

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ РОССИЙСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ И АССОЦИАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Халиф И.Л., Белоусова Е.А., Шифрин О.С., Абдулганиева Д.И., Абдулхаков Р.А., Алексеева О.П., Алексеев С.А., Ачкасов С.И., Барановский А.Ю., Болихов К.В., Валуиских Е.Ю., Варданян А.В., Веселов А.В., Веселов В.В., Головенко А.О., Головенко О.В., Григорьев Е.Г., Губонина И.В., Жигалова Т.Н., Кашников В.Н., Кизова Е.А., Князев О.В., Костенко Н.В., Куляпин А.В., Морозова Н.А., Муравьев А.В., Низов А.А., Никитина Н.В., Николаева Н.Н., Никулина Н.В., Одицова А.Х., Осипенко М.Ф., Павленко В.В., Парфенов А.И., Полузюкова Е.А., Потапов А.С., Румянцев В.Г., Светлова И.О., Ситкин С.И., Тиммербулатов В.М., Ткачев А.В., Ткаченко Е.И., Фролов С.А., Хубезов Д.А., Чашкова Е.Ю., Шапина М.В., Щукина О.Б., Яковлев А.А.

ЛИКВИДАЦИЯ ОБШИРНОГО ДЕФЕКТА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ МЕСТНОГО РЕЦИДИВА РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ ЛИНЧА

Ачкасов С.И., Назаров И.В., Цуканов А.С., Майновская О.А., Семёнов Д.А., Калашникова И.А.

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

Хирургическая резекция является основным методом лечения местных рецидивов рака ободочной кишки. Только «агрессивный» подход, заключающийся в выполнении мультисекторальной резекции для достижения негативных границ резекции может повысить выживаемость у этой категории больных. Вовлечение передней брюшной стенки требует ее резекции. Ликвидация образовавшегося дефекта является сложной хирургической проблемой. Метод лечения отрицательным давлением основан на постоянной аспирации отделяемого из раны. Первоначально, данный способ применялся у пациентов с диабетическим поражением стопы, или наличием пролежней. Однако, в последнее время вакуум-терапия всё чаще используется в качестве профилактической меры. В этой статье мы представляем случай успешного использования системы отрицательного давления у пациента, перенесшего оперативное вмешательство по удалению местно-распространённого рецидива рака ободочной кишки, потребовавшего резекции передней брюшной стенки.

[Ключевые слова: местный рецидив, локо-регионарный рецидив, местно-распространённый рецидив, рак ободочной кишки, вакуум-терапия]

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК: ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Харагезов Д.А., Колесников В.Е., Милакин А.Г.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

ВВЕДЕНИЕ. В настоящее время актуальными являются изучение как онкобиологических аспектов феномена первичной множественности опухолей ободочной и прямой кишок, так и совершенствование методов лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить возможности миниинвазивных вмешательств при синхронном первично-множественном колоректальном раке.

МЕТОДЫ. Объектом исследования послужили данные о 51 больном первично-множественным синхронным колоректальным раком. Проведен анализ клинических, биологических, морфологических особенностей синхронных опухолей ободочной и прямой кишки. У 12 (23,5%) из 51 больных оперативные вмешательства на ободочной и прямой кишке были выполнены из миниинвазивного доступа: лапароскопия и трансанальная эндоскопическая резекция прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ исследования показали, что среди пациентов первично-множественным раком ободочной и прямой кишки преобладает синхронный колоректальный рак (63,8%) с преимущественной локализацией опухоли в сигмовидной и прямой кишке. Применение миниинвазивного доступа позволяет в 2,5 раза снизить число послеоперационных осложнений и улучшить реабилитацию больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение современных технологий в лечении первично-множественного синхронного колоректального рака позволяет улучшить результаты лечения больных.

[Ключевые слова: первично-множественный синхронный колоректальный рак, малоинвазивные операции]

ПОКАЗАНИЯ К ВВЕДЕНИЮ ОБЪЕМООБРАЗУЮЩИХ АГЕНТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ

Недозимованый А.И., Дементьева Е.А., Попов Д.Е., Васильев С.В.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова», г. Санкт-Петербург

Несмотря на наличие множества консервативных и хирургических методов лечения, проблема анальной инконтиненции актуальна на сегодняшний день и остается нерешенной. С целью повышения базального давления в анальном канале с начала 1990-х годов начались попытки имплантации объемообразующих агентов. В исследовании применен отечественный препарат «ДАМ+».

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Определение показаний к введению объемообразующих агентов для лечения анальной инконтиненции. Изучение возможности применения препарата «ДАМ+» с оценкой результатов лечения.

С 2014 по 2016 гг. проведена исследовательская работа с участием 30 пациенток с анальной инконтиненцией различной этиологии. Средний возраст составил $47,5 \pm 6,5$ лет. Производилось введение объемообразующего агента «ДАМ+» в подслизистый слой анального канала из 3-х точек с последующим сравнительным анализом обследования до и после лечения. Средний период наблюдения составил $12,1 \pm 0,97$ месяцев. В результате исследования нами были определены показания к введению объемообразующих агентов для коррекции анальной инконтиненции, выполнена оценка результатов.

[Ключевые слова: анальная инконтиненция, недостаточность анального сфинктера, объемообразующие агенты]

ЭМФИЗЕМА СРЕДОСТЕНИЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ КОЛОНОСКОПИИ (клиническое наблюдение)

Семионкин Е.И., Трушин С.Н., Подъяблонский А.В.

ФГБОУ ВО «Рязанский медицинский государственный университет им. акад. И.П.Павлова» Минздрава России, г. Рязань

В статье проанализированы данные литературы по эмфиземе средостения как редкого осложнения эндоскопической колоноскопии. Приведены два клинических наблюдения, подтвержденных рентгеновским исследованием, эмфиземы средостения, вследствие перфорации стенки сигмовидной кишки и дивертикула сигмовидной кишки при плановой эндоскопической колоноскопии. Больные экстренно оперированы с благоприятным исходом. Выполнены лапаротомии с резекцией кишки и наложением первичного аппаратного анастомоза. Эмфизема средостения разрешилась самостоятельно, в среднем, в течение 7 суток.

[Ключевые слова: эндоскопическая колоноскопия, перфорация толстой кишки, эмфизема средостения]

РОЛЬ ЦИТОРЕДУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ВНУТРИБРЮШНОЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ КАРЦИНОМАТОЗОМ

Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Пономаренко А.А.

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

ЦЕЛЬ. Оценить непосредственные результаты лечения и выживаемость пациентов, оперированных по поводу рака толстой кишки (РТК) с перитонеальным карциноматозом (ПК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В анализ включено 56 больных, которым выполнены циторедуктивные операции и внутрибрюшная химиотерапия по поводу РТК с ПК. pT4-стадия первичной опухоли была диагностирована в 38/56 (67,5%), а метастазы в лимфатические узлы обнаружены в 39/56 (69%) макропрепаратах. Медиана перитонеального карциноматозного индекса (ПКИ) составила 3 (1;5).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Смертность и частота развития послеоперационных осложнений в 30-дневный период после операции составили 0% и 14%, соответственно. Медиана безрецидивной выживаемости (БВ) была 21 (11;н/д) месяцев. При многофакторном анализе установлено, что уровень ПКИ ($p=0,0007$) и наличие внебрюшинных метастазов ($p=0,0097$) – независимые неблагоприятные прогностические факторы БВ. При эмпирическом анализе пограничное значение ПКИ, при котором выявились достоверные различия ($p=0,044$) во времени возникновения рецидива, оказался равен 8. Медиана БВ при уровне ПКИ менее 8 оказалась равна 24 (11;н/д) месяцам, а более 8-10 (7;17) месяцев.

ВЫВОДЫ. Циторедуктивные операции (ЦО) вместе с интраоперационной внутрибрюшной химиотерапией (ВБХТ) у больных РТК с ПК при низком уровне послеоперационных осложнений и нулевой летальности позволяют достичь увеличения БВ у пациентов с ПКИ менее 8 более, чем в 2 раза, по сравнению с пациентами, у которых ПКИ был выше этого значения.

[Ключевые слова: карциноматоз, рак толстой кишки, циторедуктивная операция, внутрибрюшная химиотерапия]

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАРЕИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С CLOSTRIDIUM DIFFICILE, У КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (обзор литературы)

Сафин А.Л., Ачкасов С.И., Сухина М.А., Сушков О.И.

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

[Ключевые слова: клостридиальный колит, псевдомембранозный колит, антибиотико-ассоциированная диарея]

МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА И ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ КАК МЕТОД ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ (обзор литературы)

Фоменко О.Ю., Титов А.Ю., Николаев С.Г., Мудров А.А.

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

ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва

[Ключевые слова: неинвазивная магнитная стимуляция, недостаточность анального сфинктера, мышцы тазового дна, наружный анальный сфинктер, хронический запор]

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Шельгин Ю.А., Веселов А.В., Сербина А.А.

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

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ РОССИЙСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ И АССОЦИАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ КРОНА

Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Халиф И.Л., Белоусова Е.А., Шифрин О.С., Абдулганиева Д.И., Абдулхаков Р.А., Алексеева О.П., Алексеев С.А., Ачкасов С.И., Барановский А.Ю., Болихов К.В., Валуевских Е.Ю., Варданян А.В., Веселов А.В., Веселов В.В., Головенко А.О., Головенко О.В., Григорьев Е.Г., Губонина И.В., Жигалова Т.Н., Кашников В.Н., Кизова Е.А., Князев О.В., Костенко Н.В., Куляпин А.В., Морозова Н.А., Муравьев А.В., Низов А.А., Никитина Н.В., Николаева Н.Н., Никулина Н.В., Одинова А.Х., Осипенко М.Ф., Павленко В.В., Парфенов А.И., Полуэктова Е.А., Потапов А.С., Румянцев В.Г., Светлова И.О., Ситкин С.И., Тимурбулатов В.М., Ткачев А.В., Ткаченко Е.И., Фролов С.А., Хубезов Д.А., Чашкова Е.Ю., Шапина М.В., Щукина О.Б., Яковлев А.А.

ОЦЕНКА РАДИКАЛЬНОСТИ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Щаева С.Н., Ачкасов С.И.

1 ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск
2 ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва

ЦЕЛЬ. Оценить радикальность оперативных вмешательств, выполненных в экстренных условиях по поводу ургентных осложнений колоректального рака.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Изучены сведения о 1098 больных с осложненными формами рака толстой кишки, которые в период с 2001 по 2013 гг. были оперированы по экстренным показаниям в стационарах г. Смоленска.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Были изучены данные 888 протоколов патоморфологических исследований удаленных препаратов. В 33 (11,5%) случаях из 286 больных с осложненным раком прямой кишки был выявлен опухолевый рост по дистальной линии резекции; в 102 (35,7%) наблюдениях был скомпромитирован латеральный край резекции. Из 67 случаев рака ректосигмоидного отдела в 4 (6%) операционных препаратах зафиксирован опухолевый рост по дистальной линии резекции. В большей части наблюдений (68,1%) количество исследованных лимфатических узлов не превышало 3. Изучению 12 и более лимфоузлов подвергнуты лишь 50 (5,6%) из 888 операционных препаратов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Проведенный анализ результатов лечения показал, что недостаточное количество исследованных лимфатических узлов, а так же резекции R1, повлияли на результаты канцерспецифической выживаемости.

[Ключевые слова: колоректальный рак, экстренная хирургия, онкологические результаты, канцерспецифическая выживаемость]

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПОЛНОСПЕКТРАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ

Веселов В.В., Нечипай А.М., Полторыхина Е.А., Васильченко А.В.1

1 ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва
2 ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

В связи с тем, что при проведении колоноскопии с расположением камеры в торцевой части аппарата остаются зоны, недоступные для детального осмотра, необходима разработка видеоскопических систем с расширенным углом обзора. В настоящее время на отечественном рынке появились полноспектральные колоноскопы, работающие в формате изображения Ultra HD 4K.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование полноспектральным колоноскопом выполнено 70 пациентам. Из них в 51 (72,8%) наблюдениях отработывалась техника проведения исследования. У 15 (21,4%) пациентов осмотр одновременно производился полноспектральным и торцевым колоноскопом, и у 4 (5,7%) больных испытываемый аппарат использовался для визуализации патологических изменений, недоступных осмотру с помощью традиционного оборудования.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При выполнении полноспектральной колоноскопии в качестве диагностической процедуры у 51 пациента было выявлено 170 полипов (частота выявления полипов составила 47,1%). При одновременном использовании полноспектрального колоноскопа и аппарата с торцевой камерой у 1 больного дополнительно обнаружено 9 полипов, а у второго – 23. Эцц у 7 человек панорамная колоноскопия позволила выявить полипы, не обнаруженные при использовании оборудования с торцевой оптикой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При полноспектральной колоноскопии угол эндоскопического изображения внутренней поверхности толстой кишки составляет 330°, что превышает возможности видеозахвата стандартного аппарата с торцевой камерой в 2 раза. Это позволяет существенно повысить показатель частоты выявления аденом.

[Ключевые слова: FUSE, полноспектральная колоноскопия, показатель частоты выявления аденом (ADR), «слепые» зоны]

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОГРАММЕ ОПТИМИЗАЦИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Зитта Д.В., Субботин В.М.

ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России», г. Пермь

ЦЕЛЬ. Изучить эффективность сочетанного применения лапароскопических технологий и программы оптимизации периоперационного периода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проспективное рандомизированное клиническое исследование выполнено в колоректальном раке, которым предстояло плановое оперативное лечение в отделении колопроктологии ГКБ №2 г. Перми. До начала лечения все пациенты были разделены на 3 группы. 200 больных группы сравнения перенесли открытую операцию и получили стандартную периоперационную терапию. В лечении остальных 266 больных, которые вошли в группу 1 и 2, применялась программа оптимизации периоперационного ведения. 75 пациентов группы 1 были прооперированы с использованием видеолапароскопических технологий. Остальные пациенты были оперированы лапаротомным доступом и вошли в группу 2.

Оценивались такие показатели, как продолжительность операции, интраоперационная кровопотеря, срок активизации больных, сроки первого отхождения газов и дефекации, объем инфузионной терапии и диурез, частота послеоперационных осложнений, сроки активизации больных, удаления дренажей, первого отхождения газов и первого стула. Качественные параметры оценивались с помощью среднего значения и стандартного отклонения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Существенной разницы по возрасту, полу, объему выполненных операций между изучаемыми группами больных не было. Продолжительность операций в группах достоверно не отличалась. Восстановление моторной функции кишечника происходило достоверно раньше в первой группе. Летальность составила 1,5% – в группе сравнения, 1,3% – в группе 1 и 0,5% – в группе 2. Количество осложнений было достоверно ниже в первой и второй группах. Сроки достижения готовности к выписке были достоверно ниже в группах 1 и 2.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Сочетание программы оптимизации периоперационного ведения с лапароскопическими технологиями повышает эффективность лечения, позволяет ускорить восстановление моторной функции кишечника, сократить количество послеоперационных осложнений.

[Ключевые слова: лапароскопические технологии, колоректальный рак, оптимизация периоперационного лечения]

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ АНАЛЬНЫХ СФИНКТЕРОВ

Муравьев А.В.,1,2 Линченко В.И.,Муравьев К.А.,1 Чумаков П.И.,1 Петросыят С.И.,2 Оверченко Д.Б.,2 Галстян А.Ш.,2 Ефимов А.В.3

1 ФГБОУ ПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь
2 ГБУЗ СК «ГКБ №2», г. Ставрополь

3 ФБГУ «Туапсинский многопрофильный центр» Минздрава России, г. Туапсе

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Разработать тактику лечения посттравматической недостаточности анального сфинктера в экстренной хирургии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении колопроктологии с 1977 по 2015 гг. пролечено 472 больных с недостаточностью анального сфинктера, как в плановом, так и в экстренном порядке. 125 из них проведена консервативная терапия. Оперативное лечение выполнено у 347 пациентов. В экстренном порядке поступили 24 пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ВЫВОДЫ. Успех реабилитации этих больных во многом зависит от своевременной и адекватной хирургической помощи в момент повреждения сфинктера.

Свежие разрывы промежности 3 степени в родах должны ушиваться опытными акушерками и только последно.

При бытовой травме сфинктера и поступлении в стационар до 24 часов, возможно выполнение сфинктеропластики без колостомы, после 24 часов – только с превентивной колостомой. Огнестрельные повреждения сфинктера нуждаются в хирургической обработке раны без сфинктеропластики и с обязательным наложением стомы.

[Ключевые слова: посттравматическая недостаточность анального сфинктера, сфинктеропластика, хирургическая тактика]

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОЙ ДЕФЕКАЦИИ

Фоменко О.Ю., Шельгин Ю.А., Порядин Г.В., Титов А.Ю., Пономаренко А.А., Мудров А.А., Белоусова С.В.

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

ГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

В статье проводится анализ функционального состояния (функции эвакуации, держания) и иннервации мышц тазового дна у пациенток с ректоцеле и сочетанием ректоцеле с внутренней ректальной инвагинацией, имеющих жалобы на obstructивную дефекацию.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение функционального состояния мышц тазового дна у пациенток с синдромом obstructивной дефекации (СОД).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследовании включены 224 женщины с жалобами на obstructивную дефекацию, не имевших в анамнезе операций на тазовом дне. При физикальном

осмотре у всех пациенток были выявлены признаки ректоцеле.

Средний возраст – 49,9±15,0 лет. Жалобы на недержание различных компонентов каловых масс были у 52 (23,2%) пациенток. Диагностический алгоритм: физикальный осмотр, дефекография, функциональное исследование запирательного аппарата прямой кишки (манометрия высокого разрешения (HRAM), эвакуаторная проба, комплексная сфинктерометрия, исследование проводимости по половому нерву).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Частота встречаемости функциональных расстройств дефекации (ФРД) по данным объективных методов исследования среди пациенток с СОД высока и составляет 64,7%. При этом отсутствуют различия в частоте ФРД у больных с сочетанием ректоцеле с внутренней инвагинацией по сравнению с пациентками, страдающими только ректоцеле.

Не обнаружено корреляционной связи между частотой недостаточности анального жома и ФРД. Выявляются пациентки, имеющие субклиническое течение инконтиненции (при отсутствии жалоб регистрируются сниженные манометрические показатели тонуса и сократительной способности анальных сфинктеров).

Нами было доказано отсутствие корреляционной связи между наличием или отсутствием нарушений иннервации мышц тазового дна в виде нейропатии п. pudendus и наличием или отсутствием ФРД.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ФРД могут являться причиной неудовлетворительного результата хирургического лечения пациенток с СОД даже после восстановления анатомических соотношений из-за сохранения жалоб на нарушение эвакуации.

Алгоритм диагностических исследований при СОД должен включать в себя не только оценку функции эвакуации (HRAM и эвакуаторную пробу), но и сфинктерометрию для оценки функции держания.

[Ключевые слова: синдром obstructивной дефекации, функциональные расстройства дефекации, диссинергическая дефекация, неадекватная пропульсия, манометрия высокого разрешения, сфинктерометрия, проводимость по половому нерву]

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ

Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В., Грошилин В.С., Помазков А.А., Старцев Ю.М., Меликова С.Г.
ФГБОУ ВО «Ростовский Государственный Медицинский Университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра хирургических болезней ФПК и ППС, г. Ростов-на-Дону
ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить непосредственный и ближайший результаты резекции печени по поводу метастазов колоректального рака в сравнении с РЧТА.
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 57 пациентов. В первую группу (n=24) вошли пациенты, которым помимо удаления первичной опухоли выполнялись резекционные вмешательства на печени, во вторую (n=33) – пациенты, которым выполнена локальная термодеструкция метастазов (РЧТА).
РЕЗУЛЬТАТЫ. Осложнения после операции выявлены у 2 (8,3%) больных I группы и у 4 (12,1%) – во второй. Во II группе отмечена летальность на госпитальном этапе послеоперационного периода в 2 (5,8%) наблюдениях вследствие несостоятельности толсто-толстокишечного анастомоза с развитием разлитого калового перитонита. Безрецидивный период у больных I группы составил 14,4±3,2 мес. 3-летняя выживаемость составила 39%, при медиане жизни в 32,5 месяцев. У пациентов II группы 3-летняя выживаемость составила 27%.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При наличии резектабельных метастазов, последние должны быть резецированы при отсутствии неблагоприятных факторов. Резекция печени является более эффективным методом лечения метастазов колоректального рака в печени, нежели РЧТА.
[Ключевые слова: колоректальный рак, внутривенные метастазы, резекция печени, радиочастотная термоабляция]

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОЛОГИИ МИНИИВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Эктов В.Н., Сомов К.А., Куркин А.В., Музалов В.А.
ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, кафедра хирургических болезней ИДПО, г. Воронеж
ЦЕЛЬ. Улучшить результаты латексного лигирования геморроя.
МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Представлен опыт лечения 432 больных с хроническим геморроем с использованием различных вариантов латексного лигирования. Средний возраст пациентов составил 42,1±7,3 лет, у 293 (67,8%) больных отмечена третья или четвертая стадия заболевания. Предложена новая методика – латексное лигирование слизистой и подслизистой оболочек нижеампулярного отдела прямой кишки, которая одновременно обеспечивает лигирование геморроидальных сосудов и лифтинга тканей геморроидального комплекса. При третьей и четвертой стадии заболевания применялось одномоментное комбинированное лигирование слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки и лигирование внутренних геморроидальных узлов.
РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем послеоперационном периоде у 5 пациентов развились осложнения, для лечения которых не потребовалось повторных вмешательств. В отдаленном периоде после различных вариантов лигирования хорошие результаты лечения получены у 87,3% больных.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предложенные новые варианты латексного лигирования расширяют диапазон использования данной методики и повышают ее эффективность в лечении различных стадий и клинических форм хронического геморроя.
[Ключевые слова: геморрой, латексное лигирование, лигирование геморроидальных артерий, ректо-анальная реконструкция]

ПРИМЕНЕНИЕ ФЕКАЛЬНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕКЛОСТРИДАЛЬНОГО АНТИБИОТИК-АССОЦИИРОВАННОГО КОЛИТА (клинический случай)

Захаренко А.А., Шлык И.В., Суворов А.Н., Трушин А.А., Тен О.А., Смирнов А.А., Беляев М.А., Блинов Е.В., Натха А.С., Багненко С.Ф.
1 Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург
2 Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины, г. Санкт-Петербург
[Ключевые слова: антибиотик-ассоциированная диарея, фекальная трансплантация, псевдомембранозный колит]

CLOSTRIDIUM DIFFICILE ИНФЕКЦИЯ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ (обзор литературы)

Сафин А.Л., Ачкасов С.И., Сухина М.А., Сушков О.И. ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва
[Ключевые слова: клостридиальный колит, псевдомембранозный колит, антибиотико-ассоциированная диарея, клостридиальная инфекция]

ОСЛОЖНЕНИЯ КОЛОНОСКОПИИ И ФАКТОРЫ РИСКА ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЙ (обзор литературы)

Семионкин Е.И., Трушин С.Н., Куликов Е.П., Бизяев С.В., Луканин Р.В.
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань
[Ключевые слова: колоноскопия, факторы риска, осложнение, лечение]

ПЕРВИЧНАЯ МЕЛАНОМА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (обзор литературы)

Титов К.С., Долгопят И.А., Аскерова З.М., Атрощенко А.О.
ГБУЗ «Московский клинический научный центр Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва
[Ключевые слова: первичная меланома желудочно-кишечного тракта, хирургическое лечение, противоопухолевая терапия]

МИКРОСАТЕЛЛИТНАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ (обзор литературы)

Цуканов А.С., Шельгин Ю.А., Шубин В.П.
ФГБУ «ГНЦК им.А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва (директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А. Шельгин)
[Ключевые слова: колоректальный рак, микросателлитная нестабильность, синдром Линча, ген BRAF]

№2(60) – 2017 Приложение

МАЛОБЪЕМНЫЙ РАСТВОР ПРЕПАРАТА ПЭГ С АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТОЙ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К КОЛОНОСКОПИИ ПО ОДНОЭТАПНОЙ УТРЕННЕЙ ИЛИ СТАНДАРТНОЙ ДВУХЭТАПНОЙ (СПЛИТ) СХЕМАМ: МНОГОЦЕНТРОВОЕ ПРОСТОЕ СЛЕПОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ПАРАЛЛЕЛЬНЫХ ГРУППАХ

Веселов В.В., Сидоров А.В., Василко В.В., Гордиенко А.В., Меньшикова И.Л., Симаненков В.И., Шербаков П.Л.
1 ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва
2 ФГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра фармакологии, г. Ярославль
3 ЗАО «Поликлинический Комплекс», г. Санкт-Петербург
4 ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург
5 НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г. Алматы, Казахстан
6 ГБУЗ Городская больница № 26, г. Санкт-Петербург; 7 ФГБУ Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины ФМБА России, г. Москва
АКТУАЛЬНОСТЬ. Согласно рекомендациям, процедуру колоноскопии оптимально начинать в интервале от 2 до 4 часов с момента окончания приема слабительного средства. Одноэтапный прием всей дозы малообъемного раствора полиэтиленгликоля (ПЭГ) утром перед колоноскопией может быть более предпочтителен для пациентов по сравнению с двухэтапной схемой подготовки, предполагающей наличие ночного перерыва между вечерним и утренним приемом разделенной дозы препарата.
ЦЕЛЬ. Сравнить эффективность, безопасность и переносимость одноэтапной утренней (сплит) схем приема раствора ПЭГ с аскорбиновой кислотой (ПЭГ + Аск) 2 л для подготовки к колоноскопии.
МЕТОДЫ. Выполнено многоцентровое, проспективное, простое слепое (для эндоскописта), рандомизированное исследование не меньшей эффективности одноэтапной утренней схемы приема раствора препарата ПЭГ + Аск 2 л (МОВИПРЕП®) по сравнению с двухэтапной, разделенной на вечернюю и утреннюю дозы, схемой приема того же препарата с целью подготовки к колоноскопии. Первичной конечной точкой была успешная очистка толстой кишки; при этом «успехом» считались категории А и В чистоты согласно шкале Хэрфилд (Harefield). Клинически значимый предел не меньшей эффективности был выбран – 15% с односторонним 5%-м уровнем значимости. Вторичными конечными точками были общая удовлетворенность/переносимость процедуры подготовки к колоноскопии участниками исследования, compliance пациентов и безопасность исследуемого препарата.
РЕЗУЛЬТАТЫ. Всего в исследовании участвовали 140 пациентов из 6 центров, рандомизированных по 70 человек в две группы. При анализе популяции в соответствии с назначенным вмешательством (ITT) успешная очистка толстой кишки достигалась у 94,3% пациентов, принимавших исследуемый препарат по утренней схеме, и у 91,4% пациентов, использовавших сплит схему. Нижняя граница односторонне 95% ДИ для разницы эффектов составила –9,7% при выбранном пределе –15% (p<0,001 для не меньшей эффективности). При этом у 71,4% пациентов обеих групп достигалась наивысшая категория А чистоты кишки по шкале Хэрфилд. Первое опорожнение кишечника после приема первого литра исследуемого препарата у пациентов в группе утренней схемы приема наступало быстрее, чем в группе сплит схемы: медиана времени составила, соответственно, 1,08 и 1,58 ч. (p<0,001). Почти все пациенты в группе утренней схемы (69/70) и в группе сплит схемы (67/70) приняли исследуемый препарат, как планировалось. В целом, прием ПЭГ + Аск 2 л хорошо переносился пациентами обеих групп. Нежелательные явления возникли у 58,6 и 61,4% пациентов при использовании утренней и сплит схем приема исследуемого препарата, соответственно. Наиболее часто регистрируемыми явлениями были типичные желудочно-кишечные расстройства (53,5% пациентов) и изменения в лабораторных тестах (12,1% пациентов). Серьезных нежелательных явлений не отмечалось.
ВЫВОД. Одноэтапная утренняя схема приема раствора препарата ПЭГ + Аск 2 л не уступает двухэтапной (сплит) схеме приема данного препарата в эффективности, является безопасной и удобной для пациентов при подготовке к колоноскопии.
[Ключевые слова: подготовка к колоноскопии, малообъемный раствор ПЭГ, раствор аскорбиновой кислоты, сплит-доза]

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОЧАГОВЫХ ГИПЕРЭХОГЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ПЕЧЕНИ

Бердников С.Н., Шолохов В.Н., Синокова Г.Т., Гудилина Е.А., Абгарян М.Г., Калинин Н.Е., Кудашкин Н.Е., Архир П.П., Калинин Е.В.
1 ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина» Минздрава России, г. Москва
2 ГБУ «Республиканский онкологический диспансер» Минздрава России, г. Москва
ЦЕЛЬ. Совершенствование эластоэластомии и эластографии в дифференциальной диагностике гиперэхогенных образований печени (гемангиомы и метастазы колоректального рака).
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты 180 пациентов, обследованных по поводу гиперэхогенных новообразований печени. Всем пациентам проводились эластография в режиме ручной компрессии, импульсно-волновая эластография (ARFI) и импульсно-волновая эластоэластометрия (SWV).
РЕЗУЛЬТАТЫ. По данным эластографии в режиме ручной компрессии, в группе пациентов с метастазами колоректального рака в печень в 71% наблюдениях очаги были жесткими. В группе пациентов с гемангиомами печени в 88% случаях образования были мягкой консистенции.

По данным эластографии в режиме ARFI, в группе с метастазами колоректального рака у 71 % пациентов очаги были жесткими. В группе пациентов с гемангиомами печени в 88 % наблюдаемый образования были мягкими.

По данным эластометрии опухолевой ткани, в группе пациентов с метастазами колоректального рака показатель СРПВ был высоким: 3,24 м/сек (в диапазоне от 1,4 до 4,22 м/с), медиана среднеого скоростного показателя – 3,38 м/сек. В группе пациентов с гемангиомами печени скоростной показатель СРПВ был самым низким: 1,07 м/сек (в интервале от 0,75 до 3,86 м/сек), медиана – 0,93 м/сек.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Показатели информативности эластографии с ручной компрессией для метастазов колоректального рака в печени (n=110): чувствительность – 98 %, точность – 98 %, прогностическая ценность положительного результата – 100 %. Показатели информативности эластографии с ручной компрессией для гемангиом печени (n=70): специфичность – 94 %, точность – 94 %, прогностическая ценность отрицательного результата – 100 %.

Показатели информативности эластографии с технологий ARFI для метастазов в печень колоректального рака (n=110): чувствительность – 100 %, точность – 100 %, прогностическая ценность положительного результата – 100 %. Показатели информативности эластографии с технологий ARFI для гемангиом печени (n=70): специфичность – 94 %, точность – 100 %, прогностическая ценность отрицательного результата – 100 %. Показатели эластометрии для выявления злокачественных образований печени были более информативными при пороговом значении показателя СРПВ в 2,0 м/с (более 2,0 м/с – злокачественные опухоли, менее 2,0 м/с – доброкачественные опухоли): точность – 94 %, чувствительность – 91 %, специфичность – 97 %, прогностическая ценность положительного результата – 97 %, прогностическая ценность отрицательного результата – 92 %.

[Ключевые слова: эластография, эластометрия, ARFI (Acoustic radiation force impulse), SWV (Shearwavevelocity), СРПВ (скорость распространения поперечной волны)]

ЭЛАСТОГРАФИЯ СДВИГОВОЙ ВОЛНЫ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Борсуков А.В., Морозова Т.Г.

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Анализ возможностей методики сдвиговой волны (2DSWE) в диагностике метастатического поражения печени в рамках проведения мультипараметрического ультразвукового исследования (УЗИ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведено обследование 95 пациентов с наличием метастазов в печени, с установленным первичным очагом: 28 (29,4 %) – рак легкого, 31 (32,6 %) – злокачественное новообразование желудка (ЗНО), 9 (9,5 %) – ЗНО поджелудочной железы, 16 – колоректальный рак, 9 (17,8 %) – ЗНО матки, 11 (20 %) – ЗНО яичников. У всех больных (n=95) выявлены метастатические метастазы (6-18 мес. после оперативного лечения). Обязательным в алгоритме обследования пациентов являлось использование мультипараметрического УЗИ (В – режим, эластографии сдвиговой волны (ЭСВ) и УЗИ с контрастными усилителями).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Данные В-режима, цветового доплеровского картирования и ЭСВ оказались полезными при разграничении инвазивного или инвазивного характера роста метастаза: AUC=0,898 (95 % ДИ 0,879-0,957), что свидетельствовало о высокой информативности метода. Прогностическая ценность ЭСВ увеличилась при динамическом наблюдении за пациентами: AUC=0,991 (95 % ДИ 0,944-0,997), что подтвердило информативность метода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Разработаны критерии инвазивного и инвазивного роста метастазов печени по данным ЭСВ, что важно для предоперационного планирования.

Прогностическая значимость ЭСВ в рамках мультипараметрического УЗИ увеличивается при динамическом наблюдении за пациентами в сроки более 6 месяцев.

[Ключевые слова: метастатические метастазы в печени, эластография, эхоконтраст]

УЗИ ПЕЧЕНИ С КОНТРАСТОМ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

Митина Л.А., Гуц О.В., Степанов С.О., Сидоров Д.В., Петров Л.О., Ратушная В.В., Корниенко А.Л., Соловьев Я.А., Ложкин М.В.

МНИОИ им. П.А.Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, г. Москва

В настоящее время агрессивный хирургический подход в сочетании с современными схемами химиотерапии позволяет расширить показания для хирургического вмешательства у больных метастатическим колоректальным раком, т. к. только радикальная резекция печени обеспечивает наилучшие результаты по выживаемости.

Исследования с контрастным усилением имеют первостепенное значение для выявления пациентов с резектабельными и потенциально резектабельными метастазами. В нашем исследовании оценивались качественные и количественные параметры насыщения контрастом очагов в печени. Данная статья обобщает результаты проведенных УЗИ исследований печени с контрастом у 104 пациентов с метастатическим колоректальным раком перед планирующимся лечением, а также в качестве динамического контроля эффективности проводимой химиотерапии или после выполненной радиочастотной абляции.

[Ключевые слова: УЗИ печени с контрастом, метастатический колоректальный рак, УЗ контраст, метастазы в печени]

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Пыков М.И., Галкина Я.А., Дёмина А.М.

ФГБУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра лучевой диагностики детского возраста, г. Москва

ГБУЗ г. Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определение ультразвуковой семиотики болезни Крона и язвенного колита с оценкой активности воспалительного процесса, оценка возможности эхографии в дифференциальной диагностике этих заболеваний.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обследован 91 пациент в возрасте от 4 мес. до 17 лет. Первую группу пациентов составили 24 человека с морфологически подтвержденным диагнозом «болезнь Крона», вторую – 37 человек с морфологически подтвержденным диагнозом «язвенный колит». В контрольную группу вошли 30 пациентов с отсутствием клинико-лабораторных данных поражения желудочно-кишечного тракта.

Ультразвуковое исследование кишечника проводилось без специальной подготовки и контрастирования.

РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЙ. Тест «толщина кишечной стенки» >2,5 мм – воспалительное заболевание кишечника характеризуется чувствительностью – 90,2 %, специфичностью – 100,0 %, предсказательной ценностью положительного теста – 100,0 %, предсказательной ценностью отрицательного теста – 83,3 % и площадью под кривой – 0,957; тест «количество цветочных сигналов в кишечной стенке» >2 – воспалительное заболевание кишечника – 93,4, 100,0, 100,0, 88,2 % и 0,967, соответственно. При сравнении групп «болезнь Крона» и «язвенный колит» достоверные различия получены по патологической васкуляризации, поражению терминального отдела подвздошной кишки, воспалительной инфильтрации брыжейки и (или) сальника, наличию асцита и размерам лимфатических узлов (P<0,05 для всех сравнений). При сравнении периодов обострения и ремиссии достоверные различия получены по патологической васкуляризации во всех группах; по размерам лимфатических узлов – в группе «язвенный колит» и объединенной группе воспалительных заболеваний кишечника; по наличию асцита, поражению терминального отдела кишечника и воспалительной инфильтрации брыжейки и (или) сальника – в группе «болезнь Крона» (P<0,05 для всех сравнений).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Ультразвуковое исследование является незаменимым методом в диагностике и мониторинге воспалительных заболеваний кишечника у детей.

[Ключевые слова: ультразвуковая диагностика, воспалительные заболевания кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, дети]

№3(61) – 2017

МЕТААНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СИМУЛЬТАННЫХ И ЭТАПНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНХРОННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

Пономаренко А.А., Шельгин Ю.А., Рыбаков Е.Г., Ачкасов С.И.

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

ГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

ВВЕДЕНИЕ. В последнее время хирургическое лечение больных синхронными метастазами колоректального рака в печени существенно изменилось. Наряду с этапными хирургическими вмешательствами все чаще выполняются симультанные операции.

ЦЕЛЬ. Оценить непосредственные и отдаленные результаты двух альтернативных хирургических тактик: 1) одномоментное удаление метастазов КРР в печени (симультанная операция) и 2) классическая тактика, когда первым этапом удаляется опухоль толстой кишки, а вторым этапом – метастазы в печени.

МЕТОДЫ. Выполнен метаанализ исследований, сравнивающих результаты лечения симультанной и этапных операций. Были оценены следующие показатели: локализация опухоли, распространенность и количество метастазов, объем операции, кровопотеря, частота осложнений, послеоперационный койко-день, летальность и выживаемость.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В систематический обзор включено 29 исследований, суммарно анализирующих 5518 больных. В группе этапных операций преобладали больные с множественными (p=0,007) и билобарными (p=0,0004) метастазами в печени и чаще выполнялись обширные резекции печени (p=0,0001) в сравнении с группой симультанных операций. Кровопотеря в группах статистически не различалась (p=0,37). Частота осложнений в группе симультанных операций была меньше (ОШ=0,8, ДИ 95 % (0,7-1,0), p=0,048). Послеоперационный койко-день в группе симультанных операций был меньше на 4 дня (ДИ 95 % (-5,7 – -2,4), p=0,00001). Летальность в группах лечения статистически не различалась. Общая 3- и 5-летняя выживаемость была сопоставима в группах сравнения и составила 54 % vs 55 %, p=0,6 и 37 % vs 38 %, p=0,6, соответственно.

ВЫВОДЫ. Выполнение симультанной операции в сочетании с экономной резекцией печени или у отобранных больных с обширной резекцией печени не приводит к увеличению частоты осложнений и летальности в сравнении с этапными хирургическими вмешательствами при одинаковой общей выживаемости. Наличие смещений в сравниваемых группах и гетерогенности публикаций, вследствие ретроспективности данных за большой период (до 20лет), заставляет осторожно подходить к интерпретации полученных данных.

[Ключевые слова: колоректальный рак, синхронные метастазы в печень, симультанные операции]

ЭКСПЕРТНАЯ СИСТЕМА ПРОГНОЗА ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ

Борота А.В., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Борота А.А., Онищенко Е.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького Кафедра общей хирургии № 1, г. Донецк

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. При помощи разработанной в клинике экспертной системы прогноза операционного риска (ЭСПОР) уточнить показания, ведение пред- и послеоперационного периода и доказать эффективность выполнения СОВ у пациентов с различными заболеваниями толстой кишки (ЭТК) и хирургической патологии органов брюшной полости (ОБП).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В клинике общей хирургии ДонНМУ им. М. Горького на базе хирургического отделения № 2 ДОКТМО за период с 2012 по 2015 гг. проведено оперативное лечение 986 пациентов с патологией толстой кишки. Проанализированы результаты лечения 127 (12,8 %) пациентов с ЭТК, имеющих сочетанную абдоминальную патологию ОБП, которым выполнены СОВ на основании разработанной ЭСПОР. Среди них женщин – 79 (62,2 %), мужчин – 48 (37,8 %). Возраст больных колебался в пределах от 32 до 87 лет. По поводу неопухолевой патологии толстой кишки был прооперирован 51 (40,1 %) пациент, опухолевой – 76 (59,9 %). Сочетание нескольких операций (2-х и более) произведено у 21 (16,5 %) пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Течение послеоперационного периода у пациентов, перенесших СОВ, существенно не отличалось от такового после выполнения стандартных вмешательств на толстой кишке. Среди послеоперационных осложнений, которые составили 3,2 %, у пациентов, перенесших СОВ, следует отметить: серомы с нагноением раны – 3 случая, пневмония – 2, инфильтрат брюшной полости – 1. Летальных исходов не было.

ВЫВОДЫ. ЭСПОР обеспечивает полноценную и эффективную коррекцию сопутствующей патологии в предоперационном периоде, профилактику интра- и послеоперационных осложнений, а также проведение эффективной целенаправленной интенсивной терапии у данной категории пациентов, что позволило во всех случаях добиться уменьшения

осложнений при сохраненном одномоментном хирургическом радикализме и отказаться от сочетанного этапа ввиду очень высокого риска осложнений и возможного летального исхода 13 % больных.

[Ключевые слова: симультантные операции, экспертная система прогноза операционного риска]

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ЗАДНЕГО ПРОХОДА И ПРЯМОЙ КИШКИ

Василенко Л.И., Шаламов В.И., Полунин Г.Е., Гольмамедов В.А., Волков В.И., Лыков В.А., Танасов И.А., Герасименко Е.А., Федорчук О.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького Кафедра общей хирургии № 1, г. Донецк

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить результаты хирургического лечения свищей заднего прохода и прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обобщен материал хирургического лечения 53 пациентов с различными видами свищей заднего прохода и прямой кишки за период 2010-2015 гг. на базе колопроктологического центра ДОКТМО. Использованы общеклинические, лабораторные и инструментальные методы исследования по общепринятым стандартам в колопроктологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. Использован индивидуализированный подход, где, наряду с известными операциями: проведение лигатур, Габриель-1 и Габриель-2, применены и более современные радикальные методы оперативных вмешательств с учетом «футлярности» строения стенки прямой кишки: 1) слизисто-подслизистый поскут; 2) слизисто-мышечный поскут (состоящий из слизистого и подслизистого слоев и внутреннего циркулярного гладкомышечного слоя кишки). У 39 (73,6 %) пациентов с трансфинктерными и экстрафинктерными свищами выполнены методики радикально-пластических вмешательств: по способу Масляка В.М. и соавт. (1990) – 18 (34 %) больных и слизисто-мышечным поскутом по разработанной в клинике методике – 21 (39,6 %) пациентом. Пациенты удовлетворительно перенесли вмешательство. У 4 (7,6 %) пациентов выявлен рецидив заболевания спустя 3 недели (1 пациент) и 2-3 месяца (3 пациента) после вмешательства. Из них у 2 (3,8 %) больных с трансфинктерными свищами, у 2 (3,8 %) – с экстрафинктерными прямыми свищами. Больные с рецидивными свищами оперированы повторно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности применения в хирургической проктологии трансанальных пластических вмешательств с перемещением слизисто-подслизистого или слизисто-мышечного поскутов по известным и усовершенствованным нами методикам.

[Ключевые слова: свищ заднего прохода, свищ прямой кишки]

ВЛИЯНИЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ КОЛОСТОМИИ НА НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Зитта Д.В., Субботин В.М.

Кафедра факультетской хирургии № 1, ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А.Вагнера Минздрава России», г. Пермь

ЦЕЛЬ. Изучить влияние превентивной колостомии на течение раннего послеоперационного периода и эффективность программы оптимизации у больных, перенесших переднюю резекцию прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В основу исследования легли данные о результатах хирургического лечения 186 больных с злокачественными новообразованиями прямой кишки. До начала лечения все больные были разделены на 2 группы. Пациенты группы сравнения получали стандартную периоперационную терапию, пациенты основной группы получали лечение в соответствии с программой оптимизации периоперационного периода. Пациенты обеих групп были ретроспективно разделены на 3 подгруппы: больные с незащищенным анастомозом, больные с превентивной колостомией и одностольной колостомией. Изучались следующие показатели: продолжительность операции, интраоперационная кровопотеря, объем инфузионной терапии, почасовой диурез, сроки активизации больных, сроки удаления дренажей и уретрального катетера, частота послеоперационных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Возраст, пол, характер сопутствующей патологии не влияли на решение о формировании превентивной колостомии. Превентивная колостомия не оказывала влияния на изученные параметры течения раннего послеоперационного периода, частоту осложнений. Формирование превентивной колостомии предотвращало катастрофические последствия несостоятельности колоректального анастомоза. Превентивная колостомия не оказала влияния на эффективность программы оптимизации периоперационного периода.

ВЫВОДЫ. Применение превентивной колостомии и не влияет на частоту развития послеоперационных осложнений, но способно предотвратить последствия несостоятельности анастомоза после низкой передней резекции прямой кишки. Превентивная колостомия не оказывает отрицательного влияния на течение раннего послеоперационного периода. Превентивная колостомия не влияет на возможность реализации программы оптимизации периоперационного ведения больных с злокачественными новообразованиями прямой кишки и ее эффективность.

[Ключевые слова: превентивная колостомия, колоректальный рак, оптимизация периоперационного лечения]

ВЛИЯНИЕ СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ПРОТОКОЛА УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ НА РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Лядов В.К., Кочатков А.В., Негардинов А.З.

1 кафедра онкологии ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

2 отделение хирургической онкологии ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» МЗ РФ, г. Москва

ЦЕЛЬ. Изучить влияние стандартизированного протокола периоперационного ведения пациента на результаты резекций толстой кишки по поводу рака, в т. ч., среди пациентов в возрасте 75 лет и старше.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ результатов 745 резекций толстой кишки, проведенных с марта 2009 по окт. 2016 г. На начальном этапе работы (2009-2013, 220 операций, 45 – у пациентов старческого возраста) компоненты протокола применялись спорадически. В 2014-2015 гг. (354 операции, 82 – при возрасте пациента 75 лет и старше) началось внедрение стандартизированного протокола новой командой хирургов-колопроктологов. В 2016 г. протокол применялся систематически у всех пациентов (186, 51 – старшей возрастной группы). Изучены ближайшие результаты вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В общей выборке пациентов отмечено статистически незначимое (за исключением продолжительности послеоперационного койко-дня) улучшение результатов операций по мере внедрения стандартизированного протокола. Однако в старшей возрастной группе отмечено статистически достоверное снижение летальности, числа осложнений, продолжительности пребывания на койке у пациентов, получивших лечение по унифицированному протоколу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение стандартизированного протокола периоперационного ведения пациентов, основанного на данных доказательной медицины, позволяет значительно улучшить ближайшие результаты резекций толстой кишки по поводу рака у пациентов старческого возраста.

[Ключевые слова: рак ободочной кишки, рак прямой кишки, стандартизированный периоперационный протокол, старческий возраст]

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО ПРЕПАРАТА ФИССАРИО ДЛЯ НАРУЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

Селиверстов Д.В., Гетьман М.А., Мануйлов Д.М., Хубезов Д.А., Кузнецов А.В., Юдин В.А., Новиков С.В., Родимов С.В., Пучков Д.К., Ермилова Т.П., Морозова Н.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Рязань

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Доказать преимущественную эффективность препарата Фиссаро по сравнению с препаратом Релиф Аванс при терапии анальной трещины и подтвердить данные по его безопасности, полученные на предшествующих этапах разработки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Было проведено многоцентровое, открытое, рандомизированное, сравнительное клиническое исследование в параллельных группах с активным контролем (мазь Релиф Аванс) на базе 18 центров в России с участием 188 пациентов. Участие в исследовании приняли пациенты, имеющие глубокие и поверхностные анальные трещины в сочетании с хроническим геморроем. Пациенты применяли исследуемые препараты 2 раза в день в течение 28 дней. Первичным критерием оценки эффективности являлась доля пациентов с полным заживлением анальной трещины и эпителизацией на День 28 от начала терапии. Также было выполнено исследование фармакокинетики: определялась концентрация нифедипина в плазме крови. Оценка безопасности проводилась на основании частоты и характера зарегистрированных нежелательных явлений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Анализ эффективности продемонстрировал статистически значимые различия в пользу исследуемого препарата по сравнению с препаратом сравнения по первичному показателю эффективности – доля пациентов с заживлением анальной трещины на День 28. Разность долей ответов между группой исследуемого препарата и препарата сравнения в популяции полного набора данных (с восстановлением пропущенных значений) составила 24,5 % (двусторонний 95 % ДИ для разности долей [11,9; 37,0 %], $p < 0,001$), отношение долей 1,4. Анализ фармакокинетики на основании концентраций нифедипина в плазме крови показал, что после однократного ректального и местного нанесения наблюдаемые концентрации нифедипина в плазме крови существенно ниже терапевтического диапазона. В ходе исследования наиболее часто встречающиеся нежелательные явления относились к нарушениям со стороны желудочно-кишечного тракта, а также к реакциям в месте нанесения препарата. В исследовании не были зарегистрированы серьезные нежелательные явления, серьезные непредвиденные лекарственные реакции или случаи смерти. В ходе исследования не было отмечено влияния препарата Фиссаро на показатели клинического, биохимического анализа крови, общего анализа мочи и ЭКГ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Препарат Фиссаро, мазь для ректального и наружного применения, является эффективным и безопасным средством для местной терапии острых анальных трещин в сочетании с хроническим геморроем. Фиссаро продемонстрировал более чем на 40 % большую эффективность по сравнению с препаратом Релиф Аванс по показателю заживления анальной трещины на 28-й день лечения.

[Ключевые слова: Фиссаро, анальная трещина, геморрой, нифедипин, лидокаин, клиническое исследование]

ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ ИНВАГИНАЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ РАКОМ СЛЕПОЙ КИШКИ, ПОД ВИДОМ ОПУХОЛИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ (клинические наблюдения)

Ненарокомов А.Ю.

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ, г. Волгоград

[Ключевые слова: инвагинация, рак толстой кишки, субтотальная колэктомия]

НЕОСЛОЖНЕННАЯ ЭПИДЕРМАЛЬНАЯ КИСТА ПРЕСАКРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА (клинический случай)

Погосян А.А., Лигаи Д.В., Урюпина А.А.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону Кафедра хирургических болезней № 2

МБУЗ «Городская больница № 6», «Отделение хирургии. Городской лечебно-диагностический колопроктологический центр», Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

[Ключевые слова: пресакральная киста, удаление кисты]

РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНИВШИЙСЯ ФОРМИРОВАНИЕМ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО ЖЕЛУДОЧНОГО СВИЩА (клиническое наблюдение)

Скридлевский С.Н., Веселов В.В., Архипова О.В., Алешин Д.В., Майновская О.А., Полякова Н.А.

ФГБУ «ГНЦ им. А.Н.Рыжика» Минздрава России, г. Москва

ВВЕДЕНИЕ. Желудочно-толстокишечный свищ – общепринятое определение патологического сообщения между желудком и толстой кишкой. Данная патология относится к редким осложнениям, может носить как первичный (спонтанный), так и вторичный (ятрогенный) характер и его можно заподозрить при наличии комплекса типичных жалоб пациента. Чаще всего выявить его позволяет ирригоскопия, но большое значение имеют и такие методы, как компьютерная томография и эндоскопические методы диагностики (гастроскопия, колоноскопия) с проведением биопсии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. Представлен клинический случай диагностики первичного желудочно-толстокишечного свища у мужчины 64 лет с аденокарциномой левого изгиба ободочной кишки. Жалобы пациента и клиническое обследование не выявили характерных признаков данного осложнения. При проведении колоноскопии выявлено патологическое сообщение между толстой кишкой и желудком, которое подтверждено при гастроскопии и компьютерной томографии. По результатам биопсии верифицирована аденокарцинома толстой кишки. Пациенту выполнено радикальное хирургическое вмешательство, морфологически подтверждена аденокарцинома толстой кишки с формированием свища в желудок.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Морфологическое подтверждение расположения первичной опухоли в толстой кишке с ее прорастанием в соседний орган – желудок и формированием патологического сообщения – свища позволяет диагностировать первичный толстокишечно-желудочный свищ. Такое определение делает понятным как механизм формирования свища, так и указывает на локализацию первичной опухоли.

[Ключевые слова: желудочно-толстокишечный свищ, аденокарцинома толстой кишки]

ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ (обзор литературы)

Халиф И.Л., Варданян А.В., Шапина М.В., Полетова А.В.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва (директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шельгин)

[Ключевые слова: болезнь Крона, рецидив, терапия]

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕДОЛИЗУМАБА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА (обзор литературы)

Харитонов А.Г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

[Ключевые слова: Болезнь Крона, воспалительные заболевания кишечника, ведолизумаб, моноклональные антитела к α4β7-интегрину, ингибиторы ФНО-α, безопасность, эффективность]

№4(62) - 2017

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ С РУЧНОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ – ИДЕАЛЬНЫЙ МИНИ-ИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ВМЕШАТЕЛЬСТВА? АНАЛИЗ ОПЫТА ЛЕЧЕНИЯ 459 ПАЦИЕНТОВ В ОДНОМ ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Наримантас Э. Самалавичюс, Зигимантас Кулесий, Аудриус Дульскас, Юстас Кулявас, Гидре Рудинскайт, Эдгарас Смолкас, Афредас Килиус, Кестутис Петрулис

1 Chief of Surgery, Klaipeda University Hospital, Klaipeda, Lithuania

2 Clinic of Internal, Family Medicine and Oncology, Faculty of Medicine, Vilnius University, Vilnius, Lithuania

3 Center of General Surgery, Republican Vilnius University Hospital, Vilnius, Lithuania

Методика лапароскопических операций с ручной ассистенцией (HALS) была введена в клиническую практику почти три десятилетия назад, вскоре после внедрения стандартной лапароскопической хирургии. HALS сочетает в себе преимущества лапароскопических (мини-инвазивных) методов и открытых вмешательств. Несмотря на изрядное количество исследований, на сегодняшний день истинное место малоинвазивных операций с ручной ассистенцией определить сложно. Целью нашего исследования явилось изучение собственного опыта лечения пациентов, страдающих раком левых отделов ободочной кишки и прямой кишки, используя технологию HALS.

МЕТОДЫ. В исследовании проведен ретроспективный анализ проспективно собранных данных 459 пациентов, страдающих раком толстой кишки и подвергшихся лапароскопическим с ручной ассистенцией резекциям левых отделов ободочной кишки и прямой кишки в специализированном лечебном учреждении – National Cancer Institute, с 1 января 2006 года по 31 декабря 2016. В анализ были включены все пациенты с гистологически-подтвержденным раком левых отделов ободочной кишки и прямой кишки, перенесшие операции с ручной ассистенцией.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средний возраст пациентов составил 64,14 ± 9,75 лет. Больные были сопоставимы по полу: женщин – 232 (50,5%), мужчин – 227 (49,5%). Средняя продолжительность послеоперационного койко-дня была 6,7 (от 2-х до 34-х) дней. В 5 (1,1%) случаях была произведена конверсия доступа в открытый. При гистологическом исследовании удаленного препарата, в среднем, обнаруживалось 15 ± 12 лимфатических узлов, значение варьировало от 8 до 90. Распределение пациентов по стадиям рака было равномерным при I, II, и III стадиях 133 (28,9%), 139 (30,3%), 151 (32,9%), при этом у 36 (7,8%) больных была IV стадия. 244 пациента подверглись операциям по поводу рака ободочной кишки левой локализации (резекция сигмовидной кишки или левосторонняя гемиколэктомия), в 215 (46,8%) случаях выполнялись вмешательства по поводу рака прямой кишки. Послеоперационные осложнения развились у 28 (6,1%) больных, 8 (1,7%) из которых нуждались в повторных операциях из-за несостоятельности межкишечного анастомоза и формирования внутрибрюшного абсцесса. 2 (0,4%) пациента скончались в течение 30 дней послеоперационного периода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Как показывает наш опыт, HALS надежная и удобно осуществляемая малоинвазивная методика хирургического лечения рака левых отделов ободочной кишки и прямой кишки, с непродолжительной кривой обучения и длительностью операции, позволяющая добиться необходимой радикальности онкологической резекции и низкой частоты послеоперационных осложнений. Она может быть использована как стандарт лечения при данной патологии, либо как «мост» от открытой хирургии к традиционной лапароскопической.

[Ключевые слова: лапароскопическая резекция толстой кишки, операции с ручной ассистенцией, лапароскопическая хирургия, рак толстой кишки]

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТОКСИН-ПРОДУЦИРУЮЩИХ ШТАММОВ КЛОСТРИДИЙ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Ачкасов С.И., Сухина М.А., Сушков О.И., Сафин А.Л., Фролов С.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. По данным литературы, до 15% взрослого населения является носителями токсигенных штаммов клостридий. Данные о носительстве подобных микроорганизмов у медицинских работников и, в частности, работников колопроктологических стационаров в России отсутствуют.

ЦЕЛЬ. Оценить носительство токсин – продуцирующих штаммов клостридий среди медицинских работников в колопроктологическом стационаре.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В анализ включено 39 медицинских работников отделения онкологии и хирургии ободочной кишки ФГБУ «Государственного научного центра колопроктологии им. А.Н.Рыжих» Минздрава России. Материал был исследован на наличие глутаматдегидрогеназы, токсинов А и В с *C. difficile* с помощью иммунохроматографического метода. Также проводилось выделение культуры возбудителя в бескислородной среде. Для детекции микроорганизмов использовали методику матрично-ассоциированной лазерной десорбционной ионизационной времяпролетной масс – спектрометрии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Всего было исследовано 39 образцов просветных фекалий. Позитивные тесты на токсины А и В с *C. difficile* были в 28 (71,8%) пробах. В 24 (61,5%) из 39 образцов просветных фекалий удалось выделить культуру представителей рода клостридий. Из них 17 (70,8%) проб имели позитивные тесты на токсин С *C. difficile* и 7 (29,2%) – негативные. Среди детектированных микроорганизмов были обнаружены не только *C. difficile* (3), но и другие представители этого рода: *C. perfringens* (17), *C. bifermentans* (4), *C. tertium* (3), *C. dispersicum* (2), *C. sordellii* (2).

ВЫВОДЫ. *C. difficile* идентифицирована в 3 (7,7%) случаях. Носительство представителей рода клостридий у медицинского персонала оказалось 71,8%, что почти в 5 раз выше, чем в среднем в популяции. Профессиональная деятельность сопряжена с более высоким уровнем контаминации токсин – продуцирующих бактерий рода клостридий.

[Ключевые слова: клостридиальный колит, псевдомембранозный колит, антибиотико-ассоциированная диарея, клостридиальная инфекция, медицинские работники, токсин – продуцирующие штаммы]

ОПЫТ КАК ФАКТОР УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С КОНЦЕВЫМИ КОЛОСТОМАМИ

Гиберт Б.К., Хасия Д.Т., Матвеев И.А., Матвеев А.И., Калинин А.П.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень

Проведен сравнительный анализ лапароскопических восстановительных вмешательств на левой половине толстой кишки у 46 пациентов, выполненных одним хирургом за 3-летний период.

Исследование показало, что по мере увеличения количества вмешательств, расширяются показания к применению ЛАС способа при восстановлении непрерывности толстого кишечника, сокращается время проведения вмешательства, уменьшаются размеры операционной раны, объем кровопотери, снижается частота внутрибрюшных осложнений.

[Ключевые слова: колостома, лапароскопические восстановительные операции, опыт хирурга]

ПРИМЕНЕНИЯ ФЕКАЛЬНОГО ТЕСТА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ. ОПЫТ В ЯРОСЛАВСКОМ РЕГИОНЕ

Завьялов Д.В., Реутова Ю.В., Мельникова Е.В., Крюкова Т.В., Куликов К.Е.

ОАО «Медицинский центр диагностики и профилактики», г. Ярославль

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить эффективность и диагностическую ценность иммунохимического экспресс-теста на скрытую кровь в кале «Colon View Hb и Hb/Hp» («Colon View»).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 588 пациента, которым выполнялся иммунохимический экспресс-тест на скрытую кровь в кале «Colon View».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. При трехкратном проведении «Colon View» диагностическая точность методики возрастала как по показателю гемоглобина (чувствительность – 92,86 специфичность – 73,17%), так и по комплексу гемоглобин-гаптоглобин (чувствительность – 88,10 специфичность – 63,41%), $p < 0,05$.

ВЫВОДЫ. Трехкратное выполнение экспресс-теста «Colon View» на скрытую кровь в кале повышает диагностическую точность методики, как в случае определения Hb, так и комплекса Hb/Hp, однако эффективность теста с использованием Hb выше. При этом одновременная оценка двух показателей (Hb и Hb/Hp) дополнительно улучшает качество такой модели для скрининга крупных аденом и КРР.

[Ключевые слова: скрининг колоректального рака, «Colon View», колоноскопия]

ЭКСТРАЛЕВАТОРНАЯ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНАЯ ЭКТИРПАЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ: НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ В СРАВНЕНИИ С ТРАДИЦИОННОЙ ТЕХНИКОЙ

Мурашко Р.А., Уваров И.Б., Ермаков Е.А., Каушанский В.Б., Коньков Р.В., Сичинава Д.Д., Садиков Б.Н.

ФБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар

ЦЕЛЬ. Оценить непосредственные результаты экстралевавторной брюшно-промежностной эктирпации (ЭЛБПЭ) прямой кишки (ПК) с лапароскопическим (ЛС) и «открытым» абдоминальным этапом в сравнении с традиционной.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ хирургического лечения 90 пациентов, которым выполнена БПЭ в период 2013-2015 гг.: I группа – ЭЛБПЭ (n=42); подгруппа Ia (n=18) – ЛС абдоминальный этап, Ib (n=24) – лапаротомия; II группа – традиционная БПЭ (n=48).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Длительность операции в I группе составила 250,2 ± 73,8 мин, при 155,9 ± 28,4 мин во II ($p < 0,001$). Кровопотеря в Ia подгруппе был статистически значимо ниже, чем в Ib и II группах (193,4 ± 97,6 мл против 307,1 ± 58,4 и 322,3 ± 175,4 мл). Количество послеоперационных осложнений в I группе было меньше чем во II: 3 (7,1 %) против 11 (22,9 %) ($p = 0,03$). Послеоперационный период в подгруппе Ia отличался менее выраженными болевыми ощущениями в сравнении с Ib, и более ранней активизацией. Частота непреднамеренной перфорации в группе I ниже, чем в группе II (2,4 и 16,7 %, соответственно, $p = 0,024$). Обнаружили достоверно меньшее количество случаев R+ резекции в группе ЭЛБПЗ по сравнению с группой традиционной БПЗ (4,8 % против 22,9 %, $p = 0,015$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ЭЛБПЗ характеризовалась большей продолжительностью операции, меньшей частотой развития инфекционных осложнений со стороны промежностной раны, меньшей частотой непреднамеренной перфорации кишки и меньшей частотой случаев позитивной циркулярной границы резекции.

[Ключевые слова: рак прямой кишки, хирургическое лечение, брюшно-промежностная экстирпация, непосредственные результаты]

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПРОМЕЖНОСТИ

Нехрикова С.В., Титов А.Ю.

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

Проблема лечения послеоперационных ран анального канала и промежности не теряет своей актуальности до настоящего времени. Оперировавшим хирургам заботит поиск новых препаратов для консервативного лечения послеоперационных промежностных ран.

В ГНЦ Колпроктологии с декабря 2015 по январь 2017 года проводилось исследование, целью которого являлась оценка эффективности препарата «ГЕМ» (производитель – российская компания «Адонис МЕД») для лечения послеоперационных ран промежности, дистального отдела прямой кишки и анального канала.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследовании были включены 82 пациента с диагнозом хроническая анальная трещина, геморрой, свищи прямой кишки. Основную группу (1) составили 40 больных, которые были пролечены препаратом «ГЕМ», контрольную (2) – 42 пациента, получавших лечение мазями на водорастворимой основе для местного применения.

МЕТОДЫ оценки включали клиническое обследование, профилометрию, цитологическое исследование мазков-отпечатков, оценку качества жизни пациентов по шкале QoL SF-36: до операции, при выписке и на 28-й день после операции.

В каждую группу были включены пациенты, однородные по основным показателям.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Качество жизни и интенсивность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде не имела статистически значимых отклонений у пациентов основной и контрольной групп.

Клиническая оценка течения раневого процесса показала, что у пациентов основной группы при использовании препарата «ГЕМ» гипертермия в послеоперационном периоде была достигнута статистически достоверно у большего количества пациентов, чем в контрольной группе ($p < 0,05$).

У пациентов основной группы уже на 15-й день после операции было выявлено статистически достоверное уменьшение воспалительной реакции в ране по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$).

На фоне приема препарата «ГЕМ», по сравнению с пациентами контрольной группы, отмечено статистически значимое ускорение заживления раневой поверхности на 15-й и 28-й день после операции ($p < 0,05$).

«ГЕМ» показал себя как безопасный препарат – ни у одного пациента не было отмечено каких-либо побочных эффектов или аллергических реакций на фоне его применения. У пациентов основной группы на 28-й день после операции наблюдалось достоверное улучшение качества жизни как физического (с 36,7 ± 0,56 баллов до 44,9 ± 0,42 баллов), так и психического состояния (с 35,6 ± 0,5 баллов до 44,8 ± 0,37 баллов), ($p < 0,001$).

[Ключевые слова: местное лечение послеоперационных ран промежности, препарат растительного происхождения, оценка течения раневого процесса]

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ С СИНХРОННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНИ

Пономаренко А.А., Ачкасов С.И., Панина М.В., Рыбаков Е.Г.

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

ВВЕДЕНИЕ. Резекционная хирургия печени по поводу ее метастатического поражения давно утвердилась в клинической практике. Тем не менее, сохраняется проблема выбора объема операции у больных колоректальным раком с синхронными метастазами в печени. Данное проспективное исследование сравнивает непосредственные результаты симультанных операций и этапного хирургического лечения у больных колоректальным раком с синхронными метастазами в печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России с 2013 по февраль 2017 года включительно проведено хирургическое лечение 172 больным колоректальным раком с синхронными метастазами в печени: симультанные операции на толстой кишке и печени выполнены 128 больным, этапное хирургическое лечение – 44 больным. Проведен сравнительный анализ непосредственных результатов в зависимости от демографических, клинико-морфологических характеристик, типа операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Группа симультанных операций статистически достоверно отличалась от группы этапных операций меньшими размерами (медиана – 2,2 см vs 3,2 см, $p = 0,034$) и меньшим числом метастазов в печени (медиана – 2 vs 3,5, $p = 0,0001$). В группе симультанных операций реже выполнялись обширные резекции печени (20 % vs 61 %, $p = 0,0001$).

Летальность и уровень осложнений в группе симультанных и этапных операций были сопоставима (1 % vs 2 %, $p = 0,98$ и 30 % vs 45 %, $p = 0,08$). Продолжительность послеоперационного госпитального периода в группе симультанных операций не отличалась от таковой в группе резекций печени в качестве второго этапа хирургического лечения больных с синхронными метастазами в печени (14 (12;21) койко-дней и 14 (12;21) койко-дней, $p = 0,6$). Частота передней резекции прямой кишки в группе симультанных обширных резекций печени выше, чем частота указанных операций в группе этапного хирургического лечения (37 % vs 25 %), хотя различия статистически недостоверны ($p = 0,22$).

Объем кровопотери при выполнении обширной резекции печени в группе симультанных операций был достоверно ниже, по сравнению с группой обширных резекций печени в качестве второго этапа хирургического лечения больных с синхронными метастазами колоректального рака в печени (медиана – 345 мл vs 900 мл, $p = 0,007$).

Летальность и уровень осложнений после обширных резекций печени в группе симультанных и этапных операций статистически не различались (0 vs 4 %, $p = 0,98$ и 52 % vs 48 %, $p = 1,0$). В структуре осложнений частота острой печёночной недостаточности после обширных резекций печени в составе симультанных операций не отличалась от таковой после обширных резекций печени в качестве второго этапа хирургического лечения (4 % vs 11 %, $p = 0,36$).

Продолжительность послеоперационного госпитального периода в группе симультанных обширных резекций печени не отличалась от таковой в группе обширных резекций печени в качестве второго этапа хирургического лечения больных с синхронными метастазами в печени (19 (15;27) койко-дней и 19 (11;27) койко-дней, $p = 0,1$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При синхронных метастазах колоректального рака в печени, требующих экономной операции на печени, показано выполнение симультанной операции.

Симультанные обширные резекции печени не сопровождаются увеличением интраоперационной кровопотери, не увеличивают частоту осложнений, летальности, продолжительность послеоперационного госпитального периода по сравнению с обширными резекциями печени в качестве второго этапа хирургического лечения больных колоректальным раком с синхронными метастазами в печени, вне зависимости от локализации первичной опухоли и характера операции на толстой кишке.

[Ключевые слова: синхронные метастазы в печени, резекции печени, колоректальный рак, симультанные операции]

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ПЕРЕДНЕЙ И НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В., Грошин В.С., Перескоков С.В., Мельникова С.Г.

ФГБОУ ВО «Ростовский Государственный Медицинский Университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону

ЦЕЛЬ. Оценить непосредственные результаты передних и низких передних резекций прямой кишки с использованием аппаратного анастомоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 114 пациентов в возрасте от 33 до 84 лет. У 60 пациентов выполнена низкая передняя резекция прямой кишки, у 54 больных – передняя резекция.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ. В 7 (6,1 %) наблюдениях диагностирована несостоятельность анастомоза в сроки от 3 до 7 суток. В 5 (8,3 %) случаях несостоятельность развились после низкой передней резекции прямой кишки, в 2 (3,7 %) – после передней резекции. Частота несостоятельности достоверно различалась у пациентов после низкой резекции прямой кишки ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Адекватная подготовка ободочной кишки, прецизионная техника мобилизации прямой кишки и мезоректума, предупреждение натяжения линии шва, соблюдение методики наложения механического анастомоза, контроль его герметичности, учет факторов риска позволяют сформировать надежный шов и являются важной составляющей в профилактике несостоятельности анастомоза.

[Ключевые слова: колоректальный механический анастомоз, низкая передняя резекция прямой кишки, передняя резекция прямой кишки]

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПРЕССИОННОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ МАЛИГНИЗАЦИИ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Шельгин Ю.А., Орлова Л.П., Самсонова Т.В., Майновская О.А., Чернышов С.В., Абашина Е.М., Евграфов П.Г., Рыбаков Е.Г.

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

2 ФГБОУ «РМАНПО» Минздрава России, г. Москва

ЦЕЛЬ. Определены порогового значения коэффициента жесткости при эндоректальной компрессионной ультразвуковой эластографии для аденокарцином прямой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 45 больных [средний возраст ± s 61 ± 9,5 (38-80 лет)], 29 женщин и 16 мужчин с подтвержденными при биопсии новообразованиями прямой кишки. Эндоректальную ультрасонографию проводили на приборе Hitachi Hi Vision Preirus (Япония). Все больные оперированы в объеме трансанальной эндомикрочирургии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При гистологическом исследовании операционных препаратов в 31 выявлены аденомы (в 5 препаратах – интраэпителиальный рак), в 14 – инвазивная аденокарцинома. Точка отсечения коэффициента жесткости составила 5,7. При этом чувствительность ультразвуковой компрессионной эластографии составила 0,94 (95 % CI 0,68-0,99), специфичность – 0,92 (95 % CI 0,74-0,98), положительная прогностическая значимость – 0,90 (95 % CI 0,84-0,96), отрицательная прогностическая значимость – 0,96 (95 % CI 0,85-0,99).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Полученные результаты свидетельствуют о высокой диагностической ценности компрессионной эластографии, что делает ее перспективным методом выявления скрытой малигнизации в крупных аденомах прямой кишки.

[Ключевые слова: прямая кишка, опухоль, эндоректальная ультрасонография, эластография]

ПОВТОРНЫЕ ЦИТОРЕДУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ С ВНУТРИБРУШНОЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ С РЕЦИДИВОМ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КАРЦИНОМАТОЗА

Шельгин Ю.А., Сушков О.И., Ачкасов С.И., Пономаренко А.А. Шубин В.П., Лихтер М.С.

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

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить результаты лечения пациентов, оперированных по поводу рака толстой кишки (РТК) с перитонеальным карциноматозом (ПК) и его рецидивом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 76 больных, перенесших циторедуктивные операции (ЦО) с полной циторедукцией и внутрибрюшную химиотерапию (БХТ) по поводу ПК. Потенциально резектабельные метастазы в печень и легкие имели 15 (20 %) пациентов. У 57 (75 %) больных ПК был синхронным. Медиана перитонеального карциноматозного индекса (ПКИ) составила 3.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Осложнения развились у 15 (20 %) оперированных больных, а летальность составила 1,3 %. Медиана безрецидивной выживаемости (БВ) оказалась равна 20, а общей выживаемости (ОВ) – 36 месяцев. 1-, 3- и 5-летняя БВ и ОВ – 64 %, 31 %, н/д и 86 %, 48 %, 24 %, соответственно.

У 34 (45 %) из 76 пациентов, перенесших ЦО, возник рецидив ПК. 19 (56 %) из 34 были оперированы по поводу возникшего первого рецидива ПК. У 18 удалось добиться полной циторедукции. Частота развития послеоперационных осложнений – 21 %, летальность – 0. 8 из 18 пациентов с полным объемом циторедукции были оперированы по поводу второго рецидива ПК. Полная циторедукция достигнута у 6 из 8 больных. 3 послеоперационных осложнения развились у 2-х оперированных больных, летальность – 0.

Медиана ОВ пациентов, оперированных по поводу рецидива ПК, была статистически значимо больше, чем у неоперированных, составив 37 и 26 мес., соответственно ($p=0,029$).

ВЫВОДЫ. ЦО вместе с ВБХТ у больных РТК с ПК при приемлемом уровне послеоперационных осложнений и летальности позволяют достичь у ряда больных пятилетней выживаемости. Выполнение ЦО по поводу рецидива ПК целесообразно у отобранной группы больных.

[Ключевые слова: карциноматоз, рецидив карциноматоза, рак толстой кишки, циторедуктивная операция, внутрибрюшная химиотерапия]

РОЛЬ НЕЙТРОФИЛЬНО-ЛИМФОЦИТАРНОГО ОТНОШЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ НИЗКИХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Шельгин Ю.А., Тарасов М.А., Зароднюк И.В., Нагудов М.А., Алексеев М.А., Рыбаков Е.Г.

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

2 ГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Несостоятельность анастомоза (НА) после оперативных вмешательств, сопряженных с тотальной мезоректумэктомией (ТМЭ) и формированием межкишечного соустья является наиболее частым и опасным осложнением такого рода вмешательств, частота развития которого достигает 17 %.

ЦЕЛЬ. Определить диагностическую ценность нейтрофильно-лимфоцитарного отношения (НЛО) при НА после низких передних резекций прямой кишки (НПР).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В период 2013-2016 гг. 100 пациентов были оперированы по поводу эпителиальных опухолей прямой кишки в объеме НПР с формированием анастомоза и превентивной стомой. Пациентам без клинических симптомов НА выполняли рентгеноконтрастное исследование для выявления бессимптомной НА на седьмые сутки после операции. Определяли частоту НА, разницу в уровнях НЛО среди больных с НА и целостным анастомозом, оценивали чувствительность, специфичность, положительную (ППЗ) и отрицательную прогностическую значимость (ОПЗ) данных маркеров.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В 20 % (20/100) диагностирована НА: в 11 % (11/100) с развитием клинической картины, в 9 % (9/100) – без клинических проявлений (выход контраста по данным рентгенологического исследования). В группе пациентов с несостоятельностью анастомоза медиана уровня НЛО отличалась от такового показателя у больных без нарушения целостности анастомоза как на 3-и сутки (7,1 против 5,7, соответственно, ((t-test) $p=0,042$), так и на 6 сутки послеоперационного периода (6,8 против 4,4, соответственно, ((t-test) $p=0,004$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Частота несостоятельности анастомоза составила 20 %, однако только у 11 % пациентов она имела клинические проявления. Изменение уровня НЛО в послеоперационном периоде коррелирует с фактом НА.

[Ключевые слова: низкая передняя резекция, колоректальный анастомоз, несостоятельность, нейтрофильно-лимфоцитарное отношение]

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ АНГИОГРАФИЯ С ИНДОЦИАНИНОМ ЗЕЛЕНЫМ – МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА (систематический обзор литературы)

Алексеев М.В., Рыбаков Е.Г., Севостьянов С.И.

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

2 ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, г. Москва

[Ключевые слова: флуоресцентная ангиография, индоцианин зеленый, несостоятельность анастомоза, колоректальная хирургия]

ОСЛОЖНЕННАЯ БОЛЕЗНЬ КРОНА У ПОДРОСТКОВ: ОСОБЕННОСТИ, ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ, ТРУДНОСТИ ПЕРЕХОДА ВО ВЗРОСЛУЮ СЕТЬ (обзор литературы)

Щербакова О.В., Поддубный И.В., Козлов М.Ю.

ГБУЗ «Морозовская детская клиническая больница ДЗМ», г. Москва

[Ключевые слова: болезнь Крона; подростки; осложнения; хирургическое лечение; преемственность]