГКС) + бесшовный ППК КРА (как в ИГ 1).

Течение раннего послеоперационного периода контролировали клинически, стандартными лабораторными исследованиями, показателями эндотоксикоза: лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) и уровнем молекул средней массы (МСМ). Степень тяжести синдрома интраабдоминальной гипертензии (СИАГ) оценивали по показателям ВБД.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сроки купирования болевого синдрома на фоне пролонгированной перидуральной анестезии в группах сравнения: ГКС, ИГ 1 и ИГ 2, соответственно – в течение 3,5 \pm 0,5, 3,4 \pm 0,4 и 3,6 \pm 0,5 суток ($p>0,05$). Сроки восстановления полноценной перистальтики кишечника также не имели достоверных отличий в группах, соответственно, через 34,2 \pm 12,3, 33,8 \pm 11,7 и 33,5 \pm 11,9 часа. Сроки полной активизации пациентов – через 3,6 \pm 0,4, 3,5 \pm 0,5 и 3,6 \pm 0,3 суток ($p>0,05$).

Показатели эндотоксикоза (ЛИИ и МСМ), обусловленные транслокацией эндогенной микрофлоры и эндогенным инфицированием имели несущественную тенденцию к росту в первые 28,8 \pm 4,3 часа послеоперационного периода (соответственно, 1,30 \pm 0,08 ед. и 0,266 \pm 0,04 ед. е.) по сравнению с предоперационными показателями (1,27 \pm 0,6 ед. и

0,264 \pm 0,05 ед. е.), как при суб-, так и при декомпенсированной толстокишечной непроходимости и достоверно не отличались в группах сравнения. Нормализовались к 3-4 суткам после операции.

У 88(72,7%) пациентов с явлениями субкомпенсированной ОТКН уровень ВБД составил, в среднем, 12,8 \pm 1,2 мм рт. ст. (I степени СИАГ). У 23(19,0%) больных с декомпенсированной непроходимостью – 17,6 \pm 1,3 мм рт. ст. (II степень). У 10(8,3%) пациентов в той же группе – 23,4 \pm 2,4 мм рт. ст. (III степень). В раннем послеоперационном периоде (1-2 сутки) у больных (88) при субкомпенсированной ОТКН уровень ВБД составил, в среднем, 3,8 \pm 0,5 мм рт. ст., что находилось в рамках физиологической нормы. У пациентов (33) при явлениях декомпенсации нормализация ВБД после операции наступала позже – к 3-4 суткам (в среднем – 5,1 \pm 0,2 мм рт. ст., по мере восстановления полноценной перистальтики).

Послеоперационные осложнения в ГКС, ИГ 1 и ИГ 2, соответственно, 4/35(11,5%), 1/31(3,2%) и 3/55(5,4%). Несостоятельности бесшовного ППК КРА, протяженного некроза низведенной ОК (проксимальнее зоны бесшовного соустья) в ИГ 1 и ИГ 2 (86 пациентов) не наблюдали. У 4/86(4,6%) пациентов – дистальный некроз избытка низведенной ОК до уровня наружной границы анального канала (разбуртованный участок). Причиной такого вида некроза было нарушение микроциркуляции в избытке на фоне сдавления кишки в анальном канале. Избыток низведенной ОК иссекали на 10-12-е сутки после операции. В ГКС несостоятельность прямого КРА – у 2/35(5,7%) больных. Летальности в группах сравнения не зарегистрировано. Послеоперационный койко-день составил, в среднем, 8,1 \pm 0,3.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Технология формирования первичного бесшовного позадипрямокишечного колоректального анастомоза с избытком низведенной ободочной кишки при суб- и декомпенсированной ОТКН, обусловленной колоректальным раком дистальных отделов толстой кишки (сигмовидная кишка, средний и в/ампулярный отдел прямой кишки), минимизирует риск его несостоятельности, избавляет больного от колостомы и отсроченного реконструктивно-восстановительного вмешательства.

Интраоперационная декомпрессия ободочной кишки (лаваж/мануальная декомпрессия) приводит к быстрому устранению синдрома интраабдоминальной гипертензии и способствует сокращению сроков купирования явлений эндотоксикоза.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОЛИПАМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ильканич А.Я., Колмаков П.Н., Абубакиров А.С., Курбанов С.С.

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

В последние годы наблюдается увеличение заболеваемости раком ободочной и прямой кишки. Не вызывает сомнения то, что полипы толстой кишки с высокой степенью вероятности могут являться источником злокачественных опухолей. При этом, риск малигнизации полипов ободочной кишки варьирует от 1,1 до 38,7%. Учитывая распространенность эпителиальных опухолей, составляющую от 6 до 30% среди заболеваний ободочной кишки и возможность их злокачественной трансформации, вопросы диагностики и лечения этой нозологии, несомненно, не теряют своей актуальности.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дать оценку эффективности лечения больных с полипами толстой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

За период 2012-13 гг., в центре колопроктологии Сургутской окружной клинической больницы были обследованы и получали лечение 5237 больных. Проведен анализ эффективности лечения 569(10,9%) больных с полипами толстой кишки. В анализируемой группе 309(54,3%) мужчин и 260(45,7%) женщин.

Регламент проведения эндоскопической полипэктомии:

1. выполняется амбулаторно при: полипе на ножке с диаметром ножки не более 0,5 см; при величине полипа до 1 см.; при полипе с основанием не более 0,5 см.
2. в стационаре при: выявлении полипов большего размера и/или большего размера диаметра ножки полипа, основания полипа.
3. при невозможности проведения эндоскопической полипэктомии проводится хирургическое вмешательство, характер которого определяется совокупностью факторов: локализацией новообразования, его размерами, данными морфологического исследования.

Эндоскопическая полипэктомия в амбулаторных условиях выполнена 337(59,2%) пациентам. В стационар госпитализированы 192(40,8%) больных. Всем пациентам первичную топиическую и морфологическую диагностику проводили амбулаторно. При этом ни в одном наблюдении на амбулаторном этапе не было обнаружено признаков малигнизации. Фиброколоноскопия (ФКС) выполняли по стандартной методике, аппаратом «Olympus» Exera II CF-H180AL (Япония). С целью улучшения визуализации и определения границы измененных тканей применяли узкоспектральную эндоскопию. Подготовку осуществляли накануне исследования изотоническим раствором полиэтиленгликоля (макроголь 4000) per os, либо путем ретроградного кишечного лаважа.

При отсутствии осложнений раннего послеоперационного периода выписка из стационара осуществлялась на 3 сутки для дальнейшего амбулаторного лечения у врача-колопроктолога по месту жительства. При выявлении рака больного направляли к онкологу.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При проведении анализа лечения больных с полипами толстой кишки отмечена тенденция к увеличению числа пациентов с данным заболеванием. Так, число пролеченных увеличилось с 232 в 2012 году до 337 в 2013 г.

Удаление полипов толстой кишки выполнено, преимущественно, методом эндоскопической полипэктомии у 547(96,1%). У 5(0,9%) больных развились осложнения вмешательства. У 2(0,4%) кровотечение из ложа удаленного полипа, остановленное эндоскопически. У 3(0,5%) – перфорация толстой кишки, что потребовало проведения экстренного хирургического вмешательства. Объем операции – лапаротомия, ушивание перфорации.

Хирургическое вмешательство потребовалось 22(3,9%) больным. В практику отделения внедрен способ удаления полипов толстой кишки из минидоступа. Всего выполнено 6(1%) полипэктомий из минилапаротомного доступа. Резекция толстой кишки потребовалась 9(1,6%) больным, трансанальное удаление полипов прямой кишки – 7(1,2%) пациентам. Осложнений послеоперационного периода не наблюдалось.

У 3(0,5%) пациентов после проведения окончательного морфологического исследования установлен рак толстой кишки.

Средний койко-день составил 8,3±0,3. Таким образом, полипы толстой кишки – одно из часто встречающихся заболеваний толстой кишки. В структуре больных колопроктологического профиля их доля достигает 10,9%. Проведение эндоскопической полипэктомии возможно у 96,1%. Потребность в хирургическом вмешательстве составляет не менее 3,9%. Исключение малигнизации полипа возможно лишь при проведении окончательного морфологического исследования удаленного полипа, а своевременная диагностика полипов и их удаление предотвращают неблагоприятное течение заболевания.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ РАКА НА ФОНЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Кашников В.Н., Ачкасов С.И.,
Варданян А.В., Болихов К.В., Гусев А.В.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить особенности развития и течения колоректального рака (КРР) у пациентов с язвенным колитом (ЯК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ течения заболевания у 76(3,1%) пациентов из 2467 больных ЯК, у которых был установлен диагноз КРР, находившихся на лечении в ФГБУ ГНЦ колопроктологии с 1992 по 2012 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст пациентов варьировал от 21 до 80 лет, при этом средний возраст на момент появления рака составил 46,1±13,3 лет. Женщин было 35(46,1%), мужчин – 41(53,9%) человек.

Анамнез ЯК к моменту выявления рака варьировал в широком диапазоне: до 8 лет – у 4(3,9%) пациентов, 8-10 лет – у 10(13,2%) больных, 11-20 лет – у 33(43,4%) человек, 21-30 лет – у 25 (32,9%), 31 год и более – в 5(6,6%) случаях.

В качестве консервативной терапии все 76 пациентов получали терапию препаратами 5-аминосалициловой кислотой. Из анамнеза было установлено, что гормональная терапия проводилась у 52(68,4%) пациентов. Хроническое рецидивирующее течение было констатировано в 60(78,9%) случаях, а хроническое непрерывное течение – у 16(2,6%) больных.

В 24(40%) наблюдениях опухоль располагалась в прямой кишке. У 16(21,1%) пациентов выявлены первично-множественные синхронные опухоли.

У 26(34,2%) больных опухоль носила характер умереннодифференцированной аденокарциномы, у 16(21,1%) – слизистой и в 10(13,2%) случаях – мало дифференцированной аденокарциномы, у 15(19,7%) – хорошо дифференцированной аденокарциномы, 6(7,9%) – перстневидно-клеточного рака и в 3(3,9%) наблюдениях – недифференцированного рака. По классификации TNM опухоль в стадии T4 выявлена у большинства пациентов – у 58(76,3%) больных. Поражение лимфатических узлов было отмечено у 21(27,7%) больного, а у 20(26,2%) пациентов выявлены отдаленные метастазы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный ретроспективный анализ показал, что в 46% наблюдений злокачественная опухоль на фоне ЯК имеет низкую степень дифференцировки. В 21% случаев опухоли носили первично-множественный характер. Развитие КРР напрямую зависит от продолжительности заболевания с повышением риска при анамнезе длительностью более 8 лет.

ЧАСТОТА И СПЕКТР МУТАЦИЙ ГЕНА KRAS ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ НА ЮГЕ РОССИИ

Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Воделажский Д.И.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Достижения фундаментальной и клинической онкологии последних десятилетий открыли эру оптимизации лекарственной терапии распространенных форм колоректального рака, а прогресс в понимании молекулярных механизмов колоректального рака определил молекулярные мишени для направленной терапии. В первую очередь, в этом вопросе привлекают внимание рецепторы эпидермального фактора роста. Ключевым в нисходящем сигнальном пути рецептора эпидермального фактора роста является белок KRAS, который влияет на фундаментальные клеточные процессы, включающие пролиферацию, апоптоз и дифференцировку. Таргетные препараты (моноклональные антитела) подавляют действие рецептора путем блокирования его связывания с лигандом, что нарушает передачу сигналов внутрь клетки. Как показали многочисленные исследования, терапия этими препаратами эффективна при отсутствии активирующих мутаций в малом G-белке KRAS, участвующем в передаче митогенного сигнала от тирозинкиназного рецептора. В настоящее время доказана эффективность таргетных препаратов при метастатическом колоректальном раке, разработаны рекомендации по их применению. Однако результаты исследований, посвященных влиянию мутаций гена KRAS на клинические, морфологические и биологические особенности колоректальной опухоли противоречивы, что и определило цель нашего исследования.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить мутации гена KRAS и их влияние на клинко-морфологические особенности местно-распространенного и метастатического колоректального рака.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данные о 175 больных местно-распространенным и метастатическим колоректальным раком T2-4N0-2M0-1, находящихся на лечении в ФГБУ «РНИОИ» МЗ РФ в 2011-2013 годах. Среди больных было 96(54,9%) женщин и 79(45,1%) мужчин. Средний возраст больных – 61,5 лет. Опухоль локализовалась в прямой кишке у 79(45,1%) больных, в сигмовидной кишке – у 40(22,9%) больных, правой половине ободочной кишки – у 31(17,7%) больных, левой половине ободочной кишки – у 17(9,7%) больных, поперечно-ободочной кишке – у 8(4,6%) больных. У всех больных гистологически опухоли характеризовались как аденокарциномы различной степени дифференцировки: G2 – в 131(74,8%) случае, G3 – в 39(22,3%) случаях, G1 – в 5 (2,9%) случаях. По классификации TNM выявлено следующее распределение: T2 – 6(3,4%) больных, T3 – 71(40,6%), T4 – 98(56%). Метастазы в регионарных лимфоузлах выявлены у 102 (58,3%) больных. Первично генерализованные формы были у 134(76,6%) больных, еще у 32(18,3%) больных отдаленные метастазы выявлены в течение периода наблюдения. Всем больным выполнены циторедуктивные и радикальные оперативные вмешательства. Из образцов тканей опухолей производили экстракцию ДНК. При помощи набора реагентов «Real-Time-PCR-KRAS-7M» («Биолин», Россия) проводили определение 7 SNP-мутаций в 12 и 13 кодонах гена KRAS с использованием термодинамикара Bio-Rad CFX96 (Bio-Rad, США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота мутаций гена KRAS при распространенных формах колоректального рака составила 37,1%, преимущественно в G12D (27,8%), G13D (23,1%) и G12V (21,5%) кодонах, при локализации опухоли в сигмовидной – 18(45%), прямой – 31(39,2%) и правой половине ободочной кишки – 12 (38,7%), при низкой степени дифференцировки опухоли (18(46,2%) больных) (p<0,05). Мутации в 12 и 13 кодонах способствуют увеличению первично-генерализованных форм рака (43 (66,1%) больных), по сравнению с группой без мутации (59(53,6%) больных) (p<0,05). При мутации G13D опухоль чаще локализуется в правой половине ободочной кишки (60% больных), при других мутациях – в прямой и сигмовидной кишке (от 77,8% до 100%) (p<0,05). Мутация G12V увеличивает частоту метастазов в регионарные лимфоузлы – 12(85,7%) (p<0,05). При мутациях G12V, G12R и G12S увеличивается число первично-генерализованных форм колоректального рака – 71,4-80% по сравнению с мутациями в G12D и G13D – 53,3-61,1% (p<0,05). При мутации G12S отдаленные метастазы выявлялись, преимущественно, в легких (3 (75%) больных), а при других – в печени (от 54 до 100%) (p<0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявленные закономерности позволяют определить возможное биологическое поведение колоректальной опухоли на основе оценки предикторных факторов (состояние гена KRAS) и создают возможность персонализированного подхода к терапии и мониторингу больных.

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Гречкин Ф.Н.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Доброкачественные и злокачественные опухоли являются самыми распространенными заболеваниями прямой кишки, при этом заболеваемость ими имеет тенденцию к росту. Для лечения доброкачественных опухолей прямой кишки применяется эндоскопическая электроэксцизия через колоноскоп, трансанальное удаление опухолей, а также и их трансабдоминальное удаление. Эти методы имеют как определенные преимущества и показания, так и ограничения и недостатки. Приоритеты современной онкологии в разработке органосохраняющих методов лечения привели к появлению метода трансанальной эндоскопической хирургии, позволяющего малотравматично, но радикально удалять новообразования прямой кишки. Полный визуальный контроль и микрохирургическая техника обеспечивают возможность прецизионного удаления опухолей любого отдела прямой кишки п-блоком, с адекватными латеральными границами по окружности стенки кишки, с возможностью иссечения на уровне подслизистого слоя, в пределах мышечного, а также на всю толщину стенки кишки. Указанные преимущества делают метод трансанальной эндоскопической хирургии исключительным при полипах на широком основании, ворсинчатых опухолях и малигнизированных аденомах прямой кишки. Возможность полностенного иссечения опухолей прямой кишки, располагающихся ниже уровня тазовой брыжины, с частью прилегающей мезоректальной клетчатки, позволила использовать метод трансанальной эндоскопической хирургии в органосохраняющем лечении начальных форм рака прямой кишки. Обнадёживающие данные литературы об эффективности трансанальной эндоскопической хирургии опухолей прямой кишки способствовали внедрению методики в повседневную практику ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава РФ.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить результаты трансанального эндоскопического удаления опухоли прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Методом трансанальной эндоскопической хирургии с 2012 года прооперировано 46 больных по поводу аденом и начальных форм рака прямой кишки. Больные находились в возрасте от 43 до 64 лет. Опухоли располагались на расстоянии от 3 до 13 см от зубчатой линии, их размер был от 1,2 до 5 см, у 85% опухолей было широкое основание. Полностенному удалению подвергались полипы прямой кишки (65%), удаление опухоли вместе с подлежащей мезоректальной клетчаткой осуществлялось при полипах с признаками малигнизации, начальном раке прямой кишки (35%). Трансанальное эндоскопическое удаление опухолей прямой кишки проводили с помощью специального операционного ректоскопа производства фирмы Karl Storz (Германия), адаптированного к стандартной лапароскопической стойке. Полностенному удалению подвергались полипы прямой кишки (65%). Полностенное удаление опухоли вместе с подлежащей мезоректальной клетчаткой осуществлялось при полипах с признаками малигнизации, начальном раке прямой кишки (35%). Послеоперационное патоморфологическое исследование у 15% больных в аденомах прямой кишки выявило участки аденокарциномы *in situ*, что подтвердило целесообразность полностенного удаления стенки прямой кишки. У больных начальными формами рака прямой кишки, гистологически уточнена глубина распространения и степень зрелости опухоли, у 85% больных она соответствовала pT1G1-2, у 15% – pT2G1-2.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения развились у 3(6,5%) больных. В 2 случаях возникла фебрильная температурная реакция, которая была купирована антибактериальной терапией. В 1 случае наблюдалось кишечное кровотечение, остановлено консервативными мероприятиями. Больные находятся под наблюдением от 3 месяцев до 2 лет. За время наблюдения рецидив опухоли прямой кишки выявлен у 2(4,3%) больных через 10-14 месяцев после операции. У большинства больных трансанальное эндохирургическое вмешательство на прямой кишке не оказало существенного влияния на функцию прямой кишки. У 2(4,3%) больных в течение 2 месяцев после оперативного вмешательства отмечалось недержание газов, жидкого стула.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описанные возможности позволяют рекомендовать данный метод к широкому внедрению в хирургическую практику. На основании полученных результатов можно заключить, что трансанальное эндоскопическое удаление опухолей вполне может стать методом выбора у больных с начальными формами рака прямой кишки.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Колесников В.Е.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Колоректальный рак продолжает оставаться актуальной проблемой

современной онкологии, что обусловлено как ростом заболеваемости раком ободочной и прямой кишки, так и нерешенными проблемами лечения. Основным методом лечения больных колоректальным раком является хирургический, имеющий 200-летнюю историю. Естественно, что за многолетнюю историю существования метода в нем произошли прогрессивные изменения. Так, углубление познаний об анатомии, опухолевом росте, совершенствование хирургической техники привело к разработке и широкому внедрению в хирургию колоректального рака расширенной лимфодиссекции, тотальной мезоректумэктоми, механических анастомозов, низких передних резекций прямой кишки, хирургических вмешательств при метастатических формах колоректального рака. Особое положение в ряду инновационных технологий в хирургическом лечении колоректального рака занимают лапароскопические хирургические вмешательства. Преимуществами лапароскопического доступа являются: менее выраженный болевой синдром, меньшая кровопотеря, уменьшение продолжительности пребывания больного в стационаре, быстрая реабилитация. В настоящее время в странах Европы, Америке лапароскопические вмешательства заняли лидирующее место в лечении колоректального рака, а лапаротомия выполняется только при наличии противопоказаний к лапароскопии. В нашей стране внедрение лапароскопических вмешательств при колоректальном раке развивается не столь бурно, что обусловлено многими факторами. Однако, в настоящее время в крупных онкологических центрах нашей страны ощутимая доля оперативных вмешательств на толстой и прямой кишке выполняется лапароскопически с хорошими результатами.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Проанализировать опыт лапароскопических вмешательств при колоректальном раке клиники ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский институт» Минздрава России.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лапароскопических вмешательств у 258 больных колоректальным раком T1-4N0-1M0-1, находившихся на лечении в клинике ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России с сентября 2011 по июль 2014 г. Больные находились в возрасте от 25 до 81 года. Гистологически у большинства больных была установлена аденокарцинома различной степени дифференцировки. Больным выполнены различные лапароскопические вмешательства на толстой и прямой кишке, наибольшую долю из которых составили: резекция сигмовидной кишки – 76(29,5%), передняя резекция прямой кишки – 75(29,1%), гемиколэктомия справа – 50(19,4%), брышно-промежностная экстирпация прямой кишки – 39(15,1%). Из особенностей лапароскопических вмешательств при колоректальном раке хотелось бы отметить следующее. Считаем принципиально важным выполнение тотальной мезоректумэктоми при хирургическом лечении рака прямой кишки, которая с 2010 года в ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России выполняется всем больным. При выполнении гемиколэктомии межкишечный анастомоз чаще формировали ручным способом через минилапаротомную рану. При резекции сигмовидной и прямой кишки анастомоз формировали с использованием одноканального сшивающего скрепного аппарата по типу «концев-в-концев». Превентивная кишечная стома накладывалась при передней резекции прямой кишки в случаях положительной воздушной пробы, а также при низкой передней резекции прямой кишки. При этом на этапах становления лапароскопической хирургии колоректального рака в нашем учреждении превентивно выполнялась трансверзостомия, однако в настоящее время операцией выбора считаем выведение илеостома. Реконструктивно-восстановительные операции этим больным были выполнены через 1-2 месяца.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения развились у 17(6,6%) больных. Частота несостоятельности аппаратного колоректального анастомоза составила 4,6%. Выше частота несостоятельности анастомоза наблюдалась после передней резекции прямой кишки – 8,0%. В исследовании мы выявили преимущества лапароскопического доступа в хирургии рака прямой кишки: менее выраженный болевой синдром (в 2,7 раза снижается потребность в анальгетиках), уменьшение продолжительности пребывания больного в стационаре (на 3-5 дней), быстрая реабилитация больных (сокращение сроков восстановления физической активности на 3-4 суток).

ВЫВОД

Внедрение лапароскопических оперативных вмешательств является несомненным достижением хирургии колоректального рака, а дальнейшее развитие данного направления позволит улучшить результаты лечения больных.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНИ

Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Колесников В.Е., Харагезов Д.А., Дашков А.В., Гречкин Ф.Н., Донцов В.А.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Высокие показатели заболеваемости колоректальным раком, увеличение числа распространенных форм опухолей и смертности больных, определяют актуальность совершенствования лечебных мероприятий. Лечение колоректального рака с метастазами в печень представля-

ет собой сложную многофакторную терапию, включающую, помимо резекции печени, применение противоопухолевых химиопрепаратов, использование локальных методов опухолевой деструкции. В последние десятилетия успешно развивается применение малоинвазивной техники в хирургии колоректального рака. Это делает актуальной разработку новых подходов к лечению метастатического колоректального рака.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение результатов лечения колоректального рака с метастазами в печень, путем применения лапароскопических вмешательств в комбинированном лечении.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Результаты лечения 55 больных колоректальным раком с метастазами в печень T2-3N0-1M1, находившихся на лечении в ФГБУ «РНИОИ» МЗ РФ в 2012-2013 гг. Среди больных было 28 мужчин и 27 женщин. 19 больных в возрасте до 50 лет. Рак сигмовидной кишки был диагностирован у 20 больных, рак прямой кишки – у 35 больных. По стадии TNM больные распределились следующим образом: T2-3N0M1 – 13 больных, T2-3N1M1 – 42 больных. Гистологически у всех больных была установлена аденокарцинома. В исследовании включены больные с размерами метастазов в печени до 5 см, с числом метастазов – до 5. Больные были распределены на две группы: 1 (основная) группа – 25 больных, которым выполнена лапароскопическая операция в объеме резекции толстой кишки с парааортальной лимфодиссекцией, атипичной резекцией печени (17 больных) или радиочастотной термоабляцией метастазов (8 больных). Всем больным выполнена лапароскопическая катетеризация пупочной вены для проведения регионарной полихимиотерапии. 2 (контрольная) группа – 30 больных, которым выполнена открытая резекция толстой кишки с парааортальной лимфодиссекцией, атипичной резекцией печени (24 больных) или радиочастотной термоабляцией метастазов. Затем больным проводилась многокурсовая полихимиотерапия по схеме FOLFOX (1 группе – через пупочную вену, 2 группе – стандартно).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения (несостоятельность анастомоза) наблюдались по 1 больному в исследуемых группах. Применение анальгетиков у больных 1 группы было ниже на 55%, при этом ниже была и частота их применения. Активность больных основной группы восстанавливалась на 2-3 суток быстрее. За время наблюдения (до 14 месяцев) в 1 группе прогрессирование метастатического поражения печени выявлено у 2(8%) больных через 12 месяцев после операции. Во 2 группе у 12(40%) больных обнаружено прогрессирование поражения печени ($p < 0,05$), начиная с 5 месяцев после операции ($p < 0,05$).

ВЫВОДЫ

- 1) Лапароскопический доступ оперативного вмешательства у больных основной группы способствовал улучшению показателей хирургической реабилитации больных.
- 2) Применение лапароскопических вмешательств с регионарной полихимиотерапией у больных колоректальным раком с метастазами в печень позволили уменьшить частоту прогрессирования на 32% и увеличить период до прогрессирования на 7 месяцев ($p < 0,05$).

ВОЗМОЖНОСТЬ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПРОРАСТАНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ

Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Харагезов Д.А., Новикова И.А., Толмах Р.Е., Гончаров И.В.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Рост показателей заболеваемости раком толстой и прямой кишки, увеличение числа распространенных форм и смертности от этой патологии, определяют интерес к возможностям совершенствования методов лечения. Местно-распространенный колоректальный рак, прорастающий в мочевой пузырь, является сложной проблемой современной онкологии в связи со сложностью лечения и высоким процентом инвалидизации. Это связано с необходимостью оперативного вмешательства не только на толстой кишке, но и на мочевом пузыре. При этом зачастую выполняются обширные резекции мочевого пузыря и цистэктомии во избежание местного рецидива, что отражается на функциональных результатах лечения и качестве жизни больных. В связи с вышесказанным, актуальным является изучение результатов лечения больных местно-распространенным колоректальным раком, прорастающим в мочевой пузырь, которым, помимо вмешательства на толстой и прямой кишке, выполнены функционально-щадящие вмешательства на мочевом пузыре.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение результатов лечения колоректального рака, прорастающего в мочевой пузырь, путем расширения показаний для органосохраняющих оперативных вмешательств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Морфологическое исследование 20 случаев прорастания колоректального рака в мочевой пузырь показало, что поражение стенки мочевого пузыря при прорастании рака толстой кишки не выходит за пределы видимых границ опухоли, гистологически по периферии опухоли в мочевом пузыре определялось формирование «ложной капсулы», представленной лимфоцитоцитарной инфильтрацией с участками склероза, ангиоматоза и грануляционной ткани, что позволило нам выполнять субтотальную резекцию пузыря даже при расположении опухоли вблизи мочепузырного треугольника. В связи с этими данными проведен анализ результатов лечения 17 больных колоректальным раком, прорастающим

в мочевой пузырь, находившихся на лечении в клинике ФГБУ «РНИОИ» МЗ РФ в 2012-2013 гг. Среди больных было 11 мужчин и 6 женщин. 7 больных находилось в возрасте до 50 лет. По классификации TNM больные распределились следующим образом: T4N1M0 – 3 больных, T4N2M0 – 9, T4N3M0 – 5. Гистологически у всех больных была установлена аденокарцинома. 1 (основной) группе (7 больных) выполнена резекция толстой кишки, субтотальная резекция мочевого пузыря с сохранением основания мочевого пузыря с устьями мочеточников и уретрой и пластическим замещением дефекта мочевого пузыря изолированным тонкокишечным резервуаром. 2 (контрольной) группе (10 больных) выполнена резекция толстой кишки и мочевого пузыря с формированием микроциста. Методика пластического замещения дефекта мочевого пузыря изолированным тонкокишечным резервуаром: после мобилизации и транспозиции петли тонкой кишки, с помощью линейного шнурового аппарата формировался резервуар, который анастомозировался с основанием мочевого пузыря двумя рядами швов. Тонкокишечный резервуар дренировали в левой подвздошной области, там же отдельно выводились мочеточниковые катетеры.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ближайшие послеоперационные осложнения развились у 1 больного в 1 и 2 группах. Через 3 месяца после операции все больные 1 группы удерживали мочу в дневное время суток, ночью – 70% больных. Через 6 месяцев все больные 1 группы удерживали мочу в ночное время. У больных 2 группы мочеиспускание осуществлялось через эпицистостому. За время наблюдения (до 1 года) в 1 группе не выявлено местных рецидивов и отдаленных метастазов. Во 2 группе у 1 больного через 8 месяцев после операции обнаружены метастазы в печень.

ВЫВОДЫ

- 1) При прорастании колоректального рака в мочевой пузырь, в отличие от первичного рака мочевого пузыря, возможно выполнение органосохраняющих вмешательств.
- 2) Сохранение основания мочевого пузыря с устьями мочеточников и уретрой с пластическим замещением тонкокишечным трансплантантом способствовало улучшению показателей хирургической реабилитации больных без ухудшения показателей дальнейшего прогрессирования опухоли.

ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ КАТАЛАЗЫ И РАКОВО-ЭМБРИОНАЛЬНОГО АНТИГЕНА И ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Кит О.И., Францианц Е.М., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Дашков А.В., Харагезов Д.А., Никипелова Е.А.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Значение проблемы рака толстой кишки не снижается на протяжении многих лет и становится более острой в связи с ростом заболеваемости. Вместе с ростом общей онкологической заболеваемости, также увеличивается показатель заболеваемости первично-множественным злокачественными новообразованиями, который в России в 2010 году составил 9,5 на 100 000 населения, при этом на долю синхронно выявленных опухолей приходилось 42,8%. В настоящее время наблюдается увеличение частоты встречаемости первично-множественного рака толстой кишки, который составляет 17% от всех наблюдений первично-множественных злокачественных новообразований и считается одной из наиболее частых локализаций первично-множественных злокачественных новообразований, уступая лишь первично-множественному раку кожи (50% всех наблюдений). Причина развития первично-множественных злокачественных опухолей толстой кишки до конца не изучена, однако большинство исследователей считают механизм развития полинеоплазии полиэтиологичным. В настоящее время проводится изучение как клинических, так и онкобиологических аспектов феномена первичной множественности опухолей, включающее оценку роли местных факторов, экзогенных канцерогенов, наследственных и иммунологических нарушений в их возникновении.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Разработка способа прогнозирования развития первично-множественного рака толстой кишки на основе изучения содержания каталазы и раково-эмбрионального антигена.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

82 больных (основная группа) первично-множественным раком толстой кишки T1-4N0-1M0, находившихся на лечении и наблюдении в ФГБУ «РНИОИ» МЗ РФ с 2009 года. Больные находились в возрасте от 35 до 78 лет, гистологически у всех больных была установлена аденокарцинома. Из них у 66(81%) больных – метатоксальный рак, у 15(19%) – синхронный. 354 больных (контрольная группа) одиночным раком толстой кишки T1-4N0-2M0 ст1-3 в возрасте от 36 до 75 лет, гистологически – аденокарцинома. В ткани опухоли и в перифокальной зоне определяли активность фермента каталазы методом иммуноферментного анализа и рассчитывали соотношение активности фермента в ткани злокачественной опухоли к активности в перифокально расположенной ткани. При получении результата соотношения выше или равном 1,0±0,2 прогнозировали возможность развития метатоксального рака толстой кишки. В ткани удаленной опухоли толстой кишки также исследовали содержание раково-эмбрионального антигена с использованием наборов для иммуноферментного анализа. Под наблюдением находилось 18 больных

метастазом толстой кишки и 134 больных одиночным раком толстой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 134 больных одиночным раком толстой кишки, у 119 больных уровень раково-эмбрионального антигена составил $454,5 \pm 50,2$ нг/г ткани, у 15 больных он не отличался от значений в группе больных метастазом толстой кишки – $1186 \pm 50,2$ нг/г ткани и выше, что дало возможность прогнозирования развития метастазной опухоли. Динамическое наблюдение за этими больными выявило появление у них в сроки от 1,5 до 2 лет метастазной опухоли толстой кишки. При метастазном раке толстой кишки соотношение активности каталазы в ткани опухоли и перифокальной зоне составило $1,0 \pm 0,2$. Из 354 больных одиночным раком толстой кишки, у 342 больных это соотношение составило $0,5 \pm 0,04$, у 12 – не отличалось от значений при метастазном раке. Динамическое наблюдение за этими больными выявило появление у 10 из них метастазной опухоли в сроки от 2 до 4 лет. Полученные результаты легли в основу патента на изобретение «Способ прогнозирования развития метастазной опухоли толстой кишки» (патент №2447447.Бюл.№10.10.04.2012).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Определение соотношения активности каталазы в ткани опухоли и перифокальной зоне, раково-эмбрионального антигена в ткани опухоли позволяют прогнозировать вероятность развития метастазных опухолей толстой кишки. Полученные результаты позволяют формировать группы риска развития метастазной опухоли, что будет способствовать своевременной диагностике и улучшению результатов лечения больных.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БИЛОБАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

Козлов С.В., Каганов О.И., Ткачев М.В., Швец Д.С., Козлов А.М.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», г. Самара, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить результаты и обосновать применение радиочастотной термоабляции (РЧА) в комбинированном лечении больных с метастазами колоректального рака (КРР) в печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОД

В программу исследования вошли 178 больных с билобарными единичными и множественными метастазами КРР в печени, выявленными после радикального хирургического лечения опухоли толстой кишки. В основной группе (n=93) – 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 метастазами; и в основной (n=54) и контрольных (n=52) группах – с множественными метастазами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У больных в основной группе с единичными метастазами КРР в печени была достигнута трехлетняя безрецидивная выживаемость, которая составила 3,5%, медиана безрецидивной выживаемости достигла 15 месяцев. В контрольной группе с единичными метастазами были получены только двухлетние показатели – 6,9%, медиана выживаемости составила 9 месяцев. Общая пятилетняя выживаемость в основной группе с единичными метастазами – 4,3%, медиана общей выживаемости достигла 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 метастазами КРР в печени проведение РЧА позволило достичь двухлетней безрецидивной выживаемости – 3,4% с медианой безрецидивной выживаемости 9 месяцев, в то время как в контрольной группе с множественными метастазами аналогичный показатель равнялся нулю, медиана выживаемости достигла 6 месяцев. Применение РЧА в основной группе с множественными метастазами 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.

ВЫВОД

Применение метода РЧА в комбинации с химиотерапией при лечении единичных и множественных билобарных метастазов КРР позволяет значимо улучшить показатели безрецидивной и общей выживаемости.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

Козлов С.В., Каганов О.И., Ткачев М.В., Швец Д.С., Козлов А.М.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», г. Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

С начала 1990-х годов во всем мире началось широкое внедрение нового метода лечения первичных и вторичных опухолей печени – радиочастотной абляции (РЧА). РЧА является малоинвазивным, органосохраняющим методом, сопровождающимся малым числом осложнений. В послеоперационном периоде при выполнении термоабляции происходит резорбция в кровяное русло токсических компонентов из очага асептического некроза, что вызывает патологические симптомы: повышение температуры до 38°C , продолжительностью 5-7 дней, общую слабость. Данная симптоматика была объединена в «постабляционный» синдром. Для купирования данного синдрома больным назначались инфузионная, обезболивающая, антибактериальная терапия.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить результаты применения озонотерапии в послеоперационном периоде с целью профилактики и лечения «постабляционного» синдрома у больных с метастазами колоректального рака (КРР) в печени.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В 2005-08 году на базе ГБУЗ Самарского областного клинического онкологического диспансера 98 больным была выполнена чрескожная радиочастотная термоабляция (РЧА) метастазов КРР в печени под контролем УЗИ. В послеоперационном периоде 58 пациентам, которые вошли в основную группу исследования, с целью профилактики и лечения «постабляционного» синдрома был применен метод озонотерапии. Пациентам контрольной группы (n=40) в послеоперационном периоде проводилась инфузионная, антибактериальная, обезболивающая терапия. Пациентам основной группы с первых суток после операции проводился метод озонотерапии крови в количестве 5 сеансов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

«Постабляционный» синдром в основной группе возник у 8 (15%), в контрольной – у 29 (73%) больных (p=0,000). Было выявлено, что применение метода озонотерапии позволяет снизить абсолютный риск возникновения «постабляционного» синдрома на 57,4% при отношении шансов 0,067. У пациентов контрольной группы в послеоперационном периоде на 2 сутки отмечалось повышение температуры до $37,96 \pm 0,52^{\circ}\text{C}$, продолжающееся в течение 4-5 суток, в основной группе температура повышалась лишь до субфебрильных цифр $37,30 \pm 0,25^{\circ}\text{C}$ в течение двух первых дней после операции. Оценку интенсивности болевого синдрома проводили с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). В контрольной группе максимальные болевые ощущения были на 1 сутки и достигли $7,20 \pm 1,13$ баллов, данный синдром сохранялся на уровне 6 баллов со 2 по 4 сутки. В основной группе максимальные значения ВАШ отмечались также на 1 сутки, и составили $7,37 \pm 1,07$ балла с прогрессивным снижением показателей в течение 5 дней. Сравнительный дисперсионный анализ с повторными измерениями в основной и контрольной группах показал значимую разницу значений ВАШ в контрольные сроки исследования (F=9,79, p=0,000).

ВЫВОД

Таким образом, применение метода озонотерапии в послеоперационном периоде у больных с РЧА метастазов в печени позволило провести не только профилактику возникновения «постабляционного» синдрома, но и нормализовать у больных клиническую картину в более ранние сроки.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОЗМОЖНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОГРЕССИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИИ

Козлов С.В., Каганов О.И., Ткачев М.В., Швец Д.С., Козлов А.М.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», г. Самара, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Внедрение в клиническую практику метода прогнозирования на дооперационном этапе риска развития прогрессии заболевания после выполнения радиочастотной термоабляции (РЧА) метастазов колоректального рака (КРР) в печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОД

Проведено исследование результатов комбинированного лечения с применением чрескожной РЧА у 93 больных с единичными и множественными билобарными метастазами 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 ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании проведенного исследования была создана математическая модель $P = 1/1 + 2,71 \cdot z$, где p – вероятность того, что произойдет инте-

ресующее событие; 2,71 – основание натуральных логарифмов; z – формула множественной линейной регрессии: $Z = 4,68 \cdot X_1 + 0,02 \cdot X_2 + 0,03 \cdot X_3 - 4,68 \cdot X_4 - 12,03$. 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 в себя 4 наиболее значимых предиктора ($X_1 - X_4$): X_1 – число выявленных метастазов; X_2 – значение СЕА до операции в нг/мл; X_3 – значение СА19-9 до операции в Ед/мл; X_4 – число метастазов размером от 2 до 3 см. Далее приведена классификационная таблица, рассчитанная на основании вышеуказанной модели. Проведено сравнение результатов у 93 больных, полученных при выполнении КТ брюшной полости с целью выявления рецидива и прогрессии метастатического процесса (наблюдаемые результаты) и предсказанных результатов, полученных при помощи математической модели. Была просчитана чувствительность 95,5%, специфичность 100% и точность 96,8% данной математической модели.

ВЫВОД

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

РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛАЦИЯ ПРИ ЦИТОРЕДУКТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Козлов С.В., Каганов О.И., Ткачев М.В., Швец Д.С., Козлов А.М.
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», г. Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Новейшие разработки в области радиочастотной термической абляции (РЧА) расширили возможности лечения пациентов с новообразованиями печени. Минимально инвазивная терапия может обеспечить эффективное лечение единичных и множественных метастатических образований, а также может быть использована в качестве дополнения к химиотерапии. Термоабляция наиболее эффективна при комплексном палиативном лечении метастазов колоректального рака (КРР) в печени. Данный метод позволяет уменьшить объем интраоперационной кровопотери, снизить абсолютный риск развития осложнений в послеоперационном периоде.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

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

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С целью проведения анализа результатов РЧА колоректальных метастазов печени при палиативных 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 ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведенный анализ годовых отчетов хирургических отделений ГБУЗ СОКОД с 2001 года по 2008 годы 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.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Козлов С.В., Каганов О.И., Ткачев М.В., Швец Д.С., Козлов А.М.
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», г. Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

За последние десятилетия произошли качественные изменения в подходе к лечению больных колоректальным раком. Это стало возможным благодаря достижениям современной медицины – улучшению качества диагностики и внедрению современных методов лечения. Широкие возможности применения методов лучевой терапии, химиотерапии, а в последние годы появления лекарственных препаратов для таргетной терапии, обуславливают стремления онкологов к максимальной удалению опухолевой массы путем выполнения палиативных операций.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение непосредственных результатов палиативных операций у больных при колоректальном раке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2009 по 2012 гг. в отделении абдоминальной онкологии Самарского областного клинического онкологического диспансера выполнено 741 операция по поводу колоректального рака. Из них 43 носили палиативный 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 палиативных 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 явзы желудка – 1. Умерло 3 больных, причина смерти: тромбозомболия легочной артерии – 1, перфорация хронической явзы желудка – 1, острое нарушение мозгового кровообращения – 1, послеоперационная летальность составила – 4,6%.

ВЫВОДЫ

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

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ГНОЙНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Козлов С.В., Каганов О.И., Ткачев М.В., Швец Д.С., Козлов А.М.
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,
ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», г. Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Гнойно-воспалительные осложнения являются основной группой послеоперационных осложнений у больных колоректальным раком. Разработка эффективных мер профилактики послеоперационных осложнений является актуальной проблемой современной онкохирургии. Особая роль при этом отводится прогнозированию, позволяющему выявить больных группы риска, в отношении которых оправдан более активный диагностический и лечебный подход.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить значимые прогностические критерии развития гнойных послеоперационных осложнений (ГПО) у больных колоректальным раком (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, характер ранее перенесенного специального лечения, наличие осложненного рака толстой кишки, наличие анемии, степень анестезиологического риска по ASA. 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 мы предлагаем интегральный 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 таких интраоперационных критериев, как продолжительность операции (более 3 часов – +1 балл) и интраоперационная контаминация раны +1 балл.

РЕЗУЛЬТАТЫ

ГПО осложненные были диагностированы у 48(17,2%) пациентов. 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%) стадиями КРР 24,2%, аналогичный показатель у пациентов с 1-2 стадиями заболелания 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.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПО МАТЕРИАЛАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ЛИПЕЦКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 3 «СВОБОДНЫЙ СОКОЛ»

Краснолуцкий Н.А., Стебнев А.Н., Поляков В.Ю., Губанов В.А., Губанов В.В., Кузнецов П.В.

ГУЗ ЛГБ №3 «Свободный сокол», хирургическое отделение, г. Липецк, Россия

Проблема рака толстой кишки актуальна во всем мире: рак этой локализации по частоте стоит на втором, третьем месте после рака легких у мужчин и рака молочной железы у женщин, а по смертности он делит 1-2 места с опухолями легких.

Врачам хорошо известны такие явные клинические признаки рака этой локализации как нарушения ритма дефекации, запоры (реже поносы), кровь в кале, но все это признаки поздние, свидетельствующие о большой опухоли, изъязвляющейся и суживающей просвет кишки. Известно также, к сожалению, что в нашей стране диагностика рака толстой кишки в начальных формах очень редка и потому наши больные чаще, чем в развитых странах подвергаются калечащим операциям, связанным с наложением временной или постоянной колостомы. В каждой статье, в каждой специальной монографии по проктологии эта печальная истина обсуждается, но пока явных сдвигов нет.

Мы анализируем работу хирургического отделения обычной типовой многопрофильной больницы, в которую поступают по скорой помощи больные раком толстой кишки, уже осложненным отдаленными метастазами и кишечной непроходимостью. Отмечается не просто рост, а прогрессирующий рост больных с этой патологией. Из 15 больных с опухолями толстой кишки, госпитализированных за 6 месяцев 2014 года, 13 человек, были доставлены именно с картиной осложненного рака толстой кишки – обтурационной толстокишечной непроходимостью. Все они были старше 60 лет и в подавляющем большинстве страдали хроническими сопутствующими заболеваниями – ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, кардиосклерозом, варикозной болезнью вен нижних конечностей. Из всех больных мужчин было 6, женщин – 9. По локализации опухоли больные распределились следующим образом: слепая кишка – 3, восходящий отдел – 1, поперечно-ободочная кишка – 1, нисходящий отдел – 2, сигмовидная кишка – 6, прямая кишка – 2.

13-и больным с клиникой обтурационной толстокишечной непроходимости произведены следующие операции: резекция сигмовидной кишки – 7, обходной илеотрансверзоанастомоз – 2, левосторонняя гемиколэктомия – 2, правосторонняя гемиколэктомия – 1, мезоректумэктомия – 1, сигмостомия – 1. Гистологически все удаленные опухоли были представлены аденокарциномами различной степени дифференцировки. По стадиям опухолевого процесса пациенты распределились следующим образом: II стадия – 8, III стадия – 2, IV стадия – 3. Летальных исходов не было. Все оперированные больные – это пациенты пожилого и старческого возраста, соматически резко отягощенные. Любая операция у них чрезвычайно рискована.

Наш анализ лечения осложненного рака толстой кишки показывает, что неотложное лечение осложненного рака толстой кишки в обычной городской больнице не может удовлетворить современного врача. У 10 больных операция выполнена с удалением опухоли и в большинстве случаев завершалась проксимальной колостомией. У 3-х из-за невозможности удалить местнораспространенную опухоль и наличия отдаленных метастазов, операция завершилась паллиативными вмешательствами. Все сказанное еще и еще раз свидетельствует о поздней диагностике рака толстой кишки, об отсутствии в стране системы раннего распознавания рака толстой кишки и предраковых заболеваний (полипы толстой кишки). Такая система принята и действует в развитых странах мира – массовый скрининг с помощью современных тестов на скрытую кровь в кале (фекастек, гемокультест) плюс колоноскопия у лиц с положительными тестами. Учитывая, что указанные массовые пробы на скрытую кровь в кале нам пока недоступны, учитывая, что ныне, когда в г. Липецке функционируют эндоскопические кабинеты, врач первого контакта просто обязан направить каждого проктологического больного, каждого пациента с малейшими жалобами на кишечный дискомфорт на колоноскопию (не на ирригоскопию, а именно на колоноскопию). Только этим путем мы сможем снизить частоту запущенного рака толстой кишки.

10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПО МАТЕРИАЛАМ ОТДЕЛЕНИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИИ ОГБУЗ «КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» ГОРОДА СМОЛЕНСКА

Куненков А.Б., Эфрон А.Г., Куликова Л.В., Семенкович Е.М.

Отделение колопроктологии ОГБУЗ «КБСМП», г. Смоленск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

50-89% больных раком ободочной кишки поступают в стационары с различными осложнениями (Ганичкин А.М., 1977; Александров Н.Н., 1980; Федоров В.Д., 1996; Воробьев Г.И., 2004), что неблагоприятно сказывается на непосредственных результатах лечения. Непроходимости толстой кишки опухолевого генеза посвящено множество научных и практических исследований, но проблема остается актуальной и по сей день, остается большое число послеоперационных осложнений, а послеоперационная летальность в редких клиниках оказывается менее 20%, так она многогранна и сложна.

ЦЕЛЬ

Провести ретроспективный анализ лечения больных, госпитализированных в отделение колопроктологии ОГБУЗ «КБСМП» г. Смоленск по поводу осложненного колоректального рака (КРР) за последние 10 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В период с 2004-2013 гг. в отделении прошли лечение 458 больных с осложненными формами КРР, из них оперировано 429, умерло после операции 74 человека, послеоперационная летальность составила 17,2%. В структуре всех больных КРР, пролеченных в отделении за данный период, осложненный рак составил 74,8%.

Причиной экстренных госпитализаций наиболее часто являлись:

кишечная непроходимость (349 больных – 76,2%), перфорации опухоли, диастатические разрывы стенки кишки, перитонит, (85 больных – 18,6%)

профузные кишечные кровотечения (24 больных – 5,2%)

Нередко нам приходилось сталкиваться не с одним, а с несколькими осложнениями КРР, например: кишечная непроходимость и перфорация опухоли, либо кишечная непроходимость и диастатические разрывы вышележащих отделов толстой кишки.

Прорастание опухоли в соседние органы с формированием внутренних свищей с желудком, двенадцатиперстной кишкой, другими отделами толстой кишки и мочевым пузырем отмечалось у 14 больных.

Распределение больных по полу: 192(42%) мужчины и 226(58%) женщин. Средний возраст составил 71,4±4,5 лет, самому молодому было 36 лет, самому пожилому – 88 лет, при этом преобладали лица пожилого и старческого возраста 362(79%). Практически у каждого третьего больного 131(28,6%) были выявлены отдаленные метастазы. Впервые КРР выявлен у 369(80,6%) больных, у 89(19,4%) – практически у каждого 5 больно-го диагно-з был выставлен ранее, однако по причинам, как правило, связанным с наличием возрастной, сопутствующей патологии в плановом оперативном лечении в других ЛПУ им было отказано.

В зависимости от локализации опухоли больные распределились следующим образом:

- Слепая кишка – 43(9,4%)
- Восходящий отдел – 26(5,7%)
- Правый изгиб – 35(7,6%)
- Поперечный отдел – 28(6,1%)
- Левый изгиб – 33(7,2%)
- Нисходящий отдел – 39(8,5%)
- Сигмовидная кишка – 138(30,1%)
- Прямая кишка – 111(24,3%)
- Мультицентрические опухоли – 5(1,1%)

Очевидно, локализация опухоли имеет определенное значение, как фактор риска развития осложнений, так большая часть выявленных осложнений отмечена у пациентов с локализацией опухоли в левой половине ободочной кишки – 70,1%.

Различий по морфологическим формам осложненного и не осложненного КРР в нашем исследовании получено не было. В подавляющем большинстве гистологических препаратов оперированных больных у 266(62%) была выявлена умереннодифференцированная аденокарцинома, у 87(20,2%) высокодифференцированная аденокарцинома, у 72(16,8%) низкодифференцированная аденокарцинома, у 4(0,9%) – злокачественный карциноид.

Распределение больных в зависимости от стадии заболевания:

- I стадия – 0
- II стадия – 15(3,3%)
- III стадия – 302(65,9%)
- IV стадия – 141(30,8%)

Клиническая картина кишечной непроходимости при КРР в большинстве случаев развивается на фоне общих проявлений, характерных для опухолевого процесса. У подавляющего большинства наших больных 97,4% главным клиническим признаком являлась боль, локализация ее не всегда совпадала с локализацией опухоли. Так, при правосторонней локализации боли в правой половине живота отмечались у 66% больных, по всему животу у 24,2%, у остальных 9,8% они локализовались в эпигастриальной области и в левой половине живота. При раке левой половины боли слева отмечали 38,1% больных, по всему животу – 46,2%, у 15,7% больных боли локализовались в правой подвздошной области. В 74,8% случаев боли носили схваткообразный характер, а в 25,2% были постоянными. У 85,4% больных симптомам кишечной непроходимости сопровождалась нарушениями общего состояния. Следует отметить,

что при левосторонней локализации опухоли картина кишечной непроходимости развивается постепенно и ее симптомы менее выражены по сравнению с раком правой половины.

Диагностическая программа включала стандартный набор действий: сбор жалоб, анамнеза, осмотр больного, пальцевое исследование прямой кишки, вагинальное исследование у женщин, выполнение клинических и биохимических анализов, обзорное рентгенологическое исследование, эндоскопические методы исследования (последние иногда носили и лечебный характер), осмотр терапевта.

Обзорная рентгенография у 333(72,7%) больных позволила установить диагноз опухолевой кишечной непроходимости и определить показания к экстренной операции. Однако у 125(27,2%) больных она не выявила признаков непроходимости. В этих случаях, при наличии клинической картины непроходимости, нами использовалось экстренное эндоскопическое исследование (ректороманоскопия и фиброколоноскопия). Эндоскопическое исследование позволяло установить, как сам факт наличия опухоли, ее точную локализацию, степень стенозирования просвета, так и выполнить биопсию, а в случае кровотечения выполнить эндоскопический гемостаз. У 15% больных, подвергнутых эндоскопии, само исследование способствовало разрешению непроходимости, что давало возможность дообследовать и подготовить больных к отсроченным или даже плановым оперативным вмешательствам. При этом считаем, что выполнение данной процедуры у больных с obturаторной кишечной непроходимостью должно выполняться только опытным эндоскопистом, так как при избыточном нагнетании в просвет кишки воздуха могут возникать диастатические разрывы вышележащих отделов ободочной кишки, с чем нам пришлось столкнуться в 2(1,6%) случаях.

Анализ диагностических ошибок установил, что правильная интерпретация клинических, лабораторных данных, а так же результатов рентгенографии и эндоскопии в условиях стационара у 416(90,8%) больных позволила своевременно диагностировать опухолевую природу острой кишечной непроходимости. У остальных 42(9,2%) больных до операции были установлены диагнозы перитонита, инвагинации кишечника, спаечной непроходимости, заворота сигмовидной кишки.

Процент ошибочных диагнозов на догоспитальном этапе был значительно выше. Только 95(20,7%) больных были направлены в стационар с диагнозом осложненной опухоли ободочной кишки. В остальных случаях выставлялись диагнозы: спаечная кишечная непроходимость, острый живот, острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, копростаз, спастический колит, перитонит, сальпингоофорит, заворот сигмовидной кишки, дивертикулит, некроз жирового привеска. Данный факт свидетельствует не только о трудностях диагностики, но и о недостаточной осведомленности и онкологической настроенности врачей общей практики на догоспитальном этапе. По результатам нашего исследования, у 164(35,8%) больных длительность периода от появления первых клинических симптомов до возникновения осложнений КРР составила более 6 месяцев, при этом многие больные в этот период наблюдались в поликлиниках, но лечились по поводу других заболеваний.

В подавляющем большинстве случаев больные с осложненным КРР поступают в общехирургические, а не в специализированные колопроктологические или онкологические отделения, что конечно отражается, как на непосредственных, так и отдаленных результатах. Хирургическая тактика при опухолевой obturаторной кишечной непроходимости до сих пор вызывает много дискуссий. При ее определении мы преследовали решение следующих задач: ликвидация кишечной непроходимости, коррекция электролитных нарушений, по возможности выполнение радикальных оперативных вмешательств, профилактики осложнений, связанных с послеоперационным периодом и реабилитацией.

Лечение всегда начинали с интенсивной предоперационной подготовки: инфузионная терапия, введение спазмолитиков, установка назогастрального зонда, выполнение очистительных клизм. В случаях разрешающейся кишечной непроходимости, а она редко бывает полной в анатомическом смысле, мы откладывали операцию, продолжая комплексную терапию. В случаях, когда консервативными мероприятиями, длительность которых не превышала 3-4 часов, непроходимость разрешить не удавалось, выставлялись показания к оперативному лечению. Мы являемся сторонниками одномоментных оперативных вмешательств, направленных на радикальное удаление опухоли с соблюдением всех онкологических принципов, с завершением операций либо наложением колостом, либо, в более редких случаях, восстановлением кишечной непрерывности с декомпрессией кишки выше анастомоза. Моментальные операции нами выполнялись только у крайне тяжелых возрастных больных, радикальное удаление опухоли им производили уже на 2 этапе лечения. У тяжелых больных с установленной IV стадией заболевания ограничивались наложением проксимальной колостомы из минидоступа, у сохранных больных с IV стадией выполняли паллиативные или циторедуктивные операции.

Из 458 больных, осложненных КРР, оперативные вмешательства нами были выполнены у 429(93,7%) больных. Причинами отказа от операции у 29(6,3%) больных были: эффективность консервативного лечения, при наличии множественных отдаленных метастазов, терминальное (агональное) состояние на фоне диссеминированного процесса, а так же, в единичных случаях, категорический отказ самих больных, после купирования у них непроходимости консервативными мероприятиями.

Характер выполненных оперативных вмешательств:

- Правосторонняя гемиколэктомия – 73(17%)
- Резекция поперечного отдела – 16(3,7%)
- Левосторонняя гемиколэктомия – 54(12,6%)
- Резекция сигмовидной кишки – 104(24,2%)
- Операция Гартмана – 33(7,7%)
- Передняя резекция прямой кишки – 26(6,1%)

- Брюшноанальная резекция прямой кишки – 9(2,1%)
- Экстирпация прямой кишки – 6(1,4%)
- Субтотальная колэктомия – 12(2,8%)
- Сигмостомия – 46(10,7%)
- Трансверзостомия – 12(2,8%)
- Наложение обходных анастомозов – 27(6,3%)
- Эксплоративная операция – 11(2,6%)

Техника выполнения правосторонних гемиколэктомий не отличалась от аналогичной операции у плановых больных, однако, учитывая изменение микроциркуляции в стенке подвздошной кишки, последнюю пересекали на расстоянии 30-40 см от илеоцекального перехода. В 4 случаях, у крайне тяжелых больных накладывали разгрузочную стому, у всех остальных операция заканчивалась наложением анастомоза. В 79,2% случаев накладывали концевой анастомоз, в 20,8% «бок-в-бок».

Более сложную задачу представлял выбор оперативного вмешательства при левосторонней локализации опухоли. В этих случаях одномоментные радикальные операции с восстановлением кишечной непрерывности выполняли значительно реже. Так, при левосторонней гемиколэктомии, выполненной по экстренным показаниям, одномоментное наложение анастомоза выполнено в 12(22,2%) из 54 операций, при резекции сигмовидной кишки в 21(20,2%) из 104 операций, в 10 случаях наложение анастомоза сочеталось с формированием превентивной колостомы. При формировании анастомозов слева предпочтение так же отдавали соустьям «конец-в-конец». В последние 5-7 лет при осложненном КРР мы чаще стали выполнять субтотальную колэктомия с наложением илеосигмо- или илоректоанастомоза – 12(2,8%) операций. Преимущества этой операции, на наш взгляд, заключаются в возможности устранения непроходимости и наложении анастомоза, при так называемой, «тяжелой толстой кишке», когда вероятность ее опорожнения даже при формировании колостомы сомнительна; данная операция является порой единственным выходом при диастатических разрывах кишки. В 2 случаях субтотальная колэктомия с наложением первичного анастомоза нами была выполнена у слепых, одиноких больных, так как в случае формирования им колостомы, самостоятельный уход за стомой не представлялся возможным, послеоперационный период прошел без осложнений. Однако, на наш взгляд, всегда следует исходить из того, что показанием к этой обширной и тяжелой операции являются вынужденными.

Характер послеоперационных осложнений:

- из 114 наложенных анастомозов несостоятельность возникла у 17(14,9%) больных, из них релапаротомии выполнены у 11(64,7%), у остальных 6(35,3%) больных сформировались толстокишечные свищи, которые закрылись самостоятельно.
- нагноение послеоперационных ран развилось у 89(20,7%) из 429 оперированных больных, абсцессы брюшной полости сформировались у 22(5,1%).
- некроз выведенной колостомы возник у 4(1,2%) из 315 больных, оперативное лечение которым завершалось наложением колостом.

Послеоперационная летальность: из 429 оперированных больных умерло 74, летальность составила 17,2%.

ВЫВОДЫ

В настоящее время нет достаточных оснований утверждать, что все вопросы хирургического лечения осложненного КРР решены. На основании накопленных данных и проведенного анализа, считаем возможным применять колоноскопию в качестве первичного метода диагностики осложненного рака ободочной кишки при соблюдении щадящих приемов исследования. Одномоментное восстановление кишечной непрерывности у больных осложненным КРР с локализацией опухоли в левых отделах всегда вызывает сомнения и острые дискуссии. Несмотря на достаточно большое количество таких операций в нашей практике до 20%, мы не можем рекомендовать их к широкому применению. Выполнение таких операций возможно только в специализированных стационарах, хирургами, имеющими большой опыт колоректальной хирургии. При локализации опухоли в правой половине ободочной кишки, по нашим данным, наложение первичных анастомозов возможно у 94,5% больных.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА (НА ОСНОВАНИИ МАТЕРИАЛОВ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЛОКБ)

Ляхин А.А., Ляхин А.В.

Липецкая Областная клиническая больница, г. Липецк, Россия

За последние годы, в связи с развитием новых технологий оперативного лечения и медикаментозной терапии, происходит пересмотр тактики лечения запущенных стадий колоректального рака. Поражение печени метастазами колоректального рака является наиболее частым путем метастазирования данного вида опухоли.

В последние годы все большее распространение получают методы радикального, термического и химического воздействия на метастазы колоректального рака в печень. Экономные резекции единичных метастазов обладают достаточной аблятикой и позволяют сохранить большую часть функционирующей паренхимы печени. В сочетании с современной полихимиотерапией удается значительно увеличить продолжительность жизни у данных больных.

За период с 2006-2012 гг. в отделении колопроктологии ЛОКБ:

- Пролечено 1993 больных с колоректальным раком
- Им выполнено 913 операций
- Хирургическая активность в этой группе – 46%
- процент п/о осложнений – 5,3%

– процент п/о летальности – 4,2%

В этой группе выполнено:

Сочетанных операций (резекция первичного очага + резекция других органов) – 42(4,6%), в т. ч. атипичная резекция печени – 23(2,5%).

В проследенных случаях выживаемость прооперированных больных с диссеминированным колоректальным раком достигала 3-х лет и более.

Таким образом, опыт нашего отделения подтверждает имеющиеся сообщения об обоснованности применения комплексного (в том числе и хирургического) лечения у больных с диссеминированным колоректальным раком, позволяя в отдельных случаях достичь 5 и более летней выживаемости.

ЛЕЧЕНИЕ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ВЫЗВАННОЙ ОПУХОЛЬЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Макаров И.В., Зайцев В.Е., Сидоров А.Ю.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Острая толстокишечная непроходимость, вызванная раком ободочной кишки, занимает одно из ведущих мест в структуре экстренной хирургической патологии. Послеоперационная летальность достигает 47%, а послеоперационные осложнения – до 40%.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выбор оптимальной тактики и объема хирургических вмешательств у больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью (ОТН) ободочной кишки опухолевого генеза

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе проанализированы результаты хирургического лечения 238 экстренно госпитализированных больных с ОТН. Мужчин было 101(42,4%), женщин – 137(57,6%). Возраст колебался от 34 до 89 лет. Лица пожилого и старческого возраста составили 70,2% (167 больных). Из 238 экстренно поступивших 203(85,3%) доставлены бригадой «скорой помощи», 26 (10,9%) – врачами поликлиник, 4(1,7%) обратились за помощью самостоятельно. Опухоль правой половины ободочной кишки выявлена у 47(19,7%) больных, поперечной ободочной кишки у – 18 (7,5%), левой половины толстой кишки – у 163(68,5%), при этом рак сигмовидной кишки выявлен у 84(35,3%) пациентов. Во II, III и IV стадиях заболевания поступило 88,4% больных. Гистологическая верификация диагноза проводилась на дооперационном периоде, интраоперационно и после операции при ФКС через колостому. Гистологически определяли аденокарциномы различной степени дифференцировки. Сроки оперативных вмешательств определялись индивидуально и зависели от наличия перитонита, степени декомпенсации ОТН и эффективности консервативных мероприятий по разрешению непроходимости.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 238 больных с ОТН экстренно в первые часы после госпитализации с клиникой распространенного или местного перитонита оперированы 58(24,4%) пациентов. Перфорация опухоли выявлена у 17(7,2%) больных, разлитой серозно-фибринозно-гнойный перитонит – у 28(11,8%), диафрагмальный разрыв супрастенотических сегментов кишки – у 5(2,1%). Еще у 8(3,4%) пациентов обтурационная непроходимость сочеталась с перифокальным (параколитическим) абсцессом, распространяющимся на брюшную стенку и соседние органы. Общая летальность в этой группе составила 39,6% (23 человека), в том числе, после экстренных радикальных операций – 18,9%, после паллиативных – 15,5%. В срочном порядке, при отсутствии перитонита в течение первых суток оперировано 154(64,7%) пациента. Летальность составила – 7,8% (12 больных). У 26(10,9%) больных консервативными мерами удалось купировать явления ОТН и 19(7,9%) из них были оперированы в отсроченном порядке. Летальности в этой группе не было. Остальные 7(2,9%) больных были направлены в онкодиспансер на плановую операцию.

Среди 212 экстренно и срочно оперированных больных радикальные вмешательства выполнены 58(27,4%) пациентам с летальностью 18,9% (11 человек). Правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзаанастомозом произведена 4 больным, резекция ободочной кишки по типу операции Микулича – 13 пациентам, гемиколэктомия или резекция ободочной кишки по типу операции Гартмана – 27 больным, резекция сигмовидной кишки с первичным межкишечным анастомозом выполнена у 1 больного, операция Гартмана – 13 пациентам. Паллиативные операции выполнены 148(69,8%) больным с летальностью 15,5% (23 человека). Из них 140 пациентам были наложены декомпрессионные колостомы, еще 3 – обходной илеотрансверзаанастомоз, 4 больным выполнены паллиативные резекции кишки, а 1 больному – вскрытие флегмоны брюшной стенки. Эксплоративные лапаротомии выполнены 6(2,8%) пациентам, из них умерло 2 человека. Общая летальность среди всех оперированных составила 16,98%. Среди 19 больных, оперированных в отсроченном порядке, умерших не было. У 12 из 19 больных удалось выполнить одноэтапную операцию – радикальную резекцию с наложением межкишечного анастомоза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, радикальные операции выполнены 77(32,4%) больным из 238, поступивших в экстренном порядке. Общая летальность составила 18,9%, послеоперационная летальность – 14,3%, при резектабельности – 32,3%. Следует отметить, что наличие сопутствующих заболеваний у больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью (74,9%), вызванной раком ободочной кишки, провоцирует развитие

синдрома «взаимного отягощения», что повышает риск оперативного вмешательства. Учитывая вышеизложенное, хирургическое лечение больных ОТН, вызванной раком толстой кишки, по нашему мнению, должно быть многоэтапным с выполнением на первом этапе декомпрессионных вмешательств, по возможности, сочетающихся с резекцией кишки, несущей опухоль.

ЗНАЧЕНИЕ МЕТАЛЛОВ КАК ИНДУКТОРОВ КАНЦЕРОГЕНЕЗА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Михеева Г.Х., Гатауллин И.Г., Сайфуллин Н.Ф.

ГБОУ ДПО КГМА Минздрава РФ, г. Казань, Ульяновский ОКОД, г. Ульяновск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Неуклонный рост заболеваемости населения индустриальных стран мира злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта делает необходимым выявить предрасполагающие факторы к развитию этих заболеваний.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка роли металлов в генезе колоректального рака.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено исследование заболеваемости населения Республики Татарстан (РТ) и Ульяновской области (УО) злокачественными новообразованиями прямой и ободочной кишки и конкретные характеристики среды обитания – содержание в почве и растениях тяжелых металлов. Изучено содержание тяжелых металлов в сыворотке крови 120 доноров. Исследования металлов в почве и биологических тканях проводили методом атомно-абсорбционной спектрометрии на аппаратах OPTIMA 2000 DV и ELAN 6000.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Составлены картограммы, в которых представлены показатели заболеваемости, и содержание металлов в почве и растениях. Обработка полученных результатов методом регрессионного анализа и канонической корреляции позволила установить достоверное влияние высокого содержания в почве и растениях хрома и никеля на уровень заболеваемости населения колоректальным раком (коэффициент корреляции 0,56 и 0,45).

В ряде районов РТ и УО с высоким содержанием в почве хрома и никеля исследовали методом атомно-абсорбционной спектрометрии содержание этих элементов в крови у доноров. Результаты исследования показали наличие высокого (более чем в 1,5-2 раза) содержания в сыворотке крови хрома и никеля.

ВЫВОДЫ

Полученные данные позволяют сделать заключение о влиянии высокой концентрации в почве хрома и никеля на заболеваемость населения колоректальным раком. Допустимо предположить, что связывание канцерогенных металлов (хрома и никеля) с некоторыми участками гена может вызывать последующие мутации или активацию онкогенов. Этот процесс можно рассматривать как начальный этап канцерогенеза колоректального рака индуцированного металлами.

РОЛЬ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Мошуров И.П.,¹ Жданов А.И.,² Ольшанский М.С.,¹ Казарезов О.В.,² Коротких Н.Н.,² Попов Р.В.³

¹ БУЗ ВО Воронежский областной клинический онкологический диспансер,

² ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ»,

³ БУЗ ВО Воронежская областная клиническая больница №1, г. Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Доля рака прямой кишки в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями составляет до 14%. При этом у большинства пациентов к моменту постановки диагноза уже имеются явления толстокишечной непроходимости, что ограничивает применение «золотого стандарта» лечения – предоперационной лучевой терапии. У таких пациентов было предложено выполнение предоперационной эндоваскулярной одномоментной селективной масляной химиоэмболизации ректальных артерий эмульсией сверхжидкого липиола и химиопрепарата (процедура «RACHEL»). Для оптимального выполнения эндоваскулярного вмешательства необходима селективная катетеризация максимального числа приводящих артерий, что требует тщательного анализа индивидуальных особенностей кровоснабжения прямой кишки.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оптимизация эндоваскулярной процедуры «RACHEL» и улучшение результатов комбинированного лечения больных раком прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для оценки вариантной анатомии прямокишечных артерий «in vivo» был проведен анализ данных ангиографий 108 пациентов: 94(87,8%) мужчин и 14(13%) женщин (средний возраст 56,9±0,92 лет), обследованных по поводу атеросклеротического поражения сосудов нижних конечностей. Основную группу составили 19 пациентов (средний возраст 57,3±2,1 лет), с гистологически подтвержденным диагнозом аденокарцинома прямой кишки и обтурационной толстокишечной непроходимостью в

стадии субкомпенсации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ артериограмм показал, что верхняя прямокишечная артерия (ВПКА) была хорошо развита в 71,4% наблюдений, средний диаметр ее составил $3,22 \pm 0,15$ мм. В 2 (1,9%) случаях ВПКА отсутствовала, а у 26,7% пациентов – была слабо развита. Рассыпной тип деления мы наблюдали в 7,4%. Правая средняя прямокишечная артерия (СПКА) в 80,8% наблюдений отсутствовала или была слабо развита, средний диаметр ее равнялся $1,81 \pm 0,11$ мм. С другой стороны, слева СПКА была хорошо развита в 59,3% случаях, средний диаметр ее составил $2,31 \pm 0,16$ мм. Имелось достоверно значимое преимущественное развитие левой средней прямокишечной артерии ($p < 0,05$). Нижние прямокишечные артерии (НПКА) визуализировались в виде множества мелких ветвей диаметром от 0,4 до 1,5 мм ($0,89 \pm 0,04$ мм). В трети случаев (30,8%) НПКА отходили от внутренней половой артерии, а в остальных наблюдениях являлись продолжением средних (23,1%) или верхней прямокишечной артерии (46,1%). Благодаря полученным данным о прижизненной вариантной анатомии ректальных артерий, мы выбрали оптимальный объем рентгенэндоваскулярной масляной химиоэмболизации, выполняя вмешательство не только в бассейне ВПКА, но и левой СПКА. Кроме того, у 5 пациентов мы выполнили селективную масляную химиоэмболизацию нижних прямокишечных артерий, отходящих от внутренней половой артерии. Осложнений отмечено не было. Во всех наблюдениях толстокишечная непроходимость разрешилась в течение 24–36 ч после вмешательства. В 14 (73,7%) случаях через 24–48 ч после вмешательства отмечена редукция опухоли более чем на 1/3 первоначального объема (34,6%). Полученные в 100% наблюдений положительные результаты одномоментной селективной масляной химиоэмболизации доминантных прямокишечных артерий явились предпосылкой более раннего выполнения последующих радикальных хирургических вмешательств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Индивидуальные особенности кровоснабжения прямой кишки имеют большое значение при выборе оптимального метода эндоваскулярного вмешательства. Селективная масляная химиоэмболизация всех доминантных прямокишечных артерий позволяет улучшить непосредственные и отдаленные результаты комбинированного лечения рака прямой кишки.

Процедура «RACHEL» приводит к редукции опухолевой ткани и разрешению толстокишечной непроходимости, при этом последующее радикальное хирургическое лечение проводится в минимальные сроки после эндоваскулярного вмешательства. Полученные результаты доказывают безопасность и достаточно высокую эффективность комбинированного лечения рака прямой кишки с использованием предоперационной селективной масляной химиоэмболизации доминантных ректальных артерий и последующим хирургическим лечением.

ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЕ ПРЕПАРАТОМ МЕЛАТОНИН КАК ВОЗМОЖНЫЙ МЕТОД УСКОРЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Плисс М.М., Фишман М.Б., Седов В.М.

Кафедра Факультетской хирургии ГБОУ ВПО «СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава РФ»,
СпбГБУЗ Клиническая Больница Святителя Луки, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Мелатонин вовлечен в регулирование многих функций организма, включая контроль за пищеварительной системой через специальные рецепторы. КРР является третьей по частоте причиной смертей онкологических пациентов, основным методом лечения остается хирургический. Известно, что оперативное вмешательство по поводу КРР сопряжено с большим травматизмом, операционной травмой, которая, в свою очередь, вызывает в послеоперационном периоде неизбежный парез кишечника, что ведет к увеличению послеоперационных осложнений и дальнейшего спячного процесса.

Считается, что применение лапароскопических технологий укорачивает период реабилитации, уменьшает интенсивность болевого синдрома у пациентов в послеоперационный период. Однако, пациенты для лапароскопических оперативных вмешательств требуют тщательного отбора. Не во всех случаях данный метод применим.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить характер и степень развития иммунного ответа при открытых операциях с и без прекоординирования в предоперационный период путем измерения уровней интерлейкинов сыворотки крови в до- и послеоперационный период.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 2012–2014 гг. 32 пациента были оперированы по поводу злокачественных новообразований ободочной кишки с наложением первичного аппаратного анастомоза. Выделено 2 группы – оперированные без специализированной предоперационной подготовки и с использованием препарата Мелатонин 3 мг в предоперационном периоде (прием препарата в дозировке 3 мг за 30 минут до сна в течение 7 дней до оперативного вмешательства). Протокол забора крови – до курса прекоординирования (в группе получавшей препарат), до оперативного вмешательства, на 1,3,7 сутки после оперативного вмешательства. Оценивались так же общеклинические данные восстановления перистальтики, время отхождения газов, сроки первой дефекации, дни, проведенные после оперативного вмешательства и до выписки из стационара.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнение клинических показателей двух групп пациентов демонстрирует более эффективную динамику больных с прекоординированием. Это касается времени окончания послеоперационного пареза кишечника, начала отхождения газов, периода первой дефекации. В группе, получавшей Мелатонин 3 мг, отмечена меньшая выраженность болевого синдрома, наркотические анальгетики требовались, в среднем, 1,5 дня после операции. Уровни IL-2 IL-10 в группе с прекоординированием на 0 сутки (до операции) имели не нулевые значения в отличие от контрольной группы, так же характер нормализации – после максимальных уровней к 3 суткам был менее плавным, быстрее возвращался к исходным значениям, отражающим динамику репаративного процесса (активированного в результате прекоординирования). Такой характер изменения уровней интерлейкинов может быть интерпретирован как максимальный в ответ непосредственно после оперативного вмешательства на массивную травму тканей и брюшины. В случае прекоординирования – учитывая непосредственно антиоцеллюлитное и прокинетиическое действие мелатонина – меньшая интенсивность болевого синдрома и выраженность послеоперационного пареза.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение прекоординирования у пациентов, планируемых для оперативного вмешательства по поводу КРР, позволяет ускорить послеоперационную реабилитацию в тех случаях, когда применение эндовидеохирургических технологий невозможно.

ХАРАКТЕРИСТИКИ ИММУННОГО ОТВЕТА НА ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Плисс М.М., Фишман М.Б., Седов В.М.

Кафедра Факультетской хирургии ГБОУ ВПО «СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава РФ»,
СпбГБУЗ Клиническая Больница Святителя Луки, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

КРР является третьей по частоте причиной смертей онкологических пациентов, основным методом лечения остается хирургический. Считается, что применение лапароскопических технологий укорачивает период реабилитации, уменьшает интенсивность болевого синдрома у пациентов в послеоперационный период. Но, на текущий момент отсутствуют стандартизированные объективные методы оценки степени инвазивности операционного вмешательства.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить характер и степень развития иммунного ответа при открытых и лапароскопических операциях, путем измерения уровней интерлейкинов сыворотки крови в до- и послеоперационный период.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 2012–2014 гг. 28 пациентов были оперированы по поводу злокачественных новообразований ободочной кишки с наложением первичного аппаратного анастомоза. Выделено 2 группы – оперированные с использованием эндовидеохирургических технологий (от 46 до 83 лет 6 мужского пола и 7 женского пола) и оперированные традиционным открытым способом (от 51 до 83 лет, 7 мужского пола и 8 женского пола) Протокол забора крови – до оперативного вмешательства, на 1,3,7 сутки после оперативного вмешательства. Оценивались так же общеклинические данные восстановления перистальтики, время отхождения газов, время первой дефекации, сроки, проведенные после оперативного вмешательства и до выписки из стационара.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнение клинических показателей двух групп пациентов демонстрирует более эффективную динамику больных с лапароскопическим доступом. Это касается времени окончания послеоперационного пареза кишечника, начала отхождения газов, времени первой дефекации. Характер изменения уровней IL-2 IL-10 имел различную послеоперационную динамику у наблюдавшихся групп. При лапароскопическом доступе их концентрация имела плавное нарастающий характер, видимо, отражающий динамику репаративного процесса, а при традиционном оперативном вмешательстве их концентрация достигала на первый день максимума, а затем выходила на линейный уровень. Такой характер изменения уровней интерлейкинов может быть интерпретирован как максимальный ответ непосредственно после оперативного вмешательства на массивную травму тканей и брюшины. При эндовидеохирургическом методе вмешательства фаза подъема IL-6 почти в два раза короче, чем при традиционном доступе.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изменение уровней интерлейкинов сыворотки крови может свидетельствовать о степени развития иммунного ответа в ответ на оперативное вмешательство. Использование эндовидеохирургических методов в оперативном лечении опухолей ободочной кишки позволяет уменьшить период реабилитации, ускорить восстановление иммунной системы пациента в послеоперационном периоде.

ПРЕИМУЩЕСТВА ДВУХЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Помазкин В.И.

Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург, Россия

Обтурационная толстокишечная непроходимость остается актуальной проблемой неотложной хирургии. Единого мнения по вопросам хирургической тактики при этой патологии до настоящего времени нет. Особенно большие противоречия касаются определения объема и вида оперативного вмешательства при острой непроходимости левой половины толстой кишки, о чем свидетельствует широкий спектр принципиально возможных тактических решений при лечении этой патологии. ЦЕЛЬЮ нашей работы была оценка результатов двух тактических вариантов двухэтапного лечения обтурационной толстокишечной непроходимости при исключении перитонита вследствие деструкции стенки кишки. Первый вариант включал в себя традиционное выполнение операции Гартмана и последующей восстановительной операции с ликвидацией одноствольной колостомы. Второй вариант включал формирование разгрузочной двухствольной кишечной стомы на первом этапе лечения и выполнение радикальной операции во втором. При анализе результатов операции Гартмана при обтурационной толстокишечной непроходимости при исключении перитонита средняя послеоперационная летальность за 3 последних года в неотложных стационарах Свердловской области составила 17,1%. Вероятно, добавление такой операционной травмы к уже имеющимся нарушениям в организме больного в условиях кишечной непроходимости, неизбежно увеличивало риск неблагоприятного исхода.

С 2008 г. проведено оперативное восстановительное лечение 160 больным с одноствольными колостомами, сформированными в результате неотложных обструктивных резекций толстой кишки по поводу ее обтурационной непроходимости. При ретроспективном анализе в этой группе у 5,6% пациентов первичная операция сопровождалась гнойно-воспалительными осложнениями со стороны брюшной полости и забрюшинного пространства. Послеоперационные раневые осложнения отмечались у 20% больных. У 19,3% пациентов сформировались послеоперационные вентральные грыжи, что требовало дополнительной пластики брюшной стенки при восстановительной операции. Количество парастомальных грыж превышало 60%. Средний срок существования колостомы от момента формирования до ее ликвидации был достаточно продолжительным и составил 8,5 месяцев. У всех пациентов при восстановительном оперативном лечении был спаечный процесс брюшной полости, причем у 15% пациентов отмечено тотальное ее заращение. У этих больных примерно 2/3 времени восстановительной операции занимал висцеролиз, сопровождающийся, зачастую, травмированием петель кишок. При до- и интраоперационном обследовании таких пациентов перед восстановительным лечением ранний местный рецидив опухолевого процесса был выявлен у 11,8% больных. У 4,4% пациентов при отсутствии рецидива опухоли в толстой кишке обнаружены неудаленные регионарные лимфоузлы с метастатическим поражением. Летальность при восстановительных операциях составила 1,8%. Общее количество осложнений при восстановительных операциях наблюдалось у 15,6% больных.

В группу пациентов с формированием двухствольной разгрузочной стомы на первом этапе и радикальной операции с удалением опухоли и ликвидацией стомы на втором вошли 150 пациентов. Послеоперационная летальность составила 0,67% на первом этапе. Количество осложнений – 6,2%. Средний срок между операциями составил 25,5 дня. На втором этапе летальность была 1,3%. Осложнения в ранний послеоперационный период развились у 7,6% больных. Формирование стомы на первом этапе, особенно из минидоступа, при последующем вмешательстве не приводило к серьезным техническим затруднениям, вызванным предыдущей операцией. При таком подходе создавалась возможность проведения комбинированных вмешательств при распространении опухоли на соседние органы, выполнение расширенных лимфаденэктомий, что должно приводить к лучшим отдаленным результатам, увеличению продолжительности жизни пациентов.

Таким образом, использование этапного лечения обтурационной толстокишечной непроходимости, включающее формирование декомпрессивной колостомы на первом этапе и радикальную операцию с одномоментной ликвидацией стомы на втором, позволяет снизить риск послеоперационной летальности, выполнить адекватный объем вмешательства, включая возможность проведения комбинированных и расширенных операций, а также повысить качество жизни таких больных за счет значительного сокращения сроков существования временной колостомы и, соответственно, сокращения сроков реабилитации.

ДВУХЭТАПНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОБТУРАЦИОННОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Прудков М.И., Мансуров Ю.В., Махотин Н.В., Ощепков А.В.

Кафедра хирургии ФПК и ПП УГМУ, ГБУЗ СО «СОКБ № 1», г. Екатеринбург, Россия

В настоящее время распространенной хирургической тактикой при обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости является обструктивная резекция кишки. Такой оперативный объем вмешатель-

ства имеет ряд недостатков. Самыми существенными являются нерадикальность операции, длительное наличие у пациента стомы, высокий процент осложнений и летальности, связанные с исходной тяжестью пациентов.

В нашей клинике были проанализированы результаты лечения 117 пациентов после обструктивных резекций по поводу опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости с 2002 по 2007 гг. У 29(24,8%) имелись метастатические лимфоузлы в зоне регионарного лимфоотока или нерезецированные остатки опухолевой ткани. Местный рецидив рака был выявлен у 17(14,7%). Средние сроки до выполнения реконструктивной операции составили 7,2 месяца. Учитывая эти недостатки, в ОКБ №1 была внедрена 2-х этапная тактика лечения данной группы больных.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить 2-х этапное лечение пациентов с обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимостью, когда первым этапом накладывается декомпрессивная подвесная двухствольная илео- или колостома.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2002 по 2014 гг. в колопроктологическом отделении СОКБ №1 прооперированы 159 пациентов, которым первым этапом формировали стому из минидоступа, вторым – радикальное удаление опухоли. В исследование было также включен 71 больной, которым декомпрессивные стомы были наложены по месту жительства из лапаротомного доступа. Среди 159 пациентов было 71 мужчин и 88 женщин. Средний возраст составил 64,3±1,4 года.

Локализация опухолевого процесса распределялась следующим образом: опухоль прямой кишки была у 48(30,1%) больных, сигмовидной кишки – у 52(32,7), опухоль в нисходящем отделе ободочной кишки – у 28(17,6%), в поперечной ободочной кишке – у 20(12,5%) больных, в правых отделах ободочной кишки – у 11(6,9%) пациентов.

Все пациенты поступали в состоянии декомпенсации или субкомпенсации по 3-м и более системам. У 23(14,5%) пациентов стомирующая операция явилась последним этапом.

Радикальная операция выполнена 134 пациентам в состоянии компенсации, в среднем, через 20 суток. 126 пациентам (93,3%) операция выполнена с восстановлением пассажа по кишечной трубке. Пациентам выполнены обструктивные резекции или сохранена ранее наложенная стома в связи с распространенностью опухолевого процесса и локализацией опухоли. Одному пациенту операция не выполнена из-за выявленного перитонита.

Летальность после формирования декомпрессивной стомы составила 0,6% (1 больной). У 2,3% пациентов были осложнения со стороны стомы, потребовавшие повторных операций, у 2(1,3%) пациентов, оперированных из срединного лапаротомного доступа, отмечены раневые осложнения.

При выполнении радикальной операции по поводу опухоли летальность составила 3,7%, послеоперационные осложнения развились у 17(12,3%) больных. Наиболее частым было нагноение раны в месте существовавшей стомы.

ОБСУЖДЕНИЕ

Двухэтапное лечение обтурационной толстокишечной непроходимости, когда первым этапом выполняется минимально инвазивное вмешательство – формирование двухствольной подвесной стомы из минидоступа, позволяет в кратчайшие сроки подготовить пациента к выполнению радикальной операции и сокращает время пребывания пациента со стомой.

ВЫВОДЫ

Двухэтапное хирургическое лечение обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости, когда первым этапом формируется декомпрессивная двухствольная стома, позволяет улучшить результаты лечения этой группы больных.

ОСОБЕННОСТИ НУТРИЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Рудаков Д.А., Луфт В.М., Захаренко А.А., Суров Д.А., Бабков О.В., Безмогил Б.Г., Тен О.А., Лапицкий А.В., Трушин А.А., Святненко А.В.

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, кафедра военно-морской хирургии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им.акад.И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить результаты лечения больных колоректальным раком, осложненным перифокальным инфильтратом и абсцессом при использовании нутриционной поддержки в периоперационном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование было выполнено на основе ретроспективного анализа лечения 124 больных, оперированных по поводу колоректального рака, осложненного перифокальным инфильтратом или абсцессом, проходивших лечение в ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе в 2004-2008 годах. Из них у 81(65,3%) больного был выявлен перифокальный инфильтрат, а у 43(34,7%) больных – перифокальный абсцесс. В данной группе лечение проводилось традиционным способом, без использования нутриционной поддержки. А также на основе проспективного

анализа лечения 108 больных, оперированных по поводу колоректального рака, осложненного перифокальным инфильтратом или абсцессом, проходивших лечение в ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2009-2013 годах. Из них у 67(62,0%) больных был выявлен перифокальный инфильтрат, а у 41(38,0%) больного перифокальный абсцесс. Данным больным, помимо стандартной терапии, проводились мероприятия нутриционной поддержки.

Нутриционная поддержка начиналась в предоперационном периоде и заключалась в применении per os 12,0% раствора глюкозы в объеме 400,0 мл за 2 часа до операции. В 1 сутки послеоперационного периода назначали 400,0 мл глюкозо-электролитной смеси (ГЭС) следующего состава: 1,0 л дистиллированной воды, 1 пакет (18,9 г) препарата «регидрон», 1,0 г аскорбиновой кислоты, 10,0 мл препарата «цитофлавин». Для обеспечения внутрипросветной регенеративной трофики кишки и сохранения кишечного барьера применялось минимальное количество (200,0 мл) изотонической изонитрогенной смеси нутризон-стандарт, энтеросорбент «энтеросгель» двукратно по 30 г. На вторые сутки послеоперационного периода мы переходили на использование специальной гиперкалорической иммунной смеси нутризон-иммун, применяемой в объеме 600,0 мл. Количество применяемой ГЭС и энтеросорбента при этом оставалось прежним. При хорошей переносимости больным питательной смеси на третьи сутки количество используемой смеси нутризон-иммун увеличивали до объема 1000,0 мл. Количество применяемой ГЭС и энтеросорбента оставалось прежним. На четвертые сутки послеоперационного периода назначался лечебный рацион (диета №1 по Певзнеру) с дополнительным пероральным приемом смеси нутризон-иммун по 200,0 мл 3 раза в день.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ВЫВОДЫ

У больных, получавших нутриционную поддержку, отмечено снижение частоты возникновения патологических состояний, напрямую связанных с инвазией толстокишечных условно-патогенных микроорганизмов, что привело к снижению частоты таких осложнений, как нагноение послеоперационной раны (с 17,7% до 11,1%), послеоперационный перитонит, внутрибрюшной абсцесс (с 8,1% до 4,6%). Проведение нутриционной поддержки также благоприятно сказалось на заживлении кишечного анастомоза – частота несостоятельности анастомозов снизилась с 5,6% до 2,8%.

В целом, проведение нутриционной поддержки позволило снизить частоту послеоперационных осложнений в 1,7 раза (с 20,2% до 12,0%), что привело к закономерному снижению летальности (с 11,3% до 7,4%).

ОСОБЕННОСТИ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Рудаков Д.А., Луфт В.М., Захаренко А.А., Суров Д.А., Бабков О.В., Безмозгин Б.Г., Тен О.А., Лапицкий А.В., Святенко А.В.

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, кафедра военно-морской хирургии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

Парез желудочно-кишечного тракта является одним из наиболее часто встречающихся послеоперационных осложнений у больных с гнойно-воспалительными осложнениями колоректального рака. Объективно оценить наличие моторно-эвакуаторных нарушений желудочно-кишечного тракта помогает регистрация его миоэлектрической активности путем непрямой электрогастроэнтерографии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить динамику изменений моторно-эвакуаторной функции ЖКТ у больных колоректальным раком, осложненным перифокальным инфильтратом и абсцессом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование было выполнено на основе анализа лечения 81 больного, оперированного по поводу колоректального рака, осложненного перифокальным инфильтратом, и 43 больных, оперированных по поводу колоректального рака, осложненного перифокальным абсцессом, проходивших лечение в ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2004-2008 годах (всего 124 больных). Больным на 1,3 и 5 сутки послеоперационного периода проводилось измерение миоэлектрической активности (МЭА) желудочно-кишечного тракта. Для записи сигнала использовался прибор гастроэнтерономонитор ГЭМ 01 «Гастроскан-ГЭМ».

РЕЗУЛЬТАТЫ

На 1 сутки послеоперационного периода обнаружилось снижение показателя МЭА во всех отделах (желудок – $4,7 \pm 1,2$ мВт; двенадцатиперстная кишка – $0,3 \pm 0,11$ мВт; тощая кишка – $0,5 \pm 0,2$ мВт; подвздошная кишка – $1,2 \pm 0,3$ мВт; толстая кишка – $2,9 \pm 0,55$ мВт;) К 3 суткам после операции произошло повышение показателей миоэлектрической активности во всех отделах ЖКТ, однако, не достигающее уровня нормальных значений (желудок – $6,2 \pm 1,5$ мВт; двенадцатиперстная кишка – $0,5 \pm 0,13$ мВт; тощая кишка – $1,4 \pm 0,4$ мВт; подвздошная кишка – $3,2 \pm 0,75$ мВт; толстая кишка – $7,7 \pm 1,2$ мВт). Пятые сутки послеоперационного периода характеризовались практически полным восстановлением тонуса мускулатуры ЖКТ, о чем свидетельствовали показатели миоэлектрической активности (желудок – $8,4 \pm 1,9$ мВт; двенадцатиперстная кишка – $0,9 \pm 0,3$ мВт;

тощая кишка – $3,1 \pm 0,7$ мВт; подвздошная кишка – $7,3 \pm 1,1$ мВт; толстая кишка – $16,3 \pm 2,2$ мВт).

ВЫВОДЫ

Послеоперационный период у больных с гнойно-воспалительными осложнениями колоректального рака, характеризуется наличием выраженного пареза желудочно-кишечного тракта, который купируется при проведении стандартной инфузионной, антибактериальной терапии только на 5 сутки послеоперационного периода.

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТОТАЛЬНАЯ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЯ С ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ В ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Рыбаков Е.Г., Чернышов С.В., Алешин Д.В., Казиева Л.Ю.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Трансанальная эндоскопическая тотальная мезоректумэктомия – новая методика в хирургии рака прямой кишки, разработанная с целью улучшения качества удаляемых препаратов, а, соответственно, и онкологических результатов у категории пациентов с узким и глубоким тазом, висцеральным ожирением, передней локализацией опухоли и неoadъювантной химиолучевой терапией. Целью данного клинического исследования является оценка хирургического качества удаленных препаратов при трансанальной эндоскопической тотальной мезоректумэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациенты с морфологически верифицированным раком прямой кишки cT2-3N1-2M0, с дистальным полюсом опухоли на 5-9 см от края ануса.

РЕЗУЛЬТАТЫ

6 пациентам (3 мужчин) средний возраст 54 года (46-70 лет) была выполнена трансанальная эндоскопическая тотальная мезоректумэктомия с лапароскопической ассистенцией. Средний индекс массы тела составил 24 кг/м^2 ($21-28 \text{ кг/м}^2$). Длительность операции колебалась от 250 до 400 мин., в среднем, 243 минуты. При этом длительность непосредственно трансанального этапа составила 133 минут (110-310 минут) со средним объемом кровопотери 100 мл. Послеоперационный период осложнился несостоятельностью анастомоза у 4 пациентов, у 2 развился парез ЖКТ. Все возникшие осложнения были купированы консервативно. Летальности в сроки до 30 дней отмечено не было. Средний койкодень составил 12 дней. Качество удаленного препарата в 5 случаях оценено как Grade 2, в 1 – как Grade 1 (по Ph. Quirke).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Методика трансанальной эндоскопической тотальной мезоректумэктомии требует дальнейшего изучения для оценки ее преимуществ, определения показаний к применению и выявлению группы пациентов, которым ее выполнение будет наиболее целесообразно.

РОЛЬ КАРБОКСИРЕКТУМ И ВИДЕОЭНДОСКОПИИ ПРИ ТРАНСАНАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ПОВОДУ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Рыбаков Е.Г., Чернышов С.В., Майновская О.А., Кузнецов Н.С., Севостьянов С.И.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, ГБОУ ДПО Российская Медицинская Академия Последипломного Образования Минздрава России, кафедра колопроктологии, г. Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день трансанальная эндомиохирургия (ТЭМ) является приоритетным методом лечения как доброкачественных новообразований, так и ранних форм рака прямой кишки. Серьезным препятствием для распространения ТЭМ является высокая стоимость оборудования. Более дешевой альтернативой является трансанальная эндохирургия (ТЭХ) без газовой инфуляции. В данном исследовании проведено сравнение результатов ТЭМ и ТЭХ.

МЕТОДЫ

ТЭХ и ТЭМ были выполнены больным с аденомами и аденокарциномами (uT1N0M0) прямой кишки. Предоперационное обследование включало: пальцевое исследование прямой кишки, ректоскопию с биопсией, колоноскопию, эндоректальное ультразвуковое исследование прямой кишки (ЭРУЗИ), КТ (МРТ) малого таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

ТЭХ выполнена 74 пациентам. Медиана диаметра опухоли составила $3,0(2,0-4,0)$ см. Медиана времени операции – $53(35-70)$ мин. Край резекции свободные от опухоли были получены во всех операционных препаратах. Ни одна опухоль не была фрагментирована. Послеоперационные осложнения развились у $4/74(5,4\%)$ больных. При патоморфологическом исследовании в $33/74(44,6\%)$ наблюдениях выявлена аденокарцинома, в $41/74(55,4\%)$ препарате – аденома. Аденокарцинома в стадии Tis – $15/33(45,4\%)$, T1 – $15/33(45,4\%)$ и T2 в $3/33(9,1\%)$ случаев. Местный рецидив в $1/74(1,4\%)$ наблюдении (T1Sm3).

ТЭХ выполнена 50 пациентам. Медиана диаметра опухоли составила $3,0(2,5-4,0)$ см. Медиана времени операции – $55(45-80)$ мин. В $22/50(44\%)$ была фрагментация опухоли, оценить латеральный край

резекции не представлялось возможным. Послеоперационные осложнения выявлены в 1/50 (2%) наблюдении. При патоморфологическом исследовании в 16/50 (32%) наблюдений выявлена аденокарцинома, в 34/50(68%) препаратах выявлена аденома. Аденокарцинома в стадии Tis – 9/16(56%), T1 – 7/16(44%) случаев. Местный рецидив выявлен в 6/50(12%) наблюдениях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Газовая инфуляция прямой кишки и система оптического преобразования позволяют улучшить визуализацию операционного поля. Отсутствие фрагментации опухоли и достижение адекватных границ резекции реализуется в снижении частоты местных рецидивов.

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА КИШЕЧНИКА НА ОСНОВЕ ГАЗОВОЙ ХРОМАТОГРАФИИ С МАСС-СПЕКТРОМЕТРИЧЕСКИМ АНАЛИЗОМ

Рыжков В.Л., Митракова Н.Н., Фурина Р.Р., Лычагин К.А., Роженцов А.А.

ГБУ РМЭ Республиканская клиническая больница, ФГБОУ ВПО Государственный Поволжский технологический университет, г. Йошкар-Ола, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время все большее внимание уделяется проблеме лечения рака на ранних стадиях. Методы раннего выявления рака чрезвычайно важны, так как рак на ранней стадии развития легче лечить и вылечить, если он обнаружен вовремя. Но из-за малого размера опухоли и зачастую отсутствия симптомов болезни на ранней стадии, для исследователей по всему миру трудно разработать простой и недорогой метод скрининга, который был бы достаточно чувствительным и специфичным для обнаружения онкологии. Кроме того, скрининговые тесты для широкого применения должны быть дешевле и удобнее дорогих и инвазивных процедур диагностики состояния здоровья людей.

ЦЕЛЮ работы является выявление информативных маркеров для диагностики рака кишечника на основе метаболического профиля мочи пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

8 образцов утренней мочи (после ночного голода) пациентов Республиканской клинической больницы с диагнозом рак кишечника и 35 образцов контрольной группы были проанализированы на газовом хроматографе с масс-спектрометрическим анализом в день забора анализа. Исследование было одобрено этическим комитетом больницы и все пациенты подписали информированное согласие на участие в нем. Предподготовка образца мочи проводилась методом твердофазной микроэкстракции с использованием CAR/PDMS, 75 и волокна (Supelco). Перед микроэкстракцией значение pH 15 мл пробы мочи было скорректировано до значения 1-2, для большей эффективности достижения равновесия системы добавлялось 0,8 г NaCl. Отбор проб проводили при 50°C путем введения волокна через Мининерт® клапаны (Supelco) в свободное пространство емкости над уровнем мочи и экспозицией в течение 6 мин. Летучие вещества десорбировались из волокна в газовый хроматограф (ГХ Хроматэк-Кристалл 5000, Хроматэк, Россия) в порте испарителя при температуре 220°C. Далее компоненты разделялись в Solgel-Wax GC капиллярной колонке (60 м/320 мкм идентификатор, толщина пленки 0,5 мкм). Сверхчистый гелий (99,999%) использовался в качестве газа-носителя. После хроматографического разделения, метаболиты были ионизированы источником электронов, и полученные массы ионов были проанализированы масс-спектрометрическим детектором. Предварительная идентификация метаболитов производилась путем сравнения их масс-спектров с масс-спектрами химических стандартов, содержащихся в библиотеке масс-спектров (NIST 08/2008). Только соединения, обнаруженные, по крайней мере, с 75% достоверностью совпадения образцов внутри группы были приняты во внимание.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Далее определялась частота выявления каждого метаболита в обеих группах, и формировались их метаболические профили. Для этого выделялись те метаболиты, количество которых более чем на 20% выше в одной группе по сравнению с другой группой. После проведения данной процедуры был выявлен метаболический профиль рака кишечника и контрольной группы. В метаболический профиль рака кишечника вошли вещества: Furan, 2,4-dimethyl-, Naphthalene, 1,6,7-trimethyl-3-Cyclohexene-1-methanol $\alpha,\alpha,4$ -trimethyl-, (S)-; β -Pinene; 3-Buten-2-ol, 2-methyl-, 1,3-Cyclopentadiene, 5-(1-methyl-ethylidene)-; 1,3,6-Octatriene, 3,7-dimethyl-, (E)-; Hexanoic acid, 2-methyl-, Benzene, 3-(2-cyclohexylethyl)-6-cyclopentylhexyl-, Pentanoic acid, 2,2,4-trimethyl-3-carboxyisopropyl, isobutyl ester; 1-Methyl-1-(2-hydroxyethyl)-1-silacyclobutane; Vanillin, tert-butyl dimethylsilyl ether; Acetamide, N,N'-ethylenebis(N-nitro-); Benzene, (dibromomethyl). Полученные метаболические профили стали основой для разработки программы, решающей задачи обработки данных обследования пациентов и их отнесения к одной из указанных групп.

ВЫВОДЫ

Полученные результаты говорят о том, что дальнейший анализ с большим количеством образцов в основной и контрольной группе позволит выявить надежный профиль метаболитов летучих органических соединений мочи пациентов, которые могут быть использованы в качестве маркеров рака кишечника. Разработанная технология может послужить основой для проведения исследований в области диагностики других форм онкологических заболеваний на основе анализа состава летучих

метаболитов мочи, а также при разработке тест-систем, пригодных для проведения скрининговых обследований населения на предмет выявления онкологических заболеваний.

Авторы выражают благодарность предприятию «ЗАО СКБ Хроматэк» за предоставленное оборудование и помощь при проведении исследований.

СКРИНИНГ И НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЛИНЧА В ПРАКТИКЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОНКОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Семенов Д.А., Цуканов А.С., Ачкасов С.И., Шубин В.П., Поспехова Н.И.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным МНИОИ им. П.А. Герцена, в 2012 году в России зарегистрировано около 60000 случаев колоректального рака, а количество смертей от данного заболевания приблизилось к 39000. Большею частью, колоректальный рак является спорадическим, однако от 2% до 5% случаев болезнь генетически обусловлена. Одним из таких наследственных заболеваний является синдром Линча, который составляет, по разным литературным данным, от 1% до 3% от всех случаев заболевания колоректальным раком в мире. Учитывая эти данные, можно предположить, что в России только за один год синдром Линча проявляется, в среднем, у 1800 человек. Средний возраст больных, у которых развивается рак при синдроме Линча – 45 лет, что свидетельствует об актуальности проблемы, так как болезнь поражает людей самого трудоспособного и социально значимого возраста.

ЦЕЛЬ

Выявление клинических особенностей, формирование принципов скрининга и тактики хирургического лечения данного заболевания легко в основу начала ретроспективного исследования в ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ретроспективное исследование вошли 11 пациентов, отобранных по критериям, которые выработаны в ГНЦК. В критерии отбора включены отсутствие семейного аденоматоза у пациента, возраст больных колоректальным раком до 45 лет и/или наличие 3 кровных родственников с колоректальным раком в анамнезе. Подходящим под вышеуказанные критерии, выполнено молекулярно-генетическое исследование на наличие микросателлитной нестабильности (MSI) в опухоли. В случае положительного результата на MSI в опухоли, выполнялось исследование на наличие наследственной мутации в одном из генов системы репарации ДНК.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ за 2013 год проходили лечение 733 больных колоректальным раком. У 11 пациентов (1,5% от общего количества больных колоректальным раком в ГНЦК), подходящих под критерии возраста и семейного анамнеза, выявлена мутация в генах репарации ДНК. В опухолевых образцах 9 больных микросателлитная нестабильность выявлена по 5 маркерам из 5 (82%), в 1 образце 3 из 5(9%), и в 1 случае исследование не проводилось, по причине отсутствия образца опухоли. Мутация в гене MLH1 выявлена в 73% (8/11) случаев, MSH2 в 18% (2/11), MSH6 в 9% (1/11). Из 11 пациентов – пять были женского пола, шесть – мужского. Средний возраст пациентов при выявлении первого рака составил 36 лет, что значительно ниже данных иностранных исследователей. Средний период от выявления первой опухоли до появления второго рака у пациентов составил 93 месяца. Лимфатические узлы при первом раке не поражались, в то время как при повторном раке поражение лимфатических узлов наблюдалось в 34% случаев. Отдаленное метастазирование выявлено в 1 случае, при повторной опухоли. Причиной смерти родственников больных синдромом Линча в 93% случаев являлось онкологическое заболевание.

ВЫВОДЫ

Изучение клинических особенностей заболевания показывает нетипичное течение онкологического процесса, которое требует своевременного выявления больных синдромом Линча. Разработанные критерии скрининга значительно упрощают поиск данной группы больных. Несмотря на малочисленность исследованных пациентов, прослеживается специфичность клинической картины и течения послеоперационного периода, что, в дальнейшем, может стать основой для формирования принципов хирургического лечения.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ С ПОМОЩЬЮ УСТАНОВКИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ СТЕНТОВ

Семёнычева Н.В., Шабунин А.В., Чеченин Г.М., Галаева Е.В., Равич Л.Д., Лебедев С.С., Барин Ю.В.

ГКБ им. С.П.Боткина, г.Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Несмотря на стремительное развитие хирургической и анестезиологической техники, острая обтурационная кишечная непроходимость

(ООТКН) относится к числу самых тяжелых состояний в экстренной хирургии. Сохраняются стабильно высокие показатели летальности при ООТКН, которые, по данным разных авторов, колеблются в пределах 23-52%. Неблагоприятные исходы оперативного лечения ООТКН во многом связаны с тяжестью состояния пациентов на поздних стадиях заболевания, подавляющее большинство больных (60-90%) поступают в сроки от 3-х суток и более от начала клинических проявлений ООТКН. Причинами ООТКН в 25-40% случаев является колоректальный рак, при этом у трети пациентов на момент операции определяется 4 стадия заболевания. В 16-39% наблюдений обтурационная кишечная непроходимость развивается на фоне запущенных опухолей внекишечной локализации. Так же причинами ООТКН являются рубцовые структуры, возникшие после ранее перенесенной лучевой терапии, ишемического колита, осложненного дивертикулеза, воспалительных заболеваний толстой кишки (22-30%). При этом не менее 80-90% всех пациентов, поступающих с ООТКН – больные старше 65 лет и практически у 100% больных сопутствующие заболевания – заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Эффективность консервативного лечения ООТКН, включающего в себя сифонные клизмы, декомпрессию верхних отделов желудочно-кишечного тракта, инфузионную, спазмолитическую терапию крайне низка. Ранее единственным эффективным методом лечения ООТКН являлось хирургическое вмешательство. В настоящее время, наиболее перспективными методами ликвидации ООТКН и восстановления пассажа по толстой кишке являются эндохирургические методики. К ним относятся восстановление просвета кишки путем эндоскопической плазменной реканализации, стентирования опухолевого стеноза толстой кишки, формирования колостомы лапароскопическим методом. В ГКБ имени С.П.Боткина накоплен опыт стентирования толстой кишки у 56 больных ООТКН.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность лечения пациентов ООТКН с помощью колоректального стентирования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2008 г. по настоящее время в ГКБ им. С.П.Боткина госпитализировано 340 пациента ООТКН. Всем пациентам с момента госпитализации проводился комплекс диагностических и лечебных мероприятий, направленный на точную оценку состояния больного, установление причин ООТКН, консервативных методов ликвидации кишечной непроходимости и предоперационной подготовки. У 12(3,5%) больных удалось добиться разрешения явлений нарушения кишечной проходимости с помощью консервативных мероприятий. Неэффективность консервативной терапии потребовала выполнения экстренных операций. Экстренные и срочные вмешательства выполнены у 280(82,3%) пациентов, больным выполнены резекции левых отделов ободочной кишки, правосторонние гемиколэктомии, формирование двустольных колостом, формирование двустольных илеостом. С 2008 г. в клиническую практику стал внедряться способ лечения ООТКН путем установки колоректальных стентов. Установка колоректальных стентов при ООТКН осуществлена у 56(16,5%) больных – пациенты составили основную группу. В контрольную группу включено 280(82,3%) пациентов перенесших различные оперативные вмешательства. Показаниями к колоректальному стентированию являлись: обтурационная кишечная непроходимость в т.ч. декомпенсированная, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации, обуславливающих непереносимость хирургического вмешательства, диссеминация опухолевого процесса, техническая возможность проведения проводника (просвет не менее 2 мм). Противопоказаниями к колоректальному стентированию являлись: подозрение на перфорацию опухоли, рак нижнеампулярного отдела прямой кишки. Колоректальное стентирование выполнялось в эндоскопической рентгеноперационной, во время видеоэндоскопической колоноскопии и под постоянным рентгеновским контролем с помощью ЭОП. Колоноскоп подводился к месту сужения, контрастировали зону сужения жидким водорастворимым контрастом, определяя его топикку и протяженность. После чего по каналу колоноскопа, под контролем зрения и рентгенокопии металлический проводник проводился за зону сужения, затем по нему устанавливалась система доставки колоректального стента. Раскрытие стента контролировалось при рентгенокопии. Восстановление проходимости толстой кишки проверялось сразу после стентирования проведением колоноскопа через просвет установленного стента в неизмененный просвет толстой кишки, расположенный проксимальнее. В первые сутки после стентирования, у пациентов отмечаются клинические признаки восстановления кишечной проходимости: начинали отходить кишечные газы, появлялся стул, иногда обильный, уменьшалось вздутие живота. В послеоперационном периоде в течение 3-6 суток пациентам проводилась коррекция водно-электролитных и белковых нарушений, анемии, лечение сопутствующих заболеваний. Больные после контрольной ирригоскопии в стабильном состоянии выписываются из стационара под наблюдение хирурга и онколога.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результатом установки колоректальных стентов являлось восстановление кишечной проходимости у 54(96%) пациентов. В 4(7,1%) случаях наблюдалась дислокация колоректальных стентов. При этом в 3 случаях дислокация наблюдалась при установке покрытого колоректального стента. В 1 наблюдении миграция стента произошла при установке непокрытого колоректального стента в восходящую ободочную кишку. При дислокации колоректальных стентов удавалось корригировать состояние мигрированных стентов с помощью эндоскопических методов. В 2 (3,6%) случаях при установке колоректальных стентов имело место перфорация распадающейся опухоли сигмовидной кишки, что потребовало в обоих случаях выполнения экстренной операции – лапаротомии, сигмоидэктомии, санации брюшной полости. Один пациент скончался на 2 сутки после оперативного вмешательства на фоне прогрессирования сердечно-сосудистой недостаточности, во втором случае

больная с множественными метастазами в головной мозг умерла через месяц после операции на фоне нарастания неврологической симптоматики. В одном случае установить колоректальный стент не удалось – сужение менее 1 мм (для проводника не проходимо).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании нашего опыта колоректальное стентирование у больных ООТКН имеет свои плюсы и минусы. К плюсам относятся: колоректальное стентирование является высокоэффективным методом восстановления проходимости просвета толстой кишки, который практически не ухудшает течение основного заболевания, а так же не снижает качество жизни пациентов. Установка колоректального стента для разрешения толстокишечной непроходимости дает время для дообследования и подготовки больного к плановой радикальной или циторедуктивной операции, компенсации сопутствующей патологии, проведение ПХТ. К минусам колоректального стентирования: дороговизна колоректального стента, необходимость круглосуточного наличия в клинике обученных специалистов: эндоскописта, рентген-хирурга, анестезиолога, вероятность осложнений (перфорация опухоли, перфорация кишки, миграция стента, кровотечение).

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Сидоров Д.В., Гришин Н.А., Ложкин М.В., Троицкий А.А., Петров Л.О.

МНИОИ им. П.А.Герцена, г. Москва, Россия

В абдоминальном отделении МНИОИ им.П.А.Герцена накоплен опыт выполнения 84 лапароскопически ассистированных операций по поводу злокачественных опухолей ободочной кишки. Большинство больных оперированы в период с 2008 по 2012 гг. Возраст колебался в пределах от 24 до 84 лет, 80% были старше 60 лет. В структуре операций преобладали радикальные вмешательства на ободочной кишке – правосторонняя гемиколэктомия – 35(41,6%), левосторонняя – 10(11,9%), резекции сигмовидной кишки – 23(27,3%), передняя резекция по поводу рака ректосигмоидного отдела (13%), У 21(25%), как этап интраоперационного стадирования, проведена лапароскопическая флуоресцентная диагностика с препаратом Аласен для выявления скрытой диссеминации и у 68(81%) интраоперационное ультразвуковое исследование печени.

Конверсия выполнена у 5(6%) больных. В трех наблюдениях – «по благо-разумию», вследствие прорастания опухолевого печени, мочевого пузыря и передней брюшной стенки. В 2-х – «по необходимости» из-за развития интраоперационных осложнений, которые не удалось ликвидировать лапароскопически – кровотечение из большого сальника и селезенки.

Госпитальная летальность (30 к/л) не отмечена. Послеоперационные осложнения оценивали по классификации Clavien-Dindo. Они зафиксированы у 6(7%) пациентов. 1 степень, не требующая инвазивных вмешательств, у 4 пациентов – п/о парез ЖКТ – у 3, тромбоз глубоких вен – 1; 4а – 1(послеоперационный реактивный психоз), потребовавший лечения в реанимации и самое тяжелое осложнение – 4б степени – желудочно-кишечное кровотечение вследствие формирования аорто-дуоденальной фистулы. Больному выполнена субтотальная резекция 12 п.к., дистальная субтотальная резекция поджелудочной железы и резекция желудка на выключение дуоденума. Ни в одном случае не наблюдалась несостоятельность анастомозов.

Одним из самых актуальных вопросов применения малоинвазивных операций в онкологии остается возможность адекватного стадирования. В данной группе рестадирование на основании TNM до операции и pTNM осуществлено у 75% пациентов. Количество исследованных лимфоузлов составило от 2 до 53, среднее значение – 14,02±10,5, медиана – 12. Более 12 ЛУ получено у 51% больных, у 22,7% установлено их метастатическое поражение, от 6 до 12 – у 35%, МТС поражение в 46,6% наблюдений и менее 6 ЛУ исследовано у 14%, 3 стадии диагностирована у 17%. Таким образом, у 30% больных, подвергшихся лапароскопическим операциям, было выявлено распространение процесса по лимфатическим коллекторам. У всех больных края резекции кишки были негативными. Выход в клетчатку- T4 зафиксирован у 27% пациентов.

Всего за представленный период было выполнено 323 операции по поводу рака ободочной кишки. У 239(73,7%) они носили традиционный «открытый» характер. Всего лишь у 18% больных поводом для отказа от малоинвазивного вмешательства были специфические для лапароскопических технологий противопоказания – неоднократные вмешательства на органах брюшной полости, ожирение 4 степени, венозные тромбозы, обильные осложнения, выраженная кардиальная патология. У остальных, на основании данных предоперационного обследования, было установлено прорастание соседних органов – мочевого пузыря, матки с придатками, тонкой кишки, что предусматривало выполнение комбинированной резекции (30,2%). Другую группу составили больные с резектабельными метастазами в печень и верифицированными массивным поражением лимфоузлов, которым требовалась резекция печени или расширенная лимфаденэктомия (26,4%). У 11,3 были выполнены сочетанные операции – при синхронном раке мочевого пузыря, предстательной железы, матки, яичников.

Таким образом, мы считаем, что при соблюдении основных принципов хирургической онкологии лапароскопически ассистированные операции при колоректальном раке могут и должны выполняться. С другой стороны, на первом месте должна оставаться онкологическая радикальность вмешательства. Для того, чтобы соблюсти два этих положения требуется взвешенный отбор пациентов.

ТОТАЛЬНАЯ МЕЗОРЕКТУМАКТОМИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВОДОСТРУЙНОЙ ДИССЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Сидоров Д.В., Ложкин М.В., Петров Л.О., Гришин Н.А., Троицкий А.А., Черниченко М.А.

ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» МЗ РФ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Методика нервосберегающей тотальной мезоректумэктомии (ТМЭ) подразумевает мобилизацию прямой кишки острым путем под контролем зрения в пределах мезоректальной фасции, с сохранением элементов вегетативной нервной системы таза.

В литературе имеются данные о возможности латерального термического повреждения вегетативных нервов при мобилизации прямой кишки с применением коагулятора и, в меньшей степени, гармонического скальпеля. Особенно высок риск травматизации тазовых нервов при работе в «критических точках». В связи с этим, существуют даже предложения об отказе от применения в этих зонах каких-либо генераторов и возврате к использованию «острой» диссекции ножницами.

В данной работе мы приводим собственный – первый в России – опыт применения водоструйного диссектора ERBEJET2® в ходе выполнения оперативных вмешательств по ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Методика водоструйной диссекции на этапе мобилизации препарата применена нами у 10 больных раком прямой кишки. Средний возраст больных составил $58,3 \pm 14,2$ лет. Расстояние до нижнего полюса опухоли – 4–9 см. Распространенность опухолей – Т2 и «начальный» Т3 (до 2 мм по данным МРТ).

С помощью водоструйного диссектора мобилизовали заднюю и боковые стенки прямой кишки, при этом аккуратно отделяя правый и левый гипогастральные нервы от мезоректума. Благодаря применению водоструйной диссекции в корректном слое («holy plane»), интраабдоминальная фасция оставалась интактной. Возникающее в ходе диссекции капиллярное кровотечение, как правило, не требовало остановки коагуляцией и купировалось самостоятельно. Диссекция продолжалась до тазового дна.

Удаленные препараты подвергались морфологическому исследованию. Для оценки качества хирургического лечения были использованы критерии, разработанные в исследованиях Ph. Quirke. Кроме этого, при микроскопическом исследовании циркулярного края резекции, помимо определения хирургического клиренса, оценивали выраженность и глубину повреждения ткани мезоректума.

Для сравнения были выбраны две контрольные группы по 10 больных, у которых мобилизация прямой кишки производилась с применением монополярного коагулятора и гармонического скальпеля. Исследования группы были сопоставимы по гендерному составу, возрасту, локализации и распространенности опухоли. Предоперационная лучевая терапия не проводилась ни одному из 30 пациентов. Все оперативные вмешательства выполнялись одной бригадой хирургов. Исследование препаратов выполнялось одним патоморфологом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность операции в основной группе составила $143 \pm 39,1$ минуты (от 105 до 190), статистически достоверных отличий между группами не было. Средний объем кровопотери во всех группах не превышал 200 мл. Интраоперационных осложнений не зафиксировано. Течение послеоперационного периода гладкое у всех больных. Послеоперационных осложнений тяжелее Clavien-Dindo 2 ст. не было. Средняя продолжительность послеоперационного пребывания пациентов в стационаре – 8,5 дней (7–11).

При морфологическом исследовании качество мезоректумэктомии было оценено как хорошее (Grade3) у всех 10 пациентов. В двух контрольных группах качество мезоректумэктомии было оценено как хорошее (Grade3) у 17, удовлетворительное (Grade2) – у 3 больных. В группе больных, у которых мобилизация прямой кишки выполнялась с применением водоструйной диссекции, повреждения тканей (фасции и клетчатки) практически не отмечалось. Наибольшее повреждение ткани по латеральному краю резекции отмечалось при использовании монополярного коагулятора. Глубина термического повреждения ткани по латеральному краю в этой группе больных, составила от 1,7 до 3,0 мм. Латеральное повреждение тканей при мобилизации прямой кишки при помощи гармонического скальпеля, было менее выражено, чем при использовании монополярного коагулятора. Максимальная глубина повреждения ткани по латеральному краю резекции в данной группе составляла от 1,0 до 1,5 мм.

ВЫВОДЫ

Инициальный опыт применения водоструйного диссектора в ходе тотальной мезоректумэктомии свидетельствует о безопасности и эффективности данной методики. Отсутствие эффекта латерального термического повреждения тканей (в первую очередь – элементов вегетативной нервной системы таза) позволяет использовать данный метод диссекции в «критических точках» мезоректумэктомии без риска повреждения названных структур, что может внести свой вклад в улучшение функциональных результатов лечения больных раком прямой кишки.

ПРИОРИТЕТЫ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Сингаевский А.Б.,¹ Цикоридзе М. Ю.²

¹ Кафедра факультетской хирургии им. И.И. Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова,

² Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический), г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние десятилетия отмечается неуклонный рост заболеваемости раком ободочной кишки (РОК). Вопросы диагностики и лечения осложнений данной патологии были и остаются проблемой хирургов, оказывающих неотложную помощь.

ЦЕЛЬ

В ходе настоящей работы изучена эффективность различных методов инструментального обследования, доступных в многопрофильных стационарах.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Работа основана на изучении результатов диагностики у 572 больных с острыми осложнениями РОК. Средний возраст – $64,8 \pm 2,9$ лет. Из общего числа больных у 29,9% диагностирована III стадия заболевания, у 28,1% – IV стадия. Среди осложнений РОК преобладала острая кишечная непроходимость (ОКН) – 438 (76,6%) пациентов, перфорация опухоли встречалась в 116 случаях (20,3%), кровотечения имели место в 18 (3,1%) наблюдениях. Диагностический алгоритм включал в себя, помимо традиционного клинического обследования, доступных в многопрофильных стационарах, рентгенологических методов (рентгенография и ирригоскопия), ультразвукового исследования (УЗИ), фиброколоноскопии (ФКС), диагностическую лапароскопию.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В целом, у большинства больных (234 наблюдения) было использовано 2 метода диагностики, у 112 – один метод, у 111 – три метода. В качестве единственного использованного метода диагностики чаще всего выступала обзорная рентгенография живота (105 случаев), реже – фиброколоноскопия (7 наблюдений). Это происходило при поступлении больных с однозначной клинической картиной, когда выполнение инструментального исследования было призвано лишь подтвердить диагноз. Наиболее частым сочетанием двух методов являлось применение рентгенографии и УЗИ.

При экстренном УЗИ органов брюшной полости растяжение ободочной кишки газом выявлено у 86,1% больных с ОКН, чаши Клойбера – в 81,1%. Экстренная ирригоскопия позволила установить диагноз опухоли у 86,5% больных. При перфорации опухоли свободный газ в брюшной полости был выявлен в 60,3% случаев.

При экстренном УЗИ органов брюшной полости диагноз рака ободочной кишки, осложненного ОКН, установлен в 78,0% наблюдений. У большинства с клинической картиной перитонита при УЗИ в 90,8% выявлена жидкость в свободной брюшной полости. Экстренная ФКС выполнена 66 больным, в 48 случаях при ОКН, в 18 – при кишечном кровотечении, при этом опухоль выявлена в 81,3%. Во всех случаях удалось достичь эндоскопического гемостаза, что позволило выполнить операцию в отсроченном порядке. Диагностическая лапароскопия (11 наблюдений) выполнялась в сложных клинических ситуациях, когда иными методами провести дифференциальный диагноз острых хирургических заболеваний брюшной полости не представлялось возможным. До перехода на лапаротомию диагноз рака ободочной кишки был установлен в 6 наблюдениях (54,5%), во всех случаях имела место прикрытая перфорация с отграниченным перитонитом либо формирование инфильтрата с абсцедированием.

В целом, при использовании одного метода диагностики чувствительность обзорной рентгенографии живота в диагностике кишечной непроходимости и перфорации составила 96,2%, ФКС (в диагностике источника кровотечения) – 77,8%. При сочетании рентгенографии и УЗИ чувствительность составила 94,6%. При использовании трех методов исследования – 92,3%, если третьим методом была ирригоскопия и 93,8%, если применялась ФКС. То, что наиболее высокой цифра чувствительности оказалась при использовании одного метода, объясняется тем, что при получении однозначного результата другие исследования не назначались. По мере накопления опыта в учреждении большинство пациентов стали обследоваться с использованием одного или двух методов, при этом качество диагностики не снизилось, а время обследования было сокращено.

ВЫВОД

Приоритетом обследования у больных с подозрением на осложненный РОК является диагностика осложнения и установление показаний к неотложной операции. Полное обследование, направленное на уточнение локализации опухоли, её стадии, наличия и локализации метастазов показано в случае, если диагностические возможности учреждения и организация дежурной службы позволяют его осуществить без удлинения времени диагностики. Оптимальный алгоритм обследования пациентов с осложненным РОК должен включать в себя один-два простых и доступных метода обследования. В 90% случаев этого оказывается достаточно для принятия правильного тактического решения.

КОРРЕКЦИЯ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Староконь П.М.,¹ Богданов Р.Р.,² Асанов О.Н.,¹ Лузин В.В.,¹ Галик Н.И.¹

¹ МУНКЦ им. П.В. Мандрыка МО РФ, г. Москва, Россия

² Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

Последние десятилетия наблюдается устойчивый рост заболеваемости раком толстой кишки. Отмечается «старение» патологии. Пациенты старше 60-ти лет составляют более 70%. В этой группе больных очень часто болезнь сопровождается наличием тяжелой сопутствующей патологии. Наблюдается высокая частота осложненного течения рака толстой кишки. Наиболее часто встречается обтурационная кишечная непроходимость. Патогенез кишечной непроходимости опухолевого генеза состоит из ряда узловых звеньев. Одним из важнейших является прогрессирующая энтеральная недостаточность. Она во многом определяет течение эндотоксикоза и исход заболевания.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Коррекция энтеральной недостаточности у пациентов с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза, как ведущего механизма прогрессирующего эндотоксикоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 78 пациентов с кишечной непроходимостью опухолевого генеза. 21 пациент составил группу сравнения. Средний возраст больных 63,2±7,0 лет. Мужчины составили 71%. У всех пациентов отмечено наличие сопутствующей патологии – от 2 до 5 заболеваний. У 57 пациентов эпизод ОКН развивался на фоне прогрессирующей раковой патологии. у 34 – на фоне относительного благополучия (больные не предвидели наличие онкологического заболевания), у 8 ОКН развивалась на фоне рецидива болезни. В основной группе пациентов программа лечения энтеральной недостаточности включала: коррекцию водно-электролитных нарушений; антигипоксантную, детоксикационную, энтеротропную терапию; декомпрессию кишечника. В группе сравнения лечение проводилось по стандартным принципам без применения антигипоксантной, энтеротропной терапии и декомпрессии кишечника.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основные проявления энтеральной недостаточности: нарастающий парез кишечника; прогрессирующая интоксикация; экзикоз; тахикардия; рвота; нарушение пищеварения. Особенностью патологического процесса у пациентов с кишечной непроходимостью опухолевого генеза является то, что процесс развивается пролонгированно и длительное время носит замаскированный характер. Так в исследуемой группе у 58 пациентов клиника энтеральной недостаточности на протяжении длительного периода (до 12,2±3,4 дн.) носила скрытый характер. На это влияло, прежде всего, наличие основного процесса и проявления сопутствующих заболеваний. И только при углубленном сборе анамнеза, дополнительных исследованиях удавалось установить прогрессирующую энтеральную недостаточность и проводить лечебные мероприятия относительно своевременно. Эти мероприятия начинались на этапе предоперационной подготовки и дополнительного обследования. Они включали в себя фазную декомпрессию желудочно-кишечного тракта: эвакуацию желудочного содержимого, очистительные и сифонные клизмы, коррекцию водно-электролитных нарушений, назначение препаратов влияющих на моторную функцию кишечника, назначение специальных диет. Сложным моментом при проведении данных мероприятий являлось тяжелое состояние отдельных пациентов, возрастная слабость анального сфинктера. Тем не менее в большей части наблюдаемых случаев проведение энтеротропной терапии позволяло на определенном этапе улучшить общее состояние пациентов: уменьшалось вздутие живота, улучшалась перистальтика, повышалась активность пациентов, положительно изменялись показатели деятельности сердечно-сосудистой системы (пульс, АД, рО₂, рСО₂, ЦВД). Необходимо отметить, что период улучшения был не продолжительный (от 2 до 7 сут.), что требовало интенсификации обследования и предоперационной подготовки. В среднем периоде кратковременного улучшения в исследуемых группах составил 3,7±0,8 сут. В программу предоперационного лечения включались инфузионные антигипоксанты мафусол и полиоксифумарин, что способствовало уменьшению проявления тканевой гипоксии, улучшению общего статуса. Препараты включались в объеме до 1200 мл в сутки. Интраоперационно мероприятия по коррекции энтеральной недостаточности включали в себя интубацию тонкой кишки одним из методов с целью создания длительной декомпрессии, улучшения кровоснабжения кишечной стенки, эвакуации токсичного кишечного содержания. Применены следующие методы интубации: назогастроинтестинальный – 36 случаев; через илеостому – 7 случаев; через цекостому – 4; через сформированную кишечную стому ретроградно – 2. В группе сравнения по тем или иным причинам интраоперационно декомпрессия кишечника не выполнялась.

В послеоперационном периоде программа лечения энтеральной недостаточности включала коррекцию водно-электролитных нарушений, антигипоксантную терапию, энтеральный лаваж и сорбцию, энтеральное питание. Применение инфузионных антигипоксантов позволило снизить уровень токсичных продуктов перекисидации. Так в течении первых суток после операции на фоне введения антигипоксантов уровень малонового диальдегида снизился с 9,8±0,8 ммоль/мл до 4,8±0,2, а диеновых конъюгат с 6,9±0,4 Е232/мл до 3,0±0,1. В группе сравнения такое снижение было незначительным и обусловлено проводимой детоксикационной терапией. Важное место уделялось детоксикации путем

проведения кишечного лаважа и диализа. В качестве жидкой среды применялись кипяченая вода, физраствор и раствор мафусола. Применяли фракционный метод диализа тонкой кишки. На проведение кишечного диализа у всех пациентов получен положительный результат, но более выраженным он был при применении раствора мафусола. О положительной динамике на проведение кишечного диализа судили по снижению в сыворотке крови уровней мочевины, креатинина, амилазы, АлАТ, АсАТ, продуктов ПОЛ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Коррекция энтеральной недостаточности у больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью должна начинаться на этапе предоперационной подготовки. Декомпрессия тонкой кишки, эвакуация из нее токсичного содержимого путем кишечного лаважа, коррекция водно-электролитных нарушений, применение инфузионных антигипоксантов позволяют у значительной части пациентов уменьшить или полностью нивелировать проявления энтеральной недостаточности и улучшить общие результаты лечения больных с обтурационной кишечной непроходимостью.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ И ПРИ РАННИХ ФОРМАХ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Сотникова В.А., Федотов Д.Ю.

ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия

В эволюции онкологии прослеживается ориентировка на малоинвазивные методы лечения, обеспечивающие радикальность и высокий процент безрецидивности. Эта тенденция особенно актуальна при доброкачественных новообразованиях и при ранних стадиях рака прямой кишки.

ЦЕЛЬ

Обоснование медико-экономической рациональности применения малоинвазивных методов лечения при доброкачественных новообразованиях и при ранних стадиях рака прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты лечения 22 пациентов, прошедших обследование и лечение в НМХЦ им. Пирогова по поводу новообразований прямой кишки. Доброкачественные новообразования прямой кишки диагностированы у 81,8% пациентов, аденокарцинома – 18,2%. Все оперированы. Эндоскопическая электроэксцизия новообразований прямой кишки выполнена 40,9% пациентам, эндоскопическая мукоэктомия – 31,8%, трансанальное удаление новообразований – 18,2%, трансанальное эндомикрохирургическое вмешательство – 9,1%.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Продолжительность эндоскопических электроэксцизий составила, в среднем, 20±21,2 мин., эндоскопической мукоэктомии с резекцией подслизистого слоя – 70,8±46,1 мин., трансанальное иссечение новообразования прямой кишки – 30,45±11,6 мин., трансанальное эндомикрохирургическое вмешательство – 35±23,6 мин. Объем кровопотери при эндоскопической мукоэктомии составил, в среднем, 3,5±2,7 мл, трансанальное иссечение – 65±13,2 мл, трансанальное эндомикрохирургическое вмешательство – 50±12,5 мл. Интраоперационных осложнений не было. Продолжительность пребывания в стационаре после эндоскопической электроэксцизии составила 2 суток, эндоскопической мукоэктомии – 3 суток, трансанального иссечения – 7 суток, трансанального эндомикрохирургического вмешательства – 6 суток. Рецидив аденокарциномы возник у двух пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты применения малоинвазивных вмешательств при доброкачественных новообразованиях и при ранних стадиях рака прямой кишки позволяют позиционировать эндоскопическую мукоэктомию и трансанальное эндомикрохирургическое вмешательство как перспективную и высокоэффективную хирургическую методику. Представленные виды локальной эксцизии, выполненные по показаниям, эффективны и безопасны.

УРОВЕНЬ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА КАК ПРЕДИКТОРА РАННЕЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ НИЗКИХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Тарасов М.А., Корнева Т.К., Лягина И.А., Михальченко В.А., Пикунев Д.Ю., Рыбаков Е.Г.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

На фоне сохраняющейся тенденции к увеличению заболеваемости раком прямой кишки, а также с внедрением в современную практику циркулярных сшивающих аппаратов неуклонно растёт частота выполнения низких передних резекций прямой кишки. Одним из наиболее серьёзных осложнений при этой операции является несостоятельность колоректального анастомоза, которая выявляется в 7-16% случаев по данным разных авторов.

ЦЕЛЬ

Выявить предикторы несостоятельности колоректальных анастомозов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В группу исследования включены пациенты, оперированные по поводу несложившегося рака среднеампулярного отдела прямой кишки. Критерием включения явилось выполнение оперативного вмешательства в объеме тотальной мезоректумэктомии с формированием аппаратного колоректального анастомоза под прикрытием превентивной илеоили транверзостомы. Всем больным на 3 и 6 сутки исследовали уровень С-реактивного белка, прокальцитонина. При отсутствии клинической картины несостоятельности анастомоза на 7 день послеоперационного периода выполняли рентгенологическое исследование дистальных отделов отключенной кишки с тугим наполнением водорастворимым контрастом в объеме не менее 50 мл для выявления асимптомной несостоятельности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проанализированы результаты обследования 57 пациентов, из которых 26 составляли мужчины и 31 – женщины. Средний возраст пациентов составил 61,3±12,4 лет. У 51 пациента анастомоз был сформирован «конец-в-конец», у 6 – «бок-в-конец». Средняя высота расположения анастомоза составила 3,7±1,4 см от края ануса. По клиническим данным (определяемый при пальцевом исследовании дефект анастомоза, наличие кишечного содержимого в дренаже, гипертермия, лейкоцитоз) у 5(8,7%) больных на 3-7 сутки после операции диагностирована несостоятельность анастомоза. Ещё у 6(10,5%) пациентов выявлена экстравазация контраста при рентгенологическом исследовании. Таким образом, частота несостоятельности анастомоза составила 19,3% (11 пациентов). Всем больным проводилась консервативная терапия (санация низведенной кишки и полости таза, антибиотикотерапия) и ни в одном случае не потребовалось повторной операции. В группе пациентов с несостоятельностью анастомоза средний уровень С-реактивного белка отличался от такового показателя у больных без нарушения целостности анастомоза как на 3-и сутки (149,5±79,48 мг/л против 104,4±54,33 мг/л, соответственно, ((t-test) p=0,019), так и на 6 сутки послеоперационного периода (102,8±72,55 мг/л против 62,7±49,3 мг/л, соответственно, ((t-test) p=0,026). У больных с выявленной несостоятельностью медиана уровня прокальцитонина была значимо выше по сравнению с группой неосложившегося течения: на 3-и сутки составила 0,45 (0,3;1,35) нг/мл против 0,18 (0,1;0,35) нг/мл, соответственно ((Mann Whitney test p=0,006); на 6 сутки 1,12(0,16;7,4) против 0,24(0,1;0,36) нг/мл, соответственно ((Mann Whitney test p=0,05).

ВЫВОДЫ

Частота несостоятельности анастомоза составила 19,3%, однако только у половины пациентов из них она имела клинические проявления. При этом изменение уровня С-реактивного белка и прокальцитонина в послеоперационном периоде коррелирует с наличием несостоятельного анастомоза.

МЕТОД ДЕКОМПРЕССИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Тимербулатов Ш.В., Гареев Р.Н., Ахмеров Р.Р.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Предложено большое количество способов интубации и декомпрессии кишечника при острой обтурационной толстокишечной непроходимости (ООН). Существующие методы дооперационной декомпрессии не позволяют полностью очистить кишечник от кишечного содержимого, токсических веществ, а методы интраоперационной декомпрессии не удовлетворяют хирургов еще и тем, что зачастую приводят к диссеминации брюшной полости кишечным содержимым.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Усовершенствовать методику дооперационной и интраоперационной декомпрессии толстой кишки при ООН опухолевой этиологии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Клинический материал основан на лечении 12 больных с ООН опухолевой этиологии, среди которых было 8(66,7%) женщин, 4(33,3%) мужчин. Для декомпрессии толстой кишки (ТК) мы использовали 2-х просветный полихлорвиниловый зонд и ирригационно-аспирационную систему собственной конструкции. Принцип работы системы следующий. Посредством ирригатора под давлением по внутренней трубке зонда в просвет кишки подается антисептический раствор (фурацилин), аспирируемый при помощи насоса через внешнюю трубку вместе с кишечным содержимым, газами. В дооперационном периоде зонд пытались провести выше места опухолевой обструкции под контролем фиброколоноскопа. Во время операции до резекции опухоли с использованием сшивающих аппаратов приводящий участок ТК отсекался выше опухоли, мобилизовался, выводился за пределы операционного поля и тщательно отграничивался салфетками и пленками, смоченными раствором антисептика (спиртовый раствор хлоргексидина). Далее на конце приводящего участка ТК накладывалось два кисетных шва на расстоянии 1,5-2 см друг от друга, проксимальный кисетный шов затягивался, затем кишка вскрывалась, зонд вводился в кишку, после чего над зондом затягивался дистальный кисет. Ослабляя натяжение проксимального кисетного шва, зонд проводили ретроградно по ТК, использовали мануальную

ассистенцию. После декомпрессии ТК выполняли резекцию опухоли с наложением первичного межкишечного анастомоза или с выведением проксимальной колостомы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 3(25%) больных декомпрессия проведена до операции, у 9(75%) интраоперационно. В ходе операции во всех случаях произвели резекцию пораженного опухолью участка ТК. В 4(33,3%) случаях операция завершена наложением первичного межкишечного анастомоза, в 8(66,7%) случаях – выведением проксимальной колостомы. После проведения интраоперационной декомпрессии толстая кишка уменьшалась в размерах, значительно облегчались манипуляции в брюшной полости. При наличии у больных расширения петель тонкой кишки интраоперационно толстокишечная декомпрессия дополнялась назоинтестинальной интубацией 2-х просветным зондом. На 2-е сутки после операции у больных отмечали появление перистальтики кишечника, функционирование колостомы. Осложнений и летальных исходов не наблюдали.

ВЫВОД

Применение до- и интраоперационной декомпрессии с использованием ирригационно-аспирационной системы у больных с ООН позволяет расширить показания к наложению первичного межкишечного анастомоза, облегчает манипулирование в брюшной полости и, тем самым, позволяет снизить опасность травмы в ходе оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде у таких больных менее выражен синдром кишечной недостаточности, что приводит к снижению числа послеоперационных осложнений.

ОСТРАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ: КРИТЕРИИ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИЯМ

Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Тимербулатов Ш.В., Гареев Р.Н., Ахмеров Р.Р.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Более чем в 90% случаев острая толстокишечная непроходимость обусловлена злокачественной опухолью ободочной и прямой кишок. Послеоперационная летальность среди больных с данной патологией достигает 44%, а послеоперационные осложнения – 40%.

МЕТОДЫ

Нами пролечено 85 больных острой толстокишечной непроходимостью: 49(57,6%) мужчин и 36(42,4%) женщин. Большинство больных были старше 60 лет. Наличие острой обструктивной толстокишечной непроходимости подтверждалось клиническими, рентгенологическими, ультразвуковыми, эндоскопическими методами исследования. Интраабдоминальное давление измерялось путем измерения давления в мочевом пузыре, желудке, прямой кишке. Степень внутрибрюшной ишемии оценивалась по уровню лактата и рН крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 70(82,3%) случаях интраабдоминальное давление превышало 10 мм рт. ст. У 28(32,9%) больных оно находилось в пределах 10-15 мм рт. ст., а уровень лактата и рН крови не превышали показатели нормы. Данные больные оперировались не позже 24 часов от момента поступления. У 26(30,6%) больных интраабдоминальное давление находилось в пределах 16-25 мм рт.ст., в крови имел место слабо выраженный ацидоз, уровень лактата находился в пределах 2-8 ммоль/л. Из данных больных до операции 8(9,4%) произведена лазерная реканализация толстой кишки, 8(9,4%) зондовая декомпрессия, после чего у 12(14,1%) больных в течение 6 часов интраабдоминальное давление снизилось на 4,5±0,48 мм рт. ст. При неэффективности дооперационной декомпрессии данные больные оперировались не позже 12 часов от момента поступления. У 16(18,8%) больных уровень интраабдоминального давления превышал 25 мм рт.ст., в крови имели место выраженный ацидоз и повышение уровня лактата более 10 ммоль/л. Эти больные оперировались не позже 2 часов после предоперационной подготовки. Минилапаротомия с колостомией выполнены в 14(16,5%), лапаротомия с колостомией в 19(22,4%), обструктивная резекция толстой кишки в 11(12,9%), резекция кишки с формированием межкишечного анастомоза в 41(48,2%) случаях. У 2(2,4%) больных повышение интраабдоминального давления явилось индикатором несостоятельности швов анастомоза.

ВЫВОДЫ

Измерение интраабдоминального давления, рН и уровня лактата крови позволяют объективно оценить тяжесть острой толстокишечной непроходимости, эффективность консервативного лечения, своевременно выставить показания к экстренной операции.

РАСШИРЕННЫЕ И КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Тимербулатов Ш.В., Гареев Р.Н., Ахмеров Р.Р.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Колоректальный рак занимает одно из ведущих мест в структуре онкологических заболеваний. Относительная пятилетняя выживаемость составляет примерно 40%. Ведущей причиной летальности у больных, перенесших радикальные оперативные вмешательства, является опухольная диссеминация в брюшной полости.

МЕТОДЫ

Нами проведен анализ результатов лечения 202 больных со злокачественными опухолями толстой кишки. Среди больных 62(30,7%) были мужчины и 140(69,3%) женщины. Большинство больных (82,2%) были старше 60 лет. 109(54%) больных оперировано экстренно, 93(46%) в плановом порядке. Летальность составила 12,4% (25 больных). У 18(8,9%) больных ввиду нерезектабельности опухоли или тяжести состояния больных проведено паллиативное лечение – колостомия, 184(91,1%) больным проведены радикальные операции. У 74(36,6%) больных проведены расширенные и комбинированные операции. При этом у плановых больных 50 (53,8% плановых операций), у экстренных 24(22,0% экстренных операций), 60 больным оперированы при местнораспространенном процессе, 8 больным при солитарных метастазах и 6 больным с сочетанием местного распространения и метастазов. Левосторонняя гемиколэктомия выполнена 17 (23,0%) больным, правосторонняя гемиколэктомия 14(18,9%), резекция поперечной ободочной кишки 6(8,1%), резекция сигмовидной кишки 16(21,6%), внутрибрюшная резекция прямой кишки 15(20,3%), брюшноанальная резекция 3(4,1%) и экстирпация прямой кишки 3(4,1%) больным.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Методом выбора при распространенном раке толстой кишки являются расширенные и комбинированные вмешательства. Они включали в себя расширенную лимфодиссекцию 59(79,7%), резекцию тонкой кишки – 15(20,3%), резекцию печени (гемигепатэктомию) – 8(10,8%), субтотальную колэктомию – 7(9,5%), резекцию мочевого пузыря – 5(6,7%), ампуэктомию матки – 3(4,1%), иссечение участка передней брюшной стенки – 3(4,1%), краевую резекцию желудка – 2(2,7%), резекцию стенки влагалища – 2(2,7%), резекцию мочеточника – 2(2,7) нефрэктомиию – 1(1,3%). У 12(16,2%) больных после комбинированных операций возникли послеоперационные осложнения. Чаще развивалось нагноение операционной раны – 7(58,3%), пневмония – 3(25,0%), абсцесс брюшной полости – 1(8,3%), ТЭЛА – 1(8,3%). При этом количество осложнений в группе со стандартными оперативными вмешательствами составило 17,1%. Летальность после комбинированных операций составила 8,1% (6 больных).

ВЫВОДЫ

Выполнение комбинированных операций при адекватном выборе объема операции не приводит к увеличению послеоперационных осложнений и летальности и улучшает качество жизни данной категории больных.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Тотиков З.В., Тотиков В.З.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты лечения больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью путем совершенствования хирургической тактики и создания условий для проведения комбинированных и комплексных методов лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находился 431 больной, госпитализированный в экстренном порядке с клиникой острой непроходимости. Из них мужчин было 250(58,0%), женщин 181(42,0%). Средний возраст больных составил 65 лет. Из 431 больного у 244(56,6%) опухоль локализовалась в различных отделах ободочной кишки, и у 187(43,4%) пациентов опухоль располагалась в прямой кишке. Из 431 больного у 369(85,6%) выявлена аденокарцинома различной степени дифференцировки, у 29(6,7%) – недифференцированный рак, у 25(5,8%) – муцинозная аденокарцинома, у 8(1,9%) – перстневидно-клеточный рак. У 191(44,3%) больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью, имелись регионарные или отдаленные метастазы или имело место распространение опухоли на соседние органы.

Всем поступившим больным помимо общеклинических методов исследования, использовали обзорную рентгенографию брюшной полости, УЗИ, пальцевое исследование, колоноскопию (ректороманоскопию) или ирригоскопию. Компьютерную томографию выполнили 35 больным.

Обзорная рентгенография брюшной полости выполнялась не только для диагностики непроходимости, но и для прогнозирования исхода деком-

прессионной терапии.

В клиническом течении острой обтурационной непроходимости толстой кишки на фоне декомпрессионной терапии выделяем 4 стадии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

I стадия нарушения проходимости толстой кишки выявлена у 132(30,6%) больных. II – у 155(36,0%), III – у 97(22,5%) и IV – у 47(10,9%) пациентов.

При I стадии при любой локализации опухоли оперативные вмешательства выполнялись через 7-10 дней после разрешения непроходимости и проведения необходимой предоперационной подготовки с формированием первичного анастомоза. При 2-3 стадиях на первом этапе выполнялась попытка реканализации ракового канала, в случае успеха тактика была аналогична I стадии. В случае неудачи в течение 24 часов при 2 стадии и 12 часов при 3 стадии выполнялось оперативное вмешательство. При локализации опухоли в правых отделах, невысоком анестезиологическом риске и не измененных петлях подвздошной кишки выполнялись первичные радикальные правосторонние гемиколэктомии с формированием анастомоза. При вовлечении в непроходимость тонкой кишки и невозможности интраоперационной ее подготовки, выполнялись правосторонние гемиколэктомии с наложением илео- и трансверостоми. У пациентов с тяжелым физическим состоянием на первом этапе выполнялись илеостоми из минидоступа, на втором – спустя 7-10 дней, производилась гемиколэктомия с наложением анастомоза. Илеостома через минидоступ на первом этапе накладывалась так же при раке поперечной ободочной кишки. Второй радикальный этап с наложением анастомоза выполнялся через 7-10 дней. При поражении левых отделов и прямой кишки выполнялись на первом этапе трансверостоми или илеостоми из минидоступа. На втором этапе, как правило, спустя 7-10 дней после необходимой предоперационной подготовки выполнялось радикальное вмешательство с формированием анастомоза и сохранением существующей стомы.

При необходимости проводилась предоперационная химиолучевая терапия или интраоперационная внутритраоперационная химиотерапия. Третий этап – закрытие стомы локальным доступом, как правило, проводился спустя 2-3 месяца.

У пациентов, у которых наряду с клиникой непроходимости имелись признаки перитонита (4 стадия) в экстренном порядке выполнялись первичные резекции с формированием стом, в том числе, по разработанному в клинике способу.

Различные послеоперационные осложнения выявлены у 79(18,3%) больных, послеоперационная летальность составила 5,1% (22 больных).

ВЫВОДЫ

Предложенная классификация обтурационной непроходимости толстой кишки и лечебно-диагностический алгоритм позволяют четко определить длительность предоперационной подготовки, объем и вид оперативного вмешательства, а также снизить количество послеоперационных осложнений, летальных исходов и создать условия для проведения комбинированных и комплексных методов лечения. Внедрение трехэтапных оперативных вмешательств с укороченным межоперационным периодом позволяет отказаться от операции по типу Гартмана и избежать тяжелых реконструктивно-восстановительных этапов.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ

Тур Г.Е., Тур А.Г., Ролевич И.И.

Минский городской клинический онкологический диспансер, г. Минск, Республика Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ

В структуре заболеваемости злокачественных новообразований колоректальный рак занимает 3-е место. Печень является одной из наиболее частых локализаций отдаленных метастазов у пациентов данной локализации. На момент установления диагноза у 20% пациентов выявляют метастазы в печень. Для лечения этой категории пациентов применяются различные методы лечения, в т. ч. хирургический. Резекция печени с метастазами колоректального рака способствует улучшению результатов лечения. Основными требованиями для хирургического лечения метастазов колоректального рака в печень являются хирургическая безопасность вмешательства и возможность радикального удаления метастатической опухоли.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить непосредственные результаты резекции печени по поводу множественных метастазов колоректального рака.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проведено ретроспективный анализ историй болезни 87 пациентов, которым за период с 1 января 2002 по 31 декабря 2011 года в Минском городском клиническом онкологическом диспансере было проведено хирургическое лечение по поводу колоректального рака с множественными метастазами в печень.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди пациентов было 49 женщин и 38 мужчин (1,3:1). Средний возраст пациентов составил 60,3±10,2 (37-78) лет. Первичная опухоль локализовалась в правом фланге ободочной кишки у 16(18,4%) пациентов, в левом фланге – у 4(4,6%), в сигмовидной кишке – у 26(29,9%), в области ректо-сигмоидного соединения – у 16(18,4%), и у 25(28,7%) пациентов был диагностирован рак прямой кишки. Средний максимальный размер первичной опухоли составил 7,6±2,4 (3-15) см. Метастазы в лимфоузлы были верифицированы у 58 пациентов (66,7%). Метастазы в левой

доле печени были выявлены у 13(14,9%) пациентов, в правой доле – у 27(31%), и в обеих долях – у 48(55,1%) больных. Средний максимальный размер метастатических опухолей печени составил 3,7±5,2 (0,5–9) см. Количество метастазов в печень варьировало от 2 до 12. Окончательное решение о проведении резекции печени принималось после ревизии органов брюшной полости во время операции консилиумом.

Резекция печени была произведена синхронно с операцией по поводу первичной опухоли у 60(68,9%) пациентов, метастазно – у 27(31,1%). Два метастаза были резецированы у 44(50,6%), 3 метастатические опухоли – у 21(24,1%), и более 3 – у 22(25,9%) пациентов. Атипичная резекция («метастазэктомия») была произведена у 48(55,2%) пациентов, сегментарная резекция – 33(37,9%) пациентам, и гемигепатэктомия – 6(6,9%) пациентам. С целью абластики, во время резекции печени соблюдался принцип «радикальности», при котором стремились отступить до 2 см от макроскопически определяемых границ опухоли, однако, справедливости ради следует отметить, что это не всегда представлялось возможным.

При синхронных операциях производилась срединная лапаротомия, а при метастатических резекциях печени, у всех пациентов в анализируемой группе – лапаротомия по Кохеру. При синхронных операциях, первоначально производилась резекция печени с целью последующего динамического контроля гемостаза. При резекциях печени использовались метод ультразвуковой хирургической диссекции (с помощью аппарата «Sonosca 300»), аргоно-плазменная коагуляция (с помощью аппарата «Erbe»), гемостатические узловатые швы с «биотампонированием» лоскутами сальника, фасции Герота и круглой связкой. Гемиколоноэктомия справа синхронно была выполнена 14 пациентам, гемиколоноэктомия слева – троим. Резекция сигмовидной кишки синхронно с резекцией печени выполнена 19 пациентам, передняя резекция прямой кишки – 15, операция Гартмана – 4, экстирпация прямой кишки – 3, задняя тазовая экзентерация – 1, и реконструктивно-восстановительная операция – 1, соответственно. Гемотрансфузия (инфузия эритроцитной массы и/или свежезамороженной плазмы), по решению консилиума с участием хирургов и анестезиолога, потребовалась во время 39(44,8%) операций, при атипичных резекциях («метастазэктомиях») – только у 17,1% пациентов. Послеоперационные осложнения возникли у 12(13,8%) пациентов. Печеночная недостаточность была выявлена у 2,3%, гидроторакс – у 3,4%, гематома в зоне резекции печени – у 5,7%, несостоятельность кишечного анастомоза после синхронных операций – у 3,4%, воспаление раны – 6,9%, нарушение мозгового кровообращения и мочевой свищ – у 1,2% пациентов, соответственно. В анализируемой группе пациентов не было случаев послеоперационной летальности.

ВЫВОДЫ

1. Резекция печени по поводу множественных метастазов колоректального рака не приводила к существенному повышению показателей послеоперационных осложнений и летальности, как при синхронных, так и при метастатических операциях.
2. Наличие множественных метастазов не является противопоказанием для хирургического лечения, в том числе, синхронно с удалением первичной опухоли.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ЖЕЛУДОЧНО-ОБОДОЧНОЙ ФИСТУЛОЙ

Тур Г.Е., Тур А.Г., Ролевич И.И.

Минский городской клинический онкологический диспансер, г. Минск, Республика Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одним из осложнений рака ободочной кишки является желудочно-ободочный свищ, который встречается, по данным различных авторов, в 0,5–2,5% случаев местно-распространенного рака ободочной кишки. Нередко подобное осложнение приводит к быстрому истощению пациента, что делает невозможным выполнение радикальной хирургической операции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 16 пациентов, которым было выполнено радикальное хирургическое лечение в Минском городском клиническом онкологическом диспансере по поводу рака ободочной кишки, осложненного желудочно-ободочной фистулой за период с 1 января 2003 по 31 декабря 2011 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди пациентов было 11 женщин и 5 мужчин (соотношение 2,2:1). Средний возраст составил 67,5±7,4 (56–77) лет. У 7(43,8%) пациентов первичная опухоль локализовалась в дистальном отделе, у 4(25%) – в средней трети поперечно-ободочной кишки, и у 5(31,2%) – в области селезеночного изгиба. Желудочно-ободочная фистула была выявлена до операции, по данным эндоскопического и рентгенологического обследования, по большей кривизне тела желудка у 13(81,3%) пациентов, и у 3(18,7%) пациентов – в антральном отделе. Морфологически у всех пациентов была верифицирована умеренно-дифференцированная аденокарцинома, до операции и в желудке и в толстой кишке – у 11(68,8%). В исследуемой группе всем пациентам была выполнена комбинированная операция по удалению первичной опухоли и резекции желудка: левосторонняя гемиколоэктомия – у 11(68,8%), резекция ободочной кишки – у 5(31,2%). Локализация желудочно-ободочного свища по большой кривизне позволила выполнить атипичную резекцию тела желудка со свищем у 14(87,5%) пациентов, 2(12,5%) пациентам была произведена дистальная субтотальная резекция желудка. У всех пациентов был сформирован первичный термино-терминальный толстокишечный

анастомоз послыйным непрерывным швом. Ушивание края резекции желудка у 10(62,5%) пациентов произведено послыйным непрерывным швом и 6 больным (37,5%) – механическим швом и серозно-мышечным швом. Всем пациентам производилась назо-гастральная интубация. Морфологически у 14(87,5%) пациентов в области фистулы был выявлен рост аденокарциномы, у 2(12,5%) пациентов – желудочно-ободочная фистула развивалась в зоне опухоли ободочной кишки, как следствие кишечной непроходимости и перифокального гнойно-некротического воспалительного процесса. Опухолевого роста в краях резекции желудка и толстой кишки выявлено не было ни у одного пациента. Послеоперационной летальности в исследуемой группе пациентов не было. Послеоперационные осложнения выявлены у 10(62,5%) пациентов. В послеоперационном периоде у 9(56,3%) пациентов отмечены явления гастростаза, потребовавшие зондовой декомпрессии в течение 5–7 дней. Несостоятельности толстокишечных, желудочно-кишечных анастомозов и швов края резекции желудка не было.

ВЫВОДЫ

1. Наличие желудочно-ободочной фистулы как следствие осложнения местно-распространенного рака ободочной кишки является показанием для выполнения комбинированной резекции ободочной кишки или гемиколоэктомии.
2. Локализация фистулы по большой кривизне позволила выполнить органосохраняющую атипичную резекцию желудка без нарушения принципов радикализма у 87,5% пациентов
3. В послеоперационном периоде наиболее частым осложнением был гастростаз, потребовавший зондовой декомпрессии.
4. Выполнение комбинированных оперативных вмешательств не способствовало увеличению показателей послеоперационных осложнений и летальности.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Фомин А.В.,¹ Подолский С.Г.,² Ковалёва Л.А.,¹ Деркач В.И.¹

¹ УО Витебский государственный ордена Дружбы Народов медицинский университет

² УЗ Витебская городская больница скорой медицинской помощи, г. Витебск, Республика Беларусь

При системном подходе к изучению патогенеза кишечной непроходимости в последнее время выделен синдром энтеральной недостаточности, который является главной причиной эндогенной интоксикации, абдоминального сепсиса и полиорганной недостаточности. Из числа пациентов, оперированных в общехирургическом стационаре г. Витебска по поводу острой кишечной непроходимости по последние 5 лет с 2009 по 2013 год 32% составляли лица с обтурацией кишки опухолью.

ЦЕЛЬ

Анализ нарушений систем гомеостаза у пациентов острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза для ранней профилактики осложнений и оптимизации исходов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Анализируются результаты лечения и метаболические показатели 49 пациентов, находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии ВГМУ по поводу острой кишечной непроходимости опухолевого генеза (ОКН). Мужчин было 21, женщин – 28. Средний возраст пациентов 70,3±5,4 года. Опухоль локализовалась в правой половине ободочной кишки у 14 пациентов, в поперечноободочной – у 2, в левой половине ободочной – у 7, в сигмовидной – у 19, в прямой – у семи пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По экстренным и срочным показаниям оперировано 42(85,7%) пациента. Радикальные операции выполнены в 81,5% случаев. По тяжести течения послеоперационного периода и исходам пациенты разделены на 3 группы. Первая группа – пациенты с относительно благоприятным течением послеоперационного периода, выписанные на амбулаторное лечение в срок до 15 суток – 13(26,5%) человека, средний возраст 60,3±5,8 лет. Вторая группа – пациенты с тяжелым течением послеоперационного периода и выписанные на амбулаторное лечение через 15 и более суток после оперативного вмешательства – 22(44,9%) человека, средний возраст 73,1±7,5 лет. Третья группа – умершие после операции – 14(28,6%) человек, средний возраст 78,0±6,9 лет. Смерть у пациентов наступила на 4,2±2,1 сутки. По продолжительности операции группы достоверно не отличались.

Интраоперационно установлено, что петли тонкой кишки были расширены более 5 см, а диаметр толстой кишки превышал 10 см в 86% случаев. У пациентов с благоприятным течением послеоперационного периода диаметр тонкой кишки во время операции был равен 3,6±0,6см, толстой 8,4±1,2см. У пациентов с осложнённым течением послеоперационного периода диаметр тонкой кишки 4,7±0,9 см, толстой 11,2±1,3 см. У умерших после оперативного вмешательства, диаметр тонкой кишки 4,4±1,0 см, толстой – 14,2±1,3 см. У пациентов с благоприятным течением в 28,6% в комплексе лечебных мероприятий выполнена назогастроинтестинальная интубация, у пациентов с осложнённым течением назогастроинтестинальная интубация выполнена в 14,3% случаев. У умерших пациентов назогастроинтестинальная интубация не выполнялась.

При поступлении у пациентов всех групп отмечено снижение белка сыворотки крови до 54,1±5,3 ммоль/л. Отмечено повышение уровня мочевины до 9,3±3,4 ммоль/л и креатинина до 0,11±0,01 у пациентов с осложнениями. У умерших пациентов при поступлении уровень мочевины 16,3±4,3 ммоль/л, уровень креатинина 0,11±0,02 ммоль/л.

Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) был повышен у 94% пациентов. Более чем в 2 раза ЛИИ превышал показатели нормы у 14,3% пациентов с благоприятным течением послеоперационного периода у 57% пациентов с тяжелым течением и в 66,7% у умерших пациентов. Полиорганная дисфункция, выше двух баллов по SOFA у пациентов с благоприятным течением послеоперационного периода не наблюдалась, при тяжелом течении послеоперационного периода она отмечена в 14% случаев, у умерших пациентов 3 и более баллов по SOFA отмечены в 100% случаев. Шкала Глазго была повышена в 14,3% случаев в группе с благоприятным течением послеоперационного периода, в 7,1% в группе лиц с тяжелым течением заболевания и в 83,3% в группе умерших пациентов. Неблагоприятный прогноз, по данным шкалы SAPS II, при гладком течении послеоперационного периода был определен в 4%, у лиц с тяжелым течением – в 9,9%, у умерших пациентов в 56,7%.

ВЫВОДЫ

При обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза вторичная энтеральная недостаточность с эндогенной интоксикацией и выраженными клиническими проявлениями имеет место у 96% пациентов. Системы SOFA и SAPS II Глазго позволяют судить о прогнозе заболевания и эффективности терапии. Одним из методов коррекции эндогенной интоксикации можно считать выполнение назогастроинтестинальной интубации тонкой кишки, что в условиях пареза способствует оптимизации эвакуаторной функции.

ТОТАЛЬНЫЕ ЭКЗЕНТЕРАЦИИ МАЛОГО ТАЗА ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Хватов А.А., Майстренко Н.А.,
Сазонов А.А., Учваткин Г.В., Шерстнова Е.М.

Кафедра факультетской хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, отделение онкологии №2 Ленинградской областной клинической больницы, г. Санкт-Петербург, Россия.

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы наметилась устойчивая тенденция неуклонного роста заболеваемости раком прямой кишки, при этом Санкт-Петербург и Ленинградская область занимают лидирующие позиции по этому показателю среди других регионов Российской Федерации. Мероприятия, направленные на создание системы диспансеризации и ранней диагностики онкологических заболеваний на данный момент остаются малоэффективными. Подтверждением этого является достаточно частое выявление местнораспространенного рака прямой кишки, который отмечается у 20-30% больных. Однако при отсутствии определенных метастазов даже у этой категории больных открываются перспективные радикального хирургического лечения, при этом единственным эффективным вариантом оперативного пособия остается экзентерация малого таза.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить эффективность применения тотальной экзентерации малого таза в лечении пациентов с местнораспространенным раком прямой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С сентября 2000 г. по февраль 2014 г. на отделении онкологии №2 Ленинградской областной клинической больницы тотальные экзентерации малого таза были выполнены 17 пациентам с местнораспространенным раком прямой кишки (9 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 37 до 71 года. У 10 из них имелись рецидивы опухоли, а в 7 случаях был диагностирован первичный местнораспространенный рак. Все больные проходили комплексное обследование, основными задачами которого было определение: распространенности опухолевого процесса, функциональных резервов организма, «анатомической» и «физиологической» резектабельности опухоли. Диагностическая программа включала: УЗИ, МРТ и КТ брюшной полости и малого таза, контрастную урографию. Прорастание опухоли в кости малого таза или подвздошные сосуды рассматривалось как ограничивающий фактор, но не являлось абсолютным противопоказанием. Наличие регионарных метастазов не считалось причиной отказа от операции, поскольку всем пациентам после удаления комплекса тазовых органов выполнялась двусторонняя аортоподвздошная и тазовообтураторная лимфодиссекция.

9 больным с интактной диафрагмой тазового дна были произведены тотальные супралевавторные экзентерации с полной реконструкцией органов малого таза. После удаления комплекса тазовых органов и лимфодиссекции сначала формировали прямой или резервуарный колоанальный анастомоз. Второй этап реконструкции органов малого таза был направлен на реализацию одного из методов деривации мочи с формированием континентного ортопического (тазового) тонкокишечного неочеиста по методике R. Hautmann или илеоцекального мочевого резервуара. Заключительным этапом висцеральной реконструкции при супралевавторных экзентерациях у пациентов было выполнение сигмовивагопластики. Сигмотрансплантат формировался из дегуберализованного отсеченного дистального участка низведенной в малый таз сигмовидной кишки длиной 12-16 см на сосудистой ножке сохраненной аркады брыжейки.

Тотальные инфралевавторные тазовые экзентерации были выполнены 8 больным, что подразумевало удаление у них диафрагмы таза и тканей промежности и в ряде случаев требовало применения одного из методов кожно-мышечной пластики для закрытия обширных промежностных дефектов. Для реализации этой задачи наиболее часто в качестве пластического материала применяли кожно-мышечный лоскут с внутренней поверхности бедра на портняжной и нежной мышцах. Ограниченные

возможности реконструктивного этапа инфралевавторных экзентераций были реализованы в рамках физиологического минимума, который включал: формирование концевой сигмостомы и илеококуита по типу Bricker с урлолестомой в правой подвздошной области.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем больным были выполнены тотальные экзентерации в радикальном объеме – R0, при этом в 100% случаях, по данным последующего морфологического исследования, опухолью были поражены все удаленные органы малого таза, что полностью коррелировало с данными предоперационной диагностики. Средняя продолжительность хирургического вмешательства составила 350 минут, средний объем кровопотери – 600 мл, средняя продолжительность госпитализации – 17 суток. Интраоперационной летальности не было. В послеоперационном периоде умер 1 пациент. Развитие послеоперационных осложнений произошло у 9 человек, при этом «большие» осложнения (требующих применения активной хирургической тактики) были отмечены только в 3 случаях. Средняя продолжительность жизни больных составила 34 месяца.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выполнение тотальной экзентерации малого таза не только существенно увеличивает продолжительность жизни пациентов, но и в случае применения реконструктивных методик позволяет вернуть их качество жизни на высокий уровень, а также добиться морально-психологической и социальной реабилитации.

КЛИНИКО-ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Хитарьян А.Г.,^{1,3} Глумов Е.Э.,² Мизиев И.А.,³ Карпова И.О.,¹ Болов З.С.,¹ Ковалев С.А.,¹ Провоторов М.Е.,¹ Воронова О.В.¹

¹ НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный»,

² ГБУ РО «ОНКОДИСПАНСЕР»,

³ ФГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет им.Х.М.Бербекова», г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Больные с острой толстокишечной непроходимостью, обусловленной опухолью левой половины ободочной и прямой кишки остаются одними из самых тяжелых контингентов пациентов, поступающих по скорой помощи. Современная хирургия имеет целый ряд малотравматичных технологий оказания малоинвазивной помощи таким больным, включающей интестинальную дооперационную детоксикацию, толстокишечное стентирование, лапароскопические вмешательства и др. Располагая таким широким арсеналом технологических приемов, для определения тактики лечения пациента необходимо до операции оценить состояние кишечника выше места обструкции, так как деструктивно-некротические процессы в этой зоне могут обресть на неудачу малоинвазивные методы лечения.

ЦЕЛЬ

Для повышения эффективности дооперационной семиотики больных с толстокишечной непроходимостью было проведено ретроспективное рандомизированное исследование больных с данной патологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было рандомизировано 40 больных, поступивших с острой толстокишечной непроходимостью – 16 мужчин и 24 женщины в возрасте от 49 до 82 лет. Больные были разделены на 2 группы методом случайных выборок. В первую группу вошло 19 пациентов, у которых при послеоперационном морфологическом обследовании были выявлены только воспалительные изменения в стенке толстого кишечника выше места опухолевого препятствия, у больных 2-й группы – 21 пациент, были выявлены парабиотические и некротические изменения. В 3-х случаях имела место опухоль в области селезеночного изгиба, в 2-х – нисходящей ободочной кишки, 13 – сигмовидной кишки, 17 – ректосигмоидного перехода, 5 – был выявлен рак верхнеампулярного отдела прямой кишки. До операции всем больным проводили стандартное клинико-инструментальное обследование, так же пациентов оценивали по прогностической шкале SOFA, выполняли sonoграфию толстого кишечника выше обструкции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе параметров клинико-инструментального обследования у больных 2-х групп было выявлено, что наиболее информативными для определения деструктивных изменений в кишечной стенке было sonoграфическое состояние кишечника выше обструкции. У всех пациентов первой и второй группы до операции выявляли ультразвуковой симптом поражения полого органа, при этом выраженное утолщение стенки более 4 мм отмечалось у 2-х пациентов 1-й группы и у всех пациентов второй (p<0,05). У 18 пациентов второй группы, кроме утолщения стенки кишки, отмечался симптом удвоения стенки полого органа. Так же достоверными были различия p<0,05 при анализе дооперационного состояния больных по системе SOFA. У 17 пациентов 2-й группы показатель суммарной интегральной оценки составил более 4 баллов, у больных 1-й группы признака развивающейся полиорганной недостаточности по данным суммарной балльной оценки параметров по шкале SOFA более 4 баллов отмечалось лишь у 2(5%) пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявление ультразвукового симптома поражения полого органа с утолщением кишечной стенки выше обструкции более 4 мм, появление слоистости кишечной стенки в сочетании с признаками начинающейся полиорганной недостаточности по шкале SOFA с высокой вероятностью свидетельствуют о деструктивно-некротических процессах в кишечной стенке, что нужно учитывать при определении тактики малоинвазивного лечения больных с толстокишечной непроходимостью.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ САМОРАСШИРЯЮЩИХСЯ СТЕНТОВ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ КИШЕЧНИКА

Хитарьян А.Г.,^{1,3} Глумов Е.Э.,² Мизиев И.А.,³ Карпова И.О.,¹ Болов З.С.,¹ Ковалев С.А.,¹ Провоторов М.Е.,¹ Воронова О.В.¹

¹ НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный»,
² ГБУ РО «ОНКОДИСПАНСЕР»,
³ ФГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова», г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

По различным статистическим данным, в РФ рак толстой кишки переместился с 6-го на 4-е место у женщин и 3-е у мужчин, уступая лишь раку легкого, желудка и молочной железы. В качестве осложнения полная или частичная непроходимость кишечника может встречаться в 8-29% случаев и при проведении хирургического лечения по экстренным показаниям чаще всего заканчивается формированием колостомы, что значительно ухудшает качество жизни пациентов и увеличивает период подготовки перед радикальной операцией. Послеоперационная летальность у таких больных, по данным литературы, может достигать 15-20%. Альтернативой является стентирование зоны обструкции металлическим саморасширяющимся стентом.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка результатов колоректального стентирования на основании первого опыта использования саморасширяющихся нитиноловых стентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2007 по 2013 гг. нами установлены 18 металлических саморасширяющихся стента 18 пациентам. Из них 11 мужчин и 7 женщин, средний возраст 64,2 года (от 54 до 82 лет). Все пациенты были госпитализированы в стационар по «скорой помощи» с клинико-рентгенологической картиной острой или частичной непроходимости кишечника через 2-7 суток от начала заболевания. Для точности постановки диагноза перед стентированием выполнены обзорная рентгенография органов брюшной полости (n=18); ирригография (n=18); УЗИ брюшной полости (n=18); фиброколоноскопия (n=18). Причинами непроходимости кишечника послужили: рак нисходящего отдела ободочной кишки (n=8), рак нижней трети сигмовидной кишки (n=6), рак прямой кишки (n=2); доброкачественная структура области анастомозов после ранее выполненных резецирующих вмешательств (n=3).

Специальной предоперационной подготовки кишечника пациентам не проводилось. Для восстановления проходимости кишечника использовали саморасширяющиеся колоректальные металлические стенты различных модификаций: Endo-Flex – Endo-Flex GmbH (Германия), Egis – Medi-Globe GmbH (Германия), Hanarostent – M.I. Tech (Южная Корея) и Enterella – «Ella-cs» (Чешская республика). Все манипуляции по установке стента проводили под рентгенологическим контролем с последующим эндоскопическим контролем.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Технически стентирование успешно выполнено у всех больных. Средняя продолжительность вмешательства составила 51,3 мин. (от 40 до 70 минут). Осложнений во время стентирования не было. Окончательное расправление стентов наблюдалось от 1-х до 3-х суток после их установки. У всех пациентов основные симптомы непроходимости кишечника регрессировали в течение 1-2 суток после установки стента. В послеоперационном периоде: у 2 пациентов с раком прямой кишки беспокоили жалобы на частые позывы на дефекацию, у 4 пациентов – на частый жидкий стул. 11 пациентам на 3-5 сутки после установки стента и проведения предоперационной подготовки были выполнены радикальные операции. В 7 случаях: 3 – после установки стента в область доброкачественной стриктуры и 4 – стентирование произведено в качестве паллиативного вмешательства, выполнение радикальной операции признано невозможным вследствие распространения опухолевого процесса и тяжести сопутствующих заболеваний. Сроки наблюдения составляют от 1 до 5 лет.

ВЫВОДЫ

Использование в экстренной хирургии металлических нитиноловых саморасширяющихся колоректальных стентов для ликвидации острой обтурационной непроходимости кишечника различного генеза является перспективным, малотравматичным, эффективным и экономичным выгодным методом, способным как повысить качество предоперационной подготовки, так и улучшить качество жизни пациентам с неоперабельным раком толстой кишки в качестве окончательного способа лечения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕХНОЛОГИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ИМТ>30

Хитарьян А.Г., Мизиев И.А., Глумов Е.Э., Велиев К.С., Провоторов М.Е.

НУЗ «ДКБ на ст. Ростов-Главный», г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным ВОЗ, общемировая заболеваемость колоректальным раком составляет 20,3 случая, а смертность – 9,6 случаев на 100000 населения. Аналогичные показатели для РФ составляют 23,8 и 15,2, соответствен-

но, что определяет 4 место колоректального рака по частоте возникновения и 2 место как причина смерти.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Ведущим методом лечения больных колоректальным раком остается хирургический. Последние десятилетия активно пропагандируется выполнение у этой категории больных видеоэндоскопических операций. Однако, если для рака ободочной кишки преимуществу лапароскопического подхода были подтверждены рядом крупных рандомизированных исследований, то целесообразность выполнения лапароскопических операций при раке прямой кишки подвергается дискуссии, особенно у больных с ИМТ>30. Выполнение видеоассистированных операций у больных с ИМТ>30 имеет ряд недостатков, таких как неудобство маневра, трудности визуализации анатомических ориентиров и сохранение анатомического слоя, снижение мобильности и укорочение брыжейки ободочной кишки. Вместе с тем, именно у пациентов с ИМТ>30 лапароскопический вариант операции позволяет существенно снизить ее травматичность, поэтому разработка технических приемов выполнения лапароскопических вмешательств весьма актуальна у данного контингента больных.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

При выполнении операций на левой половине ободочной и прямой кишки ключевыми моментами являются высокая перевязка нижних брыжеечных сосудов, мобилизация селезеночного угла, анатомическая препаровка в плоскости фасции Герота и Тольдта, визуализация левого мочеточника и подвздошных сосудов, выделение фасциальной пространств малого таза в пределах фасции Вальдейера и Денонвилля с идентификацией гипогастриального нервного сплетения, степлерная техника наложения анастомоза. У пациентов с ИМТ>30, хирург может встретить дополнительные технические трудности практически на каждом из этих этапов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В нашей клинике при операциях на левой половине ободочной и прямой кишки у пациентов с избыточной массой тела используем комбинированную лапароскопическую и мануально-ассистированную технику в боковой и спинальной позиции.

Операция начинается с укладки пациента в боковой позиции на правом боку. Оперировующий хирург располагается справа от операционного стола. Один троакар устанавливается параумбиликально, второй – на середине расстояния между пупком и лоном, третий троакар устанавливается в левом мезогастрии. Операция начинается с рассечения брюшины левого бокового канала от уровня нижней трети сигмовидной кишки до левого изгиба ободочной кишки. Поперечная ободочная кишка и салынки натягиваются в противоположных направлениях, при помощи ультразвуковых ножниц разделяется желудочно-ободочная связка в бессосудистой зоне, диафрагмально-ободочная и селезеночно-ободочная связка, левый изгиб ободочной кишки свободно смещается книзу и кнутри под силой собственной тяжести. Проксимально ободочную кишку выделяют, пересекая желудочно-ободочную связку до визуализации восходящей ветви двенадцатиперстной кишки. Далее осуществляют латерально-медиальную диссекцию левой половины ободочной кишки в плоскости фасции Тольдта и Герота, при этом легко визуализируется мочеточник, левые подвздошные сосуды. Данный этап продолжается до визуализации нижней брыжеечной вены на всем ее протяжении. Боковой доступ создает удобства для работы в анатомическом слое в плоскость фасции Тольдта, затем фасции Вальдейера, что является залогом бескровного и абластичного дальнейшего выделения мезоректума. Дистальную диссекцию осуществляем до уровня средних прямокишечных артерий. На этом боковой этап завершают, больного переводят в спинальную позицию. В правой подвздошной области устанавливают порт для ручной ассистенции и под дигитальным контролем выделяется нижняя брыжеечная артерия, левая ободочная артерия, которые являются удобными ориентирами при лимфодиссекции апикальных лимфоузлов в области брыжеечных сосудов и аорты, так же мануально можно контролировать контурирование гипогастриальных нервов по передней поверхности аорты. В данной позиции осуществляется высокое пересечение нижней брыжеечной артерии, мануально контролируя место ее отхождения от аорты. Далее практикуем стандартную технику, используя преимущества мануальной ассистенции при тракции опухоли, выделении мезоректума, обработки места нижнего края резекции кишки, наложении на кишку линейного степлера и контроле закрытия циркулярного степлера при наложении анастомоза.

ВЫВОДЫ

Описанная комбинированная лапароскопическая и мануально-ассистированная техника в боковой и спинальной позиции, у пациентов с ИМТ более 30, позволяет повысить удобство хирургического маневра, особенно на этапе мобилизации селезеночного угла ободочной кишки, визуализации мочеточника, лимфодиссекции апикальных лимфоузлов, тракции опухоли и значительно уменьшает время операции.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Хоронько Ю.В., Groшлин В.С., Дмитриев А.В., Помазков А.А.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, отделение хирургическое, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Колоректальный рак занимает 4 место в структуре онкологической заболеваемости и 2 место среди причин онкологической смертности в

мире. Средняя продолжительность жизни пациентов без специфического лечения составляет 2-6 месяцев. 5-летняя выживаемость после радикального хирургического вмешательства составляет около 60%. Лишь у 5-25% лиц удается выполнить радикальную операцию. Данный факт диктует необходимость поиска более эффективных способов лечения подобных пациентов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшить результаты лечения больных с метастатическим поражением печени при колоректальном раке.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В хирургической клинике РостГМУ с 2009 по 2014 на стационарном лечении находились 35 больных колоректальным раком с метастатическим поражением печени. Средний возраст составил 60,4±8,2 года (55-73), мужчин – 17, женщин – 18. Наличие метастазов в печени подтверждалось результатами ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) с ангиографией, магнитно-резонансной томографии (МРТ), и, в ряде случаев, с помощью селективной ангиографии. Билобарные метастазы диагностированы у 15 пациентов, причем отмечено поражение более 50% паренхимы печени. Данным пациентам ввиду нерезектабельности процесса выполнены циторедуктивные операции с дальнейшим проведением курсов системной химиотерапии. Первичный опухолевый субстрат располагался у 20 пациентов в прямой кишке, у 8 – в сигмовидной, а еще 7 – в других отделах ободочной кишки. Во всех случаях выявлена аденокарцинома различной степени дифференцировки. 8 пациентам выполнены симультанные операции: пятерым проведена изолированная радиочастотная термоабляция (РЧА) метастазов, троим – резекция печени и еще одному – клиновидная резекция печени с локальной деструкцией оставшихся узлов. Диаметр опухолей составил от 1,1 см до 5,9 см (средний – 3,1±1,2 см). РЧА выполнялась с УЗ-сопровождением. Показанием к выполнению РЧА являлось наличие четырех и менее метастазов диаметром до 3 см. Общее количество узлов, подвергнутых аппликациям РЧА-электродом, составило 16. Остальным пациентам с нерезектабельными опухолевыми поражениями печени и близостью их расположения к крупным протоковым и сосудистым структурам (менее 10 мм по отношению к ветвям воротной вены, нижней полой вене), мультифокальным метастатическим процессом в пределах преимущественно правой доли проводились сансы селективной трансартериальной хемоземболизации (ТАСЕ) сосудистого русла опухоли. В данной группе пациентов диаметр опухолевых узлов составлял от 7,8 до 13,4 см (в среднем, 11,1±2,1 см). В послеоперационном периоде проводились плановые контрольные осмотры с целью выявления рецидива основного заболевания и метастатического поражения печени. Кроме этого, всем больным проводились курсы системной адъювантной химиотерапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Осложнения после вмешательств на печени по поводу метастазов колоректального рака выявлены в ряде случаев. У одной больной отмечен летальный исход, вследствие несостоятельности толсто-толстокишечного анастомоза после низкой резекции прямой кишки. У всех больных в постоперационном периоде мы наблюдали двух-трехкратное повышение уровня трансаминаз, и незначительное повышение общего билирубина (до 45,6 мкмоль/л). Данные изменения были транзиторными и указанные показатели нормализовались к 7-10 дню послеоперационного периода. У одной больной при контрольном осмотре через 3 месяца выявлена локальная опухолевая прогрессия, в связи с чем выполнен повторный сеанс РЧА. В группе пациентов с резекциями печени специфических осложнений не отмечено. Объем резекции был от атипичной резекции до гемигепатэктомии. Средняя кровопотеря у данных больных, составила 753,9±34,5 мл. При годичном наблюдении рецидивов не выявлено. Отметим, что обязательным этапом оперативного вмешательства являлась лимфаденэктомия из гепато-дуоденальной связи. В 15 случаях нами выявлено метастатическое поражение лимфатических узлов в указанной области. У таких больных нередко отмечается билобарное поражение печени. Этим пациентам выполнялись циторедуктивные операции с последующими курсами химиотерапии. В наших наблюдениях 3-х летняя выживаемость этих больных составила 3,5%, при медиане в 14 месяцев. У остальных пациентов в сроки наблюдения до 12 месяцев выживаемость составила 100%.

ВЫВОДЫ

1. Резекция печени по поводу метастатического поражения является потенциально радикальным методом лечения.
2. Лимфаденэктомия в воротах печени – обязательный этап операции.
3. РЧА является эффективным методом лечения при размерах метастазов не более 3 см и в количестве не более 4.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА СЕКВЕНИРОВАНИЯ «НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ» В ИССЛЕДОВАНИИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФОРМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Цуканов А.С., Шубин В.П., Поспехова Н.И., Сачков И.Ю., Кузьминов А.М., Ачкасов С.И., Рыбаков Е.Г., Фролов С.А., Кашников В.Н., Шелыгин Ю.А.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В России рак толстой кишки (РТК) занимает 2 место по заболеваемости среди всех злокачественных новообразований. От 5 до 10% всех случаев РТК обусловлено наследственными мутациями определенных генов. Основными наследственными формами РТК являются синдром Линча, семейный аденоматоз толстой кишки, а также синдром Пейтца-Егерса.

Для поиска мутаций, вызывающих данные синдромы, в последние годы стали применяться секвенаторы «нового поколения», позволяющие исследовать десятки генов у нескольких пациентов, при этом достоверность полученных результатов достигается многократным прочтением конкретного фрагмента ДНК. Выявление мутации у конкретного пациента помогает врачу в выборе адекватного объема операции, кроме того, необходимо обследование всех кровных родственников таких пациентов на предмет носительства мутации для формирования групп риска.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Исследование разных наследственных форм колоректального рака у российских пациентов с помощью метода секвенирования «нового поколения».

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Поиск наследственных мутаций проводился у 8 пациентов с разными наследственными формами заболевания: у 4 человек предполагался синдром Линча, у 3 – семейный аденоматоз толстой кишки, еще у одного синдром Пейтца-Егерса.

ДНК из лимфоцитов периферической крови выделяли с использованием набора «ПРОБА-ГС-ГЕНЕТИКА» фирмы ДНК-технология. Поиск наследственных мутаций осуществлялся с помощью системы GSJunior фирмы Roche.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для поиска герминальных мутаций была разработана панель, включающая 17 генов, сформированная на основе собственных данных, а также анализа зарубежных литературных источников. Наследственные мутации были обнаружены у 2 из 3 пациентов с семейным аденоматозом толстой кишки – обе в гене APC, у 1 пациента из 4 с предположительным диагнозом синдром Линча – в гене MSH2, а также впервые в России у 1 пациента с синдромом Пейтца-Егерса – в гене STK11. Таким образом, мутации были обнаружены у половины исследуемых пациентов. Поиск мутаций был произведен у 4 их кровных родственников. У 2 человек были найдены аналогичные варианты (что позволило включить их в группу риска с проведением пожизненного клинического мониторинга).

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявлены герминальные мутации в 4 семьях (из 8) с различными наследственными колоректальными раковыми синдромами. Две из 4 мутаций найдены впервые в мире. У 2 родственника носителей мутации выявлены аналогичные варианты. Проведенное исследование продемонстрировало необходимость внедрения метода секвенирования «нового поколения» для исследования разных наследственных форм колоректального рака.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОМИКРОХИРУРГИИ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ В ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОМ ОТДЕЛЕ ПРЯМОЙ КИШКИ.

Чернышов С.В., Рыбаков Е.Г., Кузнецов Н.С.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, г. Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ

Трансанальная эндомикрохирургия (ТЭМ/ТЭО) – метод выбора при доброкачественных опухолях и ранних формах рака прямой кишки. Локализация опухоли в перитонизированной части прямой кишки является лимитирующим уровнем при удалении новообразования. Это исследование представляет опыт ТЭО и частоту соединения с брюшной полостью во время удаления опухоли.

МЕТОДЫ

Больные с аденомами и аденокарциномами (uT1N0) прямой кишки отобраны для операций. Предоперационное обследование включало: пальцевое исследование прямой кишки, ректоскопию с биопсией, колоноскопию, ЭРУЗИ, КТ (МРТ) брюшной полости и малого таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

ТЭО выполнены 137 пациентам. Средний возраст больных составил 63,8±9,8(35-83) лет. Женщин было 90/137(65,7%). Локализация новообразований в верхнеампулярном отделе прямой кишки (11 см и выше от края анального канала), когда имеется потенциальная возможность соединения с брюшной полостью, имелась у 12/137(8,7%) больных. Соединение во время ТЭО с брюшной полостью отмечено у 5/12 больных. У всех больных конверсии в полостную операцию не было, ушивание дефекта производилось со стороны просвета прямой кишки. Все операции завершены контрольной лапароскопией и формированием отключающей сигмостомы. Послеоперационных осложнений не было. Трех пациентам стомы закрыты в сроки 5-6 недель.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Соединение с брюшной полостью во время ТЭО не является критическим событием и при ушивании дефекта через операционный ректоскоп не ведет к конверсии в радикальную операцию.

СОВРЕМЕННЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

Шевченко Ю.Л., Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Ветшев П.С., Левчук А.Л., Андрейцев И.Л., Маады А.С., Назаров В.А.
НМХЦ им. Пирогова, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется более 500 тыс. случаев колоректального рака. За последние 20 лет рак толстой кишки переместился в структуре онкологической заболеваемости населения России с 6-го на 3-е место. На 100 новых больных раком ободочной и прямой кишки приходится более 70 умерших, из них на 1-м году с момента установления диагноза – около 40%.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 466 больных с колоректальными новообразованиями, проходившими обследование и лечение в НМХЦ им.Пирогова с 2010 по 2013 гг. У 85(18,2%) пациентов неоплазии располагались в ободочной кишке. Только в 22(4,7%) случаях опухоли были доброкачественными (ворсинчатая аденома). Из 381 пациента с раком прямой кишки (РПК), у 192(50,4%) опухоль располагалась в верхнеампулярном отделе, в 80(21%) случаях – в среднеампулярном отделе прямой кишки и нижеампулярный РПК был у 109(28,6%) пациентов. Стандартными методами обследования для дооперационной верификации и стадирования заболевания являлись: СКТ брюшной полости, МРТ малого таза, колоноскопия с биопсией, трансректальное эндоскопическое ультразвуковое сканирование (ТЭУС).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Миниинвазивные вмешательства при РПК выполнены у 161(42,3%) пациента. В 24(14,9%) случаях, по данным эндоскопического исследования, СКТ брюшной полости и МРТ малого таза опухоль была стадирована, как T1N0M0, что позволило выполнить трансректальную эндомикрохирургию (ТЭМ). Осложнений в этой группе больных не было. При расположении неоплазии выше 12 см использовали гибкую методику удаления опухоли – резекцию слизистой с диссекцией подслизистого слоя. Из 34 мукозэктомий (12 по поводу раннего рака) послеоперационный период осложнился у 3(8,8%) больных. У 2 пациентов была перфорация кишки, в 1 случае – послеоперационное кровотечение. В процессе разработки лапароскопических операций стало очевидным, что с технических позиций эта технология не разрушает сложившихся онкологических принципов при лечении колоректального рака. Лапароскопические вмешательства при РПК выполнено 82. Передняя резекция прямой кишки (ПР) произведена 49 больным, экстирпация прямой кишки (ЭПК) – 33. Показаниями к лапароскопическим и робот-ассистированным вмешательствам при РПК являлись опухоли T2-3NxM0. Осложнения лапароскопических вмешательств возникли у 11(8,2%) больных. В 2 случаях – кровотечение в брюшную полость, 3 – перфорации полого органа, 2 – повреждения мочеотчика и несостоятельность сигмоэктомии, 2 – повреждения мочеотчика и несостоятельность сигмоэктомии, 2 – повреждения мочеотчика и несостоятельность сигмоэктомии, 2 – повреждения мочеотчика и несостоятельность сигмоэктомии. Показанием к применению роботхирургического комплекса Da Vinci послужил РПК T2NxM0. Робот-ассистированные оперативные вмешательства при РПК были выполнены 53 пациентам, 46 выполнена ПР и 7 ЭПК. Послеоперационный период в этой группе осложнился у 4(7,5%) больных. В 2 случаях послеоперационное кровотечение в брюшную полость и перфорация полого органа у 2 больных. Преимуществами роботической технологии считаем: 7 степеней свободы инструментов, имеющими амплитуду движений, большую, чем у человеческой руки, стереоизображение (3D), обеспечивающее эффект полного присутствия, удобное положение сидя, высочайшая точность при манипулировании в ограниченном пространстве, проведение вмешательств, трудновыполнимых или невыполнимых другими способами. Опыт использования высокотехнологичных оперативных вмешательств (эндовидеолaparоскопических, робот-ассистированных и трансректальных методов) является перспективным направлением развития современной колопроктологии, ориентированном на снижение послеоперационных осложнений и летальных исходов в сочетании с достижением максимальной онкологической эффективности и повышением качества жизни пациентов.

ОЦЕНКА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ПРАВОСТОРОННИХ ГЕМИКОЛЕКТОМИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА (ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Майновская О.А., Сушков О.И., Запольский А.Г.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Лапароскопические вмешательства по поводу рака ободочной кишки в последнее время стали получать широкое распространение. В настоящее время, в основном, применяются три метода лапароскопических вмешательств: лапароскопически-ассистированные (ЛА), операции с ручной ассистенцией (РА), а также операции из единого лапароскопического доступа (ЕЛД). Поскольку операции с РА концептуально отличаются от ЛА и вмешательства из ЕЛД, которые выполняются аподактивно, в исследование вошли пациенты, оперированные только ЛА способом, а также из ЕЛД. Для объективной оценки соблюдения онкологической

безопасности при операциях, выполняемых по поводу рака, необходим тщательный анализ качества удаленного препарата.

ЦЕЛЬЮ ИССЛЕДОВАНИЯ стала оценка морфологических критериев удаленных препаратов у пациентов, перенесших операции по поводу рака правой половины ободочной кишки из ЕЛД и ЛА способом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 78 пациентов. Пациенты первой группы оперированы ЛА способом (n=41), второй – из ЕЛД (n=37). Статистически достоверных различий с p<0,05 по полу, возрасту, ИМТ между группами не было. Все операции выполнены хирургами, владеющими лапароскопическими технологиями. Данные представлены в виде M±σ, характер распределений показателей позволяет корректно использовать методы параметрической статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Длина препарата составила 36,1±13,0 см в 1-й группе, по сравнению с 32,6±5,0 см во 2-й группе, соответственно. Дистальная линия резекции была 13,0±5,7 см в 1-й и 12,9±5,9 см – в 2-й группе, соответственно. Проксимальная линия резекции составила 16,4±8,1 см в 1-й и 14,8±6,3 см во 2-й группе. Длина подвоздно-ободочного сосудистого пучка также не отличалась между группами и составила 10,9±1,7 см в 1-й и 11,1±2,3 см – во 2-й группе. Также не выявлено отличий по количеству удаленных лимфатических узлов. Медиана в группе ЛА составила 12 лимфатических узлов, и 14 – в группе ЕЛД. Для всех сравнений различия средних и медиан между группами статистически не достоверны.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ оценки патоморфологических критериев удаленных препаратов позволяет говорить о соблюдении онкологических принципов при выполнении лапароскопических операций по поводу рака правой половины толстой кишки, а соответственно об их безопасности. Однако, для получения более объективных данных, а также для оценки отдаленных результатов лечения пациентов со злокачественными опухолями, необходимо дальнейшее накопление материала.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ПРАВОСТОРОННИХ ГЕМИКОЛЕКТОМИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА С ПОМОЩЬЮ ОДНО- И МУЛЬТИПОРТОВЫХ ТЕХНИК (ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Запольский А.Г.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Лапароскопические вмешательства по поводу неосложненного рака ободочной кишки сегодня являются стандартом хирургического лечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в России. В основном, применяются три метода лапароскопических вмешательств: лапароскопически-ассистированные (ЛА), операции с ручной ассистенцией (РА), а также операции из единого лапароскопического доступа (ЕЛД). В исследование вошли пациенты, оперированные ЛА способом и из ЕЛД, поскольку операции с РА принципиально отличаются от вышеуказанных техник, учитывая наличие тактильной чувствительности.

ЦЕЛЬЮ ИССЛЕДОВАНИЯ стала оценка непосредственных результатов правосторонних гемиколэктомий (ПГКЭ) у пациентов, оперированных по поводу рака правой половины ободочной кишки из ЕЛД и ЛА способом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С апреля 2012 по июнь 2014 гг. в исследование включено 78 пациентов. Больные первой группы оперированы ЛА способом (n=41), второй – из ЕЛД (n=41). 4 пациента из 2-й группы подверглись конверсии, поэтому анализировано было 37 случаев. Статистически достоверных различий с p<0,05 по полу, возрасту, ИМТ между группами не было. Все операции выполнены хирургами, владеющими лапароскопическими технологиями. Данные представлены в виде M±σ, характер распределений показателей позволяет корректно использовать методы параметрической статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Длительность операции составила 175,5±35,5 мин. в группе ЛА и 183,8±39,5 мин. в группе ЕЛД (p>0,05). Длительность лапароскопического этапа составила 96,1±29,2 мин. и 95,0±30,9 мин. в 1- и 2-й группах, соответственно (p>0,05). Длина разреза была меньше в группе ЕЛД и составила 4,6±0,9 см по сравнению с 7,5±1,5 см в группе ЛА (p<0,01). Интраоперационных осложнений не было. У одной (2%) пациентки из 1-й группы была задержка мочеиспускания, потребовавшая более длительной установки мочевого катетера и консервативных мероприятий. У одной (3%) пациентки из группы ЕЛД возник длительный парез ЖКТ, потребовавший проведения консервативных мероприятий и увеличения сроков госпитализации. Еще у одной (3%) пациентки 2-й группы скопление жидкости в животе, вызвавшее фебрильную гипертермию в течение 5 суток также потребовало проведение консервативных мероприятий и увеличения длительности госпитализации. Несостоятельности межкисечных анастомозов, а также летальности в анализируемых группах не отмечено. Интенсивность послеоперационных болей в области раны, сроки восстановления перистальтики и восстановления способности к самообслуживанию в группах достоверно не отличались (p>0,05). Кровотеря оказалась клинически незначимой во всех группах. Средний балл удобства выполнения операции по пятибалльной шкале был выше в 1-й группе и составил 4,6±0,4 балла по срав-

нению с 4.3 ± 0.5 баллов во 2-й группе ($p < 0.05$). Послеоперационный койко-день был ниже в группе ЕЛД и составил 6.3 ± 2.4 дней по сравнению с 7.4 ± 2.6 дней в 1-й группе ($p < 0.01$). Назначение наркотических анальгетиков было идентично в обеих группах и составило 0 (медиана): 0-2 дозы в 1-й группе, 0-12 доз – во 2-й группе ($p > 0.05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ результатов исследования показывает преимущества операций из ЕЛД по длине разреза и длительности послеоперационного койко-дня при прочих равных. Таким образом, операции из ЕЛД обеспечивают косметический эффект, но являются более трудоемкими вмешательствами по сравнению с традиционными мультипортовыми операциями. Однако, для получения более объективных данных, а также для оценки отдаленных результатов лечения пациентов со злокачественными опухолями, необходимо дальнейшее накопление материала.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ

Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Запольский А.Г.
ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время для резекций ободочной кишки, применяются три метода лапароскопических вмешательств: лапароскопически-ассистированные (ЛА), операции с ручной ассистенцией (РА), а также операции из единого лапароскопического доступа (ЕЛД). Для выполнения лапароскопических резекций ободочной кишки необходимо быть уверенным в их безопасности.

ЦЕЛЬ

Оценка безопасности лапароскопических резекций ободочной кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 497 пациентов. Больные первой группы ($n=148$) оперированы ЛА способом, второй – с использованием РА ($n=279$), третьей – из ЕЛД ($n=70$). Различий по полу, возрасту, ИМТ между группами не было ($p > 0.05$). ИМТ в группе ЛА составил 25.9 ± 3.8 кг/м² по сравнению с 26.3 ± 3.3 кг/м² в группе РА и 25.1 ± 3.6 кг/м² в группе ЕЛД.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенный анализ интра- и послеоперационных осложнений в группах показал, что у 4(2,7%) пациентов в группе ЛА возникли интраоперационные осложнения. В 2 случаях – ранение мочеоточника, одно из которых диагностировано на 2-й день после операции, в 2 наблюдениях – кровотечение, потребовавшее выполнения конверсии. У 1(1,4%) больного, оперированного из ЕЛД, при выполнении парааортальной лимфодиссекции произошло ранение аорты. Кровотечение было остановлено ушиванием дефекта аорты после удаления порта и незначительного расширения разреза. Средний уровень кровопотери оказался клинически незначимым во всех группах. Дефект брюшечки ушивался у 28(18,9%) пациентов 1-й группы, у 74(26,5%) – 2-й и у 4(5,7%) пациентов 3-й группы. Брюшная полость дренирована у 61(41,2%) пациентов в группе ЛА, у всех пациентов в группе РА и у 4(5,7%) – в группе ЕЛД. Послеоперационные осложнения возникли у 7(4,7%) пациентов в 1-й, 11(3,9%) пациентов 2-й и у 3(8,2%) пациентов 3-й группы ($p < 0.05$). Так, несостоятельность анастомоза была диагностирована у 1(0,9%) пациента из группы ЛА на 6-й день после резекции сигмовидной кишки по поводу осложнения дивертикулярной болезни. В группе РА также у 1(0,3%) пациента возникла несостоятельность швов анастомоза. Летальность составила 0,7% (1 случай) в группе ЛА и 0,3% (1 случай) в группе РА. Частота конверсии составила – 12(8,1%) случаев в 1-й группе (у 2-х пациентов – спаечный процесс, у 4-х – местное распространение опухоли, у 2-х – впервые выявленный канцероматоз, у 2-х – кровотечение, у 1 – висцеральное ожирение, у 1 – ранение мочеоточника), 8(2,9%) случаев во 2-й группе (у 6 пациентов – местное распространение опухоли, у 1 – технические трудности при мобилизации левого изгиба ободочной кишки, у 1 – висцеральное ожирение) и в 5(7,1%) случаях в 3-й группе (у 2 пациентов – местное распространение опухоли, у 1 – спаечный процесс, у 1 – впервые выявленный канцероматоз, у 1 – ранение аорты).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лапароскопические резекции ободочной кишки являются эффективными и безопасными операциями. В сравниваемых группах выявлен приемлемый и сопоставимый уровень осложнений и летальности. Отказ от ушивания брюшечки и дренирования брюшной полости не привели к увеличению частоты послеоперационных осложнений. Таким образом, лапароскопические операции могут применяться в клинической практике. Особое место занимают операции из ЕЛД, поскольку, они сопровождаются более высокой частотой конверсий, по-видимому, из-за технических особенностей. Тем не менее, для объективизации полученных данных необходимо проведение дальнейших проспективных рандомизированных исследований.

СПОРНЫЕ ТАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ В ЛЕЧЕНИИ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Яновой В.В., Мартынов А.А., Низельник О.Л.,
Симоненко А.А., Аникин С.В., Пустовит К.В., Ходус С.В.

Амурский центр колопроктологии, г. Благовещенск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ темы не вызывает сомнения. В последние 3 года на крупнейших российских и международных форумах хирургов обсуждались вопросы кишечной непроходимости опухолевого генеза: Всероссийский форум «Пироговская хирургическая неделя» (С-Петербург, 2010), XI Съезд хирургов России (Волгоград, 2011), III Всероссийский съезд колопроктологов (Белгород, 2011), VIII Всероссийский съезд онкологов (С-Петербург, 2013). Анализ материалов выявил некоторые противоречия и наличие спорных вопросов, которые требуют обсуждения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Амурский центр колопроктологии располагает опытом лечения 255 больных различной степени нарушения проходимости толстой кишки, анализом результатов экспериментальных исследований 122 лабораторных животных, по теме защищено 4 кандидатских диссертации, получено 4 патента на изобретения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Прежде всего, должно быть взаимопонимание в терминологии. В клиническом течении кишечной непроходимости абсолютное большинство хирургов поддерживают мнение о наличии стадий компенсации, субкомпенсации, декомпенсации, в основе которых лежат их объективные критерии. Пленум проблемной комиссии «Неотложная хирургия» межведомственного научного совета по хирургии (2007) это признал. Есть предложение расширить «стадийность» до 4-5. По нашему мнению, это не способствует конкретизации в выборе тактики.

Более чем в 60% случаев, пациенты поступают в экстренном порядке, в отделения, где нет хирурга-колопроктолога. Основная заповедь ургентной хирургии – спасти жизнь больного, поэтому весьма взвешенно необходимо относиться к попытке выполнения радикальной операции в ЦРБ, где не только нет специалистов, но и определенные трудности с хирургическими кадрами.

Первично-восстановительные операции подразумевают одновременно удаление опухоли, восстановление непрерывности толстой кишки в условиях различной степени выраженной непроходимости. При этом предлагаются различные варианты интраоперационной «очистки» кишки. В данном случае, необходимо обратить внимание на то, что для успешного результата после наложения анастомоза в данных условиях должна быть готова не только кишка, но и адекватное состояние ее стенки, которая подвергалась длительное время давлению со стороны просвета кишки, сопровождающееся гемодинамическими нарушениями в ней, отеком, возникновением участков некроза. Мы, как и многие другие исследователи, подтвердили это при морфологических исследованиях в эксперименте. Необходимо на протяжении 7-8 суток после устранения непроходимости, под контролем УЗИ проведение целенаправленного лечебного воздействия на кишечную стенку для достижения регресса патологического процесса, включающее адресное использование антиоксидантов, лазерную терапию. Однако и данный вариант лечения кишечной непроходимости целесообразен в клиниках, имеющих достаточный опыт в ургентной хирургии и онкопроктологии, лапароскопии.

Нами изучены и особенности проведения анестезиологического обеспечения пациентов при оперативных пособиях по поводу кишечной непроходимости. Данному вопросу в литературных источниках уделено недостаточно внимания. Изучены респираторные расстройства на этапах проведения оперативного вмешательства, разработана программа респираторной поддержки после операции, изучена роль антиоксидантной терапии, что позволяет улучшить течение послеоперационного периода у оперированных больных.

Таким образом, кишечная непроходимость сопровождается многофункциональными нарушениями. Выбор хирургической тактики во многом зависит от опыта лечебного учреждения и его возможностей, в данном случае шаблонных решений не должно быть.

ГЛАВА 3. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ УРГЕНТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Саидов Ф.Х.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема лечения хронического колостаза остается одной из актуальных проблем колопроктологии. До конца не изучены вопросы консервативного и хирургического лечения хронического колостазы. Остаются неутожительными исходы хирургического лечения этой патологии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Хирургическая тактика при ургентных осложнениях хронического колостазы у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи г. Ташкента, в отделении неотложной хирургии детского возраста с 2006 по настоящее время находилось на лечении 86 детей с различными патологиями толстой кишки, страдающие хроническими запорами на протяжении 1-5 лет. Возраст детей от 1 года до 14 лет, из них 53(61,6%) мальчиков и 33(38,4%) девочек. Все пациенты поступили с клиникой острого живота: острого аппендицита 52(60,5%), острая кишечная непроходимость 31(36%), перфорация толстой кишки и перитонитом 1(1,2%), с болевым абдоминальным синдромом 2(2,3%). В анамнезе все пациенты отмечали боли и вздутие живота, отсутствие самостоятельного стула от 3 до 10 и более дней.

Обследование детей проводилось согласно стандартам, при которых проводился клинический осмотр, проктологический осмотр, лабораторные исследования, фиброколоноскопия, морфологическое исследование биоптата ткани толстой кишки, пассаж контрастной массы по пищеварительному тракту, ирригоскопия, УЗИ, МСКТ исследование толстой кишки, исследование кишечной микрофлоры, сократительной функции анальных мышц.

В ходе диагностики у 42(48,8%) детей диагностировано долихосигма, у 16(18,6%) наличие долихоколона или долихомегаколона, у 15(17,4%) – болезнь Гиршпрунга, у 1(1,2%) – синдром Пайра, у 1(1,2%) – врожденное сужение анального канала, у 11(12,8%) – функциональные запоры.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Клинику острой кишечной непроходимости или кишечную колику удалось разрешить консервативным путем у 56 (65,1%) детей. На дальнейшее лечение в плановом порядке у хирурга и гастроэнтеролога дети были выписаны в зависимости от тяжести и компенсации хронического колостазы.

Показаниями к экстренному оперативному вмешательству явились: заворот сигмовидной кишки у 5(16,7%) детей, острая кишечная непроходимость у 7(23,3%) детей, перфорация полого органа у 1(3,3%) ребенка. Показаниями к отсроченной операции явились: декомпенсация хронического колостазы; прогрессирующие симптомы нарушения функции опорожнения кишечника; существование в течение нескольких лет хронических запоров, неудовлетворительные результаты консервативной терапии хронических запоров; постоянное образование каловых камней; симптомы длительной интоксикации ребенка, постоянный болевой синдром, отставание в психомоторном развитии, выраженные биохимические и иммунные нарушения; усиливающиеся симптомы хронической кишечной непроходимости.

Оперативный метод лечения выполнен у 30 (34,9%) детей. Из них 1(3,3%) больному выполнена субтотальная колектомия с выведением одноствольной асцендостомы по поводу болезни Гиршпрунга, осложненной перфорацией толстой кишки и разлитым каловым перитонитом; 11(36,7%) – брюшно-промежностная проктопластика по Свенсон-Хиату-Исакову и 1(3,3%) ребенку выполнена брюшно-промежностная проктопластика по Соаве в модификации Валео по поводу болезни Гиршпрунга; левосторонняя гемиколэктомия выполнена 8(26,7%) больным; резекция сигмовидной кишки по поводу заворота сигмы при долихосигмы – 5(16,7%) пациентам, анопластика – 1(3,3%); субтотальная колектомия – 3 (10%) пациентам по поводу частичной кишечной непроходимости на фоне долихомегаколона.

В раннем послеоперационном периоде до 2-3 недель осложнений со стороны брюшной полости не было. В позднем послеоперационном периоде у 2(6,7%) больных с болезнью Гиршпрунга наблюдался стеноз межкишечного анастомоза через 6 месяцев, у 1(3,3%) через год после операции была клиника спаечной кишечной непроходимости, которая оперирована. Хорошие результаты в отдаленном периоде получены у 16(53,3%) оперированных больных, у остальных 11 (36,7%) – удовлетворительные результаты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, залог успешного лечения хронического колостазы – это выявление истинной его причины и ее устранение. Только ранняя диагностика и своевременное лечение может улучшить качество жизни этих больных и, тем самым, предотвратить возможные осложнения. До настоящего времени не разработаны четкие показания к оперативному лечению, не выбран оптимальный метод оперативного лечения, позволяющий исключить неудовлетворительные результаты. Учитывая

это, в хирургические стационары все чаще поступают дети с осложненными формами колостазы.

ПРОДОЛЬНАЯ ПРОКТОПЛАСТИКА КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАРЕКТУМ

Алешин Д.В., Ачкасов С.И., Фоменко О.Ю.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава
России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Общепринятого метода хирургического лечения идиопатического мегаректума в настоящее время не существует. Чаще других используется проктэктомия с колоанальным или илеоанальным резервуарным анастомозом, в зависимости от распространенности сопутствующего мегаколон. Альтернативой являются менее радикальные и травматичные вертикальная редукционная ректопластика, описанная Williams N.S. с соавт. (2000) и, схожая с ней, продольная проктопластика, используемая в ГНЦК.

ЦЕЛЬ

Оценить результаты продольной проктопластики как метода хирургического лечения идиопатического мегаректума.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2006 по 2014 г. оперировано 11 пациентов с идиопатическим мегаректумом. Средний возраст 36,8 лет (20-65 лет), 6 мужчин.

Жалобы на запоры и затруднения при дефекации предьявляли 8(72,7%) из 11 пациентов. При этом у 6(54,6%) больных дефекация была возможна только после использования слабительных или клизм. Каломазание беспокоило 4(36,4%) пациентов. Ширина прямой кишки при тугом наполнении после подготовки (бариевая клизма) составила 9-15 см, в среднем, 11,4±2,2 см. 1 пациент имел только мегаректум при нормальном размере ободочной кишки, 9 – мегаректум в сочетании с мегадолихосигмой и 1 – мегаректум и тотальный мегаколон. Общее время транзита у всех пациентов превышало 96 часов. В 9 наблюдениях за счет дистальной задержки и замедления транзита по левым отделам ободочной кишки. У пациента с изолированным мегаректумом и еще 1 пациентки, имевшей сочетание мегаректумом и мегадолихосигмы, транзит был замедлен по всей ободочной кишке. Максимально переносимый объем (MTV) был в диапазоне от 340 до 1470 мл воздуха, в среднем, 806,7±363,1 мл; среднее значение VMTV/PMTV составило 46,3±27,9 мл/мм рт.ст.; рефлекторный сократительный ответ зарегистрирован только у одного пациента. Показанием к хирургическому лечению служили неэффективность консервативного лечения, наличие каловых камней и каловых завалов, повторные приступы нарушения кишечной проходимости, требовавшие госпитализации пациентов, и завороты сигмовидной кишки, требовавшие хирургической деторсии в анамнезе.

Всем пациентам выполнена продольная проктопластика. В отличие от вертикальной редукционной ректопластики, прямая кишка мобилизовалась по передней стенке до анального канала, а по задней и боковым стенкам до среднеампулярного отдела с сохранением боковых связок. Затем, для уменьшения объема прямой кишки, она пересеклась на высоте 8-10 см от наружного края анального канала и из передней стенки культи прямой кишки резецировался треугольный лоскут с основанием на уровне резекции и вершиной на 2 см выше верхнего края анального канала. Далее полученный дефект стенки культи прямой кишки ушивался в продольном направлении и формировался циркулярный коло-ректальный анастомоз. 8 пациентам с сочетанием мегаректумом и мегадолихосигмы, ободочная кишка резецировалась в объеме левосторонней гемиколэктомии с трансверзоректальным анастомозом. Пациентке с тотальным мегаколомом и двум пациентам с замедлением транзита по всей ободочной кишке была выполнена субтотальная резекция ободочной кишки с асцендоректальным анастомозом. Во всех случаях формировалась превентивная стома. У 9 пациентов в последующем стома была закрыта.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Смертности и осложнений в ближайшем послеоперационном периоде не было. В двух случаях были осложнения, манифестировавшие после закрытия стомы: недифференцированный язвенный проктит и ректовагинальный свищ. В обоих случаях осложнения купированы с помощью консервативного лечения.

Субъективно 8 (88,9%) из 9 пациентов, которым стома была закрыта, отметили значительное улучшение и удовлетворение операцией. Самостоятельная дефекация без помощи слабительных или клизм стала возможна у всех пациентов (p<0,05). В 1(11,1%) наблюдениях отмечено сохранение запоров (p<0,05), при этом интенсивность их уменьшилась. Каломазание продолжает беспокоить также 1 (11,1%) пациента (p>0,05). MTV после операции варьировал от 170 до 490 мл воздуха, в среднем, 300,0±144,7 мл (p<0,05); среднее значение VMTV/PMTV составило 15,1±12,2 мл/мм рт.ст. (p<0,05); рефлекторный сократительный ответ зарегистрирован у всех пациентов. Ни у одного пациента после операции не выявлено нарушений функции органов мочеполовой сферы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Продольная проктопластика позволяет улучшить функциональное состояние пациентов при приемлемом уровне осложнений и может быть использована в случае необходимости хирургического лечения идиопатического мегаректума.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Алиев Ф.Ш., Азизов С.Б., Лейманченко П.И., Круцких А.Г.

ГБОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Выбор безопасного и функционально полноценного тонко-толстокишечного анастомоза, позволяющего улучшить непосредственные и отдаленные результаты операции, является окончательно не решенной задачей в неотложной хирургии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с острой кишечной непроходимостью правой половины толстой кишки путем формирования компрессионного арефлюксного У-образного тонко-толстокишечного анастомоза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Разработан способ формирования У-образного арефлюксного компрессионного тонко-толстокишечного анастомоза с использованием ТiNi имплантатов в условиях острой кишечной непроходимости (ОКН) (Патент на изобретение №2453284). После правосторонней гемиколэктомии боковой стенка подвздошной кишки на расстоянии 15 см от проксимального конца изоперистальтически фиксируется двумя узловыми швами на боковой стенке поперечно-ободочной кишки на расстоянии 2-3 см от ее культи. На противобрыжеечных краях фиксированных петель кишечника выполняются два вкола размерами до 4 мм, через которые производится имплантация компрессионного устройства из никелид титанового сплава, обладающая свойством памяти формы [Патент на полезную модель № 2350285]. Вколы на противобрыжеечных краях ушиваются лигатурными швами. Затем со стороны брыжеечного края параллельно плоскости компрессионного устройства имплантируется пористая эластичная пластина через отогнутый виток компрессионного устройства между стенками тонкой и толстой кишки в проекции окна проволочного устройства, которая служит каркасом кишечного лоскута в просвете кишечника. Конец тонкой кишки выводится через стомальный канал на передней брюшной стенке и фиксируется. Тонкая кишка с целью декомпрессии интубируется. В послеоперационном периоде на 3 сутки интубационный дренаж из тонкой кишки удаляется. Разработанный способ применен в клинической практике с 2005 года у 35 больных. Средний возраст оперированных составил 59,4±3,7 лет. Причинами развития ОКН были в 17 случаях (48,6%) опухолевая непроходимость, в 10 (28,6%) – острое нарушение мезентериального кровообращения, в 4 (11,4%) – спаечная странгуляционная кишечная непроходимость, в 4 (11,4%) – ишемическая грыжа с вовлечением в грыжевый мешок слепой и подвздошной кишки. У 22 (62,8%) больных установлена декомпенсированная стадия ОКН, у 13 (37,2%) – субкомпенсированная.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Способ позволяет, наряду с достижением декомпрессии тонкой кишки, как патогенетически оправданного этапа операции при острой кишечной непроходимости, формировать арефлюксный тонко-толстокишечный анастомоз. Компрессионное устройство отторгается в просвет кишки на 7,1±1,8 сутки и выводится из желудочно-кишечного тракта естественным путем. Дебит энтеростомы по трубчатому дренажу в первые 2 суток составил 1200±280,5 мл, с 4-х суток составил 220±30,50 мл в сутки. Послеоперационных непосредственных абдоминальных осложнений выявлено не было. Энтеростомы закрывались, в среднем, через 1,8±0,7 месяцев. Через 2 года после операции развитие рефлюкс-илеита наблюдалось у 18,67%. Осложнений, связанных непосредственно с применением разработанного способа операции, мы не наблюдали.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение предложенного устройства позволило избежать осложнений, связанных с анастомозированием, уменьшить энтеральные потери через стому, улучшить функциональные результаты операции.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Андреев П.С., Исаяев В.Р., Чернов А.А., Каторкин С.Е., Журавлев А.В.

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

ВВЕДЕНИЕ

Хотя неспецифический язвенный колит (НЯК) относится к аутоиммунным заболеваниям, однако в настоящее время установлено, что роль кишечной микрофлоры в его патогенезе достаточно велика. При прямой эндолимфатической терапии (ЭЛТ) антибактериальные препараты достигают тканей толстой кишки, эффективно saniруют регионарную лимфатическую систему и корригируют иммунитет, а также значительно дольше, по сравнению с традиционными методами введения, в терапевтических концентрациях определяются в лимфо- и кровотоке.

ЦЕЛЬ

Улучшение результатов лечения больных НЯК.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты лечения 31 пациента НЯК (основная группа) в возрасте от 22 до 57 лет, получавших прямую ЭЛТ. Мужчин

было 11, женщин – 20. Средне-тяжелая форма заболевания выявлена у 10, а тяжелая – у 21 пациента. Тяжесть НЯК оценивали по критериям Truelove J.G. и Witts L.I. (1955) с дополнениями Белоусовой Е.А. (2002). Дистальный колит был у 5, левосторонний – у 12, субтотальный – у 5, тотальный – у 9 пациентов.

Контрольную группу составили 27 пациентов средне-тяжелой (n=11) и тяжелой (n=16) формами НЯК. Мужчин – 12, женщин – 15. Возраст пациентов от 23 до 52 лет. Дистальный колит выявлен – у 6, левосторонний – у 12, субтотальный – у 4, тотальный – у 5 пациентов. Все пациенты обеих групп получали базисные (аминосалицилаты, кортикостероиды, иммуномодуляторы) и дополнительные препараты, по показаниям – инфузионную терапию и симптоматическое лечение. В обеих группах назначали антибиотики и метронидазол. У 31 пациента основной группы комплексное лечение дополняли прямой ЭЛТ: через лимфососуд тыла стопы со скоростью 0,5 мл в минуту вводили один раз в сутки амикацин, цефтриаксон, полиоксидоний и метрогил; заканчивали введение гепариновым замком. Сроки лечения от 3 до 5 суток.

Изучена динамика клинико-лабораторных и эндоскопических данных, анализировали видовой состав и чувствительность микрофлоры, выделенной из биопсийного материала, а также гистологическая активность процесса у обеих групп пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что уменьшение степени дисбиоза и количества условно-патогенной флоры при сроках лечения до 20 дней у пациентов основной группы было более выраженным по сравнению с контрольной группой. Регрессия воспалительных изменений в слизистой толстой кишки (крипт-абсцессы, глубина поражения стенки, характер и плотность воспалительных инфильтратов, дистрофия эпителия крипт) у пациентов, получавших ЭЛТ была более значительна, особенно при тяжелых, распространенных формах НЯК.

ВЫВОДЫ

1. При средне-тяжелой и тяжелой формах НЯК показана антибактериальная терапия современными препаратами широкого спектра.
2. При обострении НЯК наиболее эффективна эндолимфатическая антибактериальная и иммунокорригирующая терапия.

ОДНО- И ДВУХЭТАПНАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ДИВЕРТИКУЛЕЗА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

Андреев А.Л., Морозов А.Б., Самойлов А.О., Чуйко С.Г.

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

В последнее время отмечается тенденция увеличения пациентов с дивертикулезом сигмовидной кишки, осложненным дивертикулитом, абсцедированием, перфорацией и перитонитом. Кроме того, меняется тактика лечения этого заболевания.

В докладе представлены 22 пациента с осложненным дивертикулезом сигмовидной кишки. Из них в 5 случаях, в связи с разлитым перитонитом, абсцедированием, выраженными инфильтративными изменениями, первым этапом выполнена лапаротомия, обструктивная резекция сигмовидной кишки по Гартману. Этим стомированным пациентам, через 3-4 месяца после первой операции проведено лапароскопическое восстановление проходимости толстой кишки. У 17 пациентов применено одно- или двухэтапное лапароскопическое лечение. Из них, у 9 пациентов с частыми и многократными обострениями заболевания, после консервативной терапии, купирования острого периода заболевания и обследования выполнена лапароскопическая резекция сигмовидной кишки. Двум больным с серозным перитонитом вначале выполнена диагностическая лапароскопия с дренированием брюшной полости и консервативная терапия, а затем – лапароскопическая резекция сигмовидной кишки. У 6 пациентов первым этапом выполнили лапароскопическую обструктивную резекцию сигмовидной кишки по Гартману, вторым этапом – лапароскопическое восстановление непрерывности толстой кишки. Следует отметить, что если дивертикулы распространялись на нисходящую ободочную и прямую кишки (или ее культи), то при основном этапе лапароскопической операции дополнительно выполняли резекцию этих отделов. На традиционную операцию перешли трижды. У пациента при проведении экстренной операции, на этапе диагностической лапароскопии выявили выраженные инфильтративные изменения и разлитой каловый перитонит, поэтому перешли на традиционную операцию и выполнили обструктивную резекцию сигмовидной кишки по Гартману. У этого же пациента, через 4 месяца, при попытке лапароскопического восстановления проходимости толстой кишки, из-за спаек брюшной полости и малого таза, также перешли на лапаротомную операцию. В одном случае при проведении лапароскопического восстановления непрерывности толстой кишки из-за поломки циркулярного сшивающего аппарата разошлись края анастомоза. При конверсии выполнили резекцию культи прямой кишки с колоректальным анастомозом. Других серьезных интра- и послеоперационных осложнений не было.

Наш опыт свидетельствует, что лапароскопическая хирургия в скором времени может стать основным малотравматичным и эффективным методом лечения осложненного дивертикулеза сигмовидной кишки. Необходимо проводить дальнейшее исследование по определению возможности и алгоритмов проведения одно- и двухэтапной лапароскопической хирургии осложненного дивертикулеза сигмовидной кишки.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Ачкасов Е.Е., Пугаев А.В., Мельников П.В.,
Алекперов С.Ф., Калачёв О.А.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра госпитальной хирургии №1 л/ф, г. Москва
ГБУОЗ МО «Московский областной онкологический диспансер», г.Балашиха, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В связи с поздней диагностикой рака ободочной кишки до 80% больных поступает в экстренные хирургические стационары с обтурационной толстокишечной непроходимостью (ОТКН). Частые послеоперационные осложнения и высокая послеоперационная летальность от 30 до 60% являются причиной постоянного внимания специалистов к этому разделу urgentной хирургии. При этом установлено, что отдаленные результаты первично-радикальных операций по поводу осложнённого рака ободочной кишки значительно хуже радикальных отсроченных и плановых операций.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение патогенетических особенностей развития ОТКН и разработка путей снижения частоты послеоперационных осложнений и летальности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализируются результаты лечения 487 больных раком ободочной кишки, осложнённого ОТКН за 21 год на базе 67 ГКБ им. Л.А. Ворохобова ДЗг. Москвы. Женщин было 54,0%, мужчин – 46,0%. Больные в возрасте старше 60 лет составили 77,0%. У 93,4% больных были сопутствующие заболевания. Не включали больных с множественными отдалёнными метастазами. Диагноз устанавливали на основании анамнеза, объективных данных, дополнительных методов исследования (обзорная рентгенография брюшной полости в положении стоя и лёжа, колоноскопии, ирригографии, УЗИ, реже – лапароскопии). Всех больных в зависимости от характера оперативного пособия распределили на 3 группы. В I группу включили 152(31,2%) больных, которым при экстренной операции под ЭТН проводили резекции ободочной кишки с опухолью и выведение коло- или илеостомом с формированием межкишечного анастомоза. У 56 больных II группы через срединный доступ под ЭТН, в связи с крайней тяжестью состояния и запущенностью ОТКН, были выполнены декомпрессионные колостомы или обходные анастомозы с оставлением опухоли. 279 пациентам III группы под местной анестезией в зависимости от места расположения опухоли накладывали илео- или колостому через мини-доступ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У больных I группы преобладала компенсированная (34,9%) и субкомпенсированная (43,4%) ОТКН, тогда как у пациентов II и III групп преобладала суб- (33,9%) и 32,6%, соответственно) и декомпенсированная (42,9%, и 54,5%, соответственно) кишечная непроходимость. Исходная тяжесть ОТКН, сопутствующие заболевания, выраженные водно-электролитные нарушения, тяжёлая каталитическая реакция в I и II группах явились причиной послеоперационных осложнений (нагноение ран, эвентрации, пневмония, инфаркт миокарда, несостоятельность межкишечных анастомозов, обострение воспаления в мочевыводящих путях) (56,6% и 62,5%, соответственно) и высокой летальности (26,9% и 39,3%, соответственно). Если число радикально оперированных в I группе составило 100% (учитывая принцип удаления опухоли на высоте ОТКН), то во II группе подготовиться к радикальной операции удалось лишь 48,2% пациентов. Общая летальность после завершения всех этапов хирургического лечения, в том числе, после устранения наружных кишечных свищей в I группе составила 30,2%, во II группе – 42,8%. Гистологические исследования показали, что постепенно развивающаяся гипертензия способствовала гипертрофии мышечного слоя ободочной и/или тонкой кишки с дистрофическими изменениями в мышечных волокнах и многократной дилатацией с последующей тоногенной дилатацией кишки. По мере декомпенсации ОТКН нарастали отёк, лимфостаз, воспаление в ободочной кишке, при этом в тонкой кишке обнаруживали возникновение яв на фоне артериальных стазов и венозных тромбозов. Такие изменения в ЖКТ не могли не сказаться на всасывательной функции кишки и питательном статусе, что вызывало изменения как белков плазмы, так и пула соматических и висцеральных белков. У всех пациентов с ОТКН выявили нарушения трофического статуса. Если в I группе выявляли белково-энергетическую недостаточность (БЭН) лёгкой и средней степени (68%), то во II и III группах преобладала средняя и тяжёлая степень БЭН (92%). Указанные изменения свидетельствовали не только о потерях белков плазмы и скелетной мускулатуры, но и об истощении пула соматических белков, что и приводило к дистрофии паренхиматозных органов и полиорганной недостаточности (ПОН). В целях оценки ПОН изучали изменения гемодинамики на основании данных эхокардиографии, центрального венозного давления (ЦВД), исследования кислотно-основного состояния (КОС) и электролитного состава крови, ЭКГ. Так, изучение гемодинамики выявило снижение ударного объёма на фоне учащения ЧСС, с повышением минутного объёма сердца. Гипердинамический тип кровообращения имел место на фоне снижения общего периферического сосудистого сопротивления. Это сопровождалось метаболическим алкалозом в артериальной крови на фоне внеклеточной гипоклаемии. Учитывая, что алкалоз способствует смещению кривой диссоциации оксигемоглобина влево, больные находились в условиях тканевой гипоксии, что отражал метаболический ацидоз венозной крови. Отрицательное ЦВД, отражающее у данной катего-

рии больных гиповолемию, усугубляло ПОН. О нарушении функции печени свидетельствовали повышение ЛДГ и снижение коэффициента де Ритуса ниже единицы, увеличение Тмак и Т1/2 при радиоизотопной гепатографии, а изменения функции почек отражали олигурия, протеинурия до 85 мг/сут., увеличение Тмак и Т1/2 при радиоизотопной нефрографии, повышение в крови уровня мочевины до 10,2 ммоль/л. Пришли к выводу, что причиной критической белково-энергетической недостаточности (БЭН), приводящей к ПОН, является исподволь и длительно протекающая мальабсорбция на фоне кишечной гипертензии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Колостомия через мини-доступ в III группе позволила снизить летальность после операции на фоне ОТКН до 1,8%. Больным этой группы после разрешения ОТКН в течение 3-4 недель проводили дополнительное питание сбалансированными смесями посредством сипинга или энтеральное зондовое питание из расчёта 20-35 ккал/сут/кг совместно с оральным питанием. Это способствовало нормализации КОС и показателей калия крови в течение 48-72 часов, улучшение показателей ЭКГ и гемодинамических показателей в течение недели, а у некоторых пациентов – в сроки до 2-х недель. К 4 неделе у всех больных отмечали восстановление белково-энергетических нарушений, нормализацию функций внутренних органов. Поэтому сроки 4-5 недель после колостомии из мини-доступа являются оптимальными для выполнения радикальных операций. Адекватная подготовка больных III группы к радикальной операции позволила её выполнить у 90,7% пациентов со снижением общей летальности до 6,5%, т.е. в 5-7 раз ниже, чем в I и II группах, где операции по поводу ОТКН выполняли под ЭТН через срединное чревосечение.

ПОКАЗАНИЯ К ПЛАНОВОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ: ПРОСТОЙ КРИТЕРИЙ ДЛЯ СЛОЖНОГО РЕШЕНИЯ

Ачкасов С.И., Москалёв А.И., Зароднюк И.В.,
Жданкина С.В., Трубочёва Ю.Л., Богданова Л.А.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава
России, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ

Изучение ценности диагностических критериев для прогноза дивертикулярной болезни.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 526 пациентов с хроническими осложнениями дивертикулярной болезни, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в ГНЦ колопроктологии в 2006-2013 гг. Женщин было 310(58,9%), мужчин – 216(41,1%). Возраст больных составлял 24-86 лет, в среднем 58,5±7,7 лет. Из исследования были исключены больные, ранее перенёвшие операции на толстой кишке, а также со стенозом и свищами ободочной кишки и толстокишечными кровотечениями. Диагностическая программа включала ультразвуковое исследование (трансабдоминальное, трансвагинальное, трансректальное), колоноскопию, КТ брюшной полости и ирригоскопию. 89(16,9%) пациентам, в связи с неэффективностью консервативной терапии, были установлены показания и выполнены плановые хирургические вмешательства. Данные предоперационного обследования были сопоставлены с результатами морфологического исследования удалённых препаратов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Морфологически верифицированное полное или частичное разрушение стенки дивертикула было выявлено у 64(71,9%) из 89 оперированных больных. Этот признак до операции был диагностирован у 50(78,1%) из 64 пациентов. Консервативное лечение было эффективно у 437 больных и только в 8(4,3%) случаях, по данным хотя бы одного из исследований, были выявлены признаки разрушения дивертикула ($p < 0,0001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разрушение стенки воспалённого дивертикула является основным критерием прогноза неэффективности консервативных мероприятий при хронических воспалительных осложнениях дивертикулярной болезни.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОЛИТА ОТКЛЮЧЁННОЙ КИШКИ

Ачкасов С.И., Москалёв А.И., Назаров И.В.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава
России, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ

Изучение особенностей клинических проявлений колита отключённой кишки (КОК) и характера воспалительных изменений в отключённой кишке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 158 пациентов, которым были выполнены оперативные вмешательства с формированием стомы и выключением из пассажа дистальных отделов толстой кишки. Срок отключения составил, в среднем, 10,9 месяцев (3-27). Мужчин было 85(53,8%), женщин – 73(46,2%). Всем больным была выполнена колоноскопия с биопсией слизистой из отключённых отделов, исследован бактериальный состав кишечного содержимого и смывов со слизистой нефункционирующих отделов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через 3, 6 и 7 месяцев после операции КОК был диагностирован у 47,4%; 72,9%; 100% больных, соответственно. Всего, колит отключенной кишки (КОК), был выявлен у 142(89,9%) пациентов. Клиническая картина КОК имела место у 133(93,7%) пациентов. Она характеризовалась ложными позывами на дефекацию, дискомфортом и чувством тяжести в нижних отделах живота, наличием обильных слизистых или слизисто-геморрагических выделений из заднего прохода. Сочетание двух и более жалоб выявлено у 108(81,2%) больных. Только у 5(10,6%) пациентов с минимальной степенью активности воспалительных изменений не отмечено клинических проявлений КОК. При эндоскопическом исследовании минимальные воспалительные изменения выявлены у 47(29,7%), умеренные – у 59(37,3%), тяжелые – у 36(22,9%). По мере увеличения сроков отключения достоверно возрастала частота выявления тяжелого воспаления слизистой кишки. В сроки отключения от 1 месяца и более, облигатная микрофлора замещалась на оппортунистическую (клебсиллы, метаболические эшерихии, энтеробактеры и эшерихии с гемолизующими свойствами, иерсинии и серрации). Санация отключенных отделов кишечника как лечебная процедура в течение 2-3-х недель приводила к минимизации воспалительных изменений и ликвидации клинических проявлений у большинства больных. В тяжелых случаях сочетание традиционных санаций нефункционирующей толстой кишки с применением противовоспалительных препаратов 5-АСК и лактулозы позволило купировать воспаление.

ВЫВОДЫ

Существует прямая зависимость между выраженностью КОК и продолжительностью отключения кишки. В отключенных отделах формируется постоянный очаг инфекции представленный оппортунистической микрофлорой. Несмотря на простоту и доступность лечебных и профилактических мероприятий, у подавляющего большинства пациентов с кишечными стомами (89,9%) имеют место явления КОК.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОЖОГАХ ПРЯМОЙ КИШКИ

Болквадзе Э.Э., Мударисов Р.Р., Стригунова Л.В.
ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России,
ГКБ №15 им. О.М.Филатова, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оптимизация лечебной тактики при ожогах прямой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 18 пациентов (возраст 17-70 лет, 12 женщин). Причиной ожога у 8(44,4%) была клизма с 3% раствором перекиси водорода, у 2(11,1%) – с раствором уксусной кислоты, у остальных 7(38,9%) клизмы с другими повреждающими агентами (перманганат калия, керосин, нашатырный спирт и т. д.). В течение первых суток после ожога за медицинской помощью обратились 9(50,0%) пациентов, остальные 9 (50,0%) – в течение 3 суток. В диагностическую программу в качестве обязательных методов входили клинический осмотр и пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия. К методам уточняющей диагностики отнесены эндоректальное УЗИ и МРТ таза. Лечение ожогов прямой кишки включало максимальное быстрое удаление повреждающего агента, антидотную и противовоспалительную терапию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Клиническая картина ожога прямой кишки включала боли в заднем проходе и нижних отделах живота, выделение слизи и/или крови из прямой кишки, ложные позывы на дефекацию, а также лихорадку. При объективном обследовании отмечался отек в области заднего прохода, пальцевое исследование прямой кишки было болезненным, тонус сфинктера был значительно повышен вплоть до стойкого спазма, имел место спазм и болезненность в области леваторов. Выделено 3 стадии течения ожогов прямой кишки: 1) острое воспаление стенки прямой кишки и формирование участков коагуляционного некроза; 2) образование грануляционной ткани в дефектах стенки прямой кишки; 3) формирование рубца. Хорошие непосредственные и отдаленные результаты получены у всех 18 больных, необходимости в реконструктивно-пластических вмешательствах не было, существенных функциональных нарушений не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Соблюдение использованных подходов при лечении ожогов прямой кишки позволяло достичь хороших непосредственных и отдаленных результатов.

ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ РАН У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Варданян А.В., Калашникова И.А., Ачкасов С.И.
ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава
России, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ

Оценка безопасности и эффективности применения вакуум-терапии в лечении парастомальных и послеоперационных ран у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

МЕТОДЫ

Вакуум-терапия применена у 10 пациентов с послеоперационными осложнениями, возникшими после хирургического лечения ВЗК. При

этом, у 4 из 10 больных имелись обширные парастомальные раны. У остальных 6 человек послеоперационный период осложнился нагноением лапаротомных (n=4) и промежностных (n=2) ран с формированием дефектов передней брюшной стенки и промежности. Площадь ран варьировала от 7 см² до 20 см². Во всех случаях пациенты получали длительную гормональную терапию в высоких дозах до операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Перевязки выполнялись раз в два-три дня врачом, имеющим опыт применения вакуум-терапии и специально обученным медицинским персоналом. При лечении парастомальных ран, учитывая близость их к илеостоме и, в ряде случаев, петель тонкой кишки, использовался интермиттирующий режим отрицательного давления с максимальным уровнем в 120 мм рт. ст. и минимальным – 20 мм рт. ст. Использование вакуум-терапии позволило добиться эпителизации и уменьшения размеров раны. Благодаря тому, что вакуумное устройство устанавливалось каждые 48-72 часа, это позволяло избежать подтекания раневого и кишечного содержимого в рану и за ее пределы, требующего неоднократных ежедневных перевязок. А это, в свою очередь, снижало нагрузку на медицинский персонал, позволяло активизировать больных и улучшить их психологический статус. При этом, срок нахождения в стационаре не превышал 3-х недель во всех случаях и, в среднем, составлял 18±1,6 суток (16-21).

Ни в одном наблюдении при использовании вакуум-терапии в лечении послеоперационных ран не потребовалось повторного хирургического вмешательства или транслокации кишечной стомы. Также не было отмечено осложнений со стороны петли кишки, несущей илеостому или прилежащих к ране петель тонкой кишки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование вакуум-терапии в лечении сложных ран у пациентов с ВЗК является безопасным и эффективным методом при использовании его подготовленными специалистами.

КИСЛОТНОСТЬ КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Гриневиц В.Б., Губонина И.В., Екимов В.В., Шерстнева Н.О.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Изучение возможностей дифференцированного подхода к терапии язвенного колита позволяет увеличить эффективность лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить кислотность кишечного содержимого дистальных отделов толстой кишки у больных с обострением язвенного колита (ЯК). Определить возможность использования препаратов месалазина с различными механизмами высвобождения лекарственного средства в зависимости от pH у больных с обострением ЯК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике ТУВ-2 было обследовано 43 пациента с левосторонней формой ЯК и 24 пациента с экстенсивной формой ЯК в фазе обострения легкой и средней степени тяжести. Всем пациентам проведено исследование pH химуса с помощью универсальной индикаторной тест-полоски, проведен анализ изменения pH кишечного содержимого в зависимости от клинических, лабораторных и эндоскопических показателей активности язвенного колита. В контрольную группу были включены 16 здоровых добровольцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В целом отмечалась тенденция к закислению химуса у пациентов с левосторонней формой ЯК в сравнении со здоровыми добровольцами (pH=6,76±0,21 и pH=6,94±0,2, соответственно), однако эти различия не носили статистически достоверной значимости. В группе пациентов с экстенсивным ЯК достоверно чаще наблюдалось снижение pH менее 6,0(20,8%) в сравнении с больными левосторонней формой ЯК (4,70%, p<0,05), и по сравнению с контрольной группой (0%, p<0,05). Не было отмечено статистически значимой связи величины pH кишечного содержимого с индексом активности язвенного колита (коэффициент корреляции Kk=-0,23), с величиной фекального кальпротектина (Kk=-0,25), длительностью ЯК (Kk=-0,21), длительностью терапии ЯК (Kk=0,35).

ВЫВОД

Кислотность кишечного содержимого дистальных отделов толстой кишки у пациентов с левосторонней формой ЯК не отличается от такового у здоровых добровольцев и не зависит от активности заболевания, длительности анамнеза язвенного колита. При экстенсивной форме ЯК достоверно чаще отмечается снижение pH кишечного содержимого менее 6,0 по сравнению с пациентами левосторонней формой ЯК и здоровыми добровольцами. В лечении пациентов с закислением внутрипросветного pH следует отдавать предпочтение формам препаратов с pH-независимым высвобождением лекарственного средства.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ (ПТК) – ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Гришин И.Н., Завада Н.В., Волков О.Е.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Беларусь

Проблема ПТК по сути состоит из двух частей: общехирургической и колопроктологической. Почти в 70% пострадавшим оказывается первичная хирургическая помощь в общехирургических стационарах, заключительный этап которого заканчивается колопроктологическими технологиями. От последних во многом зависит исход лечения и его последствия. Эти последствия ликвидируются в колопроктологических стационарах.

ЦЕЛЬЮ данного сообщения сформулировать основные стратегические и тактические принципы лечения ПТК, направленные на улучшение непосредственных и отдаленных результатов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В основу исследований положен клинический материал 751 наблюдений различных клиник города Минска за период 1970-2012 годов. Комплексная работа была выполнена на кафедре хирургии, неотложной хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования с использованием широкого использования специальных методов исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Широкие масштабы оказания экстренной помощи и различных подходов к хирургическому лечению толстой кишки обуславливают самые непредвиденные результаты. Этому способствует и отсутствие приемлемой классификации. Предлагаемая нами классификация учитывает характер повреждения, локализацию (закрытая и открытая травма), кровообращение краев кишки, сроки после повреждения, характер течения перитонита, объем оказания помощи и его последствия. Практически все больные поступали для хирургического лечения до 6 часов после травмы, в 51% они носили характер сочетанного повреждения. Согласно школы AAST (5 типов повреждения): 1-й тип – без вскрытия просвета у 49% пострадавших; 2-й – вскрытие до 30% просвета кишки – у 31%; более 30% – у 10%; 3-й – у 10%; 4-й – полный просвет повреждения кишки – 1%; 5-й – различные сочетания – 9%.

Хирургическая тактика при повреждениях ТК претерпела три периода своего развития. Первый – стремление к ушиванию перфорации или к первичной резекции кишки с первичным швом. Второй – широкое применение илео- или колостом для профилактики осложнений, что привело к одной из основных причин увеличения колостомированных больных и длительной их реабилитации. Третий – обоснованный выбор хирургического лечения травмы ТК. На выбор хирургической тактики, несомненно, влиял характер сочетанной травмы т.е. с повреждением других органов, а это, естественно, влияло и на исходы лечения. Осложнения были неодинаковы в этих двух сравниваемых группах: изолированная травма и сочетанная, соответственно: внутриоперационные осложнения – 1,6% – 0; кровотечение – 8,6% и 1,3%; несостоятельность швов – 1,6% – 0; выраженный интоксикационный синдром – 7,3% и 15,2%; пневмония – 8,2% и 15,2%; психозы – 8,2%; желудочно-кишечные кровотечения – 3,3% и 4,2%. Чаще всего выполнялось ушивание в обеих группах пострадавших, соответственно – 67,0% и 74,0%. Возникли осложнения, которые потребовали выполнения неотложных релапаротомий – у 11,4% и 13,8%. Сравнительно небольшая частота несостоятельности швов была обусловлена особенностью ведения послеоперационного периода у большинства больных. После формирования толстокишечных анастомозов во время операции, кроме обязательной насыщенной дивульсии ануса, через прямую кишку выше анастомоза проводился толстый зонд с множественными отверстиями. Основная цель этой манипуляции – обеспечение адекватного отхождения газов, как профилактика несостоятельности кишечных швов. Как только больной выходил из наркоза рег ос ему внутрь вводился раствор 30% магнезии по 1 столовой ложки 3 раза в сутки, как слабительное. Уже на следующие сутки кроме отхождения газов появлялся жидкий стул, пробуждалась перистальтика. Это являлось показанием к удалению трансректального зонда (обычно на 3-и сутки после операции). В этой группе наблюдений мы не отметили несостоятельности швов, которые выполнялись по типу инвагинационных. Несоблюдение этих правил приводило к высокой летальности (7,8-9,8%). Выполнение полных колостом считаем показанным при выраженном разлитом перитоните. При выполнении колостом летальность составляет 7,0-11,3%. Наименьшая летальность при петлевой илеостоме до 1,6%. Общая летальность при хирургическом лечении травмы ТК составляет 5,7% (Гарун К.Н.). Заключительный этап лечения (закрытие илео-, колостом) целесообразно проводить в специализированных отделениях через 1-2 месяца после её формирования. Освоение всех методов хирургического лечения повреждения ТК, их осмысленное применение широким кругом хирургов общего профиля – прямой путь к улучшению непосредственных и отдаленных результатов лечения.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «ТИЗОЛЬ» НА МИКРОБИОЦЕНОЗ У БОЛЬНЫХ С ОТКЛЮЧЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКОЙ

Жигаев Г.Ф., Кривигина Е.В., Колмакова В.В., Багишев Р.А.

ГБУ Новоуренгойская центральная городская больница, Россия

Микрофлора кишечника является основной структурой, на которой происходит абсорбция и через которую проходит перемещение как

полезных, так и чужеродных агентов. Дефицит ряда облигатных микроорганизмов (бифидобактерий, лактобацилл и др.) способствует ослаблению защитных систем организма, общих и местных иммунных реакций.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить влияние препарата «Тизоль» на микробиоценоз кишечника у больных с «диверсионным колитом».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положены результаты обследования и лечения 24 больных, перенесших в прошлом операцию типа Гартмана. Мужчин было 15(62%), женщин – 9(38%). Диапазон возраста варьировал от 23 до 70 лет и старше. Пациенты были разделены на две группы. Первая группа – 10(43%) человек. Фармакотерапия этой группы заключалась в санации и гидромассаже отключенных отделов толстой кишки протарголом 0,1% с помощью клизмы два раза в день на фоне комплексной терапии. Вторая группа – 14(57%) больных, которым на фоне базисной фармакотерапии проводили санацию и гидромассажа отключенных отделов толстой кишки препаратом «Тизоль» (10 г геля «Тизоль» смешивали с 500 мл воды комнатной температуры). Спустя 2 часа после эвакуации жидкости из отключенных отделов толстой кишки вводили «Тизоль», по 25 мг смеси в дистальный и проксимальные отделы. Через 12 часов процедуру повторяли. Курс лечения составлял 8-10 дней. Контрольная группа включала 8 практически здоровых лиц (добровольцы), сопоставимых по полу и возрасту с пациентами первой и второй групп. Критериями оценки влияния препарата «Тизоль» на микробиоценоз кишечника служили: динамика клинических симптомов «диверсионного колита», результаты бактериологического исследования, содержание в кале короткоцепочечных жирных кислот (КЦЖК), определяемых методом газожидкостного хроматографического анализа (ГЖХ), до и после лечения, эндоскопические и морфологические исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На фоне базисной фармакотерапии с применением препарата «Тизоль» (2 группа) число больных с выраженной и умеренной степенью активности воспалительного процесса уменьшилось с 83 до 36%, возросло число больных со слабой степенью активности заболевания – с 17 до 30%. Количество больных с дисбактериозом 2-3 степени уменьшилось с 70 до 50%, возросло число пациентов с 1 степенью данной патологии с 22 до 40%. Произошло снижение в 2,1 раза концентрации КЦЖК у больных 1 и 2 групп по сравнению контрольной. До лечения наблюдалось снижение доли уксусной кислоты (УК). Значение анаэробного индекса (АИ) составляло -0,75 единиц, то есть имело смещение АИ в отрицательную сторону. После лечения у пациентов 1 и 2 групп отмечалось повышение доли УК в составе КЦЖК со снижением относительного содержания пропионовой (ПК) и масляной (МК) кислот. Выявленная положительная динамика наблюдалась у больных 2 группы, получавших в составе базисной фармакотерапии «Тизоль». Значение АИ смещалось в сторону нормальных величин: в 1 группе – до -0,66±0,01 единиц, во 2 – до -0,62±0,01 единиц. Различия значений АИ после лечения со здоровыми пациентами составляли: в 1 и во 2 группах -0,20 и -0,08 единиц, соответственно. В ходе исследования была отмечена хорошая переносимость препарата «Тизоль» у больных с «диверсионным колитом». Побочных явлений в виде непереносимости препарата, обострений основного заболевания не отмечалось. Изменений в клинических анализах крови, мочи, а также в биохимических исследованиях крови не было выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В коррекции нарушений микроэкологии у больных с «диверсионным колитом» важное место занимает препарат «Тизоль». Его применение на фоне базисной фармакотерапии способствует положительным изменениям толстокишечного микробиоценоза. Это подтверждалось данными эндоскопических, морфологических, микробиологических исследований и результатами изучения КЦЖК в кале. Метод ГЖХ – анализа с определением абсолютного и относительного содержания КЦЖК в кале позволяет оценить структурные изменения и метаболическую активность микрофлоры кишечника в кратчайшие сроки. Препарат «Тизоль» приводит к сокращению диспепсических расстройств и восстановлению кишечного микробиоценоза. Эффективность коррекции может быть отслежена по результатам исследования КЦЖК в кале.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА

Игнатьев В.Г., Михайлова В.М., Холтосунов И.А., Семенов Д.Н., Кривошапкина Л.А., Никифоров А.Ю.

Северо-Восточный Федеральный Университет им. М.К. Аммосова, кафедра общей хирургии, ГБУ РБН^{№2}, Центр экстренной медицинской помощи, г. Якутск, Россия

Острый тромбоз мезентериальных сосудов – экстренная патология органов брюшной полости, встречается у 0,2% больных общехирургического профиля. Диагностика и результаты лечения сосудистых поражений желудочно-кишечного тракта таких, как острая окклюзия мезентериальных сосудов, устранение которой возможно лишь хирургическими методами, так и различные виды хронической недостаточности кишечного кровоснабжения, с которой приходится встречаться терапевтам и врачам других специальностей, остается по сей день не полностью раскрытой.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения больных с острым ишемическим колитом и острым тромбозом мезентериальных сосудов за период 2008-2013 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ историй болезни за период с 2008 по 2013 гг. больных, прошедших лечение с диагнозом острый тромбоз мезентериальных артерий в отделении колопроктологии ГБУ РБ№2 – «Центра экстренной медицинской помощи» Всего пролечен 21 больной по поводу тромбоза мезентериальных сосудов. Мужчин было – 12(57,1%), возраст от 46 до 85 лет. Женщин – 9(42,9%), возрастом от 47 до 80 лет. Все больные были госпитализированы по экстренным показаниям, из них: по СМП доставлено – 17(80%) человек, двое пациентов переведены из других лечебных учреждений (11%) и двое – по самообращению (11%). Большинство больных поступили в сроки, превышающие сутки и более после появления первых симптомов заболевания, как правило, с осложнением в виде перитонита. Все больные были с нарушениями сердечно-сосудистой системы. Предоперационные обследования включали в себя общеклинические, рентгенологические, эндоскопические, морфологические и ультразвуковые методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Всем больным было проведено оперативное лечение по экстренным показаниям. После установления диагноза, учитывая тяжесть состояния больных, которая определялась характером основной патологии и осложнениями, наличием сопутствующих заболеваний, в среднем, в течение 12 часов, в зависимости от тяжести состояния, проводили предоперационную подготовку, направленную на коррекцию гомеостаза и компенсацию нарушенных функций организма. Проведение такой подготовки проводилось в условиях реанимационного отделения.

Объем оперативного лечения определялся интраоперационно, в зависимости от питающей артерии. В 71,4% случаев (15 больных) отмечается тромбоз ветвей верхней брыжеечной артерии; 14,3% – сочетанный тромбоз ветвей верхней и нижней брыжеечной артерии; 9,5% (2 пациента) – тромбоз подвздошно-ободочной артерии (a. ileocolica); 4,7% – тромбоз ветвей нижней брыжеечной артерии. Во всех случаях заболевания выявлен некроз кишечника в зависимости от локализации тромбированного сосуда. Выполнены следующие операции: субтотальная резекция тонкой кишки с выведением концевой еюностомы – 28,6%; субтотальная резекция тонкой кишки, гемиколэктомия справа с выведением еюностомы – 19%; резекция тонкой кишки + гемиколэктомия справа с наложением дуодено-трансверзоанастомоза и выполнением тромбэктомии – 4,7%; гемиколэктомия слева – 4,7%; гемиколэктомия справа – 4,7%; диагностическая лапаротомия проведена в 33,3% случаев. Выбор такой тактики определялся распространённостью процесса на фоне крайне тяжелого состояния больного. Лечение тромбоза мезентериальных сосудов до сих пор дает неутешительные результаты. Летальность составила 83%. Послеоперационные осложнения при остром тромбозе брыжеечных сосудов не обращают на себя особо внимания ввиду краткости послеоперационного периода у большинства больных и быстро наступающей полиорганной недостаточности не совместимой с жизнью.

Таким образом, высокая летальность при остром тромбозе мезентериальных сосудов обусловлена тем, что эти больные поступают поздно, в запущенном состоянии. Поздняя обращаемость обусловлена сложностью дифференциальной диагностики, особенно на первичном звене или при первом обращении к хирургу. Только при ранней правильной диагностике возможно применение современных средств борьбы с данным заболеванием. Явления развившегося перитонита, бактериального шока и состояние тяжелой интоксикации играют значительную роль в летальных исходах.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕДЛЕННОТРАНЗИТНОГО ЗАПОРА

Кармадонов А.В., Давтян Н.Е.

Городская больница №8, г. Сочи, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Распространенность хронического запора в США, по данным разных источников, 10-20%, 40-50% испытывают симптомы запора более 5 лет, 2% принимают слабительные каждый день. В России ситуация схожая. Примерно 1/3 пациентов гастроэнтерологических отделений отмечают симптомы хронического запора.

ЦЕЛЬЮ исследования явилось улучшение результатов лечения больных с медленно-транзитным запором.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ хирургического лечения 3 женщин медленно-транзитным запором.

Все пациентки соответствовали критериям хронического запора (Римские критерии III, 2006 год). Были выполнены стандартные исследования: физикальное исследование, ректороманоскопия, ирригоскопия, уровень гормонов щитовидной железы.

Для документального подтверждения медленно-транзитного запора выполнено исследование скорости транзита по толстой кишке с помощью рентгеноконтрастных маркеров (Х-маркеры). Исследуется пассаж 25 рентгеноконтрастных маркеров по ЖКТ. Один обзорный рентгеновский снимок брюшной полости выполняется на 6 сутки после употребления маркеров. На весь период исследования исключается прием слабительных, выполнение клизм. Критерием медленно-транзитного запора является задержка более 20% маркеров в просвете толстой кишки.

У всех наших пациенток количество оставшихся маркеров превышало 20%.

Всем пациентам выполнена операция в объеме: Лапаротомия. Субтотальной колэктомии с асцендо-ректальным анастомозом конец-в-конец.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Общие характеристики операций: Средняя продолжительность (мин.) – 72±12. Средняя кровопотеря – (84±14 мл). Продолжительность пребывания в стационаре (суток) – 7.5±1. Интраоперационные осложнения: нет. Ранние послеоперационные осложнения: нет. Поздние послеоперационные осложнения: нет

Больные отслежены в сроки до 1 года. Частота стула 2-3 раза в сутки. 4-6 тип по Бристольской шкале формы кала.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предварительные результаты хирургического лечения медленно-транзитного запора говорят о его эффективности.

Необходимым условием выполнения подобных операций является документальное подтверждение медленно-транзитного запора с помощью исследования скорости транзита с применением рентгеноконтрастных маркеров.

ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР: АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Карпужин О.Ю., Шакуров А.Ф., Можанов Е.В., Елев А.А.

Казанский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Алгоритм диагностической и лечебной тактики при хроническом запоре (ХЗ) и сегодня остается весьма актуальной и до конца неразрешенной проблемой в связи с гетерогенностью самой патологии и многообразием подходов к ее разрешению.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 695 пациентов с ХЗ, находившихся на лечении в отделении колопроктологии ГАУЗ РКБ МЗ РТ за период с 1999 по 2014 гг. У 155(22,3%) пациентов нарушение пассажа толстокишечного содержимого было обусловлено новообразованиями толстой кишки, у 267(38,4%) диагностирован функциональный запор, а в 273(39,3%) наблюдениях причиной запора стали аномалии строения и положения толстой кишки, при этом у 252(92,3%) из них констатирован запор коллоидного генеза, а у 21(7,7%) – проктогенного.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Задача начального этапа диагностики – исключение опухолевой природы запора. Так, при наличии «симптомов тревоги» и возрасте пациентов старше 45 лет проводим ирригоскопию, при обнаружении рентгенологических признаков опухоли – колоноскопия с биопсией. При подтверждении диагноза выполняем стандартный комплекс исследований, направленный на определение стадии и распространенности опухолевого процесса. Остальным пациентам назначали амбулаторный курс пробной консервативной терапии, при неэффективности которого проводили дальнейшее обследование больного в условиях стационара. Стационарный этап диагностики, кроме сбора анамнеза с оценкой тяжести запора по опроснику Векснера, состоял из физикального осмотра, лабораторных исследований, включая определение уровня эндотоксина в сыворотке крови с помощью геля-тромб теста, проктографии, радионуклидного метода изучения транзита радиофармпрепарата по толстой кишке, гидроколоносонографии, ультразвукового исследования ректоанального ингибиторного рефлекса, что позволяет диагностировать аномалии строения и положения толстой кишки, оценить тяжесть нарушения моторно-эвакуаторной функции, провести дифференциальную диагностику с болезнью Гиршпрунга, определить показания к консервативному или хирургическому лечению. Для исключения вторичного генеза запора, по показаниям, пациентов консультировали гастроэнтеролог, невропатолог, эндокринолог, психотерапевт. У 168(24,2%) пациентов констатирован декомпенсированный колостаз, у 329(47,3%) – субкомпенсированный, у 192(27,6%) – компенсированный; у 6(0,9%) пациентов с заворотом сигмовидной кишки в анамнезе жалоб на констипацию на момент госпитализации не было. Отсутствие эффекта от комплексной консервативной терапии в группе больных с декомпенсированным колостазом на фоне аномалий строения и фиксации толстой кишки, заворот сигмовидной кишки при поступлении или в анамнезе, а также болезнь Гиршпрунга стали показаниями к хирургическому лечению у 82(15,2%) больных. Аномалии строения и фиксации толстой кишки были представлены: долихоколон – 25(30,6%), долихосигмой – 17(20,7%), синдромом Пайра в сочетании с долихосигмой – 11(13,4%), синдромом Пайра – 6(7,3%), колоптозом – 2(2,4%), болезнью Гиршпрунга – 21(25,6%). Объем вмешательства (резекция отдела ободочной кишки, субтотальная или тотальная колэктомия) зависел от диагностированной аномалии, их сочетания, сопутствующей патологии, сохранения моторно-эвакуаторной функции различных ее отделов. В 3(4,9%) случаях оперативное лечение коллоидного запора разделено на два этапа: первый – резекция сегмента кишки с выведением стомы, второй – устранение стомы с восстановлением протяженности кишечной трубки. К данной тактике прибегали при неразрешившейся в ходе подготовки к операции непроходимости кишки, а также с целью определения функционального состояния толстой кишки при длительном декомпенсированном колостазе для выбора в дальнейшем оптимального объема резекции. При болезни Гиршпрунга выполняли двухэтапное оперативное вмешательство – операцию Доамеля в модификации ГНЦ колопроктологии. В 7(8,5%) наблюдениях операции при коллоидном запоре выполнены лапароскопическим доступом. Осложнения раннего послеоперационного периода отмечены в 11(13,4%) случаях, послеоперационная летальность – 1,2%. В послеоперационном периоде на фоне нормализации моторно-эвакуаторной функции толстой кишки наблюдали одновременное снижение

как индекса Векснера до $3,9 \pm 0,6$ ($p < 0,01$), так и уровня эндотоксинемии до $0,35 \pm 0,14$ ЕУ/мл ($p < 0,01$). Отдаленные результаты изучены у 45 (54,9%) оперированных пациентов на сроках от 9 месяцев до 15 лет. Результаты оперативного лечения расценены нами как хорошие у 32 (71,1%) больных, как удовлетворительные – у 13 (28,9%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный диагностический алгоритм позволяет установить причины конституционного синдрома, оценить функциональное состояние толстой кишки, выбрать рациональную тактику лечения. Хирургия ХЗ при тщательном отборе пациентов и подходе к выбору объема вмешательства демонстрирует достаточную эффективность.

ВЛИЯЕТ ЛИ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОЛПРОКТАТОМИИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ТОНКОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА?

Кашников В.Н., Варданян А.В., Ачкасов С.И., Болихов К.В., Гусев А.В.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение результатов хирургического лечения больных с язвенным колитом (ЯК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

183 пациента с тяжёлым течением ЯК были оперированы с 2007 по 2013 год. 43 (23,5%) пациентам выполнены операции с полной потерей всей ободочной и прямой кишки с формированием постоянной илеостомы по Бруку. В 97 (53,1%) случаях больным в качестве первого этапа хирургического лечения выполнено удаление толстой кишки с сохранением участка прямой кишки для проведения в дальнейшем реконструктивно-восстановительной операции. В исследование было включено 43 (23,4%) пациента, которым была выполнена одномоментная колпроктэктомия с формированием тонкокишечного резервуара. В 8 (18,6%) наблюдениях пациенты получали гормональную терапию до операции более 1 месяца в дозе не менее 20 мг в сутки. Проведен анализ зависимости гормональной терапии на уровень послеоперационных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 12 (27,9%) из 43 больных развились послеоперационные осложнения. Так несостоятельность резервуаро-ректального анастомоза отмечена у 7 (58,3%) больных, серьёзный перитонит в 4 (33,3%) случаях и кишечное кровотечение из швов тонкокишечного резервуара в 1 (8,4%) наблюдении. Важно подчеркнуть, что в группе пациентов, которые не получали терапию кортикостероидами ($n=35$), осложнения возникли лишь в 4 (11,4%) случаях, тогда как в группе больных с гормональной терапией осложнения были отмечены во всех 8 (100%) наблюдениях ($p=0,002$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование показало, что наличие гормональной терапии в анамнезе у больных ЯК более 1 месяца в дозе не менее 20 мг в сутки является предиктором увеличения частоты развития послеоперационных осложнений.

ТАКТИКИ НУТРИЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АТАКЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Костюченко Л.Н., Смирнова О.А.

Московский клинический научно-практический центр Департамента здравоохранения (МКНЦ), г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Заболеваемость в России язвенным колитом (ЯК) составляет 1,7 чел. на 100 000 населения, а распространённость – 22,3 человека на каждые 100 000 жителей. Заболеваемость в западных странах колеблется в пределах 5-16 новых случаев на 100 000, при этом распространённость составляет 50-220 случаев на 100 000 в популяции. В Европе и Северной Америке первичная заболеваемость колеблется от 4-20 случаев на 100 000 населения в год, распространённость ЯК составляет 40-268 больных на 100 000 жителей. Нутриционная недостаточность у больных ЯК встречается в 81% (по данным Loch K., 2010), в 70-80% (Барановский А.Ю., Назаренко Л.И., 2010) и т. д. При этом нутриционная поддержка стандартно входит в схему лечения язвенного колита как обязательный компонент (рекомендации ЕССО, 2009; 2013; национальные рекомендации РФ по парентерально-энтеральному питанию, 2014).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациенты с ЯК. Общеклинические, лабораторные, инструментальные методы оценки тяжести ЯК (по Raschmelewich), оценка нутриционного статуса по параметрам алиментарно – волеического диагноза – АВД (Ермолов А.С., Абакумов М.М., 1999; Костюченко Л.Н., 2013 и др.), оценка репаративных процессов в кишечнике (эндоскопия с биопсией с последующей гистологической верификацией).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У больных с тяжёлым течением ЯК нутриционный статус характеризовался дефицитом циркулирующих белка (до 14,2%), гемоглобина, альбумина, снижением функционального резерва печени и кишечника,

волеическими и электролитными нарушениями, выраженной дизгидрией, повышенными потребностями организма в пластическом и энергичном несущих компонентах. Сохранявшаяся длительное время высокая активность язвенного колита, сопровождавшаяся нарушением белково-синтетической функции печени с резко сниженным уровнем белка, способствовала замедлению репаративных процессов. В связи с дефицитом пластического компонента, необходимого для заживления слизистой, в структуру лечения вводилась нутриционная коррекция. При своевременной направленной нутриционной поддержке в режиме гипералиментации (с коррекцией, в том числе, электролитных нарушений) заживление язвенных дефектов проходило быстрее и более эффективно, что подтверждено данными морфологии и сокращением времени госпитализации с 22 дней до 15-16, в среднем).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для выбора тактики лечения больного с тяжелой атакой язвенного колита обязательно должен учитываться нутриционный статус пациента. При выборе консервативной тактики ведения больного необходимо на фоне основного лечения применять сочетанную парентерально-энтеральную коррекцию составами направленного действия с учетом функционального резерва органов, лимитирующих усвоение нутриентов. При показаниях к хирургическому лечению больным язвенным колитом необходимо рассчитывать предложенный нами индекс нутриционного риска – ИНР (2013). В случае высокого ИНР для профилактики хирургических осложнений (сепсис, несостоятельность анастомозов, замедленное заживление ран) необходимо проведение нутриционной поддержки в объёме гипералиментации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Коган Е.А., Чубаров Ю.Ю., Сухих Г.Т.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В хирургическом лечении семейного аденоматоза толстой кишки (САТК) формирование различных типов тазовых тонкокишечных резервуаров является основным способом сохранения естественного кишечного пассажа при отсутствии противопоказаний. Эта операция является альтернативой постоянной илеостоме, способствуя улучшению качества жизни оперированных больных. Вместе с тем, наряду с сообщениями о хороших непосредственных и отдаленных результатах лечения по-прежнему публикуются сведения о большом числе послеоперационных осложнений. Сохранение транзитной зоны прямой кишки над зубчатой линией способствует снижению осложнений в зоне анастомоза и улучшению функциональных результатов. Однако сохранение участка слизистой оболочки прямой кишки, являющегося субстратом для роста полипов, сопровождается развитием рака в этой зоне в 0,5-1,4% наблюдений. Поэтому очевидно, что необходима разработка новых методов хирургического лечения больных САТК, позволяющих предотвратить развитие рака толстой кишки, сохранить естественный пассаж кишечного содержимого и добиться хороших функциональных результатов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ГНЦ колопроктологии разработан способ сохранения естественного кишечного пассажа при хирургическом лечении САТК. Выполняется удаление толстой кишки с сохранением дистальной части прямой кишки (4-8 см). Наличие оставшейся дистальной части прямой кишки позволяет сохранить нервно-рефлекторные связи этой анатомической зоны. Накладывается анастомоз между оставшейся частью прямой кишки и сформированным тонкокишечным резервуаром. С целью предотвращения роста полипов выполняется удаление слизистой оболочки прямой кишки (мукоэктомию). Для формирования реконструированной слизистой оболочки проводится аллотрансплантация в демуктурированную прямую кишку фетальных клеток эпителиального происхождения и мезенхимы различного происхождения, после чего восстанавливается непрерывность желудочно-кишечного тракта. Всего хирургические вмешательства по поводу САТК с использованием клеточных биотехнологий выполнены 52 пациентам в возрасте от 17 лет до 51 года. Мужчин – 24, женщин – 28 человек.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения развились у 5 (9,6%) пациентов. Прослежена репарация слизистой оболочки прямой кишки у пациентов с САТК по макроскопическим проявлениям с использованием эндоскопического метода, а также на тканевом, клеточном и молекулярном уровнях.

Эндоскопическое исследование установило, что рецидив возникновения аденоматозных полипов отмечен только у 1 больного. Выявлено, что репарация слизистой прямой кишки при хирургическом лечении САТК с мукоэктомией происходит на более ранних сроках при ведении аллотрансплантата из эмбриональных клеток по сравнению с контрольной группой (мукоэктомию без клеточной трансплантации). Это было также подтверждено морфологическими исследованиями. Причина такой ускоренной репарации слизистой может быть связана как с цитокиновой стимуляцией к пролиферации и дифференцировке собственных клеток, исходящей от введенных клеток, так и за счет участия в репарации самих трансплантационных клеток. Иммуногистохимическое исследование показало участие в репарации слизистой клеток с признаками стволовости.

Прослежены 44 пациента после закрытия илеостомы. После закрытия

илеостомы и включения тонкокишечного резервуара в кишечный пассаж ни у одного больного этой группы не отмечено поздних осложнений при наблюдении в сроки от 5 месяцев до 7 лет (медиана – 18 месяцев). Стабилизация частоты дефекации наступила в течение первых 6 месяцев после закрытия илеостомы. У 32 человек стул от 3 до 5 раз в сутки, у 12 пациентов стул 8–15 раз. Частота стула уменьшается с увеличением периода времени, прошедшего от момента закрытия илеостомы. 8 пациентов отмечают недержание газов. После закрытия илеостомы у этих пациентов прошло не более 3 месяцев. У остальных пациентов признаков анальной инконтиненции не отмечено. Ночная дефекация отмечается у 8 больных. Однако этот показатель зависит от времени последнего вечернего приема пищи. Проведенные физиологические исследования (профилометрия, дефекофлоуметрия), показали, что применение клеточной трансплантации приводит к формированию реконструированной слизистой оболочки. Сохранение нижеампулярного отдела прямой кишки, позволяя не повреждать чувствительную зону над зубчатой линией, которая отвечает за дифференциацию компонентов кишечного содержимого.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный хирургический метод лечения с реконструкцией слизистой оболочки прямой кишки после мукозэктомии может быть использован при САТК, поскольку отодвигает развитие рецидива аденоматозных полипов и развитие рака прямой кишки на многие годы и значительно улучшает функциональные результаты.

ВЛИЯНИЕ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ (ЭП) В ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ (ОТКН) К РАДИКАЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ

Мельников П.В., Ачкасов Е.Е., Калачев О.А., Алекперов С.Ф.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, МГБУЗ МО «МООД», г. Балашиха, ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Белково-энергетическая недостаточность (БЭН) у онкологических больных встречается в 46–88% наблюдений, что является риском послеоперационных осложнений и летальности. Известно, что нутритивная поддержка (НП) улучшает результаты лечения больных хирургического профиля.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Разработать и обосновать методику энтеральной НП в подготовке больных обтурационной толстокишечной непроходимостью (ОТКН) к радикальным операциям после ее консервативного и малоинвазивного разрешения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализируются результаты обследования и лечения 210 больных ОТКН за последние 10 лет в возрасте от 37 до 99 лет (66,2±1,0 лет). Преобладали пациенты с суб- и декомпенсированной ОТКН – 69,5%. Всех пациентов разделили на три группы. В I группу включили 44(20,9%) больных, которым ОТКН удалось разрешить консервативно. II группу составили 64(30,4%) больных, которым выполняли лапаротомию и наружную или внутреннюю декомпрессию ободочной кишки без удаления опухоли в связи с тяжестью состояния. 102(48,7%) больным III группы под местной анестезией и в/в потенцированием накладывали декомпрессию илео- или колостому из мини-доступа. В зависимости от способа питания больных после разрешения ОТКН разделили на 6 подгрупп. Подгруппы IA (15 больных), IB (29 больных) и IIA (28 больных) получали оральное питание в виде диет по Певзнеру энергетической ценностью менее 25 ккал/кг/сут. Больные IB подгруппы (29 больных) были на полном энтеральном питании, а пациенты подгрупп IIB (35 больных) и IIIB (74 больных) получали Энтеральные смеси (сиппинг + ЭЭП) из расчета 35–40 ккал/кг/сутки + диеты по Певзнеру.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 15 больных п/гр IA, которым предоперационную подготовку проводили на фоне приема воды и пищи через рот (стол I по Певзнеру) с дополнительным ПП, у 11(73,3%) в сроки от 3 до 10 суток ОТКН рецидивировала, что требовало операции типа Гартмана 4 (26,6%) пациентам и правосторонняя гемиколэктомия в 3(20%) случаях. Остальным пациентам были выполнены колостомии через срединный доступ – 2(13,3%) и мини-доступ у 2(13,3%). Осложнения возникли у 7 (63,6%), умерло 3 (27,2%) больных. Отсрочено на 10–12 сутки, оперировано 4(26,7%), Умер 1(25,0%) вследствие несостоятельности анастомоза. Из 29 пациентов п/гр IB, находившихся на полном энтеральном питании (ПЭП) у 2(6,9%) больных при подготовке к отсроченной операции в сроки от 1 до 8 суток после разрешения ОТКН рецидивировала и потребовала срочной операции типа Гартмана, при этом умер 1(50,0%) больной от гнойно-септических осложнений. После отсроченных операций, проведенных у 27 пациентов п/гр IB, осложнения возникли у 4(18,5%) пациентов, а умерли 2(7,4%). Из 64 больных II группы из-за тяжелой сопутствующей патологии, прогрессирования опухолевого процесса или страха больных перед повторной операцией, радикальное хирургическое вмешательство удалось выполнить 28(43,75%) больным. В том числе, 10 больным п/гр IIA, которым предоперационную подготовку проводили на фоне приема воды и пищи через рот (стол I по Певзнеру). В этой подгруппе были выполнены операция типа Гартмана 6(60%) пациентам, левосторонняя гемиколэктомия 2(20%), а у 2(20%) больных произведена правосторонняя гемиколэктомия. В п/гр IIB радикальные операции выполнили 18 больным. У

11(61,1%) больных отсрочено проведены резекции ОК, из них у 7(38,9%) пациентов выполнена правосторонняя гемиколэктомия и у 4(22,2%) – левосторонняя гемиколэктомия (3 случая с превентивной колостомией), а операция типа Гартмана – 7(38,9%) больным.

В III группе количество радикально оперированных больных через 4 недели после подготовки составило 92(90,2%). Из них 23(82%) больным п/гр IIIA, получавших оральное питание (I и 15 столы по Певзнеру) операцию типа Гартмана выполнили 13(56,5%) больным, левостороннюю гемиколэктомию 10(45,5%). Причем превентивную колостомию применили у 8(80%) больных. В п/гр IIIB радикальную операцию выполнили 69(93,2%) больным; радикальная операция с наложением первичного анастомоза – 49(71,0%); правосторонняя гемиколэктомия – 18(26,1%); левосторонняя гемиколэктомия – 24(34,9%); передняя резекция – 7(10,1%); операция Гартмана – 20(29,0%) больным. В 6(8,7%) наблюдениях выполнена превентивная колостома.

ВЫВОДЫ

ПЭП после консервативного разрешения ОТКН позволяет снизить частоту ее рецидивирования, способствуя выполнению радикальной операции в отсроченном порядке со снижением частоты послеоперационных осложнений и летальности. Энтеральная НП после малоинвазивной декомпрессии ободочной кишки позволяет улучшить трофический статус через 3–4 недели со снижением частоты послеоперационных осложнений и летальности после радикальных операций, с меньшим числом стомированных пациентов.

ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ: НАБЛЮДЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Минушкин О.Н., Кручинина М.А.

Кафедра терапии и гастроэнтерологии ФГБУ «УНМЦ», ФГБУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Дивертикулярная болезнь является одним из наиболее распространенных заболеваний современной цивилизации и пятым из наиболее важных заболеваний ЖКТ в отношении прямой и не прямой нагрузки на здравоохранение, выявляемым у 1/3 лиц старше 60 лет и 2/3 населения старше 80 лет. В последние годы в научных публикациях все чаще появляются сообщения о дивертикулярной болезни толстой кишки, представляющей собой весьма актуальную и в то же время недостаточно изученную проблему. Данные, которые имеются по этому заболеванию, носят зачастую противоречивый характер и общепринятых официальных рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике пока не существует.

ЦЕЛЬ

Оценка эффективности лечения и последующей профилактики обострений препаратами группы 5-АСК (месалазин) у пациентов старше 18 лет с клинически выраженной дивертикулярной болезнью толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучено 160 больных (95 женщин и 65 мужчин) с дивертикулярной болезнью толстой кишки, клинически выраженной формой, в возрасте 56–82 лет (средний возраст 68±2,9 лет).

Диагноз дивертикулярной болезни достоверно установлен при инвазивных исследованиях (колоно- и/или ирригоскопия).

До начала лечения все больные жаловались на боли в правой и/или левой подвздошной области. Боли усиливались после еды и на фоне задержки опорожнения кишечника. Кроме того, наблюдался метеоризм и недостаточное опорожнение кишечника в большинстве случаев.

У всех наблюдаемых пациентов отмечалось утолщение стенки кишки, по данным ультразвукового исследования, до 0,4 см, у половины (41–51%) – повышение СРБ в то время, как изменение белковых фракций фиксировалось лишь у 6–7%.

Эпизодов острого дивертикулита в данных группах анамнестически не отмечалось.

Исследуемые пациенты были разделены на 3 группы:

- 1) 1-я группа (70 человек) получала месалазин в дозе 1000 мг/сут. 10 дней каждого месяца;
- 2) 2-я группа (60 человек) получала месалазин в дозе 1000 мг/сут. 1 месяц/квартал;
- 3) 3-я группа (30 человек) – группа сравнения (месалазин не получала); подобрана ретроспективно.

Группы наблюдения и контроля были сопоставимы по полу и возрасту. Срок наблюдения составил 15 месяцев. Оценка эффективности терапии проводилась по динамике клинических проявлений, лабораторных маркеров воспаления (С-реактивный белок, белковые фракции), УЗИ-динамике воспалительных изменений стенки толстой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 59(84%) пациентов 1-й группы были полностью купированы болевые ощущения со стороны толстой кишки, 11(16%) человек продолжали испытывать боль/дискомфорт по ходу толстой кишки после приема пищи и на фоне недостаточного опорожнения кишечника, 13(19%) сохранили жалобы на метеоризм. Также у 90% больных отмечена нормализация толщины стенки толстой кишки (по результатам УЗИ толщина стенки сократилась с 0,4 см до 0,2 см), у 6 из них (из 7-и) толщина стенки кишки не изменилась на фоне терапии (сохранилась до 0,4 см, по данным УЗИ), у одного из них, несмотря на сохранение клинических проявлений, толщина стенки толстой кишки нормализовалась. Лабораторные показатели воспаления (С-реактивный белок, белковые фракции) нормализовались в 100% и 85% больных, соответственно.

40 из 60(67%) пациентов 2-й группы к концу исследования не предъяв-

ляло жалоб, у 20(33%) пациентов сохранялись жалобы на боль в животе. УЗ-картина соответствовала норме у 52(87%) человек, (кроме того, у 6-ти из них, помимо жалоб, сохранялось первоначальное утолщение стенки сигмовидной кишки до 0,4 см), у 2-х толщина кишечной стенки уменьшилась с 0,4 см до 0,33 см, но не соответствовала нормативным показателям (норма до 0,2 см) в отсутствие субъективных проявлений. У 3-х больных сохранялся повышенный СРБ (6,7-12,3) и невыраженные жалобы, преимущественно на дискомфорт в левой подвздошной области.

В 3-й группе (группа сравнения) наблюдалась отрицательная динамика клинических и лабораторных показателей. 8 из 30 наблюдаемых пациентов перенесли эпизод острого дивертикулита. Им проведено консервативное стационарное лечение: спазмолитическая, антибактериальная, детоксикационная терапия. Противовоспалительные препараты данная группа не получала ни в период лечения, ни с профилактической целью, что, скорее всего, и явилось причиной обострения заболевания (26% дивертикулита с госпитализацией в хирургическое отделение).

ВЫВОДЫ

Большим дивертикулярной болезнью показано персистентное профилактическое, противовоспалительное лечение месалазином. Доза и продолжительность зависит от исходного состояния. Наши данные позволяют отдать предпочтение 1-й схеме профилактики.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО ГРИБКОВОГО ПОРАЖЕНИЯ КИШЕЧНИКА

Мишуров Н.В., Фомин В.Н., Бастрыкова Е.Г.

БУ ХМАО-Югры «Няганская окружная больница», г. Нягань, Россия

ЦЕЛЬЮ сообщения является случай успешного этапного лечения диссеминированного грибкового заболевания.

Больная Ш., 62 года, поступила экстренно с жалобами на нарастающую слабость, боли в животе в течение недели, кал черного цвета последние три дня. При обследовании – живот мягкий, патологические образования не определяются. При ФГДС – варикозное расширение вен пищевода 1 ст., крови нет, при ФКС осмотреть кишку не удается, в просвете темная и свежая кровь. Гемоглобин 40 г/л, Эр-1,7. Из анамнеза жизни известно, что работала маляром, на бензоаправке и на складе ГСМ. В 1991 г. перенесла холецистэктомию, позднее оперирована по поводу ventральной грыжи. С 2005 г. наблюдается по поводу саркоидоза легких и внутригрудных лимфоузлов, обострение в мае 2011 г. На рентгенограммах грудной клетки неоднородные утолщения легочной ткани, парааортальные и паратрахеальные лимфоузлы 16-22 мм.

На фоне заместительной терапии 28.09.2012 г. с неучтенным источником кровотечения пациентка оперирована. При лапаротомии – в брюшной полости выраженный рубцово-спаечный процесс. Поперечно-ободочная и тощая кишки вовлечены в конгломерат с варикозно расширенными сосудами. Состояние расценено как саркоидоз брюшной полости с развитием портальной гипертензии. Произведена обструктивная резекция поперечно-ободочной кишки, получен доступ к связке Трейца. Интраоперационно выполнена повторно ФГДС, при которой установлено, что источником кровотечения является варикозно расширенные вены начального отдела тощей кишки – резецировано 30,0 см с наиболее выраженными изменениями, наложен дуодено-эюноанастомоз. Операция закончена наложением пристеночной асцидостоми, как наиболее мобильного участка толстой кишки. Послеоперационное течение очень тяжелое. 30.09.12 г. получены данные о наличии в биопсийном препарате большого количества грибов. В комплекс лечения включен дифлюкан в стандартных дозировках. Длительно сохранялся парез кишечника, значительные потери по дренажам из брюшной полости и желудочному зонду. 05.10.2012 г. в заключении гистолога: грибковое поражение толстой кишки, вероятно аспергилез. Начата терапия амфотерицином В. Через двое суток достигнут лечебный эффект, клинические проявления в разрешении пареза, снижения дебета отделяемого по дренажам. Удалось компенсировать анемию, скоррегировать геостаза. Через 39 дней пребывания в реанимационном отделении больная переведена в терапевтическое отделение, где проводилась реабилитация и поддерживающая терапия флюканозолом и на 58 сутки выписана на амбулаторное лечение.

В мае 2013 г. больная поступала для реконструкции колостомы в связи с рубцеванием. В гистологическом исследовании края свища аспергилл не выявлено. Самочувствие неплохое, но выражен астенический синдром. В сентябре 2013 г. госпитализация для реконструктивной операции. Рентгенологически-легкие без инфильтративных теней. При ФКС – эрозивный проктосигмоидит, расценен как «диверсионный колит». 11.09.13 г. релапаротомия, мобилизованы печеночный и селезеночный углы ободочной кишки, наложен анастомоз «бок-в-бок». Операция закончена тампонированием брюшной полости в связи с выраженной диффузной кровоточностью тканей. Лапаростома ликвидирована на следующий день, асцидостома сохранена. Проведен курс противогрибкового лечения дифлюканом, хотя вновь при биопсии края толстой кишки грибки не выявлены. На седьмые сутки начата обтурация колостомы, в стационаре получен стул естественным путем. Через полгода больная поступила для закрытия колостомы. Выполнено иссечение свища с краевой резекцией восходящей кишки. Стул нормализовался на третий сутки. В гистологическом материале аспергилл не выявлено, рентгенологически-легкие без инфильтративных теней.

ВЫВОДЫ

– ретроспективный анализ случая, в целом, позволяет предположить, что нозологией явился не саркоидоз, а прогрессирующий аспергилез,

принявший генерализованную форму.

- операции при грибковом поражении травматичны, сопровождаются обильной экссудацией интраоперационно и в послеоперационном периоде, должны сопровождаться противогрибковой терапией.
- редкие, малоразработанные в лечении и диагностике патологические состояния требуют нестандартных подходов как в практике колопроктолога, так и врачей смежных специальностей

ГЕРНИОПЛАСТИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Помазкин В.И.

Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург, Россия

Необходимость хирургического лечения заболеваний толстой кишки у пациентов, ранее перенесших операции на брюшной полости и имеющих послеоперационные грыжи, возникает достаточно часто. Этому способствует рост неотложной колоректальной патологии, приводящий к увеличению числа больных с временными кишечными стомами в сочетании с дефектами брюшной стенки. Самым частым поздним осложнением при формировании илео- и колостом являются парастомальные грыжи, образующиеся в 15-58% случаев. Кроме того, имеется группа больных с выявленной патологией толстой кишки, требующей оперативного лечения при наличии у них ventральных грыж, после ранее выполненных операций на брюшной полости. Наконец расширение показаний к оперативному лечению местнораспространенного рака толстой кишки создало проблему закрытия дефекта брюшной стенки после ее резекции. Применение современных сетчатых эндопротезов при герниопластике приводит к значительному уменьшению частоты образования повторных грыж. Однако, существует исторически сложившееся мнение, что применение инородного материала для ликвидации дефектов брюшной стенки в условиях потенциального инфицирования, в частности при операциях на «открытой» толстой кишке, может привести к увеличению количества раневых инфекционных осложнений. Целью нашей работы являлся ретроспективный анализ результатов одномоментного хирургического лечения послеоперационных ventральных грыж с использованием синтетических материалов при операциях на прямой и ободочной кишке.

За период с 2004 по 2013 гг. операции на толстой кишке с одномоментным восстановлением послеоперационных дефектов брюшной стенки, требовавших использования синтетических материалов, произведены у 74 больных. Средний возраст пациентов составил 60,6±8,3 лет. Мужчин из них было 45(60,8%), женщин – 29(39,2%). Основным показанием к оперативному лечению у 66(89,2%) больных являлось восстановление целостности кишечного тракта, с ликвидацией сформированной кишечной стомы. Ventральную грыжу без кишечной стомы, возникшую после предыдущих операций на брюшной полости имели 6(8,1%) пациентов. У 4 из них показанием к оперативному лечению являлся первичный рак ободочной кишки, у 2 – осложненная болезнь Крона. У 2(2,7%) больных дефект брюшной стенки был образован при ее резекции по поводу местно распространенного рака ободочной кишки.

Объем основного вмешательства при наличии одностольной кишечной стомы у 66 больных заключался в наложении межкисечного анастомоза с ликвидацией стомы. У 2 больных после субтотальной колэктомии по поводу язвенного колита произведена брюшно-анальная резекция прямой кишки, формирование илеального резервуара с анастомозом с анальным каналом и ликвидацией илеостомы. У пациентов без сформированной ранее стомы, у 3 при раке левой половины ободочной кишки была выполнена левосторонняя гемиколэктомия, у 2 больных с болезнью Крона – передняя резекция прямой кишки, у 1 пациентки с рецидивом рака прямой кишки – ее резекция с экстирпацией матки. В 2 случаях необходимость применения сетчатого эндопротеза была связана с резекцией брюшной стенки при правосторонней гемиколэктомии по поводу местнораспространенного рака правой половины ободочной кишки.

У 55(74,3%) больных эндопротез размещался ретромускулярно по методу Rives-Storpa. У 15(20,3%) пациентов сетка была фиксирована сверху апоневроза и остатков грыжевого мешка («on-lay» методика). В 4(5,4%) случаях фиксация эндопротеза производилась в «in-lay» положении.

Послеоперационная летальность составила 1,4%. Раневые осложнения отмечены у 9(12,2%) больных. Все они наблюдались при восстановительных операциях с ликвидацией кишечных стом. У 5(6,8%) из них были ограниченные скопления серозного экссудата в срединной ране, потребовавшие неоднократного его опорожнения, но не приведшие к значительному ухудшению процесса ее заживления. У 2(2,7%) пациентов развилось поверхностное нагноение подкожной клетчатки в месте существования стомы. У 2(2,7%) больных был ограниченный краевой кожный некроз лапаротомной раны, приведший к частичному обнажению сетки, расположенной сверху апоневроза. Средний срок послеоперационного пребывания таких больных в стационаре составил 13,5±1,8 дней. Отдаленных инфекционных осложнений не было отмечено ни у одного из них. Рецидив грыжи отмечен у 1(1,4%) пациента.

Таким образом, одномоментная ликвидация дефектов брюшной стенки при операциях на толстой кишке с применением синтетических материалов не приводит к значительной частоте послеоперационных осложнений и позволяет ускорить процесс полной реабилитации пациентов и улучшить качество их жизни.

ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Попков О.В., Попков С.О.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ

Дивертикулярная болезнь толстой кишки – патологический процесс, характеризующийся наличием мешковидных выпячиваний стенки ободочной кишки. В связи с ростом заболеваемости дивертикулярной болезнью толстой кишки, преимущественно у пожилых лиц с сопутствующей патологией, увеличением количества осложнений дивертикулярной болезни – проблема диагностики и лечения данной патологии является особенно актуальной.

ЦЕЛЬ

Оценить методы диагностики, выбор лечебной тактики при осложнениях дивертикулярной болезни толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ лечения 250 пациентов с осложнениями дивертикулярной болезни толстой кишки в УЗ «3 клиническая больница им. Е.В. Клунова» г. Минска за 2008-2013 гг. Мужчин было 70 (28%), женщин – 180 (72%). Возраст пациентов варьировал от 38 до 80 лет.

Структура осложнений:

- кровотечения – 105 (42%)
- дивертикулит – 75 (30%)
- перфорация с перитонитом – 45 (18%)
- инфильтрат, абсцесс – 25 (10%)

Алгоритм обследования включал: клиническое, лабораторное, рентгенологическое, эндоскопическое обследование пациентов. В ряде случаев выполняли ультразвуковое, морфологическое исследование, по показаниям – компьютерную томографию, лапароскопию. Сопутствующие заболевания зарегистрированы у всех пациентов анализируемой группы. Чаще всего отмечались заболевания сердечно-сосудистой системы, реже – системы органов дыхания, мочевыделительной системы и сахарный диабет.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Консервативное лечение проведено 160 (24%) пациентам. Критериями оценки эффективности консервативного лечения служили исчезновение клинических симптомов дивертикулеза, нормализация моторно-эвакуаторной функции. При кровотечении пациентам выполняли экстренную колоноскопию, проводили гемостатическую и заместительную терапию. При отсутствии эффекта от консервативного лечения и рецидиве кровотечения объем выполняемой операции – резекция толстой кишки или тотальная колэктомия с первичным анастомозом или наложением колостомы – 10 пациентов. У 45 пациентов с перфорацией дивертикула и перитонитом после предоперационной подготовки выполнена обструктивная резекция толстой кишки или колостомия с санацией и дренированием брюшной полости. При наличии перидивертикулярного инфильтрата проводилась антибактериальная и инфузионная терапия – 20 пациентов. В случае абсцедирования – вскрытие абсцесса, колостомия, дренирование брюшной полости – 5 пациентов.

Хирургическая тактика определялась характером и тяжестью осложнений, общим состоянием и возрастом пациентов, степенью распространенности дивертикулеза. В экстренных случаях усилия были направлены на устранение угрозы жизни и профилактику гнойных осложнений. Частота послеоперационных осложнений (несостоятельность швов кишечного анастомоза, прогрессирование перитонита, инфекция области хирургического вмешательства) составила 12,5%. Летальных исходов не было. Средняя длительность лечения в стационаре до операции – 4,6, после операции – 15,5 к/дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Адекватная оценка индивидуальных функциональных возможностей, предоперационная подготовка, дифференцированный выбор (по объему и характеру) хирургических вмешательств позволяют добиться у пациентов с осложненной дивертикулярной болезнью хороших непосредственных результатов лечения. Правильно выбранные сроки, показания и методы хирургического лечения позволяют уменьшить количество осложнений дивертикулярной болезни, длительность лечения и временной нетрудоспособности. В целях предупреждения осложнений считаем целесообразным расширение показаний к плановым операциям с учетом достижений эндоскопии – резекция толстой кишки, колэктомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА

Рахманов С.Т., Наврузов Б.С.

Республиканский Научный Центр Колопроктологии МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

АКТУАЛЬНОСТЬ

В литературе многие авторы предлагают различные способы и объемы операций в хирургическом лечении больных хроническим колостазом. И в нашей клинике до начала 90-х годов по поводу толстокишечного стаза чаще всего выполнялись следующие виды операции: резекция сигмовидной кишки, левосторонняя гемиколэктомия, правосторонняя гемиколэктомия. После выполнения которых в большинстве случаев

отмечались рецидивы заболевания.

ЦЕЛЬ

Улучшить результаты хирургического лечения хронического колостаз.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 437 пациентов, оперированных по поводу хронического колостаз за период с 1990 года по настоящее время. Проводили клиническое обследование и опрос больных для оценки результатов хирургического лечения. Больные были разделены на две группы. Первую группу составили 183 (41,9) больных, чаще всего у которых были выполнены сегментарные резекции толстой кишки: резекция сигмовидной кишки – 43 (23,5%), левосторонняя гемиколэктомия – 133 (72,7%), правосторонняя гемиколэктомия – 7 (3,8%). Во вторую группу вошли 254 (58,1) больных, у которых, в основном, были произведены субтотальная колэктомия – 96 (37,8%) и тотальная колэктомия – 158 (62,2%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Отдаленные результаты оценены по трехбалльной шкале. Во второй группе чаще отмечали хорошие результаты – 94,5% против 72,0%, а неудовлетворительные – реже (1,7% против 21,0%). Число удовлетворительных результатов было в первой группе 7,0%, а во второй – 3,8%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, такие вмешательства как левосторонняя гемиколэктомия, правосторонняя гемиколэктомия и резекция сигмовидной кишки не всегда оправданы. В подавляющем большинстве случаев выявляется тотальное поражение толстой кишки, для оценки которого, должны проводиться комплексные диагностические мероприятия, включая самых современных методы исследования. При этом операцией выбора мы считаем тотальную колэктомию с илеоректальным анастомозом. Отдаленные результаты которого свидетельствуют о наибольшей эффективности данной методики в отношении предотвращения рецидива заболевания и реабилитации пациентов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Рахманов С.Т., Наврузов Б.С.

Научный Центр Колопроктологии МЗ Республики Узбекистан, г. Ташкент, Узбекистан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Радикальной операцией при тяжелом неспецифическом язвенном колите (НЯК) является тотальная колпроктэктомия с формированием илеоанального анастомоза с резервуаром из подвздошной кишки (rouch). Вместе с тем такая операция часто сопровождается осложнениями и нежелательными последствиями. Некоторые хирурги предлагают выполнять многоэтапные вмешательства наряду с проведением мощной противовоспалительной терапии. Имеются сторонники одноэтапных радикальных операций у этой категории больных. Поэтому общая и послеоперационная летальность остается высокой, составляя, в среднем, 10-12% соответственно без тенденции к снижению.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Научном центре колопроктологии Республики Узбекистан за последнее 5 лет 172 больному выполнены различные хирургические вмешательства по поводу НЯК. 83 (82,1%) больным выполняли плановые хирургические вмешательства. Одномоментные операции выполнены у 78 (45,3%) больных, у 94 (54,7%) выполнено многоэтапное вмешательство. При формировании «rouch» – резервуара у всех больных воспользовались «S»-образной формы. С учетом минимальной и умеренной активности воспалительного процесса в плане подготовке операции, проводили местное противовоспалительное лечение. Лечебные мероприятия оказались эффективными у 44 (25,6%) больных, которым выполняли одномоментную операцию.

Из-за тяжелого состояния у 9 больных, которым была сформирована превентивная илеостома, после улучшения состояния через 6 месяцев 5 больным выполняли «закрытие илеостомы, лапаротомию, тотальную колэктомию, переднюю резекцию прямой кишки с формированием низкого илеоректального анастомоза». А остальным 4 больным с наличием высокой активности воспалительно-язвенного процесса в прямой кишке выполняли тотальную колпроктэктомию с формированием концевой илеостомы. Из 51 больных после тотальной колпроктэктоми с концевой илеостомой у 11 больных выполняли закрытие илеостомы с формированием пауч-анального анастомоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В послеоперационном периоде у 17 (9,8%) больных отмечено 23 осложнения. У 3 (1,7%) больных наблюдали несостоятельность швов анастомоза. 2 (1,2%) больным с тотальным поражением толстой кишки при наличии перфорации и токсической дилатации в срочном порядке была выполнена тотальная колпроктэктомия с наложением терминальной илеостомы. После наложения резервуарно-анального анастомоза в 3 (1,7%) наблюдениях возникло нагноение клетчатки и пресакральной области. В 1 (0,6%) из них отмечен послеоперационный перитонит, была выполнена релапаротомия с ликвидацией резервуара и наложением илеостомы, к сожалению, с фатальным исходом. В целом, послеоперационная летальность составила 1,7% (умерли 3 больных). Нами проведено исследование внутрипросветного давления в резервуаре путем баллонной манометрии на 10-12-е сутки и через 6 мес. после операции. В раннем послеоперационном периоде показатели манометрии составили 13 мм вод. ст., через 6 мес. – 28 мм вод. ст. Такая тенденция увеличения внутрипросветного давления в резервуаре указывает на его прямую зависимость от восстановления функции анального сфинктера.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализируя полученные функциональные результаты тотальной колоэктомии, можно отметить, что передняя резекция прямой кишки с наложением низкого или ультранизкого резервуарно-ректального анастомоза является методом выбора хирургического лечения НЯК, так как позволяет добиться удовлетворительной медико-социальной реабилитации больных.

АНОМАЛИЯ ФИКСАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОЛОСТАЗЕ У ДЕТЕЙ

Саидов Ф.Х.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

АКТУАЛЬНОСТЬ

По мнению многих авторов, одной из основных причин развития хронических запоров является нарушение фиксации толстой кишки. Несмотря на высокую частоту встречаемости этой патологии (до 30%), тактика лечения больных с хроническими запорами, обусловленными аномалиями фиксации толстой кишки, до конца не разработана.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследования и лечения аномалии фиксации толстой кишки у детей с хроническими запорами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на 253 детей с хроническими запорами различного генеза, находившимися на лечении в отделении детской хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и 1-й городской детской клинической больницы г. Ташкента с 2006 года по настоящее время. Мальчиков было 154(60,9%) и девочек 99(39,1%), в возрасте от 3 месяцев до 14 лет.

Все дети предъявляли жалобы на боли в животе, вздутие живота, болезненную дефекацию, отсутствие самостоятельного стула, чувство неполного опорожнения кишечника, изменение характера стула (твердый, фрагментированный, большой диаметр калового цилиндра). Некоторые жаловались на энкопроз, примесь крови в стуле, тенезмы.

Для уточнения диагноза всем больным проводили клинико-лабораторные, рентгенологические (пассаж бариевой взвеси, ирригоскопия), инструментальные (колоноскопия) исследования. УЗИ, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) толстой кишки, электрофиникторметрию, гистологическое исследование толстой кишки, изучение микробной флоры кишки. При комплексном обследовании у 78(30,8%) больных с хроническими запорами выявлены аномалии фиксации толстой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе диагностики у детей с хроническими запорами выявлено четыре варианта аномалии фиксации толстой кишки. Первый вариант (19 больных) характеризовался подвижностью слепой и восходящей ободочной кишки при нормальном положении печеночного изгиба. У 12 больных слепая кишка лежала на крыле правой подвздошной кости, а у 7 она была опущена в малый таз.

Вторым вариантом нарушения фиксации толстой кишки был тотальный колоноптоз (8 больных), который рентгенологически состоял из элементов правостороннего и левостороннего колоноптоза. Вся толстая кишка определялась ниже гребней подвздошных костей. Слепая, поперечная и сигмовидная ободочные кишки были расположены в малом тазу.

Третий вариант аномалии фиксации толстой кишки (35 больных) рентгенологически характеризовался тем, что левый изгиб не поднимался до уровня своего нормального положения (левосторонний колоноптоз). Форма его чаще была в виде прямого угла. Нисходящая ободочная кишка имела вертикальный ход с деформациями и перегибами, а сигмовидная кишка лежала в малом тазу.

При четвертом варианте аномалий фиксации толстой кишки (16 больных) отмечалась патологическая подвижность правой половины толстой кишки с отсутствием фиксации в области печеночного изгиба, который располагался ниже, почти на уровне верхнего края крыла правой подвздошной кости (правосторонний колоноптоз).

Все больные получали комплексное консервативное лечение, направленное на повышение тонуса кишечной стенки, увеличение объема кишечного содержимого, выработку рефлекса на дефекацию, нормализацию микробного пейзажа толстой кишки.

Такое лечение оказалось эффективным у 52(66,7%) пациентов. Из-за отсутствия эффекта от консервативной терапии 26(33,3%) больным с аномалиями фиксации толстой кишки было выполнено хирургическое лечение. По поводу правостороннего колоноптоза оперированы 4(15,4) детей, которым выполнена правосторонняя гемиколэктомия. По поводу левостороннего колоноптоза оперированы 16(61,5%) больных, им выполнена левосторонняя гемиколэктомия. По поводу тотального колоноптоза оперированы 6(23,1%) больных, которым выполнена субтотальная колэктомия.

Резецированная толстая кишка подвергнута гистологическому исследованию. Установлено, что у всех больных, прежде всего, страдало мышечно-кишечное сплетение. Выявляемые изменения интрамурального нервного аппарата и мышечного слоя кишки, несомненно, могли приводить к угнетению двигательной активности толстой кишки и обуславливать замедление пассажа ее содержимого.

Послеоперационный период у всех 26 больных протекал без осложнений. Отдаленные результаты в сроки от 6 месяцев до 3 лет прослежены у 24 из них. У всех больных отмечалась полная нормализация стула.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Фиксирующие операции являются недостаточно патогенетическими вмешательствами при хронических рефрактерных запорах у больных с аномалиями фиксации толстой кишки, что связано с морфогистологическим изменением ее нервных сплетений. Оптимальными хирургическими вмешательствами, позволяющими достаточно надежно лечить этих больных, являются различные варианты колэктомии.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОНКОЙ КИШКИ

Самсонова Т.В., Орлова Л.П.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава
России, г. Москва, Россия.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Частота заболеваний болезнью Крона (БК) не имеет тенденции к снижению, а, по мнению ряда авторов, характеризуется дальнейшим ростом. Своевременная диагностика заболевания в этом очень важном отделе пищеварительной системы – одна из сложных в гастроэнтерологии и в колопроктологии. Диагностика осложненного течения БК основана на оценке клинической картины болезни, эндоскопического и рентгенологического методов исследования. Однако инструментальные методы обследования имеют свои недостатки, связанные с риском обострения заболевания при подготовке к данному обследованию и облучения. В литературе имеются сообщения об использовании УЗИ для диагностики осложнений БК.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение возможностей ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике осложненного течения болезни Крона тонкой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения цели обследован 81 пациент в возрасте 16-72 года, преобладали пациенты возрастной группы 20-29 лет. Воспалительные изменения локализовались у 3 пациентов в тощей кишке, у 2 – в тощей и терминальном отделе подвздошной кишок, у 76 – в подвздошной, из них у 10 – с поражением баугиновой заслонки и слепой кишки, у 4 больных – с поражением сигмовидной кишки и у 2 – восходящей кишки. Всем больным проводилось чрескожное УЗИ тонкой кишки линейным и конвексным датчиками частотой 7,5 и 3,5 МГц. 41 пациент был оперирован, показанием к выполнению оперативного вмешательства послужило формирование стриктур с нарушением кишечной проходности, инфильтратов с абсцедированием, кишечных свищей. 31 пациенту была проведена резекция измененного сегмента кишки, 10 – наложена илеостома. БК осложнилась инфильтратами в 31 наблюдении, у 9 из них с абсцедированием, свищами – в 31 и стриктурами – у 23 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При выявлении спаявшихся между собой воспалительно-измененных кишечных петель или измененного сегмента кишечника с близрасположенными органами с отсутствием соединительнотканной прослойки между ними и наличием глубоких язвенных продольно направленных дефектов мы диагностировали инфильтрат. В 100% случаев отмечались спаявшиеся петли тонкой кишки между собой, в 18,5% в воспалительный инфильтрат входила передняя брюшная стенка, в 14,8% – мочевого пузыря, в 22,2% – толстая кишка. Если рядом с воспалительным инфильтратом визуализируется жидкостное образование без перистальтики с гомогенным или негетогенным содержимым, соединяющееся с инфильтратом посредством гипохозогенного хода, говорим об абсцедировании инфильтрата. При визуализации узких или широких гипохозогенных ходов, часто с наличием кишечного содержимого в виде гиперэхогенных включений, которые соединяют между собой спаянные петли тонкой кишки или спаянные петли тонкой и толстой кишок мы диагностируем межкишечный свищ. При неполных внутренних свищах гипохозогенный ход заканчивался в брыжейке. При наружном свище гипохозогенный ход открывался на переднюю брюшную стенку. Гистологическое исследование показало наличие следующих видов свищей: кишечно-кожные – 4, кишечно-пузырные – 3, межкишечные – 13 и кишечные внутренние (брыжеечные) – 19. У 6 пациентов было сочетание свищей. Для стриктуры характерно локальное сужение просвета кишки до 2 мм (1-5мм) (медиана, 2,5-97,5 процентиля) протяженностью 4 см (1,35-5 см), утолщение стенки 5,5 мм (4-8 мм) с наличием язвенных дефектов. В случае декомпенсации возникали признаки нарушения пассажа кишечного содержимого выше уровня препятствия. В нашем исследовании нарушение кишечного пассажа отмечалось в 47,3%. Точность диагностики инфильтратов, по данным УЗИ, составляет 87,8%, рентгенологического метода – 79,5%, свищей, по данным УЗИ, составляет – 82,9%, рентгенологического исследования – 87,2%, стриктур – 85,3% и 82,0%, соответственно.

ВЫВОДЫ

Разработанная УЗ-семиотика осложненного течения БК позволяет на дооперационном этапе проводить диагностику и дифференциальную диагностику инфильтратов, свищей и стриктур и помогает в выборе хирургической тактики. УЗИ – является высокоинформативным методом диагностики для осложненного течения БК и может использоваться наряду с рентгенологическим методом. В отличие от рентгенологических методов диагностики, ультразвуковое исследование можно проводить без ограничения числа, поскольку оно является безопасным для пациента.

НАШ ОПЫТ В ЛЕЧЕНИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАДОЛИХОКОЛОН

Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Андреев Е.В., Овсянников А.В.

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ

Оптимизация результатов лечения больных хроническим толстокишечным стазом (ХТС) путём использования разработанного способа хирургического лечения идиопатического мегадолихоколон.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Клинические исследования основаны на анализе результатов хирургического лечения 45 больных. Средний возраст составил 53,6±1,5 лет, средний возраст среди мужчин – 52,8±3,6 лет, средний возраст среди женщин – 53,9±1,6 лет. Мужчин – 12(27,7%), женщин – 33(73,3%). Анатомические исследования выполнены на 40 трупах людей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В соответствии с особенностями выполненных оперативных вмешательств были выделены три клинические группы. Группа контроля (I группа) состояла из 20 пациентов, оперированных с 1993 по 2001 гг. В I группе объем резекции толстой кишки варьировался от резекции сигмовидной ободочной кишки до левой ободочной гемиколэктомии с передней резекцией прямой кишки. Группа сравнения (II группа) включала 9 больных. Показаниями к хирургическому лечению во второй клинической группе считали мегадолихоколон неустановленной этиологии с толстокишечной непроходимостью II степени выраженности при отсутствии эффектов от консервативной терапии в течение 2,5 лет и задержкой стула более 120 часов. Операции выполнены по разработанной методике. Группа больных с осложнениями ХТС (III группа) включала 16 пациентов. В этих клинических наблюдениях ХТС осложнилась острой кишечной непроходимостью. В связи с тяжестью общего состояния на первом этапе оперативного лечения у них выполнялись резекции в объёме левой ободочной гемиколэктомии с формированием трансверзостомы. Из них у 10 пациентов при выполнении реконструктивных операций были использованы технические приемы разработанного способа (Федеральный патент РФ №2250082).

До поступления в стационар больные I группы не соблюдали диету. Длительное нарушение кишечной проходимости приводило к хронической интоксикации, которую по лейкоцитарному индексу можно отнести к I степени выраженности. При поступлении в стационар у больных отмечалась гипопроотеинемия до 50-60 г/л. Через полгода после левой ободочной гемиколэктомии с трансверзоректальным анастомозом хорошие результаты отмечены у 55% больных, удовлетворительные – у 36%, неудовлетворительные – у 9% больных. Через полтора года хорошие результаты – у 27% больных, удовлетворительные – у 55%, неудовлетворительные – у 18% больных. После левой ободочной гемиколэктомии с передней резекцией прямой кишки хорошие результаты в течение года достигнуты у 83% больных, удовлетворительные – у 17%. Через полтора года, хорошие результаты – у 66%, удовлетворительные и неудовлетворительные – по 17%.

Перед поступлением в стационар больные II группы находились на амбулаторном лечении, что способствовало снижению, по сравнению с I группой эндогенной интоксикации, о чем свидетельствовал ЛИИ 0,8. При определении показаний к оперативному лечению и объема инфузионно-дезинтоксикационной терапии проводили оценку риска сердечно-сосудистых осложнений при хирургических вмешательствах по индексу Detsky A.S.. Степень риска у всех больных второй клинической группы не превышала I класса. Сфинктероманометрией, миографией, проведенными у больных клинической группы сравнения установлено, что среднее давление в анальном канале на уровне внутреннего и наружного сфинктеров, а также амплитуда ректоанального рефлекса были снижены на 35%, 55% и 35%, соответственно. Результаты лечения через полгода: хорошие у 78% больных и удовлетворительные у 22%, через полтора года – хорошие у 89% больных и удовлетворительные – у 11%.

У больных с осложнениями идиопатического мегадолихоколон средняя продолжительность декомпенсации толстокишечной непроходимости составила 3 суток, крайне тяжелое общее состояние было у 62%, тяжелое у 38% больных. В исходных показателях отмечались признаки эндогенной интоксикации II степени, нарушений ВЭБ, анемии и гипопроотеинемии. По индексу A.S.Detsky в третьей клинической группе у 81% пациентов выявлен I класс риска, у 12% – II класс.

Интраоперационно было определено, что всем больным, составившим III клиническую группу показана обструктивная резекция ободочной кишки. Непрерывный ЖКТ восстанавливали спустя 3-6 месяцев. Из 16 пациентов, которые в связи с осложнениями мегадолихоколон перенесли обструктивные резекции ободочной кишки, восстановительные операции по разработанной методике были выполнены у 10 больных. Результаты лечения через полтора года у 80% – хорошие и у 20% – удовлетворительные.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагностический алгоритм ХТС должен включать рентгенологическое исследование в сочетании со сфинктероманометрией, миографией, а также гистологическое исследование интраоперационных препаратов. Дифференцированный отбор больных к оперативному лечению ХТС по оригинальной методике позволил получить хорошие отдаленные результаты у большинства больных ХТС.

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАНЕНИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НА ФОНЕ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМЫ

Татьянченко В.К., Саркисян В.А., Гаербекоев А.Ш., Фролкин В.И.

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов хирургического лечения больных с сочетанной и множественной травмой толстой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В период с 2008 по 2013 гг. в отделении хирургии БСМП г. Таганрога пролечено 170 больных с множественной и сочетанной травмой ободочной кишки. Из них у 94 больных сочетанная травма (повреждение костей опорно-двигательного аппарата), у 76 больных – множественная травма (на фоне повреждения печени или селезенки). При диагностике и лечении поврежденных внебрюшинных отделов ободочной кишки был использован оригинальный способ на основе видеолaparоскопии (Федеральный патент РФ №2269930).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У больных с сочетанной травмой доминировали диафизарные переломы длинных трубчатых костей, чаще голени 48,8%. Из 76 больных с множественной травмой на фоне ранения толстой кишки, повреждения печени наблюдались у 59,84%, ранения селезенки у 40,16% пострадавших. Повреждения поперечно-ободочной кишки были обнаружены у 23,29%, сигмовидной у 18,41%, селезеночного изгиба у 10,94%, брыжейки толстой кишки у 12,18%, восходящей ободочной 9,41%, слепой 8,24%, нисходящей ободочной 10,65%, и ранения поперечного изгиба ободочной кишки у 6,88% пострадавших.

Ушивание дефектов ободочной кишки производили при изолированных ранах, длиной не более 2 см, повреждения до 1/3 окружности (малые раны) без нарушения кровоснабжения, с момента травмы прошло не более 2 часов, отсутствие симптомов перитонита и шока. В некоторых случаях производили экстраперитонизацию.

Формирование проксимальных колостом после ушивания полных повреждений ободочной кишки использовали, если раны имели множественный характер, длина поврежденного сегмента превышала 2 см и до 1/2 по окружности, с момента травмы прошло от 2 до 6 часов, наличие признаков местного перитонита, шок I степени.

Резекция сегмента толстой кишки выполнялась при обширных повреждениях толстой кишки, расстояние между ранами было менее 8 см без признаков разлитого перитонита, небольших дефектах, сопровождающихся разлитым перитонитом, разможенных ранах или повреждение кишки более чем на половину окружности, при ранениях наименее подвижных и труднодоступных отделов кишки и невозможности выведения поврежденного сегмента кишки на переднюю брюшную стенку, ранении дистального отдела брыжейки с повреждением краевого сосуда, шок II степени.

При ранениях левого отдела ободочной кишки и небольших раневых дефектах, сопровождающихся признаками разлитого перитонита производили резекцию левого фланга ободочной кишки с выведением проксимального отдела в виде колостомы и ушиванием дистального отдела кишки. Ни в одном случае не заканчивали операцию наложением первичного анастомоза.

Двустольные колостомы выполняли при множественных или обширных повреждениях ободочной кишки, если расстояние между ранами было более 8 см, при терминальной фазе перитонита, шоке III степени. Установлено, что послеоперационные осложнения встретились у 42(24,71%) из 170 пострадавших с сочетанной и множественной травмой. Из наиболее частых и тяжелых осложнений следует отметить: разлитой перитонит, кишечные свищи, эвентрацию, длительный парез кишечника и вторичные кровотечения в брыжейку толстой кишки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Своевременная топическая диагностика повреждений ободочной кишки, дифференцированный выбор адекватного объема операции, оптимизация ведения послеоперационного периода, целенаправленная и патогенетически обоснованная профилактика осложнений являются реальными путями улучшения результатов лечения пострадавших с ранениями толстой кишки на фоне сочетанной и множественной травмы.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии БГМУ,

Городской центр колопроктологии, г. Уфа, Россия

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости болезнью Крона. Низкая эффективность от проводимой консервативной терапии и частые рецидивы после хирургического лечения ставят болезнь Крона в один ряд с онкологическими заболеваниями.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В отделении колопроктологии г. Уфы в период 2011-2013 годы пролечено 21 больной с болезнью Крона. Средний возраст составил 41,3 года. Большинство пациентов – 13(61,9%) составили женщины. В 6(28,6%)

отмечено изолированное поражение тонкой кишки, у 7(33,3%) больных процесс локализовался в толстой кишке и в 9(42,9%) случаях – сочетание поражения тонкой и толстой кишки. Отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии, а также, в связи с развитием осложнений, было выполнено хирургическое вмешательство – 9(42,9%) больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

3(14,3%) человека были с сегментарным поражением терминального отдела подвздошной кишки, которым, в связи с отсутствием эффекта от консервативной терапии, была выполнена сегментарная резекция тонкой кишки с формированием первичного анастомоза. В 9,5% случаев (2 больных) с поражением тонкой и толстой кишки выполнена резекция илеоцекального отдела кишечника с формированием первичного илеоасцендоанастомоза. В 2(9,5%) случаях, в связи с развившимся осложнением, возникла необходимость наложения илеостомы. В одном из которых у больного с поражением тонкой и толстой кишки развилась абсцесс с прорывом в брюшную полость и развитием перитонита. Выведение илеостомы и проведение гормональной терапии не позволило добиться положительного эффекта, что потребовало проведения иммунокорректирующей терапии инфликсимабом. После проведения терапии инфликсимабом в дозировке 5 мг/кг веса 8-хкратно получен положительный эффект. Пациенту одномоментно выполнена правосторонняя гемиколэктомия с ликвидацией илеостомы. 2 больных оперированы с перинальными формами болезни Крона.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хирургическое вмешательство выполнено в 42,9% случаев, из которых в 66,7% случаев не отмечено рецидивов. Первый опыт применения инфликсимаба позволяет говорить о его высокой эффективности.

О ПЕРВЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ЭНДОХИРУРГИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А.,
Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.

*Башкирский государственный медицинский университет,
Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии,
Городской колопроктологический центр ГКБ №21, г. Уфа, Россия*

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы отмечается быстрый рост заболеваемости язвенным колитом. Назначение больших доз гормональных препаратов при тяжелых формах далеко не всегда дает положительный эффект, в связи с чем пациентам применяется хирургическое лечение. Травматичность вмешательства отягощает течение послеоперационного периода.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность эндоскопических вмешательств в хирургии язвенного колита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении колопроктологии ГКБ №21 выполнено 11 оперативных вмешательств с применением эндоскопической техники. Учитывая тяжесть состояния больных и распространенность процесса 1 первый этап хирургического лечения выполнялся в объеме субтотальной колэктомии с сохранением культи прямой кишки и дистального отдела сигмовидной кишки с выведением временной одностольной илеостомы. Во время операции применялись лигирующие устройства Ligasure и Ultracision. После стабилизации состояния, через 1,5-3 месяца выполнялся 2 этап в объеме брюшно-анальной резекции прямой кишки с формированием тонкокишечного J-резервуара с илеоанальным анастомозом под прикрытием превентивной илеостомы. 5 больным 2 этап хирургического лечения выполнен лапароскопически.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Продолжительность 1 этапа хирургического лечения составила 155±18 минут, 2 этапа 180±20 минут, конверсий не было. В послеоперационном периоде отмечено два осложнения, все после первого этапа. В одном случае отмечен некроз пряди сальника, что потребовало проведение повторного эндоскопического вмешательства и его удаления. В другом случае развилось нагноение парастомальной раны. Летальных исходов не было. Пациенты, перенесшие эндоскопическое вмешательство, отмечали менее выраженный болевой синдром, быстрее восстанавливались.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Первый опыт эндоскопических вмешательств показал высокую эффективность и перспективность данного направления в хирургии язвенного колита.

ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ДИВЕРТИКУЛИТЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И.,
Тимербулатов Ш.В., Багаутдинов Ф.З., Гареев Р.Н., Ахмеров Р.Р.

*Кафедра хирургии с курсом эндоскопии и
стационарзамещающих технологий ИПО
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет», г. Уфа, Россия*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Заболеваемость дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДБТК) в различных странах достигает 30% от всей популяции. Учитывая рост количества осложненных форм ДБТК, выбор оптимальной лечебной тактики

является особенно актуальным.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оптимизировать диагностику и выбор лечебной тактики при осложненных формах ДБТК.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Мы располагаем опытом лечения 2085 больных с ДБТК, поступивших за 15 лет, из них 1210(58%) поступили с осложненными формами заболеваниями в экстренном, 875(42%) в плановом порядке, 1481(71%) получили консервативное лечение, 604(29%) были оперированы. Среди больных мужчин было 730(35%), женщин – 1355(65%). Наиболее информативными методами исследования при осложненной ДБТК явились рентгенологические, это обзорная R-графия органов брюшной полости (ОБП), компьютерная томография (КТ); эндоскопические (экстренная фиброколоноскопия, лапароскопия); ультразвуковое исследование (УЗИ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 729(35%) больных с острым дивертикулитом и 146(7%) больных с перидивертикулярным инфильтратом проводили консервативное лечение, в 5(0,2%) случаях выполнили резекцию пораженного участка толстой кишки (ТК) с первичным анастомозом. Наиболее простым методом диагностики инфильтрата явилось УЗИ. У 79(3,8%) больных с перидивертикулярным абсцессом диагноз подтверждали при помощи УЗИ, КТ. При дооперационном обнаружении забрюшинного абсцесса у 25(1,2%) больных производили вскрытие, дренирование его внебрюшинным способом с колостомией из минидоступа. При внутрибрюшном абсцессе у 23(1,1%) больных операцией выбора явилось вскрытие абсцесса с колостомией и дренированием. Внутрибрюшечные абсцессы в 31(1,5%) случаях удаляли единым блоком с первичным анастомозом. Кровотечение, как ведущий симптом ДБТК, наблюдали у 180(8,6%) больных, в диагностике широко использовали возможности экстренной колоноскопии. При безуспешности консервативного гемостатического лечения или при повторных эпизодах кровотечения объем операции колебался от резекции до тотальной колэктомии с наложением первичного анастомоза или с выведением колостомы. Кишечной непроходимостью ДБТК осложнилась у 93(4,5%) больных, в том числе острой кишечной непроходимостью у 21(19%) больных. Диагноз уточняли с помощью обзорной R-графии ОБП, УЗИ. В первые часы возникновения кишечной непроходимости при неэффективности консервативного лечения мы производили резекцию пораженного участка ТК с первичным анастомозом, дренированием брюшной полости, в противном случае выполняли резекцию с колостомией. Основным методом диагностики перфорации дивертикула является обзорная R-графия ОБП. Наш опыт лечения 76(3,6%) больных с перфоративным дивертикулезным перитонитом показывает, что оптимальным объемом оперативного вмешательства при данном осложнении является экстрерииоризация перфорированного отдела ТК кишки с дренированием. При выраженных деструктивных изменениях ТК вокруг перфорированного дивертикула и невозможности выведения этого сегмента на брюшную стенку выполняется обструктивная резекция ТК или операция по типу Гартмана.

ВЫВОД

Комплексная оценка клинических, рентгенологических, эндоскопических данных, данных УЗИ с учетом их информативности и инвазивности по принципу «от простого к сложному» позволяет установить клиническую форму, распространенность осложнения ДБТК и выбрать рациональную лечебную тактику. При абсцедировании, перфорации, массивных кровотечениях показано экстренное оперативное лечение, объем и характер которого зависит от вида и распространенности патологического процесса.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЮ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Черниковский И.Л., Алиев И.И., Комяк К.Н.,
Кочнев В.В., Рылло А.Г.

*СПб ГБУЗ «Клинический научно-практический центр
специализированных видов медицинской помощи
(онкологический)», г. Санкт-Петербург, Россия*

АКТУАЛЬНОСТЬ

При несомненных преимуществах малоинвазивной хирургии, доля эндовидеохирургических вмешательств в лечении больных колоректальным раком остается незначительной, и показания к их применению до сих пор не определены.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Сформулировать принципы внедрения эндовидеохирургических операций при колоректальном раке, оценить эффективность данного процесса и особенности, связанные с контингентом больных в СПб. Изучить результаты использования лапароскопических методик в хирургии колоректального рака.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За 23 месяца хирургической деятельности онкологического центра было выполнено 122 эндовидеохирургических вмешательства и 113 открытых операций по поводу рака прямой и ободочной кишки рТ2-3N0-2M0-1a. Оценивались ИМТ, возраст больных, тяжесть сопутствующей патологии (шкала CR-POSSUM), индекс Т и наличие спаечного процесса в брюшной полости. Качество мезоректумэктомии определялось на макропрепарате патоморфологами по критериям Р. Quinke. Лимфодиссекция оценивалась по количеству удаленных лимфоузлов. Объем интраоперационной кровопотери измерялся в мл, продолжительность хирургической операции в минутах. Также изучались частота и структура интра- и послеоперационных осложнений. Изучалась кривая обучения по изменению

продолжительности лапароскопической операции и объема кровопотери для каждого оператора индивидуально. До начала исследования обучение хирургов эндовидеохирургической технике операций происходило в соответствии со следующими принципами: этапность (стандартная операция делилась на несколько этапов и каждый этап отрабатывался хирургом до условного совершенства); универсальность (каждый этап операции выполнялся одинаково как «открытым» способом, так и эндовидеохирургически); отдельное обучение работе с «косой» оптикой на каждом этапе операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сформулированы принципы проведения операции, идентичные для открытых и лапароскопических вмешательств. Установлено, что подавляющее большинство больных имело Т3 стадию заболевания и ожирение 2-3 ст. Качество мезоректумэктомии было оценено как grade 3 в 91% случаев эндовидеохирургических и в 83% открытых резекций прямой кишки. Среднее количество удаленных л/узлов достигло 27 и 18, соответственно. Среднее время эндовидеохирургической операции составило 210 минут, а объем интраоперационной кровопотери – 130 мл. Для открытых вмешательств эти показатели составили 140 минут и 240 мл. Частота интра- и послеоперационных осложнений составила 14% и в группах не отличалась, в 4% потребовалось повторное хирургическое вмешательство. Было зафиксировано 5,7% конверсий. Медиана наблюдения за указанными больными составила 11 месяцев. Достоверное последовательное снижение времени операции демонстрировало отчетливую кривую обучения при лапароскопической резекции сигмовидной кишки и правосторонней гемиколэктомии. Для эндовидеохирургической низкой передней резекции прямой кишки кривая обучения оказалась существенно менее выражена. Время операции практически не зависело от индекса Т, и индекса массы тела, однако существенное значение имело наличие спаечного процесса. Качество мезоректумэктомии и количество удаленных лимфоузлов не менялись с накоплением опыта лапароскопических резекций.

ВЫВОДЫ

Лапароскопические операции при колоректальном раке не уступают традиционным по качеству мезоректумэктомии, лимфодиссекции, частоте осложнений. Целесообразно использовать принципы лапароскопических колоректальных резекций и в открытой хирургии для более быстрого освоения методики. К таковым мы относим предизонное слеживание эмбриональным слоям; минимальная кровопотеря для четкой дифференцировки тканей; начало мобилизации всегда с медиальной стороны, от сосуда; no touch техника операции; строгая лимфодиссекция (полное выделение сосуда перед клипированием). Широкое применение эндовидеохирургических методик необходимо и возможно при соблюдении принципов эргономичности, обеспечения свободы перемещения пациента и хирургов в рабочем пространстве, мультивизуализации операционного поля и высокой квалификации всех участников операции.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Чернов А.А.,¹ Цветков Б.Ю.,² Шамин А.В.,¹ Андреев П.С.,¹ Журавлев А.В.,¹ Каторкин С.Е.¹

¹ ГБОУ ВПО СамГМУ Министерства здравоохранения Российской Федерации

² Самарская областная клиническая больница им. М.И.Калинина, г. Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Малоинвазивные лапароскопические технологии в настоящее время широко применяются в колоректальной хирургии при различных заболеваниях толстой кишки. По данным литературы, они имеют преимущества перед операциями и использованием традиционного лапаротомного доступа: уменьшение операционной травмы, снижение интраоперационной кровопотери, хорошая визуализация анатомических структур, быстрое восстановление функции кишечника, более легкое течение послеоперационного периода.

Относительными недостатками лапароскопических технологий являются необходимость использования дорогостоящего оборудования, длительные сроки оперативных вмешательств на этапе освоения, длительная кривая обучения – не менее 50 самостоятельных операций, отсутствие единой системы подготовки лапароскопических хирургов и колопроктологов.

В последнее время, кроме традиционной лапароскопической хирургии, большое внимание в хирургии толстой кишки уделяется применению технологии NOTES и использованию одного порта SILS для выполнения резекций кишечника при колоректальном раке и воспалительных заболеваниях толстой кишки.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести анализ ближайших результатов лечения больных с различными заболеваниями толстой кишки при использовании лапароскопических технологий.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В период с 2011 по 2014 гг. в отделении колопроктологии Клиники госпитальной хирургии СамГМУ с использованием лапароскопических технологий было прооперировано 19 больных. Женщин – 14, Мужчин – 5. Средний возраст пациентов – 50,5 (27-70) лет. Критериями включения были: возраст больных не старше 70 лет, индекс массы тела не более 25, отсутствие предшествующих лапаротомных операций на органах брюшной полости и сопутствующих заболеваний с выраженной сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью.

По поводу хронического запора в стадии декомпенсации и неэффективности консервативной терапии были оперированы 2 больных: выполнены 2 расширенные левосторонние гемиколэктомии с формированием трансверзо-ректального анастомоза.

С доброкачественными новообразованиями толстой кишки (тубуло-ворсинчатая аденома) прооперировано 9 человек. Выполнены различные варианты лапароскопических резекций ободочной и прямой кишки. Передняя резекция прямой кишки – 5, резекция сигмовидной кишки – 2, левосторонняя гемиколэктомия – 2. Трансвагинальная ассистенция для формирования колоректального анастомоза использована у 2 пациентов.

С колоректальным раком прооперировано 6 больных. Лапароскопическая тотальная мезоректумэктомия с экстирпацией прямой кишки выполнена у 3 пациентов, передняя резекция прямой кишки с формированием колоректального анастомоза – у 3.

Противопоказаниями к лапароскопической операции при раке толстой кишки были большие размеры первичной опухоли Т4, местнораспространенный процесс, перифокальное воспаление, острая кишечная непроходимость, выраженный спаечный процесс брюшной полости. Средняя продолжительность операций с использованием лапароскопического доступа – около 4 часов. Конверсия выполнена у 4(21,1%) пациентов при угрозе развития интраоперационных осложнений.

При выполнении операций широко использовались ультразвуковой скальпель Garmonic, генераторы EnSeal и LigaSure, циркулярные сшивающие аппараты для формирования интракорпорального колоректального анастомоза. Для пересечения кишки в брюшной полости использовались аппараты Echelon и EndoGIA.

Интраоперационные осложнения отмечены у 3(15,8%) больных. Ранение левого мочеточника выявлено у одной пациентки, несостоятельность колоректального анастомоза – у 2. Умер один пациент с несостоятельностью колоректального анастомоза. Летальность – 5,2%. Средняя продолжительность пребывания больного после лапароскопической резекции толстой кишки – в среднем 8,2 суток.

При наблюдении за пациентами у 3(15,8%) из них в течение 1 года отмечено формирование рубцовой структуры колоректального анастомоза, что потребовало повторных оперативных вмешательств с резекцией толстой кишки с зоной анастомоза.

ВЫВОДЫ

Таким образом, на этапе освоения лапароскопические операции являются достаточно сложными оперативными вмешательствами, требующими тщательной системной подготовки оперирующих хирургов и сотрудников операционного отделения. Лапароскопические операции в колоректальной хирургии характеризуются не только преимуществами, характерными для лапароскопических операций, но и достаточно высоким уровнем осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Чибисов Г.И., Блинные А.Н., Бубнов М.М., Ахлебинин В.К.

Колопроктологическое отделение, ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница», г. Калуга, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Дивертикулярная болезнь (ДБ) толстой кишки представляет собой морфо-функциональный патологический процесс, характерным отличительным признаком которого является наличие мешковидных выпячиваний стенки ободочной кишки.

Проблема ДБ ободочной кишки в том, что за последние годы частота заболевания значительно увеличилась, в том числе и осложнённых форм дивертикулярной болезни. Заболеваемость ДБ в Калужской области составляет 1,9 на 1000 населения. Часто этой болезнью страдают люди трудоспособного возраста с постепенной потерей трудоспособности. Они становятся постоянными пациентами гастроэнтерологов и колопроктологов. С увеличением возраста пациента, возрастает частота осложнённых форм ДБ, по поводу которых больные оперируются по экстренным показаниям и часто в обычных хирургических отделениях.

Хирургическое лечение ДБ часто является многоэтапным и длительным по времени. Многие пациенты неоднократно оперируются по поводу осложнённых форм дивертикулеза толстой кишки, часто с неудовлетворительными результатами. В настоящее время лечение данной категории больных остается актуальным и является сложной и трудной задачей. На данный момент нет четких критериев к выполнению плановых оперативных вмешательств и уровню резекций толстой кишки. До сих пор остается не однозначным мнение многих хирургов о лечении осложнённых форм ДБ, а также к отношению использования малоинвазивных методов лечения ДБ. Несмотря на постоянное совершенствование хирургической техники и применение антибактериальной терапии, частота осложнений остается высокой, особенно при осложненном дивертикулезе толстой кишки и, по данным различных авторов, составляет от 6% до 20%.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Данная статья посвящена анализу собственного опыта лечения осложнённых форм дивертикулярной болезни ободочной кишки в условиях колопроктологического отделения многопрофильной больницы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2010 по май 2013 гг. в колопроктологическом отделении ГБУЗ КО

«Калужская областная клиническая больница» находилось на лечении 85 человек с ДБ, из них 54 прооперировано, что составило 63,5%. Среди больных преобладали женщины – 51(60%), мужчин – 34(40%). Возраст пациентов от 25 до 80 лет. 29,4% из них составили пациенты старше 70 лет с сопутствующей сердечно-сосудистой и дыхательной патологией, требующей предоперационной коррекции. По экстренным показаниям госпитализировано 66,2%, в плановом порядке – 33,8%.

Состав больных был следующим: ДБ с дивертикулитом – 19 больных, дивертикулёз с формированием параколического инфильтрата абсцесса – 13 больных, дивертикулёз с перфорацией в свободную брюшную полость – 5 больных, дивертикулёз с формированием внутреннего свища – 9 больных, дивертикулёз с кишечным кровотечением – 39 больных.

Виды операций: лапароскопически ассистированная резекция левых отделов ободочной кишки с формированием трансверзоректального анастомоза – 12 человек, резекция левых отделов ободочной кишки по типу Гартмана – 2 человека, резекция левых отделов ободочной кишки по типу операции Микулича – 2 человека, резекция сигмовидной кишки по типу Гартмана – 4 чел., резекция сигмовидной кишки по типу операции Микулича – 4 чел., резекция левых отделов ободочной кишки с трансверзоректальным анастомозом – 7 чел., ликвидация одностольной колостомы с резекцией левых отделов ободочной кишки и формированием трансверзоректального анастомоза – 6 чел., пластика двустольной колостомы с резекцией кишки и формированием толстокишечного анастомоза – 4 чел., лапаротомия с формированием колостомы – 5 чел., вскрытие и дренирование абсцесса с формированием колостомы – 2 чел., дренирование абсцесса под УЗН (УЗН) и формированием колостомы – 2 чел., дренирование абсцесса под УЗН – 4 чел. В настоящее время параколические абсцессы дренируют под УЗН, как первый этап лечения дивертикулёза ободочной кишки. Это позволяет успешно санировать гнойник с последующей лапароскопической резекцией левых отделов ободочной кишки.

Для проведения операций под УЗН использовалась аппаратура: Aloka 1700, дренажи типа «свиной хвост» 9, 10, 12 Fr. У двух первых больных, кроме дренирования под УЗН накладывалась проксимальная колостома через мини-разрез. В других случаях колостома не выводилась, так как удалось купировать воспалительный процесс, только с помощью дренирования под УЗН.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения развились у 5(5,4%) пациентов. Умерло 2 пациента, послеоперационная летальность составила 2,3%.

После дренирования под УЗН осложнений не было. Все больные в дальнейшем были радикально оперированы в плановом порядке. Через 2 недели после дренирования оперированы 3 пациента, через 1 месяц оперирован 1, и 3 пациента оперированы через 2 месяца.

ВЫВОДЫ

Учитывая рост осложнённых форм ДБ, хирургическая тактика должна быть более активной.

При параколических абсцессах у больных с ДБ первым этапом, на наш взгляд, должно выполняться дренирование под УЗН.

В хирургическом лечении данных пациентов предпочтение следует отдавать оперативным вмешательствам с использованием видеоэндоскопических технологий.

СОЧЕТАННЫЕ ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Федотов Д.Ю., Игнатьев Т.И.

ФГУ «Национальный Медико-Хирургический Центр имени Н.И.Пирогова» Минздрава РФ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Осложненные формы колоректального рака представляют одну из актуальнейших проблем в неотложной хирургии. Несмотря на внедрение новых диагностических и лечебных технологий в колопроктологии, их частота по-прежнему остается весьма значительной и составляет 32,7% от общего числа онкологических больных за последние 10 лет. Это неблагоприятно сказывается, в первую очередь, на непосредственные результаты лечения, т.к. частота послеоперационных осложнений у данной категории пациентов составляет 31,5%, а показатели ежегодной летальности достигают 16,3%.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу настоящего сообщения положены результаты обследования и хирургического лечения 226 больных, страдающих осложненными формами колоректального рака при их сочетании, в период с 2008 по 2013 гг. в клиниках «НМХЦ им Н.И.Пирогова». Мужчин было 120 (53,1%), женщин – 106 (46,9%) в возрасте от 30 до 89 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Острая obturatorная толстокишечная непроходимость (n=97(42,9%)) являлась самым частым осложнением рака ободочной кишки. В послеоперационном периоде осложнения развились у 13(13,4%) больных и были представлены: острой сердечной недостаточностью (n=4), гнойно-септическими осложнениями (n=6), тромбозом боковой легочной артерии (n=1), пневмонией (n=2), при этом несостоятельности швов илеотрансверзоректального анастомоза не наблюдали. Умерли после операции 4(4,1%) пациента, из них 2 от прогрессирующей раковой интоксикации, 1 от ТЭЛА и 1 от полиорганной недостаточности на фоне прогрессирующего перитонита. Параканкротные воспалительные процессы, выходящие за пределы кишечной стенки, составили 22,6% (n=51). Послеоперационные ослож-

нения (нагноение ран, парез кишечника, пневмония) отмечены в 62,5%, в группе пациентов, оперированных в ургентном порядке. Несмотря на значительную местную распространенность опухолевого процесса, метастазы в регионарных лимфатических узлах были обнаружены лишь у 32,6% пациентов. Чаще увеличение регионарных лимфатических узлов носило воспалительный характер, что определяло возможность выполнения радикальной операции.

Перфорацию кишечной стенки в зоне опухоли и диастатическую перфорацию проксимальнее опухоли мы наблюдали у 43(19%) больных. Все пациенты этой группы были оперированы в экстренном порядке. Исходы лечения в этой группе пациентов характеризовались наибольшим количеством осложнений (n=21(48,8%)), в основном, гнойно-септического характера и летальных исходов (n=8(18,6%)) на фоне прогрессирующего перитонита и полиорганной недостаточности.

Кишечные кровотечения явились нередким осложнением рака ободочной кишки. Мы наблюдали 35 (15,5%) больных с профузными (n=13(37,1%)) и рецидивирующими (n=22(62,9%)) кровотечениями из опухоли толстой кишки. Послеоперационные осложнения имели место у двух пациентов (1 – инфаркт миокарда, 1 – пневмония), без летальных исходов.

Наиболее тяжелую группу пациентов (n=27) составили больные с запущенными формами колоректального рака, у которых перечисленные осложнения сочетались, значительно увеличивая риск хирургического вмешательства. У 15 из них отмечено сочетание острой кишечной непроходимости и разлитого перитонита, у 12 больных острая кишечная непроходимость сочеталась с перфорацией опухоли (8 пациентов), в 4 случаях с образованием «диастатических» дилатационных перфораций стенки кишки. Несмотря на выполнение экстренных оперативных вмешательств, результаты лечения в этой группе пациентов оказались наименее эффективными: осложнения составили 52,4%, летальность – 25,1% на фоне полиорганной недостаточности и прогрессирующего перитонита.

Вторую, наиболее тяжелую группу больных (n=31), составили пациенты, которым потребовалось выполнение расширенных резекций толстой кишки из-за распространения и врастания опухоли в тонкую кишку или наличия синхронных опухолей. В этой группе больных послеоперационные осложнения составили 49,7%, причем, в основном, за счет тяжелой сопутствующей патологии (сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность), а летальность – 9% (у 2 больных – инфаркт миокарда, у 1 пациента – ТЭЛА).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение современных методов обследования, позволяет у большинства больных (91,4%) с осложненными формами рака толстой кишки диагностировать не только локализацию и распространенность опухолевого процесса, но и связанные с ним осложнения. Непосредственные результаты хирургического лечения больных с осложненным течением рака ободочной кишки находятся в прямой зависимости от своевременной диагностики основного заболевания и его осложнений, обоснованной хирургической тактики, выбора способа и техники выполнения оперативного вмешательства, а также от полноценной профилактики и терапии послеоперационных осложнений.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Шельгин Ю.А., Кузьминов А.М., Чубаров Ю.Ю., Вышегородцев Д.В.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, г. Москва, Россия

Семейный аденоматоз толстой кишки является наследственным заболеванием, передающимся по аутосомно-доминантному типу, и характеризуется поражением толстой кишки множеством аденоматозных полипов с высоким индексом малигнизации при отсутствии своевременного хирургического лечения.

Заболеваемость семейным аденоматозом равняется 1 случаю на 10 000 родов.

Основным клиническим проявлением семейного аденоматоза является коликтический синдром, характеризующийся частым и жидким стулом с примесью крови и слизи в кале.

Одним из путей улучшения ранней диагностики семейного аденоматоза толстой кишки явилось создание основ Регистра семей таких больных, что позволило путем активного привлечения родственников проbandов к обследованию, уменьшить число пациентов с развившимся раком толстой кишки на момент обследования с 48% до 27%.

В последнее время значительная роль в диагностике семейного аденоматоза принадлежит генетическим исследованиям, позволяющим не только диагностировать заболевание на доклинической стадии, но и определять сроки хирургического вмешательства в зависимости от клинической формы течения болезни, исключить из дальнейшего мониторинга членов семей, не унаследовавших семейный аденоматоз.

Одним из важнейших принципов хирургического лечения семейного аденоматоза является максимальная онкологическая обоснованность операции с ликвидацией субстрата для возможного последующего роста полипов в сочетании с сохранением анальной дефекации у больных, являющихся, как правило, людьми молодого, трудоспособного возраста. С целью максимальной онкологической обоснованности хирургического вмешательства и сохранением анальной дефекации, мы выполняем колэктомии с резекцией и демукозацией прямой кишки, имплантацией ствольных клеток в демукозированную прямую кишку с формированием интраитазовых тонкокишечных резервуаров.

Подобным образом оперировано 44 пациента с обнадеживающими онкологическими и функциональными результатами: ни у одного больного не было роста полипов в сохраненном участке прямой кишки, а частота дефекаций не превышала 6 раз в сутки у подавляющего числа оперированных.

Эти данные позволяют нам считать колоэктомию с резекцией и демукозацией прямой кишки, имплантацией створчатых клеток в демукозированную прямую кишку, формирование интрамурального тонкокишечного резервуара операцией выбора при хирургическом лечении семейного аденоматоза толстой кишки.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ХРОНОЭНТЕРОГРАФИИ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ВИДЕ НЕРЕГУЛЯРНОГО РЕКТАЛЬНОГО РИТМА

Шемеровский К.А., Овсянников В.И., Митрейкин В.Ф., Успенская Ю.К., Нгуен Х.С.

ФГБУ «НИИ экспериментальной медицины» СЗО РАМН, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одной из актуальных проблем современной колопроктологии является ранняя диагностика заболеваний толстой кишки, что может способствовать повышению эффективности лечения и профилактике колоректальной патологии. Основные виды патологии толстой кишки (хронический запор, геморрой, проктит, прокто-сигмоидит, дивертикулез, полипоз толстой кишки, колоректальный рак) доминируют, преимущественно, в дистальных отделах кишечника, именно там, где, преимущественно, локализуется копростаза при функциональных запорах. В последнее время в японских, канадских и американских исследованиях доказано, что хронический запор является одним из основных факторов риска колоректального рака, повышая риск рака толстой кишки в 2, в 2,5 и даже в 4 раза. По данным Герхарда Потта, 70% случаев колоректального рака локализуется именно в дистальных отделах толстой кишки: 45% – в прямой кишке и 25% – в сигмовидном отделе толстой кишки, то есть именно там, где длительно (при отсутствии регулярной дефекации) повышается концентрация эндогенных и экзогенных канцерогенов в результате пролонгированного копростаза. Учитывая тот факт, что в Санкт-Петербурге, с одной стороны, диагноз функционального запора практически не ставится (нет такой статистики), а с другой стороны, осложнение длительно текущего хронического запора в виде колоректального рака диагностируется ежегодно более чем в 2500 новых случаев (Петербургский колоректальный парадокс) предлагается апробация новой неинвазивной медицинской технологии в виде метода хроноэнтерографии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

С помощью метода хроноэнтерографии и одновременного исследования качества жизни выяснить зависимость уровня качества жизни от регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Метод «Хроноэнтерография» – недельный мониторинг частоты и акрофазы циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника и анкетирование по 8 параметрам качества жизни (модифицированная версия метода SF-36). Исследовали уровни качества жизни у 306 молодых лиц в возрасте 17-25 лет. Использовали тест «Нервно-психическая адаптация». Регулярный ректальный ритм (PPP) диагностировали при частоте стула не ниже 7 раз в неделю. Нерегулярный ректальный ритм (НРР) выявляли при частоте стула ниже 7 раз в неделю (от 1-2 до 5-6 раз в неделю).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Показано, что у большинства лиц с регулярным ректальным ритмом (PPP) доминировал высокий уровень качества жизни (80%-100% от оптимального), а у большинства лиц с нерегулярным ректальным ритмом (НРР) преобладал посредственный уровень качества жизни (40-60%). Самый низкий уровень качества жизни был отмечен у 16% лиц с нерегулярным ритмом кишечника, но не был выявлен ни у одного человека с регулярным циркадианном ректальным ритмом. Выявлено, что у лиц с НРР тревога и бессонница встречались в 2-3 раза чаще, чем у их лиц с PPP. У лиц с PPP уровень качества жизни по параметрам физической активности, повседневной деятельности и отсутствия боли был достоверно выше, чем у лиц с НРР. Таким образом, PPP является одним из факторов высокого уровня качества жизни, а НРР является фактором риска понижения уровня качества жизни.

ВЫВОДЫ

Новая медицинская технология «Хроноэнтерография», базирующаяся на закономерностях хронобиологии и хрономедицины, позволяет неинвазивно диагностировать самые ранние – функциональные – нарушения регулярности ректального ритма, которые ассоциированы с понижением уровня качества жизни обследуемых лиц.

Данные совместного исследования регулярности ректального ритма и уровня качества жизни свидетельствуют о том, что у лиц с регулярным ректальным ритмом (при частоте стула не ниже 7 раз в неделю) доминирует высокий уровень качества жизни – от 80% до 100% от оптимального возможного.

Одновременное хроноэнтерологическое исследование и изучение уровня качества жизни показало, что у лиц с нерегулярным ректальным ритмом (при частоте стула от 1-2 до 5-6 раз в неделю), то есть при диагностиро-

ванной брэдэнтерии, доминирует существенно сниженный уровень качества жизни – от 40% до 60% от оптимально возможного.

Диагностика самых ранних нарушений регулярности ректального ритма в виде брэдэнтерии (с частотой стула ниже 7 раз в неделю) может способствовать раннему выявлению нерегулярности ректального ритма – как одного из основных факторов риска дистальных видов патологии толстой кишки (геморрой, проктит, прокто-сигмоидит, дивертикулез и колоректальный рак).

ВЛИЯНИЕ ФЕНОТИПА БОЛЕЗНИ КРОНА И ДРУГИХ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Щукина О.Б., Горбачева Д.Ш., Григорян В.В., Васильев С.В.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, ПСГМУ им. акад. И.П. Павлова, ГКБ №31, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Большинству пациентов с болезнью Крона (БК) потребуется оперативное лечение. При осложненном течении заболевания до 10-64% из них в течение года будут нуждаться в повторном хирургическом вмешательстве. Для оптимизации прогноза течения заболевания важна верификация фенотипических характеристик и других предикторов в начале болезни, прогнозирующих риск потребности в хирургическом лечении.

ЦЕЛЬ

Определить факторы риска потребности в хирургическом лечении болезни Крона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Из проспективного регистра больных воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), наблюдаемых в городском Центре ВЗК, СПб, были включены 210 пациентов с установленной БК, с периодом наблюдения от 9 до 576 мес., (в среднем 54,2 мес.). В соответствии с Монреальской классификацией, пациенты были распределены по фенотипу БК при постановке диагноза. В группе больных с пенетрирующей формой заболевания была выделена подгруппа больных, имеющих также стриктурирующие осложнения. Хирургическое вмешательство рассматривалось как параметр неблагоприятного исхода заболевания. В рамках статистического анализа применялись методы дисперсионного анализа, использовался t-критерий Стьюдента и построение таблиц сопряженности с подсчетом статистики X².

РЕЗУЛЬТАТЫ

К моменту установления диагноза 84 из 210 больных БК (119 женщин, средний возраст 40,6 лет) уже имели осложненную стриктурирующую (B2, n=45), только пенетрирующую (B3, n=13), пенетрирующую и стриктурирующую (B4, n=26) форму БК. При установлении диагноза было проведено 45 операций, из них 25 резекций, в ходе дальнейшего наблюдения – 59 операций, из них 31 резекция. За весь период наблюдения прооперировано 65(31%) больных, из них 15(7%) повторно. Частота резекций составила 50/65 (77%), в том числе, 5 повторных. Максимальный объем резекции тонкой кишки 150 см (в среднем, 60,25 см). Клиническими предикторами хирургического вмешательства были: отсутствие примеси крови в стуле (p=0,002), слизи (p=0,004) и диарейного синдрома (p=0,003) при установлении диагноза. Присутствие крови чаще наблюдалось при воспалительной (B1) форме (p=0,001) и L2 фенотипе (p=0,001), примесь слизи в стуле ассоциировалась с B1 формой (p=0,037). Отсутствие диареи было связано с развитым осложненной формы БК (B2, B3, B4, p=0,0002) и ассоциировалось с высоким риском потребности в хирургическом лечении. Илеоцекальная локализация поражения (L1) ассоциировалась с повышенным риском хирургического вмешательства (OR=1,01-3,99), в то время как илеоколит (L3), наоборот, с пониженным риском (OR=0,17-0,91). При этом L1 локализация ассоциировалась с осложненными формами БК (B2, B3, B4, p=0,0002), а L3 – с воспалительной формой B1 (p=0,01). Наличие стриктурирующих (B2 или B4; OR=3,8-16,7) и пенетрирующих (B3 или B4; OR=4,5-21,2) осложнений ассоциировалось с высоким риском хирургического вмешательства. Указание в анамнезе на эпизоды госпитализаций по поводу «кишечной колики» являлось фактором риска оперативного вмешательства (p=0,004). У всех пациентов была осложненная (B2 или B 4) форма БК при установлении диагноза. У больных с потребностью в операции был более низкий уровень гемоглобина (t-test Стьюдента, p=0,006) и тромбозитоз (t-test Стьюдента, p=0,05) на момент постановки диагноза. Наличие эрозивно-язвенных поражений при эндоскопическом исследовании в период установления диагноза чаще наблюдалось при воспалительной (B1) форме БК (p=0,001), риск хирургических вмешательств был выше у пациентов с отсутствием данного признака (p=0,003). Локализация поражения в толстой кишке (L2) имела защитный эффект в отношении риска потребности в операции (OR=0,13-0,84). У пациентов с колитом Крона (L2) чаще имела место B1 форма заболевания (p=0,02).

ВЫВОДЫ

Диагноз у 40% больных болезнью Крона устанавливается на стадии развития осложнений заболевания. Риск оперативного вмешательства связан с отсутствием диареи и патологических примесей в стуле. Пациенты с диагнозом «Кишечная колика» требуют обследования с целью исключения болезни Крона с локализацией в тонкой кишке. У больных с терминальным илеитом чаще наблюдается осложненное течение болезни Крона, с высоким риском потребности в хирургическом лечении. У пациентов с БК высокий риск повторных операций.

ГЛАВА 4. СТОМЫ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ

ФОРМИРОВАНИЕ РЕЗЕРВУАРНО-КЛАПАННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ СТОМЫ ПРИ ПОМОЩИ КОМПРЕССИОННЫХ НИКЕЛИД ТИТАНОВЫХ УСТРОЙСТВ

Алиев Ф.Ш., Бакшеев Е.Г., Крутских А.Г.

ГБОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Тюмень, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Бесконтрольное выделение тонкокишечного содержимого по илеостоме влечет за собой выраженные расстройства гомеостаза, снижение качества жизни.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Сравнить результаты формирования резервуарно-клапанных тонкокишечных стом, сформированных компрессионным способом при помощи никелид титановых устройств и лигатурными швами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование экспериментальное, на беспородных собаках обоих полов, массой 12-20 кг. В основной группе (n=21), выполнялось формирование межкишечного престомального резервуара компрессионным способом при помощи никелид-титановых (TiNi) имплантатов (патент РФ 2375973). В просвете резервуара формировалась клапанная заслонка. В контрольной группе (n=16) формирование межкишечного престомального резервуара выполнялось лигатурным способом, без создания удерживающей заслонки. Механическую прочность межкишечных швов оценивали методом пневмопрессии. Сроки отторжения имплантатов определялись при помощи обзорной рентгенографии брюшной полости на 3, 7, 10 сутки. Резервуарную и удерживающую функцию стомы оценивали с использованием рентген-маркеров. Морфогенез межкишечных соустьев изучался на 21 препарате. Гистологические срезы окрашивались гематоксилин-эозином, по Ван Гизон, Сличенко на 1,3,7,14,21,30 сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Механическая прочность межкишечного шва в основной группе, начиная с третьих суток, на 20-35 мм рт. ст. выше, чем в контрольной. Сроки отторжения компрессионных имплантатов из зоны межкишечного шва составили 6,7±0,36 сут. Рентгенконтрастные исследования в основной группе показали объемное скопление рентген-маркеров в проекции резервуара с последующим порционным его опорожнением (2-3 раза в сутки). В контрольной группе опорожнение резервуара происходило в 2 раза чаще. Гистологические исследования показали, что в зоне компрессионного шва развивается слабовыраженная воспалительная реакция, эпителизация слизистой оболочки завершается в 1,6 раза быстрее, более рано восстанавливается лимфоплазматический слой слизистой оболочки, восстановление непрерывности мышечной пластины. В послеоперационном периоде частота осложнений в основной группе была в 3 раза ниже чем в контрольной и составила 4,76% и 12,5%, соответственно (p<0,005). Имел место 1 случай несостоятельности лигатурного шва.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поученные данные свидетельствуют о преимуществах формирования резервуарно-клапанной тонкокишечной стомы компрессионным способом с использованием медицинских материалов из никелида титана.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕКОНСТРУКТИВНОГО ЭТАПА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Гатауллин И.Г., Халиков М.М., Шакиров Р.К., Тойчурев З.М.

ГБОУ ДПО КГМА Минздрава РФ, ГАУЗ «РКОД МЗ РТ», г. Казань, Россия

ВВЕДЕНИЕ

За последние десятилетия сохраняется неуклонный рост злокачественных заболеваний прямой и ободочной кишки с осложненными формами заболевания. Поэтому хирурги вынуждены прибегать к многоэтапным методам хирургического лечения, наиболее рациональным из которых признаны операции типа Гартмана.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение результатов лечения реконструктивно-восстановительных операций у больных осложненным колоректальным раком.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа основывается на результатах лечения 63 пациентов, которым восстановлена непрерывность толстой кишки после операции Гартмана по поводу осложненного рака левой половины ободочной кишки. Мужчины составили 35 (55,6% больных), женщины – 28(44,4% пациентов). Средний возраст больных составил 63,5±1,52 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем больным выполнена резекция проксимальной и дистальной культи, резекция оставшейся части брыжейки, лимфодиссекция. В 31 случае наложен анастомоз по типу конец-в-конец ручным способом, в 9 случаях конец-в-конец аппаратным способом и в 23 случаях бок-в-бок. Послеоперационные осложнения зафиксированы у 3(4,8%) пациентов.

Все осложнения разделены на 2 группы: раневые осложнения – у 1(1,6%) больного отмечена серома/о раны и у 2(3,2%) пациентов выявлены экстраабдоминальные осложнения (со стороны мочевыделительной системы). У 60(95,2%) пациентов послеоперационный период протекал без осложнений.

При морфологическом исследовании препаратов после реконструктивного этапа в 52(82,5%) случаях опухолевый рост не обнаружен, в 1(1,6%) – рост рака в области колостомы, в 2(3,2%) – рост рака в дистальной культе, в 4(6,3%) – метастазы в л/у не удаленной ранее брыжейки кишки, в 1(1,6%) – рост рака в области колостомы и дистальной культи кишки, в 3(4,8%) – метастазы в печени. По показаниям в послеоперационном периоде 14 пациентам проводили адьювантную химиотерапию.

ВЫВОДЫ

Все вышеизложенное дает основание считать, что реконструктивный этап операции у пациентов, ранее перенесших операцию типа Гартмана по поводу осложненного рака левой половины ободочной кишки, должен проводиться в онкологических учреждениях, в связи с необходимостью проведения специализированного хирургического и лекарственного лечения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ НАЛОЖЕНИИ ОДНОСТВОЛЬНЫХ КОНЦЕВЫХ КОЛОСТОМ

Грошили В.С., Московченко А.Н., Цыганков П.В., Бадалянц Д.А.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Анализ публикаций последних лет свидетельствует о непрерывном росте числа операций, выполняемых по поводу осложненной хирургической патологии прямой и дистальных отделов ободочной кишки. Неотложная хирургическая и осложненная онкологическая патология, а также травмы с массивным повреждением толстой кишки зачастую создают угрозу жизни пациента и требуют выполнения экстренного оперативного вмешательства. Стомирующие операции зачастую являются оптимальным компонентом и обоснованы при местнораспространенных и «низких» опухолях прямой кишки, травмах, гнойно-воспалительных поражениях брюшной полости. В описанных ситуациях число операций, завершающихся формированием одноствольной колостомы, не имеет тенденции к снижению. Несмотря на меры по снижению числа параколостомических осложнений, в числе которых параколостомические грыжи, выпадение, стриктура стомы, ретракция колостомы, кровотечение, некрозы, ущемление стомированной части кишки, частота осложнений значимо не снижается. Исходя из вышеизложенного и учитывая социальную значимость качества жизни стомированных больных, улучшение результатов оперативных вмешательств, включающих формирование колостомы, является актуальной задачей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить результаты стомирующих операций, снизить риск параколостомических осложнений и улучшить качество жизни стомированных больных за счёт внедрения индивидуального подхода к выбору техники операций.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 50 пациентов в возрасте от 52 до 74 лет, перенесших операции, включавшие формирование одноствольной конечной колостомы. В 38 случаях сформированы постоянные колостомы, в 17 – временные. Послеоперационный мониторинг результатов проводили в сроки 7 дней, 1,3,6 и 12 месяцев. Контрольное обследование включало физикальный осмотр, колоноскопию, анализ состава микрофлоры стомированного участка кишки, оценивалось качество жизни пациентов посредством анкетирования по опроснику MOS SF-36.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ результатов выявил развитие ранних параколостомических осложнений в 12(24%) наблюдениях. Ишемия с очаговым некрозом стенки кишки в зоне «розетки» стомы и проксимальнее развилась у 5 больных, в 2(4%) случаях потребовалось повторное хирургическое вмешательство, что объяснялось формированием узкого канала в брюшной стенке и компрессией стомированной кишки на уровне апоневроза и дистальнее. В 4 наблюдениях отмечено поверхностное нагноение зоны швов вокруг колостомы (у 2 из них, впоследствии развились рубцовые сужения стом). В 3 случаях имело место частичное прорезывание швов, соединявших кожу и кишечную стенку, но за счёт адекватной санации области колостомы и применения протективных средств (кремов и гелей), выраженных рубцовых изменений и ретракции стом не отмечалось. Таким образом, за счет применения комплексного подхода и своевременных консервативных мер удалось купировать ранние параколостомические осложнения у 8 из 12 пациентов (в 16% из 24 без дальнейших негативных последствий).

Поздние параколостомические осложнения развились у 9 больных (18% в данной группе). Рубцовые стриктуры колостомы сформировались у 2(4%) пациентов из-за развившейся ранее ишемии культи кишки. Выпадение слизистой стомированной кишки развилось в 2 случаях. Параколостомическая грыжа в течение первого года после операции сформировались в 4 наблюдениях (8%) у пациентов в возрасте от 56 до 73 лет.

Следует отметить неудовлетворенность результатами применения техники внутрибрюшинного формирования «послых» колостом. Избыточный риск прорезывания швов, повышение риска ранних осложнений при наличии у пациента моторных и эвакуаторных кишечных расстройств в послеоперационном периоде делают применение мето-

дики рискованным. Анализ результатов (3 отдаленных осложнения у 10 пациентов, при адекватном уходе за стомами) показал, что при возникновении гнойно-воспалительных и ишемических изменений в зоне стомы, контроль за раневым процессом затруднен, максимален риск ретракции стомы или развития ее рубцовой стриктуры. Кроме того, при наборе массы тела в послеоперационном периоде (в частности, пациентами, оперированными по поводу злокачественных опухолей) отмечается «втяжение» плоской стомы, что затрудняет уход за ней и нивелирует косметические преимущества метода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При выборе способа формирования одноствольной концевой колостомы должны индивидуально учитываться особенности конституции пациента, выраженность подкожной жировой клетчатки, длина и мобильность культи толстой кишки, используемой для формирования стомы, размеры и форма кожного и апоневротического разрезов, которые должны выполняться на основе топографо-анатомических и функциональных критериев. Применение индивидуального алгоритма выбора способа формирования одноствольной концевой колостомы позволит снизить количество параколостомических осложнений. Необходимо обучать пациента приемам ухода за колостомой для скорейшего достижения максимального уровня качества жизни.

ВЛИЯНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ЧАСТОТУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНЫХ СТОМ

Донец Т.Б.

ГБУЗ СО «ТГКБ № 1», г. Тольятти, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пациенты со стомой составляют особую группу лиц, которые перенесли тяжелое заболевание, травму и, как следствие, калечащую операцию, повлекшую за собой ограничение жизнедеятельности. Одной из самых острых и мучительных для пациента проблем, являются осложнения кишечных стом.

ЦЕЛЬ

Показать на примере стомированных, что вовремя проведенные реабилитационные мероприятия по профилактике осложнений кишечных стом, резко сокращают частоту их возникновения и облегчают пациенту его социальную интеграцию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении колопроктологии в период с января 2013 г. по август 2014 г. (20 месяцев), произведен сравнительный анализ между пациентами, с которыми проводились реабилитационные мероприятия, и пациентами, с которыми такая работа не проводилась.

Введена практика проведения предоперационной маркировки места наложения стомы у 100% плановых больных и 80% экстренных.

Проведена оценка качества жизни пациентов с различными осложнениями кишечных стом до и после оказания им стоматерапевтической помощи.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании собранного материала четко прослеживается положительное влияние проведения реабилитационных мероприятий на частоту и тяжесть осложнений кишечных стом.

Предоперационная маркировка в значительной степени предотвращает возникновение осложнений стом у пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оказание качественной реабилитационной помощи пациентам, профилактика и лечение осложнений кишечных стом, разработка индивидуальных программ реабилитации и подбор качественных средств ухода за стомой значительно снижают процент осложнений, повышают качество жизни пациентов и их социальную активность.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «ТИЗОЛЬ» НА КОЛОНИЗАЦИОННУЮ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ У КОЛОСТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Жигаев Г.Ф., Кривигина Е.В., Колмакова В.В., Багишев Р.А., Рябов М.П.

ГБУ Новоуренгойская центральная городская больница, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

За последние 30-40 лет в литературе много внимания уделяется значению метаболитов кишечной микрофлоры, в частности, короткоцепочечных жирных кислот (КЦЖК). Они являются интегральным показателем различных процессов, происходящих в кишечнике, обеспечивают многочисленные физиологические эффекты в организме. Представляется интересным и актуальным изучение возможности оптимизации лечения больных с «диверсионным колитом» препаратом металлокомплексных соединений – аквакомплексом «Тизоль».

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить состояние колонизационной резистентности толстой кишки, оптимизировать диагностику и лечение больных с отключенной толстой кишкой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 83 пациента, из них 49 больных с «диверсионным колитом». Диагноз устанавливался на основании комплекса

клинических, лабораторно-инструментальных методов исследования. Учитывались жалобы, анамнез заболевания, физикальные данные, клинические и биохимические анализы крови и мочи, колопроктологические исследования, иммунограмма, ЭКГ, УЗИ органов живота, эндоскопия (ФЭГДС, колоноскопия), КТ, МРТ (по показаниям). Состояние микробиотоза кишечника оценивали на основании данных микробиологического исследования и исследования КЦЖК в кале методом газожидкостного хроматографического анализа (ГЖХ – анализ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценивали динамику профилей С2-С4, анаэробных индексов КЦЖК в кале у больных с отключенной толстой кишкой (С2 – уксусная кислота, С3 – пропионовая кислота, С4 – масляная кислота, АИ – анаэробный индекс).

В первой группе больных, получавших базисную терапию, были получены следующие результаты: С2 (контроль $0,63 \pm 0,01$ мг/кг), до лечения – $0,48 \pm 0,01$, после лечения – $0,58 \pm 0,01$ мг/кг; С3 (контроль $0,19 \pm 0,01$ мг/кг), до лечения – $0,28 \pm 0,01$ и $0,23 \pm 0,01$ после лечения; С4 (контроль $0,18 \pm 0,01$ мг/кг), $0,24 \pm 0,01$ до лечения и $0,21 \pm 0,01$ после лечения; АИ (контроль $-0,58 \pm 0,01$), до лечения $-1,05 \pm 0,01$, после лечения $-0,95 \pm 0,01$, $p < 0,05$.

Вторая группа пациентов на фоне комплексного лечения применяла препарат «Тизоль» (с помощью клизмы: 10 мг геля «Тизоль» смешивали с 50 мл воды комнатной температуры): С2 – до лечения $0,63 \pm 0,01$, после лечения $0,63 \pm 0,01$; С3 – $0,27 \pm 0,01$ и $0,19 \pm 0,01$, соответственно; С4 – $0,23 \pm 0,01$ и $0,19 \pm 0,01$, соответственно; АИ – до лечения $-1,05 \pm 0,01$, после лечения $-0,57 \pm 0,01$.

Таким образом, нарушение метаболической активности микрофлоры кишечника у больных «диверсионным колитом» проявляется в повышении содержания КЦЖК, снижением уксусной кислоты и повышением уровня пропионовой и масляной кислот в спектре КЦЖК, что свидетельствует о снижении активности и численности представителей облигатной, в том числе, молочнокислой флоры (бифидо- и лактобактерий), об увеличении численности и активации анаэробного звена микрофлоры и об углублении микробиологических нарушений в кишечнике. Полученные данные о влиянии «Тизоля» на степень выраженности воспалительного процесса толстой кишки у больных с «диверсионным колитом» показали наибольшую эффективность базовой терапии с включением препарата по сравнению с традиционной фармакотерапией.

ТАКТИКА КОЛОПРОКТОЛОГА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ

Игуменов А.В., Чакалова В.В.

ГБУЗ СО «ТГКБ № 1», г. Тольятти, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

За последние десятилетия отмечается рост злокачественных новообразований, увеличилось количество больных дивертикулитом, воспалительными заболеваниями кишечника, возросло число больных с ранениями и травмами толстой и тонкой кишки. Часто оперативное лечение таких пациентов заканчивается формированием кишечной стомы. Создание кишечной стомы является одним из ответственных этапов операций, выполняемых на кишечнике. Формирование стомы часто сопровождается осложнениями, возникающими как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки после операции. Одной из главных причин развития осложнений в области стомы являются технические погрешности, допущенные во время операции. Поэтому, мы сочли необходимым обсудить тактические аспекты колостомии и илеостомии в плановой и неотложной хирургии.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Предотвратить технические ошибки наложения стом, тем самым, снизить процент осложнений кишечных стом.

МАТЕРИАЛЫ

В данной работе мы отразили многие аспекты формирования стом. Представили причины наложения кишечных стом, ответили на возникающие вопросы при формировании стомы, и способы их решений. Так же в нашей работе отражены правила маркировки места расположения стомы, виды стом и способы их формирования. Мы рассмотрели осложнения связанные с техническими погрешностями, допущенными во время операции, и предложили варианты их предотвращения. Показали на примерах стомированных пациентов возможности устранения ранних и поздних осложнений, как хирургическим путем, так и с помощью технических средств реабилитации (ТСР).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В нашем отделении каждому пациенту перед операцией проводится маркировка места расположения стомы, несмотря на предполагаемое оперативное пособие. По данным за 2013 г., нами было выполнено 162 операции, из них 72 закончились формированием стомы. Осложнения, такие как ретракция и некроз стомы произошли у пациентов, оперированных в экстренном порядке, и составили 4,2% (3 человека). Так же мы часто сталкиваемся с проблемой стомированных пациентов, прооперированных в других лечебных учреждениях, с различными осложнениями кишечных стом (повреждение перистомальной кожи, выпадение кишки (пролапс), параколостомическая грыжа, стриктура илео- и колостомы). Каждый четвертый пациент, обратившийся к нам, имеет повреждение перистомальной кожи. Нами проводится индивидуальный подбор средств по уходу за стомой и кожи вокруг нее. Например: для пациентов с ретракцией стомы используют конвексные пластины того или иного размера. В 2013 году было выполнено 2 реклостомии по поводу параколостомических грыж. Выполнены ранние реконструктивно-восста-

новительные операции у пациентов с «порочными» стомами. Пациентам со стриктурой проводится бужирование или рассечение стриктуры, в некоторых случаях рассматривается возможность оперативного исправления осложнений. После проведенного лечения пациенты состоят на учете у стомотерапевта. Регулярно наблюдаются в условиях нашего стомокабинета. Повторных госпитализаций в стационар не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предварительная маркировка, правильный выбор места для формирования стомы, индивидуальный подбор ТСП ведет к уменьшению ранних и отдаленных осложнений. Правильно сформированная стома определяет успех в плане реабилитации, в том числе, и хирургической. Все эти мероприятия ведут к улучшению качества жизни стомированного человека.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КАБИНЕТА СТОМИРОВАННОГО БОЛЬНОГО В Г. СУРГУТЕ

Ильканич А.Я., Абубакиров А.С.

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

По данным ВОЗ, число стомированных пациентов на 100 000 населения составляет 100-150 человек. Несмотря на постоянное совершенствование хирургической техники, частота парастомальных осложнений, возникающих как в ранние сроки после операции, так и в отдаленном периоде, остается высокой и колеблется от 15,1 до 74,0%. Основными причинами осложнений принято считать несоблюдение методики и техники формирования стомы, применение малоэффективных средств по уходу за стомами, отсутствие службы реабилитации стомированных больных.

В феврале 2012 г. в центре колопроктологии Сургутской окружной клинической больницы года был открыт кабинет стомированного больного. Потребность в открытии кабинета стомированного больного была связана с проведенным анализом о частоте формирования стом в стационаре, обращения больных за помощью после выписки из лечебного учреждения. Так, за 5 лет с 2009-13 гг., число стомированных в хирургическом отделении пациентов составило 53 человека, в онкологическом – 114, в урологическом – 666 больных.

Аксиомой является то, что, пациенты, оперативное вмешательство у которых завершено формированием колостомы, нуждаются в технических средствах реабилитации (ТСР). ТСР являются средствами, не только улучшающими качество жизни стомированных больных, но и способствующими сокращению числа паракостомических осложнений, частота которых достигает 40-60%. Для обеспечения этой категории больных эффективными техническими средствами реабилитации в стационаре, наблюдении в раннем и отдаленном послеоперационном периоде в амбулаторных условиях, проведения методической, консультативной, лечебной и реабилитационной помощью, в учреждении принят «Порядок оказания помощи стомированным больным». Это позволило организовать эффективную помощь непосредственно после проведения оперативного вмешательства и в раннем послеоперационном периоде, а также продолжить ее после выписки из стационара. Для этого 3 медицинские сестры центра колопроктологии получили специальное обучение по реабилитации стомированных больных. В настоящее время, их функциональные обязанности определены как специалиста по реабилитации стомированных больных. Стоматерапевты проводят консультации и перевязки стомированным пациентам в стационаре от момента наложения стомы до выписки из лечебного учреждения. Необходимо отметить, что обеспечение стомированных пациентов современными техническими средствами реабилитации на этапе оказания стационарной помощи, позволило снизить число паракостомических осложнений и повлияло на сроки пребывания в стационаре.

Сложнее обстоит решение вопроса об оказании помощи этим больным после выписки из стационара. До присвоения группы инвалидности стомированные больные приобретают ТСР самостоятельно, и лишь после получения группы инвалидности обеспечиваются социальной службой. Не меньшей проблемой является отсутствие в лечебных учреждениях подготовленных специалистов готовых оказывать квалифицированную помощь этой категории больных. В связи с этим кабинет стомированного больного очень быстро приобрел известность не только у больных, но и у врачей, охотно направляющих стомированных пациентов на консультацию в специализированный кабинет. Ежедневно стоматерапевт проводит амбулаторный прием. При этом 2 раза в неделю для уростомированных больных и 3 раза для колостомированных пациентов. За 2 года работы кабинета число обращений увеличилось в несколько раз. Так, в 2012 году было 74 посещения кабинета стомированного больного, а уже в 2013 составило – 616. В настоящее время организация и работа кабинета стомированного больного получила положительные отзывы пациентов, хирургов, онкологов, урологов, сотрудников медико-социальной экспертизы и социальной защиты населения.

Перспектива развития кабинета стомированного больного – это проведение полного комплекса консультативных и лечебных мероприятий стомированному больному, обеспечение его современными техническими средствами ухода за стомой в течение жизни. Для этого необходимо решение юридических, финансовых, ведомственных вопросов, как на региональном, так и на федеральном уровне.

РОЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕСТОПОЛОЖЕНИЯ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

Калашникова И.А., Фадеева С.А., Попова Е.А.

*ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава
России, г. Москва, Россия*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Выбор адекватного места для наложения стомы является первоочередной мерой профилактики осложнений. Предоперационная маркировка местоположения стомы является стандартом в оказании помощи стомированным пациентам, в том числе и в экстренной хирургии. Однако хирурги, в силу разных причин (отклонение от запланированного хода оперативного вмешательства, анатомические особенности выводимой кишки), не всегда выводят стому в соответствии предварительной разметке.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить частоту осложнений стомы и проблем в уходе за стомой в зависимости от совпадения месторасположения стомы с предварительно проведенной предоперационной маркировкой стомы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для исследования использовали проспективный дизайн. Эффективность маркировки местоположения стомы изучена у 85 пациентов, оперированных в ГНЦК с апреля до октября 2013 г. У 45(52,9%) пациентов стома была временной, у 40(47,1%) пациентов – постоянной. Маркировка местоположения стомы проводилась накануне операции, в положении пациента лежа, сидя, стоя. В случае формирования预防ивной стомы маркировка проводилась в нескольких местах вероятного выведения кишки с указанием нумерации от 1 до 4, по степени оптимальности для пациента. Производились осмотр и фотографирование живота пациента до операции и в сроки 14 дней, 1 месяц, 3 месяца после оперативного вмешательства. Соответствие местоположения стомы предварительной разметке определялось после операции сравнением фотографий, сделанных в одном масштабе.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Совпадение месторасположения стомы с предварительно проведенной предоперационной маркировкой стомы было у 74(87,1%) из 85 пациентов. В этой группе выявлены осложнения стомы всего у 8(10,8%) пациентов, перистомальный дерматит – у 12(8,9%). При несовпадении месторасположения стомы с предварительной маркировкой у 11(12,9%) из 85 пациентов количество осложнений было достоверно больше, у 3(27,3%) из 11 пациентов развились осложнения стомы, у 5(45,5%) – перистомальный дерматит (p<0,05).

При несовпадении места выведения стомы предварительной разметке 7(63,6%) из 11 больных проводили внеплановые замены калоприемника, 6 (54,5%) пациентов отмечали частое протекание кишечного содержимого под пластину. При совпадении месторасположения стомы с предоперационной маркировкой проблемы с уходом за стомой возникали значительно реже. Только 14(18,9%) из 74 пациентов прибегали к внеплановой замене мешка, протекания под пластину калоприемника наблюдалось у 11(14,4%) из 74 пациентов, (p<0,05).

ВЫВОДЫ

1. Проведение маркировки в нескольких местах вероятного расположения стомы обеспечивает хирургу широкий выбор и способствует снижению количества осложнений и трудностей в уходе за стомой.
2. Фотографирование месторасположения стомы до и после операции позволяет объективно оценивать и контролировать правильность и эффективность маркировки.
3. Оптимальный выбор места выведения стомы повышает вероятность самостоятельности пациента в уходе за стомой и возобновления нормальной деятельности.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИСТОМАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ ИЛЕОСТОМЫ

Комарова Л.А., Исаев В.Р., Чернов А.А.

ГБОУ ВПО Самарский Государственный медицинский университет, кафедра госпитальной хирургии, г. Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Операции, завершающиеся формированием илеостомы – часто встречающийся вид хирургического лечения воспалительных заболеваний толстой кишки (ВЗК), острой кишечной непроходимости, колоректального рака. Данный вид вмешательства выполняется как в экстренном, так и в плановом порядке в абдоминальной и колоректальной хирургии. Данная категория больных занимает особое место в работе колопроктологов, занимающихся вопросами реабилитации. Люди с илеостомой нередко истощены, ослаблены, требуют тщательного ухода в связи с частым попаданием ферментативно активного кишечного содержимого на перистомальную кожу.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с января 2013 г. по июнь 2014 г. в кабинет реабилитации стомированных больных обратилось 37 пациентов с илеостомой. Из них мужчин было 21(57%), женщины – 16(43%). Средний возраст – 37 лет. Причиной формирования илеостомы послужили: неспецифический язвенный колит – у 18(49%) человек, болезнь Крона – у 11(30%) пациентов, острая кишечная непроходимость – у 8(20%) больных. У всех обратившихся была обнаружена гипопропротеинемия – среднее значения общего белка в крови составляло 57-62 г/л. Каждый пациент страдал

дефицитом массы тела. Частоту стула до 10 раз в сутки отмечали 20(54%) больных, 10-15 раз в сутки – 10(27%), более 15 раз – 7(19%) пациентов. Перистомальные осложнения (аллергический, контактный дерматит) были диагностированы у 28 (76%) человек. Ретракция стомы была выявлена у 6 пациентов, из них у 3 больных вокруг выведенного участка кишки образовалась открытая рана, подверженная постоянно контакту с тонкокишечным содержимым.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С целью закрытия ран на перистомальной коже, нами использовался гель Пронтосан, наносимый на всю раневую поверхность ежедневно, сверху накладывались гидрофильные поролоновые повязки. Таким образом, создавался защитный слой, предохраняющий рану от попадания кишечного содержимого. Срок заживления составлял 45-60 дней. Критерием эффективности лечения считалось образование грануляций, отсутствие перифокального воспаления, эрозий, мацерации. В дальнейшем, для создания защитного барьера использовались пасты – герметики. Пациентам рекомендовались только двухкомпонентные калоприемники, отверстия пластины вырезались по диаметру неизменного кожного покрова для постоянного доступа и адекватного ухода за перистомальной кожей. При данном алгоритме лечения развившихся осложнений сводился к минимуму риск развития более серьезных патологий – фолликулитов, флегмон.

С целью коррекции дефицита массы тела использовалось энтеральное, изокалорийное питание с осмолярностью, в среднем, равной 300. Суточная доза составляла – 700-1000 мл, длительность приема – 6-8 недель. После завершения курса прибавка в весе отмечалась у абсолютного числа больных и составляла, в среднем, 2,3-4,5 кг. Все пациенты корректировали стул диетой, рекомендованной при диарее. Имодиум принимали 18(49%) человек. Длительность приема не превышала 7 дней независимо от достигнутого эффекта. Улучшение общего состояния (субъективная оценка) отмечали 29(78%) пациентов через 4-6 месяцев после операции. К привычному образу жизни – приступили к работе, полноценно занимаются воспитанием детей, вернулись 27(73%) больных через 8-10 месяцев после операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациенты с илеостомой – наиболее сложная в вопросах реабилитации категория больных. Перистомальные осложнения – частая проблема, не имеющая тенденции к снижению. При использовании предложенного нами алгоритма лечения перистомальных осложнений удается добиться стойкого, выраженного эффекта. Вопросы питания пациентов с илеостомами требуют внимания и нуждаются в большем изучении и освещении.

18-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Рубанченко А.С.,
Сторожил Д.А., Ефремов А.Б., Наумов А.В.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет,
Белгородская областная клиническая больница Святителя
Иоасафа,
Региональный колопроктологический центр, г. Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Первую успешно проведенную резекцию верхней части прямой кишки со сшиванием отрезков кишки циркулярным швом в 1897 году выполнил Trendelenburg R.S. В это же время возникла и основная проблема колопроктологии: риск развития несостоятельности анастомоза. Несмотря на более чем 200-летнюю историю хирургии рака толстой кишки, проблема несостоятельности кишечных анастомозов и в настоящее время сохраняет свою актуальность. Согласно литературным данным, частота несостоятельности швов анастомоза колеблется в широких пределах – от 3,2 до 25,1% и выше. Это особенно актуально при выполнении реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке, потому как в случае развития несостоятельности анастомоза не выполняется цель операции – ликвидация колостомы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать алгоритм предоперационной подготовки и хирургического лечения больных с колостомами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Белгородском региональном колопроктологическом центре за период с 1996 по 2013 год выполнено 473 реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке, из них у 181 больного произведена лапаротомия и у 292 больных колостома ликвидирована из местного доступа. Интервал времени, прошедший с момента первой операции до восстановительной, составил от 3 месяцев до 2-х лет. Возраст больных от 18 до 77 лет: женщины – 22%, мужчины – 78%. Реконструктивно-восстановительная колопластика после ранее выполненной радикальной операции по поводу рака толстой кишки выполнена у 142 больных, у остальных больных колостома ранее была наложена по поводу осложненной дивертикулеза толстой кишки, травмы толстой кишки или осложненной болезни Крона толстой кишки. При «низких» анастомозах у 96 больных применялись аппараты АКА-2, БЕА, СЕЕА, КУГВ с диаметром головки 25-33 мм. В остальных случаях был наложен ручной анастомоз (37 одноразово серозно-мышечно-подслизистых и 340 двухрядных узловых) с использованием шовного материала Polysorb 4/0.

Предоперационная подготовка начиналась сразу же после ликвидации основного заболевания, по поводу которого была наложена колостома. Она носила комплексный характер и включала специальную тренировку отключенного отдела толстой кишки. При длительном существова-

нии колостомы развивается воспалительный процесс и атрофия мышц отключенного отдела кишки, которые после восстановления непрерывности кишки не в состоянии обеспечить надежную перистальтику и продвижение кишечного содержимого. Это приводит к застою в начальной части включенного отдела кишки и опасно в плане несостоятельности швов анастомоза. С целью профилактики этих осложнений нами применяется способ тренировки отключенного отдела толстой кишки пенными аэрозолями (Сульфодозоль, Гипозоль М, Нитазол, Мирамистин) в течение 1-2 месяцев. Данные препараты, помимо механического воздействия на стенку кишки, обладают противовоспалительными, антибактериальными, регенерирующими свойствами и, следовательно, способствуют более надежному восстановлению моторной функции отключенного отдела.

Во время операции следили за выполнением следующих условий: хорошей подготовкой толстой кишки, отсутствием натяжения между анастомозируемыми участками кишки, адекватным кровоснабжением толстой кишки, минимальной травматизацией тканей и соблюдением принципов асептики. Проверка герметичности анастомоза нами проводится с помощью пенных аэрозолей, которые обладают рядом преимуществ перед другими способами: в случае попадания пены в брюшную полость видно место дефекта, а сами аэрозоли обладают антимикробным действием.

В послеоперационном периоде проводилась антибиотикопрофилактика, стимуляция перистальтики кишечника, использовались препараты, улучшающие реологические свойства крови и препятствующие тромбозу мелких сосудов. Для уменьшения нагрузки на анастомоз в первые сутки после операции мы применяли газоотводную трубку.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Несостоятельность анастомоза после реконструктивно-восстановительной колопластики возникла у 3(0,63%) больных, что потребовало повторной операции и наложения стомы. У одного больного несостоятельность анастомоза, приведшая к развитию перитонита и нарастающей полиорганной недостаточности, явилась причиной летального исхода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанные принципы подготовки больных к реконструктивно-восстановительным операциям, а также способ проверки герметичности анастомоза пенными аэрозолями, хорошо зарекомендовали себя и с успехом применяются в отделении с 1996 г., однако они требуют дальнейшего совершенствования.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ К РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ ПРИ ЯЗВЕННЫХ КОЛИТАХ

Наврузов С.Н., Наврузов Б.С., Рахманов С.Т.,
Пазылова Д.У., Маткаримов С.Р., Кутлиева Г.Дж.

Республиканский Научный Центр Колопроктологии
МЗ РУз, г. 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 ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 115 больных ВЯЭК, тотальное поражение, тяжелое течение, госпитализированных в Научный Центр Колопроктологии МЗРУз за период с 2005 по 2012 гг. Всем больным проведена тотальная колэктомия с формированием кульги прямой кишки и наложением илеостомы. Больные были распределены на 2 группы:

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

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

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

Эффективность лечения оценивали по клиническим показателям, количеству отделяемого из прямой кишки, срокам эпителизации, 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 – удовлетворительное – уменьшение выделений, частичное восстановление эпителизации, уменьшение болевого синдрома и т. д.;

3 – неудовлетворительное – 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%), неудовлетвори-

тельные – у 3(5,6%) больных.

Хорошие результаты у больных обеих групп во всех случаях сопровождали нормализацией структуры слизистой (по данным эндоскопии, цитологического и гистологического исследования), улучшением общего состояния, уменьшением выделений из культи прямой кишки. После восстановительных операций послеоперационный период протекал гладко, без осложнений.

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.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВРЕМЕННЫХ КИШЕЧНЫХ СТОМАХ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Помазкин В.И.

Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург, Россия

С увеличением продолжительности жизни населения и тенденцией к его «старению» отмечается неизбежный рост как абсолютного, так и относительного числа пациентов пожилого и старческого возраста. Наряду с этим, отмечается выраженная тенденция к увеличению числа пациентов в преклонном возрасте с болезнями толстой кишки, перенесших хирургические вмешательства при неотложной колоректальной патологии, как при раке толстой кишки, так и при неопухольевых заболеваниях. В условиях экстренного вмешательства при механической непроходимости толстой кишки или ее перфорации оперативное вмешательство чаще всего завершается формированием кишечной стомы. Все это в общей сложности приводит к увеличению числа пожилых стомированных пациентов. До настоящего времени показания к хирургической реабилитации с ликвидацией стомы и воссозданием непрерывности кишечного тракта у таких больных, особенно в старческом возрасте, рассматриваются достаточно осторожно и являются предметом разногласий, что традиционно связывается с повышенным риском оперативного вмешательства.

Целью нашего исследования была оценка непосредственных результатов восстановительных операций при временных кишечных стомах у пациентов в возрасте старше 75 лет. Мы имеем опыт восстановительных операций при илео- и колостомах у 320 больных. Из них 42(13,1%) пациента были в старческом возрасте. Женщин было 31, мужчин – 9. Средний возраст пациентов составил 77,3 года.

Основной причиной формирования стомы являлись злокачественные опухоли толстой кишки, что наблюдалось у 40% больных. Осложнения дивертикулярной болезни были у 2% пациентов. Одноствольные илео- и колостомы были у 9(21,9%) больных, двухствольные у 32(78,1%). При этом наличие стомы с неустранимой патологией толстой кишки отмечалось у 31 пациента, что было связано с риском выполнения радикального вмешательства на первом этапе в условиях неотложной ситуации, и объем операции был ограничен наложением стомы. Кроме стандартных исследований, касающихся выявления патологических изменений толстой кишки и органов брюшной полости, всем больным производили эхокардиографию для оценки функциональных изменений сердца, холтеровское мониторирование для оценки нарушений ритма сердца и изменений артериального давления, исследование функции внешнего дыхания, при необходимости объективное исследование почек, сосудов нижних конечностей и т. д.

Все больные были с сопутствующей патологией. Среднее число сопутствующих заболеваний на одного пациента составило 3,5, с преобладанием кардиоваскулярной и респираторной патологии, что требовало корректирующей терапии как на дооперационном этапе, так и в послеоперационном периоде. Так 17 больным потребовался достаточно продолжительный курс предоперационной подготовки, с переводом сопутствующей патологии в стадию компенсации. Средний возрастзависимый показатель индекса коморбидности Charlson составил 7,1. Средний показатель индекса ASA на момент операции, оцениваемый анестезиологом, составил 2,11.

Пациентам были выполнены следующие вмешательства. У 31 больного выполнялась резекция ободочной и прямой кишки с одномоментной ликвидацией стомы. У 8 больных была ликвидирована одноствольная кишечная стома. Закрытие двухствольной колостомы выполнено у 2 больных.

Послеоперационная летальность составила 2,4%. При этом расчетный показатель 30-дневной послеоперационной летальности с учетом объема оперативного вмешательства по шкале Cr-POSSUM составил 9,8%, что значительно выше фактически зарегистрированной ($p < 0,05$). Умерла пациентка при несостоятельности межкишечного анастомоза и перитонита. Во время проведения оперативного вмешательства в 5(12,2%) наблюдениях зафиксирована сердечно-сосудистая недостаточность, обусловленная нестабильностью гемодинамики, аритмией. У всех больных эти явления были купированы консервативными мероприятиями.

Общее количество осложнений составило 21,9%. При многофакторном анализе отметили статистически значимое влияние на их возникновение трех факторов: индекса коморбидности Charlson ≥ 5 , наличия сахарного диабета и хронических obstructивных заболеваний легких.

Результаты восстановительных операций с ликвидацией кишечной стомы у пациентов старше 75 лет могут быть выполнены с достижением удовлетворительных показателей периоперационных осложнений и летальности. Больным данной возрастной группы не должно быть отказано в оперативном лечении на основании стереотипной оценки хирургического риска.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРАСТОМАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПРИ ОДНОСТВОЛЬНЫХ КОЛОСТОМАХ

Помазкин В.И.

Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург, Россия

Парастомальные грыжи являются наиболее распространенным осложнением кишечных стом. Частота их возникновения при формировании постоянной колостомы колеблется от 4 до 48% в ретроспективных исследованиях. Показания к оперативному лечению при этой патологии возникают при локальном болевом синдроме, затруднении опорожнения стомированной кишки, затруднениях или невозможности использования современных калоприемников или при выраженном косметическом неудобстве. Устранение парастомальной грыжи с оставлением стомы на месте привлекательно меньшей травматичностью вмешательства, однако основной проблемой при таких операциях является высокий риск рецидивов формирования грыжевого дефекта.

ЦЕЛЬЮ нашей работы был ретроспективный анализ предложенного способа хирургического лечения парастомальных грыж с оставлением стомы на месте, сочетающего изменение расположения стомированной кишки с транслокацией ее частично в пред- и забрюшинное пространство и использование синтетического сетчатого эндопротеза для укрепления апоневроза брюшной стенки.

В период с 2006 по 2013 гг. были прооперированы 16 пациентов с постоянными сигмостомами, осложненными парастомальными грыжами. Средний возраст пациентов составил $65,3 \pm 7,6$ лет. Мужчин было 7, женщин – 9. Все пациенты ранее перенесли брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки по поводу рака ее нижеампулярного отдела или анального канала. Средний размер грыжевого дефекта составил $11,4 \pm 12,5$ см².

Стомированную кишку высвобождали из брюшной стенки и спаек брюшной полости. Кишку прошивали и пересекали с удалением избыточной ее части. Из этого же разреза производили отсепаровку брюшины по латеральному краю раны с созданием забрюшинного канала по направлению спереди назад, по возможности доходя до переходной складки брюшины левого латерального канала, где в ней формировали внутреннее отверстие достаточной величины для свободного проведения в него стомированной кишки. Последнюю в созданном забрюшинном канале проводили с выведением на брюшную стенку без оставления свободной петли в брюшной полости. Целостность брюшины восстанавливалась по медиальному краю раны брюшной стенки. Дефект апоневроза суживали отдельными швами до адекватного размера. В положении on-lay к апоневрозу фиксировали сетчатый эндопротез с округлым отверстием в центре для стомируемой кишки. Фактически мобилизованный верхний край раны в виде кожно-жирового лоскута низводили книзу. В верхней части его вырезали округлое отверстие, соответствующее размеру стомируемой кишки, в котором последнюю фиксировали, формируя вновь созданную плоскую колостому с ровной кожной площадкой, для хорошей фиксации калоприемника в дальнейшем. Ниже ее после иссечения избытков кожи и подкожной клетчатки нижнего края раны, образующийся дефект ушивали в поперечном направлении. Эта рана, находящаяся ниже стомы, располагалась на достаточном расстоянии от ее краев, не подвергаясь инфицированию.

В послеоперационном периоде летальных исходов не было. У одного пациента был ограниченный некроз кожи краев раны, находящейся ниже стомы, без каких-либо серьезных последствий. У двух больных были ограниченные скопления серозного экссудата в ране, потребовавшие неоднократного их опорожнения, но не приведшие к значительному ухудшению процесса заживления. При этом случаев инфекционных раневых осложнений не наблюдалось. Средняя продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре составила 9,5 койко-дней.

Отдаленные результаты удалось проследить у 13 пациентов в течение от 1 до 5 лет. Рецидива парастомальной грыжи не было отмечено ни в одном случае. Все больные отметили хорошее удерживание калоприемников, отсутствие необходимости использования каких-либо дополнительных средств для ухода за стомой, отсутствие каких-либо ограничений в физической активности.

Использование комбинации перевода стомированной кишки в забрюшинное пространство и использование синтетических эндопротезов для укрепления брюшной стенки при лечении парастомальных грыж безопасно и имеет хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Тамм Т.И., Даценко Б.М., Хмызов Р.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

АКТУАЛЬНОСТЬ

Хирургическое лечение ряда заболеваний толстой кишки обуславливает необходимость удаления или выключения из пассажа пораженного отдела и нередко завершается выведением того или иного отдела кишечника на переднюю брюшную стенку в виде стомы. Несмотря на постоянное совершенствование хирургической техники и применение современных схем антибактериальной терапии, частота гнойно-воспалительных осложнений, возникающих в послеоперационном периоде, остается высокой и колеблется от 10 до 60%. Большинство осложнений у стомированных больных возникают в раннем послеоперационном периоде, что, в свою очередь, удлиняет сроки госпитализации и значительно ухудшает результаты лечения и качество жизни этих больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа основана на анализе обследования и лечения 120 больных, перенесших оперативное лечение по поводу заболеваний кишечника, результатом которого явилось формирование стомы. В основную группу вошли 60 пациентов, проходивших лечение с 2012 по 2014 гг., которым проводилась предоперационная подготовка и послеоперационный уход за стомой, по программе, усовершенствованной авторами. В группу сравнения вошли данные ретроспективного анализа лечения 60 пациентов, проходивших лечение в период с 2009 по 2011 гг., которым не проводилась специальная предоперационная подготовка и послеоперационный уход за стомой. Оценивалось количество и структура ранних послеоперационных осложнений у этих больных.

В результате анализа данных историй болезни выявлено, что выведение стомы осуществляли при оперативном вмешательстве по поводу осложненных форм колоректального рака, дивертикулеза толстой кишки, неспецифического язвенного колита и болезни Крона, ректо-вагинальных свищей, панпарапроктита, других заболеваний органов брюшной полости, ведущих к развитию кишечной непроходимости, а так же по поводу травм толстой кишки.

В основной группе пациентов с одноствольными стомами было 38(63,3%) человек, а с двухствольными – 22(26,7%). В группе сравнения пациентов с одноствольными стомами было 32(53,3%) человека, а с двухствольными 28(46,7%). В основной группе сигмостомы встречались у 18(30%) больных, трансверзостомы – у 30(50%) больных, илеостомы – у 12(20%) больных. В группе сравнения сигмостомы встречались у 17(28,3%) больных, трансверзостомы – у 28(46,7%) больных, илеостомы – у 15(25%) больных. Ранние послеоперационные осложнения у стомированных больных возникали со стороны самой стомы, со стороны перистомальной кожи, а так же были сочетанные осложнения как со стороны стомы, так и со стороны перистомальной кожи.

Ранние послеоперационные осложнения со стороны стомы в виде кровотечения, некроза выведенной кишки, параколостомальной грыжи, ректацики стомы наблюдали у 5% основной и у 23,3% контрольной группы. Ретракция колостомы может появиться как вскоре после оперативного вмешательства, так и в более позднем периоде. Со стороны перистомальной кожи наблюдались контактный перистомальный и аллергический дерматит и фолликулит, гангренозная пиодермия, специфические поражения (грибковый дерматит, псориаз) у 10% (6 пациентов) основной и у 33,3% (20 пациентов) контрольной группы. Чаще всего встречались сочетанные осложнения как со стороны стомы, так и со стороны перистомальной кожи.

Для лечения и реабилитации пациентов основной группы авторами была усовершенствована комплексная программа предоперационной подготовки и послеоперационного ведения стомированных больных. Предоперационная подготовка включает в себя: психологический тренинг и маркировку места будущей стомы. Далее проводили интраоперационную оценку состояния кишки, выводимой в качестве стомы: состояние кровоснабжения кишки, ее натяжение, диаметр раневого канала, правильная фиксация кишки на передней брюшной стенке. В послеоперационном периоде проводили комплекс мероприятий для уменьшения послеоперационных осложнений, таких как ранняя установка калоприемника, предупреждение развития послеоперационных осложнений, обучение пациента уходу за стомой, психологическая поддержка пациента, хирургическая реабилитация при осложненном течении болезни.

Использование комплексного подхода предоперационного, субоперационного и послеоперационного лечения больных позволило снизить общее количество всех ранних послеоперационных осложнений с 56,6% (34 пациента контрольной группы) до 15% (9 пациентов основной группы).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Программа комплексной реабилитации стомированных пациентов позволяет значительно снизить количество ранних послеоперационных осложнений. Усовершенствование техники, выбор уровня и места формирования стомы в большинстве случаев является профилактикой ранних послеоперационных осложнений. Стомированные больные нуждаются в специализированном уходе за стомой, что позволяет значительно повысить качество жизни пациентов этой категории.

РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СРОКОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Верзакова И.В., Макарьева М.Л., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии БГМУ,

Городской центр колопроктологии, г. Уфа, Россия

Возможность мониторинга изменений, происходящих в стоме, представляет практический интерес для определения сроков хирургической реабилитации. С развитием ультразвуковой диагностики стало возможным получать объективную информацию о состоянии стенки кишки и степени ее васкуляризации в различные сроки послеоперационного периода неинвазивным методом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На базе ГКБ №21 г. Уфы был обследован 31 больной (14 мужчин и 17 женщин) в различные сроки после стомирующей операции. В 27(87%) случаях больные имели диагноз колоректальный рак. УЗИ проводилось на аппарате HDI – 4000 ректальным датчиком введенным в просвет стомы в 4 режимах сканирования. Оценивали состояние стенки кишки, наличие кровотока и степень васкуляризации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При оценке полученных результатов в сроке до 14 суток было выявлено утолщение стенки кишки, снижение эхогенности и отсутствие дифференцировки на слои, усиление кровотока и повышение скоростных показателей. В последующие сроки наблюдалось постепенное уменьшение толщины ее стенки, повышение ее эхогенности, снижение степени васкуляризации и скоростных показателей. В одном случае был диагностирован глубокий параколостомический абсцесс. Оценка УЗИ кишечной стомы в поздние сроки (до 12 месяцев) показала состояние кровотока кишечной стенки и брыжеечных сосудов, степень дистрофических изменений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, дальнейшее изучение внутрипросветной ультрасонографии кишечной стомы является перспективным и позволяет осуществлять динамический контроль за процессом «созревания» стомы, диагностировать парастомальные осложнения, состояние кровоснабжения кишки и др., что представляет несомненный практический интерес для установления сроков восстановительной операции и выбора метода хирургической реабилитации.

ХИРУРГИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии БГМУ,

Городской центр колопроктологии, г. Уфа, Россия

Дивертикулярная болезнь является одним из наиболее распространенных заболеваний толстой кишки и встречается у 30% лиц старше 50 лет. Среди заболеваний, ставших причиной наложения стомы, ДБТК встречается в 6,5-11% и находится на втором месте после рака толстой кишки

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Работа основана на анализе результатов лечения 312 пациентов с дивертикулярной болезнью толстой кишки, находившихся на лечении в городском колопроктологическом центре г. Уфы ГКБ №21. Среди пациентов преобладали женщины пожилого возраста, старше 60 лет, за исключением группы младше 40 лет, где наблюдается обратное соотношение. Всем пациентам, за исключением неотложных состояний, проводилась консервативная противовоспалительная терапия. После выписки пациенты с установленным диагнозом дивертикулярной болезни толстой кишки находились на диспансерном наблюдении.

Больные в зависимости от клинической картины распределялись на тактические группы. Наличие неблагоприятных прогностических признаков в анамнезе (отсутствие стойкого эффекта от проводимой консервативной терапии, обострения заболевания более 2 раз в год, развитие инфильтрата брюшной полости и др.) являлось основанием для включения больного в группу риска. После проведения комплексной диагностики, в соответствии с разработанным алгоритмом, включавшим ФКС, ирригографию, УЗИ, КТ с 3D реконструкцией и др., больным предлагалось оперативное лечение в плановом порядке.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Консервативная терапия была эффективна у 227(72,8%) пациентов, оперированы 85(26,2%). В экстренном порядке оперировано 56 человек, в плановом – 29. Объем планового вмешательства зависел от распространенности процесса.

Лапароскопические вмешательства были выполнены 5 пациентам, оперированным в плановом порядке. В трех случаях была выполнена лапароскопическая резекция сигмовидной кишки с аппаратным анастомозом, в двух-левосторонняя гемиколэктомия с лапароскопической ассистенцией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение разработанного диагностического алгоритма позволило своевременно установить правильный диагноз и определить дальнейшую тактику с выделением пациентов в группу риска. Активное вне-

дрение плановых оперативных вмешательств при дивертикулярной болезни толстой кишки позволило уменьшить удельный вес экстренных вмешательств.

РЕКОЛОСТОМИЯ ПРИ ПОЗДНИХ СТОМАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А.,
Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии
Башгосмедуниверситета,
Городской колопроктологический центр ГКБ №21, г. Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Рост заболеваемости раком прямой кишки в последние десятилетия привел к увеличению числа больных, перенесших радикальное хирургическое лечение. Удельный вес таких больных достигает 35% среди стомированных больных. Развитие осложнений со стороны стомы происходит, по данным различных авторов, в 30-96%. Увеличение количества стомальных осложнений прямо пропорционально сроку давности стомы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На базе колопроктологического центра ГКБ №21 г. Уфы выполнено 19 реконструкций колостом у больных, перенесших экстирпацию прямой кишки по поводу нижнеампулярного рака прямой кишки. Показаниями для реконструкции стали пролапс или стриктура с наличием параколостомической грыжи больших размеров, а также втянутая стома с невозможностью применения клеющихся калоприемников при отсутствии данных за рецидив заболевания.

В 12 случаях была произведена реконструкция стомы с проведением через забрюшинный канал и пластикой грыжевого дефекта с помощью полипропиленовой сетки. 7 больных оперировано с применением разработанного в клинике способа формирования забрюшинной колостомы (патент РФ), позволяющего сократить вероятность развития осложнений со стороны стомы и улучшить течение послеоперационного периода.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сроки наблюдения составили 3 года. Отмечено 1 нагноение параколостомической раны. Рецидив параколостомической грыжи развился в 1 случае. Стриктуру и пролапс не было. Все больные возобновили использование калоприемника.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С целью профилактики развития параколостомических осложнений при выполнении экстирпации прямой кишки необходимо применять забрюшинный способ формирования колостомы. Разработанный способ формирования забрюшинной колостомы позволяет сократить количество осложнений со стороны стомы и значительно улучшить качество жизни стомированных больных.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ КИШЕЧНЫХ СТОМ КАК МЕТОД ВЫБОРА

Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А.,
Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии
Башгосмедуниверситета,
Городской колопроктологический центр
МУГКБ №21, г. Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Широкое внедрение лапароскопических операций во все области хирургии доказало преимущества данного направления перед традиционными операциями. Малая травматичность, сокращение сроков восстановления, отсутствие гнойных осложнений, косметический эффект и другие преимущества особенно показательны в колопроктологии, а возможность внедрения этих операций в хирургию кишечных стом, безусловно, является перспективной.

ЦЕЛЬ

Оценить результаты внедрения лапароскопической техники в хирургию кишечных стом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На начальном этапе в период освоения эндоскопической техники нами выполнялись лапароскопически ассистированные колостомии. В данную группу вошли 27 пациентов. В последующем, по мере приобретения опыта, нами стали выполняться лапароскопически ассистированные колостомии на фоне острой кишечной непроходимости у экстренных больных, диагноз которых устанавливался интраоперационно во время лапароскопии. После купирования явлений ОКН и стабилизации состояния при наличии условий через 10-14 дней больным выполнялась радикальная операция – удаление опухоли с ликвидацией стомы или под ее прикрытием.

Таким образом, в 19 случаях была наложена сигмостома, в 8 – трансверзостома. В 3 случаях опухоль в сигмовидной кишке, ставшая причиной острой толстокишечной непроходимости, была удалена во время первой операции с формированием колостомы по Микуличу.

Ликвидация стомы и восстановление кишечной непрерывности, как завершающий этап реабилитации стомированного больного, является не менее важным и ответственным. Травматичность восстановительной

операции и, как следствие, трудный послеоперационный период практически нивелируются при применении лапароскопической техники вмешательства.

В данную группу вошли 10 пациентов, 3 из которых была выполнена лапароскопическая резекция прямой кишки с ликвидацией стомы, которым ранее (14 суток назад) была выполнена лапароскопически ассистированная сигмостома на фоне острой кишечной непроходимости. Оценивая результаты данных операций, следует отметить, что при той же продолжительности оперативного вмешательства в послеоперационном периоде не отмечено ни одного нагноения послеоперационной раны, пациенты активизируются уже на 1-2-е сутки, функция кишечника восстанавливается на 2-3 сутки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение эндовидеохирургии в данной области является перспективным направлением, позволяющим улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов со стомой.

ЭНДОХИРУРГИЯ ПРИ ДОЛИХОКОЛОН

Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А.,
Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии
Башгосмедуниверситета,
Городской колопроктологический центр
МУГКБ №21, г. Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Внедрение лапароскопических вмешательств в лечении толстокишечных колостазов значительно улучшило ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения данного заболевания.

ЦЕЛЬ

Определить показания и объем выполнения лапароскопического вмешательства в хирургическом лечении больных с толстокишечным колостазом.

Опыт работы основан на хирургическом лечении 79 больных с толстокишечным колостазом, находившихся на стационарном лечении в городском колопроктологическом центре г. Уфы ГКБ №21.

Показания к хирургическому лечению выставляли после проведения тщательного комплексного обследования, включающего общеклинические методы исследования, фиброколоноскопию, ирригографию, а также изучение показателей микроциркуляции стенки толстой кишки и электролитный состав крови. При неэффективности проводимого консервативного лечения и наличии у пациента суб- и декомпенсированной формы заболевания выставляли показания к операции.

У всех оперированных больных клиника толстокишечного колостазов сопровождалась выраженными изменениями состояния кишечной стенки и рентгенологической картины, заключающейся в значительном увеличении протяженности и диаметра кишки, потере гаустрации и др. Данные изменения были более выражены в левых отделах толстой кишки.

Стандартным объемом проводимого хирургического вмешательства считаем выполнение левосторонней гемиколэктомии. Предпочтение отдавали лапароскопическому методу с формированием экстракорпорального анастомоза (47 больных).

Выполнение субтотальной колэктомии с формированием илеоректоанастомоза, рекомендуемую некоторыми авторами, считаем неоправданной. В то же время объем резекции в пределах патологически удлиненной сигмовидной кишки, по нашему мнению, является недостаточным и приводит к неудовлетворительным отдаленным результатам. Пациентов, перенесших хирургическое вмешательство по лапароскопической методике, отличало отсутствие выраженного болевого синдрома и гнойных осложнений, ранняя активизация больного и купирование послеоперационного пареза кишечника.

Отдаленные результаты изучены в 58 случаях в сроки до 5 лет. При выполнении лапароскопической левосторонней гемиколэктомии в 91,5% случаев получены отличные и хорошие результаты, тогда как при лапаротомных вмешательствах данные показатели составили только 83%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Показаниями к хирургическому лечению толстокишечных колостазов являются субкомпенсированные и декомпенсированные формы заболевания. Оптимальным объемом резекции толстой кишки является левосторонняя гемиколэктомия, а методом выбора хирургического вмешательства является лапароскопическая методика.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПРЕВЕНТИВНЫМИ КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ

Фоменко О.Ю., Калашникова И.А.,
Ачкасов С.И., Алешин Д.В., Егорова Д.В.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава
России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Развитие хирургических технологий и неoadъвантных методов лечения делает возможным выполнение сфинктеросохраняющих опера-

ций все большему числу пациентов с раком прямой кишки, семейным аденоматозом и воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК). В настоящее время низкая передняя резекция (НПР) прямой кишки с формированием различных видов толстокишечных резервуаров производится у 75-90% больных раком прямой кишки. Однако, после операции у значительной части этих пациентов отмечаются жалобы на проблемы эвакуации, а также удержания кишечного содержимого, объединенные в «синдром низкой передней резекции». От 20% до 40% больных после колэктомии с тонкокишечным резервуаром и илеоректальным анастомозом предъявляют жалобы на недержание кишечного содержимого в дневное и ночное время. Этиологическими факторами инконтиненции, помимо утраты резервуарной функции дистальных отделов кишечника, могут быть травма анального жома или резекция внутреннего сфинктера с транзитной зоной и «геморроидальной подушкой» во время операции. Ниже представлены результаты пилотного исследования эффективности терапии на основании биологически обратной связи (БОС-терапии) у данной категории больных при наличии отключающей стомы. Исследование направлено на улучшение качества жизни пациентов и ускорение их реабилитации за счет начала терапии еще до закрытия превентивной стомы.

ЦЕЛЬ

Изучить возможность улучшения функционального состояния запирающего аппарата отключенной кишки с помощью БОС-терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 20 пациентов с превентивной стомой в возрасте от 19 и до 73 лет, средний возраст 48,5±16,0 лет. Мужчин – 6, женщин – 14. У 7 из них были сформированы тонкокишечные резервуары и наднаальные илеоректальные анастомозы после колэктомии по поводу ВЗК и семейного аденоматоза, у 9 – толстокишечные резервуары и колоректальные или колоанальные анастомозы после НПР по поводу рака прямой кишки. Еще 4 больным стомы были наложены при лечении сложных свищей прямой кишки. Сроки отключения кишки составили 2-36 месяцев.

Всем пациентам было проведено функциональное манометрическое исследование запирающего аппарата дистальных отделов толстой кишки, включающее профилометрию и сфинктерометрию. 10-дневный цикл БОС-терапии выполнялся на комплексе WPM Solar фирмы MMS и был направлен на улучшение сократительной способности мышц наружного сфинктера и тазового дна за счет увеличения как силы, так и длительности произвольного сжатия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех пациентов до начала БОС-терапии было выявлено снижение функции запирающего аппарата отключенной кишки на основании клинического осмотра и инструментального исследования. Так, величина среднего и максимального давления в покое, по данным профилометрии, составила в среднем 30,9±15,5 мм рт. ст. и 63,4 ± 40,6 мм рт.ст., соответственно, при норме 52,2±8,2 и 100,8±11,4 мм рт. ст. Аналогичные значения при волевом сокращении 66,3±30,6 и 133,9±65,2 мм рт. ст., соответственно при норме 76,6 ± 8,9 и 137,1±12,6 мм рт. ст. При сфинктерометрии показатели максимального давления в покое были 35,9±10,7 мм рт. ст., а при волевом сокращении 107,7±53,3 мм рт. ст. После БОС-терапии, по данным сфинктерометрии, выявлено статистически значимое увеличение давления в анальном канале в покое и при волевом сокращении до 48,1±11,1 мм рт.ст и 136,2±53,9 мм рт.ст., соответственно (p<0,05). В среднем, прирост показателей составил: 34,0% в покое и 26,4% при сжатии.

ВЫВОДЫ

Проведение БОС-терапии у пациентов с превентивной стомой позво-

ляет достоверно улучшить функциональное состояние запирающего аппарата.

Необходимо продолжение исследования для выявления пациентов с высоким риском развития инконтиненции и синдрома низкой передней резекции после закрытия стомы и оценки эффективности проведения им БОС-терапии до восстановления естественного пассажа кишечного содержимого.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ОДНОСТВОЛЬНЫМИ КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ

Фролов С.А., Родоман Г.В., Голубева М.Ю., Москалёв А.И.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, ГKB №24, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение качества жизни у больных с одноствольными кишечными стомами.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 2179 пациентов с одноствольными кишечными стомами, находившиеся под наблюдением в отделении реабилитации стомированных больных в 2013-2014 гг., что составило 22,2% от общего числа больных. Мужчин было 1116 (51,2%), женщин – 1063 (49,8%), возраст больных составил 18-92 года, в среднем – 66,2 года. Илеостомы имели место у 216(9,9%), асцендостомы – у 5(0,2%), трансверзостомы – у 389(17,9%), десцендостомы – у 426(19,6%), сигмостомы – у 1143(52,5%). Рак прямой кишки был причиной формирования одноствольной кишечной стомы у 1267(58,1%) пациентов, рак ободочной кишки – у 597(27,4%), дивертикулярная болезнь – у 124(5,7%), воспалительные заболевания кишечника – у 104(4,8%), другие причины (травмы, аномалии развития, послеоперационные осложнения, редкие заболевания) отмечены у 87(4,0%). Диагноз осложненной кишечной стомы устанавливали, преимущественно, на основании клинического обследования, в сложных случаях и при сочетании осложнений выполняли дополнительные обследования: УЗИ (трансабдоминальное и трансстомальное), ирригоскопию, КТ, колоноскопию. К осложнениям отнесены: неправильная локализация стомы (препятствующая адекватному уходу), перистомальные свищи, перистомальный дерматит, парастомальные грыжи, эвагинация, стриктуры, деформация стомы рубцами. Качество жизни изучали методом анкетирования с помощью специального опросника компании «Колопласт» для стомированных больных, по шкале для стомированных больных и по шкале SF-36.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Осложнения кишечных стом выявлены у 1490(68,4%) пациентов. Частота осложнений была достоверно чаще при формировании одноствольных стом по экстренным показаниям (63,2%), чем по плановым (36,3%) ($\chi^2=19,5$; p<0,0001), достоверно реже при формировании илео- и сигмостом ($\chi^2=24,1$; p<0,0001). Удовлетворительные условия ухода за стомой отмечены лишь у 1248(57,3%) пациентов. Причиной низкого качества жизни в 84,7% были осложнения кишечных стом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Осложнения одноствольных кишечных стом существенно ухудшают качество жизни у стомированных больных. Наиболее вероятной причиной развития осложнений следует считать технические ошибки при формировании кишечных стом.

КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШКАХ, ОСОБЕННОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

Будкина А.С.

ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Смоленск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Как правило, больные с онкопатологией толстого кишечника представлены возрастной категорией лиц, имеющих тяжелую соматическую патологию, водно-электролитные и метаболические нарушения, что создает сложности в выборе обезболивания и дальнейшего ведения больных. Доказано, что неблагоприятный исход после операций на кишечнике возникает за счет накопления ионов натрия и воды в ворсинках кишечника, как следствие к снижению доставки кислорода, развитию гипоксии кишечной стенки, ее отеку с прекращением перистальтических волн и развитием пареза. Отек, длительная гипоксия и парез кишечника снижают прочность кишечной стенки, способствуют развитию недостаточности анастомоза. Описанный патогенез неблагоприятного течения послеоперационного периода формируется при избыточном введении несбалансированных кристаллоидных растворов.

Одним из важнейших аспектов профилактики осложнений является: адекватное интра- и послеоперационное обезболивание, с применением эпидуральной анальгезии (мультиmodalный подход); адекватная инфузионная терапия, включающая низкомолекулярный гидроксипропиль-крахмал (ГЭК) и полиионные сбалансированные кристаллоиды; раннее энтеральное питание, ранняя активизация пациентов.

Выше перечисленная программа ускоренной реабилитации пациентов – является актуальной составляющей в хирургии прямой и ободочной кишок.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить эффективность мультиmodalного метода обезболивания в адекватной инфузионной терапии в колоректальной хирургии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 54 пациента, оперированных по поводу колоректального рака II-III стадии. Возраст больных колебался от 58 до 79 лет. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1.

Мультиmodalный подход к обезболиванию был применен у 28 больных. Премедикация выполнялась за 40 мин. до подачи в операционную, включала промедол, реланиум, НПВС, и антигистаминный препарат 2 поколения. Эпидуральный катетер устанавливался за 30 мин. до оперативного вмешательства на уровне Th11-Th12. Доза введения местного анестетика рассчитывалась по номограмме. Ингалиционный наркоз осуществлялся севофлораном (МАК 0,4-0,8, в зависимости от соматического состояния больного), также добавлялись малые дозы кетамина (25 мг каждый час). Наркотические анальгетики вводились однократно на интубацию. К моменту зашивания кожи снимался севофлоран, экстубация больного производилась через 5-10 мин. после окончания операции. В реанимационном отделении осуществлялось обезболивание местными анестетиками плюс малые дозы морфина в эпидуральный катетер, добавлялась анальгезия НПВС, которые угнетают синтез циклооксигеназы (ЦОГ) и липооксигеназы (ЛОГ). В интра- и послеоперационном периоде проводилась инфузионная терапия с использованием низкомолекулярных гидроксипропиль-крахмалов (ГЭК 130/0,4) и полиионных сбалансированных кристаллоидных растворов в соотношении 1:3.

В контрольной же группе – 26 больных, проводилось общее обезболивание по стандартной эндотрахеальной методике. Доза фентанила составляла 4 мкг/кг/час. На поддержание использовался севофлоран (МАК 0,7-1).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех 28 больных с мультиmodalным подходом к обезболиванию отмечалось пробуждение и экстубация на операционном столе сразу после завершения оперативного вмешательства, раннее восстановление перистальтики (в первые сутки), отмечалась более стабильная гемодинамика, более высокая физическая активность, отсутствовали тромбоэмболические осложнения, отсутствовали дизурические расстройства. Первая дефекация у большинства больных наступала на 5 сутки. Несостоятельности анастомозов не было. Средний койко-день после операции составил 9-10 суток.

В контрольной группе у всех больных после операции имелась необходимость продленной ИВЛ, экстубация выполнялась через 2-12 часов после операции, восстановление перистальтики отмечалось только на 3-4 сутки; длительно сохранялась адинамия, у 4 больных имели место дизурические расстройства, что явилось показанием к длительному стоянию катетера Фолея. У 1 больного имела место несостоятельность колоректального анастомоза. Средний койко-день после операции составил 14-18 суток.

ВЫВОДЫ

Мультиmodalная комбинированная анестезия на основе низкопоточного наркотика севофлораном (0,3-0,8 МАК), грудной эпидуральной анальгезии лидокаином 20 мг/мл и фентанилом 0,05 мг/мл, в/в введения кетамина 25 мг/ч и в/м введения НПВС обеспечивает надежную, безопасную и управляемую анестезиологическую защиту во время операций на толстом кишечнике.

Применение технологии мультиmodalной комбинированной анестезии позволяет экстубировать большинство больных на операционном столе,

непосредственно после окончания операции.

Проведенное исследование показало, что метод комбинированной анестезии, включающий ЭА и ингалиционный наркоз с использованием севофлорана, обеспечивает гемодинамически устойчивое течение всего периоперационного периода, в том числе, в случаях развития кровотечения во время операции.

Использование в составе инфузионной терапии низкомолекулярных гидроксипропиль-крахмалов улучшает оксигенацию тканей в области операционной раны, уменьшает накопление ионов натрия, снижает осмолярность содержимого в просвете желудочно-кишечного тракта, уменьшает отек стенки кишечника и, тем самым, способствует более быстрому разрешению пареза и уменьшению нарушений целостности кишечного анастомоза.

В настоящее время нашей клинике используется именно мультиmodalный подход к обезболиванию у больных колоректального профиля.

ОСЛОЖНЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ КОЛОНОСКОПИИ

Захараш М.П., Яковенко В.А., Захараш Ю.М.

Медицинский центр «Универсальная клиника «Обериг», Государственное научное учреждение «Научно-практический центр клинической и профилактической медицины» Государственного управления делами, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Колоноскопия – относительно безопасный диагностический и лечебный метод. Осложнения при колоноскопии случаются относительно редко, до 1% при диагностической колоноскопии (ДК) и до 5-10% при терапевтической колоноскопии (ТК). В основном, это – кровотечения и перфорации толстой кишки, которые возникают в месте биопсии либо резекции слизистой оболочки [1,2]. Причины, клинические проявления и лечебно-диагностическая тактика при осложнениях колоноскопии требуют более тщательного изучения.

ЦЕЛЬ

Изучить частоту, причины, клинику, лечебно-диагностическую тактику при осложнениях колоноскопии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно исследованы протоколы колоноскопии за 2009-2013 годы. Одним эндоскопистом (ЯВ) всего было выполнено 1547 эндоскопических исследования толстой кишки, из них 396 – ДК и 1151 – ТК. В 98,7%(1527/1547) колоноскопии выполнялась интубация подвздошной кишки с биопсией её слизистой оболочки. Десятью два процента (1423/1547) исследований проводились под общей седацией пропофолом. Учитывали все случаи осложненной диагностической колоноскопии (ДК) и терапевтической колоноскопии (ТК): перфорации, кровотечения, сильную абдоминальную боль, травму селезенки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Общее количество осложнений колоноскопии в исследовании – 0,8% (13/1547, 95% ДИ 0,5-1,5%). Статистическая разница в количестве и структуре осложнений между группами ДК и ТК не выявлена (Табл. 1).

Таблица 1. Осложнения диагностической и терапевтической колоноскопии

Осложнения	Тип колоноскопии					
	Диагностическая, всего 396		Терапевтическая, всего 1151		Итого, 1547	
	n	%	n	%	n	%
Перфорация	1	0,3	5	0,4	6	0,4
Кровотечение	2	0,5	3	0,3	5	0,3
Сильная боль	-	-	1	0,1	1	0,1
Травма селезенки	-	-	1	0,1	1	0,1
Всего	3	0,8*	10	0,9*	13	0,8

* Между группами нет статистически значимой разницы, p=0,9.

Осложнения ДК и ТК составили, соответственно, 0,8% (3/396, 95% ДИ 0,2-2,3%) и 0,9% (10/1151, 95% ДИ 0,5-1,6%), отношение шансов – 1,2 (95% ДИ 0,3-4,2), $\chi^2=0,01$, p=0,9.

Перфорация была выявлена всего у шести пациентов обеих групп. В группе ТК было 5 перфораций против 1 в группе ДК, что составило 0,4% (5/1151, 95% ДИ 0,2-1,0%) и 0,3% (1/396, 95% ДИ 0-1,6%), соответственно, ОШ = 1,7 (95% ДИ 0,2-14,4), $\chi^2=0,0$, p=1,0, разница не доказана статистически. Только в одном случае ушивание дефекта кишечной стенки произведено лапароскопическим наложением первичных швов на кишку (при спонтанной перфорации в области постполипектомического рубца через один год после удаления полипа ректосигмоидного угла толстой кишки). В остальных случаях адекватное сопоставление краев раневого дефекта достигнуто клипированием из просвета кишки эндоскопически.

Послеоперационные кровотечения встречались несколько чаще (0,5%, 2/396, 95% ДИ 0-2,0%) в группе ДК против группы ТК (0,3%, 3/1151, 95% ДИ 0,1-0,8%), ОШ=1,9 (95% ДИ 0,3-11,3), $\chi^2=0,05$, p=0,8, разница



не доказана статистически. В трёх случаях кровотечение было остановлено наложением эндоскопических клипс из просвета толстой кишки, в одном – способом эндоскопической резекции кровоточащей тубулярной аденомы на широком основании, в одном – успеха удалось достичь консервативной гемостатической терапией.

По одному больному с сильной абдоминальной болью и повреждением селезёнки было выявлено в группе ТК, что составило 0,1% (1/1151, 95% ДИ 0–0,5%), соответственно. В группе ДК таких осложнений не было выявлено (0/396), но статистически значимого различия в группах ТК и ДК нет, $\chi^2=0,3$, $p=0,6$. В случае сильной абдоминальной боли после эндоскопической резекции слизистой оболочки была произведена explorативная лапароскопия, которая не выявила повреждения кишечной стенки.

Травма селезёнки была выявлена у одного больного через 24 часа после колоноскопии. Клинические проявления травмы селезёнки были нечёткими, отмечался невыраженный абдоминальный болевой синдром, повышение уровня С-реактивного белка в плазме крови, снижение уровня гемоглобина, гемоперитонеум на компьютерной томографии. Пациенту была выполнена спленэктомия, послеоперационный режим без особенностей.

ВЫВОДЫ

Осложнения колоноскопии относительно редки, не превышают 1% как при диагностической, так и при терапевтической колоноскопии. Большинство осложнений колоноскопии могут эффективно контролироваться эндоскопически.

РОЛЬ РАННЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ОНКОКОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИЕ ПЕРВИЧНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Семёнов А.В., Васильев С.В., Попов Д.Е.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

У больных раком толстой кишки, как правило, зачастую, имеет место белково-энергетическая недостаточность, развивающаяся на фоне алиментарной дефицитности и развития синдрома мальабсорбции. Расширенно-комбинированные операции, характерные для современной онкоколопроктологии, характеризуются особой травматичностью и также приводят к значительному усилению катаболических процессов в послеоперационном периоде. В комплексном лечении онкологических больных с целью профилактики развития ранних послеоперационных осложнений большое значение придаётся использованию энтеральной нутритивной поддержки.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов лечения больных раком толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследованию подверглись данные о лечении 112 больных раком толстой кишки, оперированных в Санкт-Петербургском колопроктологическом центре в период с 2013 по 2014 г. Все пациенты были структурированы в статистически однородные, репрезентативные группы: основная (n=52) и контрольная (n=60). Всем больным были выполнены открытые сфинктеросохраняющие операции с формированием внутриабдоминальных первичных толстокишечных анастомозов: правосторонняя гемиколэктомия (n=24), левосторонняя гемиколэктомия (n=18), резекция сигмовидной кишки (n=12), передняя аппаратная резекция прямой кишки (n=58). Все пациенты с первых суток послеоперационного периода получали необходимый, рассчитанный индивидуально, суточный калораж при помощи парентеральных энергетических растворов, а также обычного питания. Дизайн исследования заключался в использовании у больных основной группы в качестве дополнительного раннего энтерального питания специализированной питательной смеси (синпинг со 2-ых по 14-е сутки – Nutrdrink Compact Fibre (125 мл*3 = 900 ккал/сутки)). Всем пациентам проводилась периоперационная антибиотикопрофилактика.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Показатель средней длительности пребывания больных основной группы в стационаре составил 9,8 к/дней, в то время как этот показатель у контрольной группы – 13,2 к/дня. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 5(9,6%) больных основной и у 9(15%) пациентов контрольной группы. У 4(6,7%) больных из контрольной группы возникла несостоятельность анастомоза: один больной после левосторонней гемиколэктомии был повторно оперирован – выполнено разобщение анастомоза и формирование проксимальной колостомы; у 2 больных после передней резекции прямой кишки объём повторного вмешательства – разгрузочная колостомия. Несостоятельность анастомоза в основной группе отмечена нами у 1(1,9%) больного после низкой резекции прямой кишки. Наличие превентивной колостомы, в данном случае, сделало возможным купирование воспалительных явлений, связанных с несостоятельностью анастомоза, при помощи местного консервативного лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование показало преимущества использования ранней дополнительной энтеральной поддержки у онкоколопроктологических больных, перенесших сфинктеросохраняющие первично-восстановительные хирургические вмешательства: снижение частоты ранних послеопера-

ционных осложнений, длительности пребывания больных в стационаре, а также уменьшение затрат на лечение и реабилитацию.

О РЕЗУЛЬТАТАХ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТОЛСТОКИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р., Лопатин Д.В.

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии БГМУ, Городской центр колопроктологии, г.Уфа, Россия

ВВЕДЕНИЕ

Практика лечения больных с толстокишечным кровотечением свидетельствует о высокой частоте данной патологии в группе колопроктологических больных преклонного возраста. Наиболее распространенными причинами кровотечения являются злокачественные новообразования, дивертикулез и ишемический колит. Выявлению причин кровотечения способствует применение таких методов диагностики, как ФКС и ирригография. Отмечается положительный опыт применения данного метода и на фоне продолжающегося кровотечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа основана на анализе 130 больных с толстокишечным кровотечением различной этиологии, находившихся на стационарном лечении в отделении колопроктологии ГБУЗ РБ ГКБ №21 г.Уфа в 2001 г. (группа сравнения – 57 пациентов) и 2012 г. (основная группа – 73 пациента). Методы исследования соответствовали разработанным в клинике стандартам диагностики больных с толстокишечным кровотечением.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В основной группе средний возраст составил 69 лет. Среднее количество проведенных койко-дней составило 15. В группе сравнения средний возраст составил 67 лет. Среднее количество проведенных койко-дней составило 27. Сопоставление полученных результатов свидетельствует о выраженной тенденции роста числа больных с толстокишечным кровотечением с 57 до 73 человек. Отмечается увеличение среднего возраста больных с 67 до 69 лет. Число койко-дней в группе сравнения почти в 2 раза (27 койко-дней против 15) превышает данный показатель основной группы, что можно объяснить применением эндоскопических методов исследования в более ранние сроки.

В основной группе кровотечение было обусловлено ДБТК у 28(40%) больных, раком толстой кишки – у 20(29%) больных, сочетанием ДБТК и полипов – у 4(6%) больных; язвенным колитом, полипами, травмой у 5(7%), 5(7%), 1(1%) больных, соответственно. Невыявленный источник кровотечения имел место у 7(10%) обследованных. В группе сравнения практически у каждого третьего (33%) пациента кровотечение явилось следствием ДБТК (18 человек). У 16(29%) больных – рак толстой кишки. Язвенный колит, полипы, ДБТК в сочетании с полипами, травма обусловили кровотечение у 7(13%), 5(9%), 5(9%), и 1(2%) больных, соответственно. Не выявленный источник кровотечения имел место у 3(5%) пациентов.

Из 73 больных в основной группе консервативный гемостаз, как моно-терапия, произведен у 65(89%). В группе сравнения из 57 больных консервативный гемостаз произведен у 44(77%). Оперативная активность в основной группе проявлена в отношении 16(22%) больных от общего числа госпитализированных с толстокишечным кровотечением. В группе сравнения оперативное лечение применялось к 13(22,8%) больным.

ВЫВОДЫ

1. Основными причинами толстокишечного кровотечения в обеих группах явились ДБТК и рак толстой кишки;
2. Число больных с неустановленной этиологией кровотечения увеличилось в 2,5 раза, что говорит о необходимости более широкого применения ФКС, проводимой на высоте кровотечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Чибисов Г.И., Матвеев А.Н., Блинные А.Н.

ГБУЗКО «Калужская областная клиническая больница», Колопроктологическое отделение, г. Калуга, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние время активно внедряются лапароскопические технологии в колоректальную хирургию. В тоже время отношения ряда российских хирургов к данным операциям остается неоднозначным и нередко даже негативным. Это обусловлено, прежде всего, технической сложностью лапароскопических операций на толстой кишке по сравнению с полостными, во-вторых, не уверенностью в безопасности лапароскопических операций. В третьих, из-за отсутствия соответствующего опыта – подвергаются сомнению результаты лечения, особенно у онкобольных.

Эффективность их использования в колоректальной хирургии доказана во многих крупных междоузельных рандомизированных исследованиях. При этом значительный опыт видеоэндоскопических вмешательств на толстой кишке в России накоплен лишь в крупных медицинских центрах.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Анализ опыта выполнения лапароскопических вмешательств в колоректальной хирургии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лапароскопические операции (ЛО) использовались в лечении 93 пациентов с патологией толстой кишки, находившихся под наблюдением в отделении колопроктологии ГБУЗКО «КОКБ» за период с 2007 по 2012 г. Мужчин было 45(48,4%), женщин – 49(52,6%). Средний возраст составил 52±7,4 года.

ЛО производились при различных заболеваниях толстой кишки: при раке толстой кишки выполнены у 74(79,5%) чел., из них поводу рака прямой кишки у 39 чел., рака ободочной кишки – у 35. В последнее время увеличилось количество больных с осложненным дивертикулезом по поводу которого ЛО выполнены у 12(12,9%) чел. При язвенном колите и болезни Крона ЛО выполнены 2(2,1%) пациентам. В 1(1,1%) случае ЛО выполнена по поводу травмы прямой кишки.

Для оперативных вмешательств использовали лапароскопическую стойку фирмы Karl Storz (Германия) и стандартный набор инструментов. В ходе мобилизации кишки использовали монополярный и биполярный коагуляторы, а также аппарат ForceTriad (Valleylab)

Объем резекций толстой кишки определялся установленным диагнозом (заболеванием толстой кишки и сопутствующей патологией органов брюшной полости). При раке толстой кишки объем резекции соответствовал онкологическим требованиям. В отделении выполнены следующие ЛО: правосторонняя гемиколэктомия – 10; лапароскопическая колостомия – 18; ликвидация одностольной колостомы – 5; резекция сигмовидной кишки – 20; левосторонняя гемиколэктомия – 20; брюшно-промежностная экстралеваторная экстирпация прямой кишки – 3; брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки – 1; колпротектомия – 2; низкая передняя резекция прямой кишки – 10; передняя резекция прямой кишки – 5. У 5-ти пациентов выполнены симультанные (одномоментные) операции: надвлагалищная ампутация матки – 2, удаление дивертикула Меккеля – 1; колостэктомия – 1; удаление краевого метастаза – 5, сегмента печени – 1.

При резекциях левых отделов ободочной кишки и прямой кишки нижнебрюшечные сосуды перевязывались у аорты. Мобилизация левых отделов толстой начиналась с выделения нижнебрюшечной вены, а затем выделяли нижнебрюшечные сосуды снизу вверх, начиная с выделения прямой кишки ниже промантриума. Этот прием позволяет правильно подойти к нижнебрюшечным сосудам. При правосторонней гемиколэктомии кишечный анастомоз формировался экстракорпорально ручным или аппаратным швом. При резекциях в левой половине ободочной и прямой кишки производились, в большинстве случаев, интракорпорально под видеоконтролем аппаратным швом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Продолжительность операций варьировала в довольно широких пределах и составила от 1,5-5,0 часов. Послеоперационный период при лапароскопических вмешательствах протекал легче, чем после аналогичных открытых. Больные после операций были более активны, вставали на вторые сутки. Также на вторые сутки выслушивалась активная кишечная перистальтика. Наркотические анальгетики в послеоперационный период не назначались. Применение ненаркотических анальгетиков ограничивалось, в среднем, 5±1,5 дня. Средний послеоперационный койко-день после ЛО составил 12,8 к/д. Послеоперационные осложнения развились у 5(5,4%) пациентов. Летальных исходов после применения лапароскопических вмешательств не было.

Конверсия выполнена в 5(5,4%) случаях. В 1 наблюдении она была обусловлена кровотечением из сосуда брыжейки правой половины ободочной кишки. В 4 случаях конверсия связана с техническими трудностями, обусловленными: наличием спаечного процесса (1), прорастанием опухоли в окружающие органы и ткани (2).

ВЫВОДЫ

Лапароскопические операции на толстой кишке относятся к числу высокотехнологических, трудоёмких операций, требующих соответствующего оборудования и подготовленного персонала.

Несмотря на свою продолжительность, ЛО обеспечивает большую точность оперирования и меньшую травму не только из-за разрезов брюшной стенки, но и из-за уменьшения травмы внутри брюшной полости. Использование лапароскопических технологий в колоректальной хирургии позволяет выполнять полноценную ревизию органов брюшной полости, адекватные по объему хирургические вмешательства и способствует ранней активизации больных, уменьшает послеоперационные осложнения, а также значительно сокращает сроки пребывания в стационаре.

В настоящее время ЛО являются необходимым стандартом в лечении пациентов с колопроктологическими заболеваниями.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ МЕТОДА ГИДРОКОЛОНОСОНОГРАФИИ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ КОНСТИПАЦИИ

Шакуров А.Ф., Карпунин О.Ю., Савушкина Н.Ю.

Казанский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Согласно данным литературы, ультразвуковое исследование толстой кишки после заполнения ее просвета физиологическим раствором или метод гидроколоносонографии (ГКСГ) применяется, в основном, для диагностики новообразований (Chung H.W. et al., 2004) и воспалительных заболеваний кишечника (Lasek W. et al., 2003). Высокая информативность и достоверность метода применительно к патологии кишечника позволяет, на наш взгляд, расширить диапазон его применения за счет

синдрома хронической констипации, ультразвуковая семиотика при котором практически не изучена, а методика проведения не отработана.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты гидроколоносонографии у 27 больных с запором, находившихся на стационарном лечении в отделении колопроктологии ГАУЗ РКБ МЗ РТ. У 22(81,5%) из них запор был коллогенного генеза (на фоне аномалий развития и положения ободочной кишки в брюшной полости), у пятерых (18,5%) – наданальная форма болезни Гиришпрунга (БХ). По степени компенсации моторно-эвакуаторной функции у 13(48,1%) пациентов исследуемой группы был декомпенсированный колостаз, у 10(37,1%) – субкомпенсированный, у 4(14,8%) – компенсированный. Оперированы 15(55,6%) пациентов. Показаниями к операции были: отсутствие эффекта от многократных курсов комплексной консервативной терапии, выраженный синдром эндогенной интоксикации, интенсивный болевой синдром, наличие в анамнезе эпизодов заворота сигмовидной кишки, БХ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

ГКСГ выполнялись с использованием аппарата Philips HDI 5000, средняя продолжительность исследования составила 18±1,5 мин. Вначале проводили эндоректальное (трансвагинальное у женщин) УЗИ прямой кишки гинекологическим датчиком (4-8 МГц). Затем ретроградно заполняли толстую кишку 1,4±0,2 литрами теплого физиологического раствора в положении пациента на правом боку с приведенными к животу коленями до появления позыва на дефекацию. Далее выполняли трансперинеальное (трансвагинальное у женщин) исследование прямой кишки гинекологическим датчиком (4-8 МГц), после чего конвексным датчиком (2-5 МГц) через брюшную стенку исследовали ободочную кишку в горизонтальном и вертикальном положении обследуемого. Данные ГКСГ оценивали с учетом жалоб больного, анамнеза заболевания, результатов рентгенологических методов исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным ГКСГ, у 16 больных выявлена патологическая подвижность различных отделов ободочной кишки: у 7 – опущение правых отделов на фоне высоко расположенного селезеночного изгиба с образованием в нем перегиба кишки (синдром Пайра), у 7 – изолированный птоз удлиненной поперечной ободочной кишки и в 2 наблюдениях – тотальный коллозот. Выраженность смещения кишки определяли либо по наружным ориентирам (пупок, ости подвздошных костей), либо относительно внутренних органов (например, птоз поперечной ободочной кишки в малый таз до уровня дна матки у женщин). Таким образом, ГКСГ при диагностике подвижности ободочной кишки имеет чувствительность 94,1%, специфичность – 100%, общую точность – 96,3%.

В ходе проведенных исследований определена ультразвуковая семиотика ХЗ на фоне аномалий развития и положения ободочной кишки: удлинение различных отделов кишки или всей кишки в целом, необычное расположение и патологическая подвижность некоторых ее отделов или всего органа, симптом депонирования жидкости, сглаживание гаустрации, отсутствие перистальтики и расширение просвета кишки.

Важным признаком наличия врожденного агангиоза является отсутствие ректо-анального ингибиторного рефлекса, в норме проявляющегося в виде расслабления внутреннего анального сфинктера в ответ на растяжение стенки ампулы прямой кишки при повышении внутрипросветного давления. При ультразвуковом изучении места перехода резко расширенной ампулы прямой кишки в анальный канал у пациентов с БХ наблюдали спастическое сокращение внутреннего анального сфинктера, что расценено как отрицательный ректо-анальный ингибиторный рефлекс. Таким образом, чувствительность метода в определении ректо-анального ингибиторного рефлекса – 96,9%, специфичность – 100%, общая точность – 97,3%. Другими достоверными сонографическими признаками БХ, по нашим данным, были: гиперэхогенность слизистой оболочки, гипертрофия мышечного слоя, утолщение стенки прямой кишки до 6±0,7 мм (p<0,05), увеличение ее просвета до 60±5 мм (p<0,05), коррелировавшие с данными рентгенологического обследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гидроколоносонография является информативным методом обследования пациентов с запором, позволяющим выявить аномалии развития толстой кишки, патологическую подвижность различных ее отделов, нарушение эвакуаторной функции. К сонографическим признакам запора можно отнести симптом «депонирования жидкости», сглаживание гаустрации, отсутствие перистальтики, расширение просвета кишки, при этом их выраженность прямо коррелирует со степенью тяжести запора. Кроме того, данное исследование позволяет провести дифференциальный диагноз с болезнью Гиришпрунга, что способствует выработке правильной тактики лечения.

МИНИИВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАВИГАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Этков В.Н., Соколов А.Н., Мельников Ю.Ю., Попов Р.В., Антоньев А.А.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронежская областная клиническая больница №21, г. Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Постоянно расширяющиеся объемы хирургической помощи при раз-

личных заболеваниях толстой кишки делают актуальной проблему совершенствования методов профилактики, диагностики и лечения послеоперационных осложнений в колоректальной хирургии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В период с 2004 по 2013 гг. отделением колопроктологии Воронежской областной клинической больницы №1 выполнено 1628 различных операций на толстой и прямой кишке по поводу злокачественных новообразований, дивертикулеза ободочной кишки, воспалительных заболеваний кишечника, кишечных свищей и кистом. Мы располагаем опытом лечения 38 больных, которым в различные сроки после операций (от 4 до 45 дней) были выполнены чрезкожные пункционные и дренирующие вмешательства по поводу послеоперационных осложнений с использованием навигационных технологий. Показаниями к выполнению миниинвазивных вмешательств были клинические признаки гнойно-септических осложнений с наличием выявленных лучевыми методами диагностики внутрибрюшных ограниченных жидкостных образований. У 4 больных были диагностированы гематомы, у 34 – абсцессы брюшной полости различной локализации. Всем больным были произведены различные виды чрезкожных вмешательств под контролем ультразвука или спиральной компьютерной томографии. При наличии небольших образований (диаметром до 3 см и объемом до 15 мл) использовали пункционный метод лечения гнойников под ультразвуковым контролем. При средних размерах абсцессов (диаметром 3-6 см или объемом до 100 мл) применялось одномоментное дренирование абсцессов брюшной полости одним дренажом. При больших размерах абсцессов (объемом более 100 мл) проводилось одномоментное дренирование полости двумя дренажами. При локализации абсцессов в гигагастральной области 3 пациентам выполнены хирургические вмешательства с использованием пассивной локализирующей системы на основе метода 2D КТ-флюороскопии. Проведение компьютерной томографии позволило диагностировать абсцессы, точно определить их топографию и выбрать наиболее безопасный доступ для дренирования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В раннем послеоперационном периоде осложнений, связанных с выполнением миниинвазивных вмешательств, не отмечено. Продолжительность дренирования составляла от 7 до 35 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основой успешного применения миниинвазивных дренирующих вмешательств в лечении послеоперационных осложнений является четкая визуализация гнойного очага при помощи различных вариантов томографии. Выбор операционного доступа и варианта дренирования зависит от локализации, размеров и особенностей конфигурации полости абсцесса. Миниинвазивные чрезкожные вмешательства с использованием различных методов навигации являются эффективным методом лечения абсцессов брюшной полости. Подобного рода дренирующие операции целесообразно осуществлять врачам-хирургам, имеющим специальную подготовку по лучевой диагностике.

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И СОСТОЯНИЕ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ СЕГОДНЯ

Эфрон А.Г., Куненков А.Б.

ОГБУЗ «КБСМП», г. Смоленск, Россия

Активное развитие и выделение в 60-годы XX столетия в отдельную специальность такого раздела хирургии, как колопроктология, конечно не обошло стороной и Смоленскую область.

Следует отметить, что хирургическая помощь больным с заболеваниями прямой и ободочной кишок в Смоленской губернии оказывалась еще с 80-х годов XIX века. Согласно отчета, Смоленской губернской земской больницы за 1883 год было пролечено 26 больных с патологией прямой кишки. Первый больной раком прямой кишки зарегистрирован на Смоленщине в 1891 году. К 1914 году учтен уже 51 такой больной. 39 из них было подвергнуто хирургическому лечению (76,4%). Высокая для того времени оперативная активность связана с именем С.И. Спасокукоцкого, который в 1898 году выполнил первую ампутацию прямой кишки промежностным операционным доступом.

В 1922 г. возвратившийся с Гражданской войны А.А. Оглоблин возобновляет хирургию рака прямой кишки на Смоленщине. Вначале он пользовался парасакральным доступом. К 1940 году им прооперировано 50 больных, причем 25 из них была выполнена экстирпация прямой кишки комбинированным брюшно-промежностным доступом с формированием противостоического заднего прохода на передней брюшной стенке. В послевоенный период клиника госпитальной хирургии, руководимая проф. А.А. Оглоблиным, на базе городской клинической больницы №2, ныне ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи», становится авторитетным центром онкопроктологии в Смоленской области. Здесь в 50-годы открыто 7 специализированных коек для онкопроктологических больных, а в 60-годы их число было увеличено до 10 коек. Параллельно с открытием в СССР первых специализированных отделений, в Смоленске в 60-годы в городской клинической больнице №2 было открыто вначале гнойно-проктологическое отделение, а 1972 году организовано самостоятельное проктологическое отделение на 50 коек. С 1972 г. по 1983 г. отделением руководил А.М. Марков. С 1983 г. по настоящее время отделение возглавляет заслуженный врач РФ, заместитель главного врача ОГБУЗ «КБСМП» по хирургии А.Б. Куненков. В разное время в отделении работали: д.м.н., доцент В.И. Ульянов,

доцент Солдатенков М.С., д.м.н. Соловьев В.И., ныне заведующий кафедрой онкологии СГМА, Левант Д.Я., ныне заместитель главы города Смоленска. На материалах отделения защищены 5 кандидатских диссертаций (Голубков М.А., Катусьский В.Ю., Петрушин А.П., Солдатенков М.С., Ульянов В.И.) и 1 докторская диссертация (Ульянов В.И.). В настоящее время на базе отделения проводятся научные работы, посвященные вопросам заживления ран анального канала и промежности, вопросам тактики хирургического лечения осложненного колоректального рака, а так же малоинвазивным методам лечения проктологических заболеваний.

Большую поддержку в становлении и развитии проктологии на Смоленщине сыграли в разное время заведующие кафедрой госпитальной хирургии профессора Кортавенко А.Н., Морозов Ю.И., Грачев А.М., Касумьян С.А., а так же заведующая кафедрой анестезиологии и реанимации проф. Петрова М.М. и доцент этой кафедры Минченкова В.Н. На базе отделения проводится обучение студентов СГМА, врачей-клинических интернов, ординаторов и аспирантов.

Пристальное внимание к развитию материально-технической базы, кадрового состава отделения оказывалось главными врачами больницы: Пашковым Г.И., Николаенковым А.А., Филimoniенковым И.Ф., Фоминным В.К. и, в настоящее время, Журавлевым В.Н.

К сожалению, в связи с общей тенденцией в последние годы, к переходу на стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи количество коек в отделении было постепенно сокращено. В настоящее время отделение колопроктологии развернуто на 34 койки, по своей сути является областным центром оказания специализированной лечебно-диагностической помощи больным с заболеваниями толстой кишки, параректальной клетчатки и крестцово-копчиковой области. В отделении работают: зав. отд. Куненков А.Б., Куликова Л.В., Эфрон А.Г., Семенович Е.М. Врачи отделения имеют специализации по колопроктологии, хирургии, онкологии, эндоскопии. В 2011 г. получена лицензия на оказание стационарной, в том числе специализированной помощи по онкологии.

Ежегодно в отделении получает специализированную помощь около 1300-1400 человек, выполняется до 1000 оперативных вмешательств, оперативная активность составляет 75-78%. Больничная летальность не превышает 0,7-1,0%. С 2005 г. сохраняется ежегодная тенденция к увеличению числа пролеченных и числа оперированных больных, сокращение среднего койко-дня – 10. Работа колопроктологической койки в году составляет 365-372; оборот койки – 36-38. Традиционно большое внимание уделяется проблемам онкоколопроктологии, особенно вопросам лечения осложненного колоректального рака. Ежегодно процент больных с онкопатологией, пролеченных в отделении составляет порядка 20-25%, из них более 70% поступает с осложненным течением заболевания, а у 30% обнаруживаются отдаленные метастазы. Следует отметить, что отделение колопроктологии тесно сотрудничает с областным клиническим онкодиспансером. Все онкобольные имеют возможность, при наличии показаний, проведения как предоперационного, так и послеоперационного комбинированного лечения на базе областного клинического онкодиспансера.

Помимо онкопроктологии пристальное внимание уделяется, эндоскопическому удалению доброкачественных новообразований, выполнению реконструктивно-восстановительных операций, лечению больных с воспалительными заболеваниями кишечника, на базе отделения организована стоматотерапевтическая служба.

С момента организации в Смоленске отделения колопроктологии и по сегодняшний день развивается сотрудничество с Государственным научным центром колопроктологии. Все врачи отделения прошли усовершенствование на базе ГНИЦ, являются членами Ассоциации колопроктологов России.

Несмотря на позитивные моменты, в организации колопроктологической помощи в Смоленской области существует ряд проблем. В стационарном звене – это недостаточное материально-техническое оснащение отделения, что не позволяет развивать лапароскопические технологии, трансректальную хирургию, малоинвазивные методики лечения. В поликлиническом звене – это недостаточное количество приемов колопроктологов (всего один прием), тогда как ежегодная обращаемость за амбулаторной колопроктологической помощью составляет около 18500. В последние годы наблюдается четкая тенденция увеличения обращаемости за амбулаторной колопроктологической помощью на 10 тысяч населения: в 2009 г. этот показатель составлял – 110,9; в 2011 г. – 127,7; в 2013 г. – 189,8. При этом всего 36% пациентов имеют возможность получить консультацию у колопроктолога поликлиники. 10% осматриваются колопроктологами стационара (при самообращении больных), 17% – онкологами, 14% – хирургами и 23% – другими специалистами поликлиники.

На наш взгляд, основной задачей на ближайшую перспективу является: – увеличение в Смоленской области количества амбулаторных приемов; – организация приемов колопроктолога в крупных ЦРБ (межрайонные поликлиники);

– оснащение ключевых учреждений оказывающих специализированную колопроктологическую помощь современным оборудованием, прежде всего эндоскопическим;

– дополнительно привлечь и обучить специалистов для работы в амбулаторном звене;

– разработать четкую маршрутизацию пациентов, особенно из отдаленных районов области.

Перечисленные и другие проблемы характерны для многих регионов нашей страны, требуют, прежде всего, финансирования. Очевидно, решение данных задач возможно посредством разработки региональных программ развития колопроктологической службы.

ПРАВИЛА ПУБЛИКАЦИИ И ТРЕБОВАНИЯ К АВТОРСКИМ РУКОПИСЯМ В ЖУРНАЛЕ «КОЛОПРОКТОЛОГИЯ»

В журнале «КОЛОПРОКТОЛОГИЯ» публикуются обзоры, лекции, оригинальные статьи, краткие сообщения, заметки из практики по общей и онкологической колопроктологии. Рукописи должны направляться в журнал по электронной почте: proctologia@mail.ru или по адресу: 123423 Москва, ул. Саляма Адиля, д. 2, ФГБУ ГНЦ колопроктологии, редакция журнала «Колопроктология».

1. Рукопись должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, и иметь визу научного руководителя (при направлении по электронной почте необходимо приложить факсимильную копию направления).

Кроме того, нужны копии приоритетной справки или патента на изобретение, если эти документы упомянуты в тексте статьи или экспертном заключении.

2. Авторы должны представить 2 распечатанных экземпляра рукописи и 2 распечатанных экземпляра иллюстраций, а также обязательно приложенная электронная версия текста на диске (CD-R) в формате RTF или DOC, иллюстративный материал в формате JPEG или TIFF.

Рукопись должна быть напечатана через 1,5 интервала между строками на одной стороне листа и полями по 2 см, шрифт Times New Roman 12, с выравниванием влево, без отступа (красной строки). Объем текста оригинальной статьи не должен превышать 8 страниц (обзор литературы – 12 страниц), количество иллюстраций – не более 6.

3. В начале первой страницы рукописи указываются: название статьи, фамилия автора(ов) и инициалы (без званий и степеней), данные об учреждении с указанием инициалов и фамилии директора, город.

ОБРАЗЕЦ:

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ
Невольских А.А., Бердов Б.А., Титова Л.Н.
ГУ Медицинский радиологический научный центр
РАМН, г. Обнинск
(директор – академик РАМН, профессор, д.м.н.
А.Ф. Цыб)

4. Рукопись должна быть собственноручно подписана всеми авторами. Авторы отвечают за достоверность всей информации. Обязательно нужно указать фамилию, имя, отчество автора, с которым редакция будет вести переписку, его адрес (с шестизначным почтовым индексом), телефон или адрес электронной почты.

ОБРАЗЕЦ:

Адрес для переписки: Хачатурова Эльмира Александровна, ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, ул. Саляма Адиля, д. 2, Москва, 123423, тел.(499)199-00-68, e-mail: info@gnck.ru

5. К оригинальным статьям необходимо приложить резюме размером ½ страницы, которое кратко отражает основное содержание работы, а также его английский перевод.

Резюме должно быть напечатано на отдельных страницах с указанием названия статьи, фамилий и инициалов авторов. Структура резюме аналогична статье.

ОБРАЗЕЦ:

- цель исследования;
- материалы и методы;
- результаты исследований;
- заключение;
- ключевые слова [в квадратных скобках].

6. Статья должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Изложение должно быть ясное, без длинных введений и повторов.

ТЕКСТЫ ОРИГИНАЛЬНЫХ РАБОТ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ОБЩЕПРИНЯТУЮ ДЛЯ НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ СТРУКТУРУ:

- Введение, содержащее краткую историю вопроса и цель исследования;
- Материалы и методы;
- Результаты;
- Обсуждение;
- Заключение;
- Список литературы.

Цитаты, приводимые в статье, должны быть выверены и на полях подписаны автором; в сноске необходимо указать источник, его название, год, выпуск, страницы. Сноска на список литературы указывается в квадратных скобках:

ОБРАЗЕЦ:

Статья:
1. Иванов И.И., Петров А.А., Сидоров И.В. и соавт. Исследование процессов течения заболевания. Хирургия. -2002. -№ 2. -С. 71-77.
Книга:
1. Прохоров И.В. Исследование процессов.- М.: Наука, 1998. – 321с.
Диссертация и автореферат:
1. Иванов И. И. Методы исследования: Дис... канд. мед. наук. -М.,2002. -212 с.
2. Петров П.П. Методы прогнозирования: Автореф.дис...д-ра мед. наук. – М., 2003. – 27 с.

Сокращения слов не допускается, кроме общепринятых сокращений химических и математических величин, терминов. В статьях должна быть использована система единиц СИ.

7. Таблицы должны быть построены наглядно, иметь название, их заголовки должны точно соответствовать содержанию граф. Все абсолютные цифры и проценты в таблицах должны быть тщательно выверены автором. В тексте необходимо указать место таблицы и ее порядковый номер:

ОБРАЗЕЦ:

(Табл. 1)

Следует избегать повтора цифрового материала в тексте и таблице.

8. Иллюстрации должны быть сделаны на отдельных листах и присланы в виде графических файлов JPEG или TIFF. Необходимо указать место рисунка и его порядковый номер:

ОБРАЗЕЦ:

(Рис. 1)

Рентгенограммы следует присылать со схемой. В подписях приводится объяснение всех кривых, букв, цифр и других условных обозначений. В подписях к микрофотографиям указывается увеличение и метод окраски:

ОБРАЗЕЦ:

× 400, гематоксилин-эозин

Фотографии должны быть контрастными, рисунки и чертежи четкими. Графики и схемы не должны быть перегружены текстовыми надписями. ВАЖНО! Обязательно удалять фамилии и данные пациентов с фотографий, рентгенограмм и другого иллюстрационного материала.

9. Список литературы должен включать только те работы, на которые есть ссылки в тексте в виде цифр в квадратных скобках:

ОБРАЗЕЦ:

[1, 2]

Список литературы должен быть напечатан в конце статьи, каждый источник с новой строки под порядковым номером. В списке перечисляются все авторы, которые цитируются в тексте, в алфавитном порядке (сначала отечественные, затем зарубежные). Список отечественных литературных источников оформляется по ГОСТ 7.1-84, количество авторов сокращается до 3 и заменяется на: *и соавт.*

ОБРАЗЕЦ:

Статья:

1. Иванов И.И., Петров А.А., Сидоров И.В. и соавт. Исследование процессов течения заболевания. Хирургия. – 2002. – № 2. – С. 71-77.

Книга:

1. Прохоров И.В. Исследование процессов. – М.: Наука, 1998. – 321 с.

Диссертация и автореферат:

1. Иванов И.И. Методы исследования: Дис... канд. мед. наук. – М., 2002. – 212 с.

2. Петров П.П. Методы прогнозирования: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – М., 2003. – 27 с.

Фамилии иностранных авторов даются в оригинальной транскрипции, количество авторов сокращается до 3 и заменяется на: *et al.*

Статьи из иностранных журналов и монографий оформляются в соответствии с правилами Index Medicus (Medline, PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>).

ОБРАЗЕЦ

Статья:

1. Park J, Neuman HB, Weiser MR et al. Randomized clinical trials in rectal and anal cancers. *Surg Oncol Clin NAm.* 2010 Jan; 19(1):205-23.

2. Gollins SW, Myint S, Susnerwala S et al. Preoperative downstaging chemoradiation with concurrent irinotecan and capecitabine in MRI-defined locally advanced rectal cancer: a phase I trial (NCCOG-2). *Br J Cancer.* 2009 Sep. 15; 101(6):924-34.

3. Wei SC, Liang JT, Tsao PN et al. Preoperative serum placenta growth factor level is a prognostic biomarker in colorectal cancer. *Dis Colon Rectum.* 2009 Sep; 52(9): 1630-6.

В список литературы не включаются неопубликованные работы и ссылка на учебники.

За правильность приведенных в литературных списках данных ответственность несут авторы.

10. Редколлегия может вернуть статью автору с замечаниями для доработки. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи.

11. Статьи, ранее опубликованные или направленные в другой журнал или сборник, присылать нельзя.

12. Порядок рецензирования авторских материалов.

Рецензенты работают со статьей как с конфиденциальным материалом, строго соблюдая право автора на неразглашение до публикации содержащихся в статье сведений. Дополнительные эксперты могут привлекаться рецензентом к работе только с разрешения редакции и также на условиях конфиденциальности.

Замечания рецензентов направляются автору до решения о публикации статьи.

Решение о публикации (или отклонении) статьи принимается редколлегией после получения рецензий и ответов автора.

В отдельных случаях редколлегией может направиться статья на дополнительное рецензирование, в том числе на статистическое и методологическое рецензирование.

Редакционная коллегия оставляет за собой право вносить коррекцию в название и текст статьи без изменения его основного содержания.

13. Неправильно оформленные статьи к публикации не допускаются. Направленные в редакцию работы авторам не возвращаются.

Редакция журнала «КОЛОПРОКТОЛОГИЯ»

Элоксатин®

Оксалиплатин 5 мг/мл

концентрат
для приготовления
раствора для инфузий



Регистрационный номер
ЛСР-004213/08

SANOFI 

Представительство АО «Санофи-авентис груп» (Франция).
125009, г. Москва, ул. Тверская, д. 22.
Тел. (495) 721-14-00, факс (495) 721-14-11. www.sanofi-aventis.ru

ДЕТРАЛЕКС®

ЕДИНСТВЕННЫЙ МИКРОНИЗИРОВАННЫЙ

С ВЫСОТЫ ОПЫТА В ЛЕЧЕНИИ
ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН И ГЕМОРРОЯ

РАСТИТЕЛЬНОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ
И УНИКАЛЬНЫЙ СОСТАВ
ДЕЙСТВУЕТ НА ВСЕ ЗВЕНЬЯ ПАТОГЕНЕЗА

ЭФФЕКТИВЕН НА ВСЕХ СТАДИЯХ



ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН

2 ТАБЛЕТКИ В ДЕНЬ

ОСТРЫЙ ГЕМОРРОЙ

ДО 6 ТАБЛЕТОК В ДЕНЬ

Краткая инструкция по применению препарата ДЕТРАЛЕКС

Состав*. Очищенная микронизированная флавоноидная фракция 500 мг: диосмин 450 мг (90%), флавоноиды в пересчете на гесперидин 50 мг (10%).

Показания к применению*. Терапия симптомов венозно-лимфатической недостаточности: ощущение тяжести в ногах; боль; «утренняя усталость» ног. Симптоматическая терапия острого геморроя. **Способ применения и дозы*.** Внутрь. Рекомендуемая доза при венозно-лимфатической недостаточности – 2 таблетки в сутки: 1 таблетка в середине дня и 1 таблетка – вечером. Рекомендуемая доза при остром геморрое – 6 таблеток в сутки: по 3 таблетки утром и по 3 таблетки вечером в течение 4 дней, затем по 4 таблетки в сутки: по 2 таблетки утром и по 2 таблетки вечером в течение последующих 3 дней. **Противопоказания*.** Повышенная чувствительность к активным компонентам или к вспомогательным веществам, входящим в состав препарата. Не рекомендуется прием препарата кормящим женщинам. **Особые указания*.** При обострении геморроя назначение препарата Детралекс не заменяет специфического лечения других анальных нарушений. В том случае, если симптомы не исчезают после рекомендуемого курса терапии, следует провести проктологическое обследование и пересмотреть применяемую терапию.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами*. Не отмечалось. **Беременность и период кормления грудью*.** Беременность. Эксперименты на животных не выявили тератогенных эффектов. До настоящего времени не было сообщений о каких-либо побочных эффектах при применении препарата беременными женщинами. **Кормление грудью.** Из-за отсутствия данных относительно выведения препарата в молоко кормящим женщинам не рекомендуется прием препарата. **Влияние на способность управлять автомобилем и выполнять работы, требующие высокой скорости психических и физических реакций*.** Не влияет. **Побочное действие.** Часто: диарея, диспепсия, тошнота, рвота. Нечасто: колиты. Редко: головокружение, головная боль, общее недомогание, сыпь, зуд, крапивница. **Передозировка*.** Фармакологические свойства*: ДЕТРАЛЕКС® обладает венотонизирующим и ангиопротективным свойствами. Препарат уменьшает растяжимость вен и венозную застой, снижает проницаемость капилляров и повышает их резистентность. **Форма выпуска*.** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг. По 15 таблеток в блистере (ПВХ/Ал). По 2 или 4 блистера с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. При расфасовке (упаковке)/производстве на российском предприятии ООО «Сердикс»: по 15 таблеток в блистере (ПВХ/Ал). По 2 или 4 блистера с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную.

*Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата или получите консультацию специалиста.