

### **ЗА ГРАНЬЮ ВООБРАЖЕНИЯ: КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ТАЗОВОГО ДНА**

Giulio Aniello Santoro (перевод – Москалев А.И.)

Director, Tertiary Referral Pelvic Floor Center, Regional Hospital, Treviso, Italy Director, Italian School of Pelvic Floor Ultrasonography Past-President of Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR) Professor of Surgery, University of Padua, Italy

Расстройства тазового дна (РТД) представляют серьёзную социально-экономическую проблему: около 25% женщин старше 60 лет страдают теми или иными РТД, а риск хирургического вмешательства среди женщин в течение жизни по поводу РТД составляет 13%. Выбор оптимальной лечебной тактики невозможен без комплексной визуализации структур таза и мультидисциплинарного подхода. Среди существующих методов исследования на первый план выходит комплекс ультразвуковых методик за счёт высокой информативности, низкой стоимости, возможности широкого применения при амбулаторном приёме колопроктолога, быстроты выполнения и хорошей переносимостью пациентами.

**[Ключевые слова: расстройства тазового дна, пролапс тазовых органов, обструктивная дефекация, ультразвуковое исследование тазового дна]**

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ, ОТКРЫТОЙ И ТРАНСАНАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ В ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ**

Хильков Ю.С., Чернышов С.В., Майновская О.А., Казиева Л.Ю., Пономаренко А.А., Рыбаков Е.Г.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия (директор – академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин)

**ВВЕДЕНИЕ:** Исследования, посвященные одновременному сравнению 3 методов мезоректумэктомии: лапароскопической, открытой и трансанальной в настоящее время отсутствуют. **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Сравнение качества ТМЭ по Quirke P., оценка циркулярной и дистальной границ резекции, частоты и структуры периоперационных осложнений.

**МЕТОДЫ:** Клиническое проспективное исследование с набором пациентов в 3 группы: лапароскопическая ТМЭ (ЛА ТМЭ), открытая ТМЭ (От. ТМЭ) и трансанальная ТМЭ (ТА ТМЭ).

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** В исследование включено 88 пациентов, из которых 29 – в группу ЛА ТМЭ, 29 – в группу От. ТМЭ, 30 – в группу ТА ТМЭ. По клинико-демографическим показателям, характеристикам опухоли группы были сопоставимы. Качество удаленного препарата по P.Quirke в группах От ТМЭ, ЛА ТМЭ и ТА ТМЭ, соответственно, Grade 3 у 52%, 59% и 47%; Grade 1 у 17%, 17% и 17%, статистических различий не получено,  $p=0,67$ . По частоте позитивных циркулярной и дистальной границ резекции, различий так же не получено,  $p=0,38$ . Частота и структура интра- и послеоперационных осложнений не имела различий во всех трех группах.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Все три методики выполнения тотальной мезоректумэктомии продемонстрировали сопоставимые результаты, как по качеству удаленного препарата, циркулярной и дистальной границам резекции, так и по количеству интра- и послеоперационных осложнений.

**[Ключевые слова: рак прямой кишки, хирургия, мезоректум, тотальная мезоректумэктомия, ТМЭ, лапароскопия, трансанальная, ТА ТМЭ]**

### **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДИСПЛАЗИИ ЭПИТЕЛИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНЫМ АНАМНЕЗОМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА**

Архипова О.В., Скридловский С.Н., Веселов В.В., Майновская О.А.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва (директор – академик РАН, профессор Ю.А. Шелыгин).

**ЦЕЛЬ:** оценить эффективность колоноскопии высокого разрешения с применением хромоэндоскопии в диагностике дисплазии эпителия толстой кишки у пациентов с длительным анамнезом язвенного колита (ЯК).

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** в проспективное исследование включено 140 пациентов (29-79 лет) с длительным анамнезом ЯК (6-44 лет), в период эндоскопической ремиссии, адекватной подготовкой толстой кишки. Выполнялась колоноскопия в белом свете колоноскопами высокого разрешения, хромоэндоскопия (0,4% раствор индигокармина), прицельная биопсия образований с эндоскопическими признаками дисплазии,

гистологическое исследование. Сравнительный анализ выполнен с применением точного двустороннего критерия Фишера.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** при колоноскопии в белом свете у 27 (19,3%) пациентов выявлено 34 образования с эндоскопическими признаками дисплазии эпителия толстой кишки: у 20 пациентов – по 1 (74,1%) образованию, у 7 (25,9%) пациентов – по 2 образования, 12 (35,3%) образований имели диаметр менее 1 см, 22 (64,7%) образования – более 1 см в диаметре. При хромоэндоскопии в 100% случаев подтверждены признаки дисплазии (88,2% – дисплазия низкой степени/low grade дисплазии). По данным гистологического исследования биопсийного материала, дисплазия низкой степени определена в 58,8% случаев, в 20,6% – изменения, неопределенные по дисплазии, и спорадические аденомы – в 20,6%. Эффективность эндоскопической диагностики в выявлении дисплазии составила 74%. Сравнительный анализ эндоскопических характеристик дисплазии эпителия и спорадических аденом показал отсутствие значимых различий.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** дополнительное применение хромоэндоскопии при колоноскопии высокого разрешения с выполнением прицельной биопсии не приводит к увеличению частоты выявления дисплазии эпителия толстой кишки при ЯК. При принятии решения о выборе метода эндоскопической диагностики дисплазии при ЯК необходимо учитывать фактор квалификации специалиста.

**[Ключевые слова: язвенный колит, колоноскопия, дисплазия, хромоэндоскопия]**

### **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ТАЗОВЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВУАРОВ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ**

Ачкасов С.И., Сушков О.И., Куликов А.Э., Биннатли Ш.А., Нагудов М.А., Варданян А.В.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия (директор – академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин)

**ЦЕЛЬ:** определение факторов, связанных с риском развития осложнений после формирования тазового тонкокишечного резервуара (ТТР) у больных язвенным колитом (ЯК).

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** в исследование включено 144 пациента, которым были сформированы ТТР в период с сентября 2011 года по июль 2018 года. Проведен регрессионный анализ факторов, влияющих на частоту развития резервуарита, проктита, свищей резервуара, стриктуры анастомоза, несостоятельности швов резервуарной конструкции, кровотечения из ТТР, недостаточности анального сфинктера (НАС), тонкокишечной непроходимости (ТКН).

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** при многофакторном регрессионном анализе было установлено, что факторами риска развития проктита являются – наличие левостороннего поражения по данным колоноскопии (ОШ=12,5, 95% ДИ 1,7-92;  $p=0,01$ ), возраст пациента  $\leq 33$  лет (ОШ=5,7, 95% ДИ 1,54-21,3;  $p=0,009$ ) и безгормональный период перед формированием ТТР  $\leq 10$  мес. (ОШ=6,86, 95% ДИ 1,49-31,56;  $p=0,01$ ); для развития свищей – наличие рубцовых/гнойно-септических изменений в области анального канала (ОШ=5,02, 95% ДИ 1,02-24,69;  $p=0,04$ ) и уровень альбумина 5,6 мес. (ОШ=2,82, 95% ДИ 1,01-8,31;  $p=0,0495$ ); для развития несостоятельности швов резервуара – применение гормональной терапии (ГТ) при формировании ТТР (ОШ=15,62, 95% ДИ 2,09-116,64;  $p=0,007$ ); для развития НАС – формирование илео-анального резервуарного анастомоза (ОШ=42,54, 95% ДИ 3,51-516,43;  $p=0,003$ ); для развития стриктуры резервуарного анастомоза – наличие язвенных дефектов в дистальной части прямой кишки по данным трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) (ОШ=10,46, 95% ДИ 1,52-71,75;  $p=0,017$ ). Для развития резервуарита и кровотечения из ТТР статистически значимых факторов риска выявлено не было.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** проблема определения персонифицированных факторов риска развития осложнений ТТР на сегодняшний день является актуальной. В проведенном нами исследовании были выявлены предикторы развития этих осложнений. Однако, представляется довольно интересным продолжение данного исследования для создания математической модели, прогнозирующей развитие того или иного осложнения в каждой конкретной ситуации, и определения группы больных ЯК, у которых формирование ТТР сопряжено с повышенным риском развития осложнений.

**[Ключевые слова: язвенный колит; тонкокишечный резервуар; осложнения; факторы риска]**

### **ВНЕДРЕНИЕ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ (FAST-TRACK) ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ**

Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Воронин Ю.С.

БУ «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут, Россия (главный врач – Г.Н. Шестакова) БУ ВО «Сургутский государственный университет», г. Сургут, Россия (ректор – С.М. Косенок)

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** оценка эффективности применения методики ускоренного восстановления после операций ликвидации кишечных стом.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** выполнен одноцентровой ретроспективный анализ результатов хирургической реабилитации 130 стомированных пациентов за период 2012-18 гг. С 2012-2015 гг. 56 (43,1%) человек пролечены до внедрения протокола Enhanced Recovery After Surgery в клиническую практику, 74 (56,9 %) пациента пролечены в соответствии с принципами fast-track.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** внедрение в клиническую практику протокола ускоренного восстановления пациентов после реконструктивно-восстановительных вмешательств на тонкой и толстой кишке позволило снизить количество послеоперационных осложнений с 8,5% до 5,4% и уменьшить длительность пребывания больных в стационаре с 16,3±9,4 до 11,4±4,2 суток.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** стратегия ускоренного восстановления после хирургических операций является эффективным способом улучшения ближайших результатов лечения пациентов со стомами.

**[Ключевые слова: ERAS, fast-track, преимущество, восстановление]**

### **ФРАГМЕНТАРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ КРУПНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ РОССИЙСКОГО МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Завьялов Д.В.1 , Кашин С.В.1 , Олевская Е.Р.2 , Молчанов С.В.2 , Федорова Е.А.2 , Камалетдинова Ю.Ю.3 , Сафуанов А.А.3 , Короткевич А.Г.4 , Май С.А.4 , Мерсаидова К.И.5 , Мейлах О.В.5

1 ГБУЗ ЯО Клиническая онкологическая больница. г. Ярославль, Россия 2 ГБУЗ Челябинская областная клиническая больница. г. Челябинск, Россия 3 ГБУЗ Республиканский клинический онкологический диспансер Республики Башкортостан, г. Уфа, Россия 4 ГБУЗ Кемеровской области «Новокузнецкая городская клиническая больница № 29» г. Новокузнецк, Россия 5 МУЗ Городская клиническая больница № 40, г. Екатеринбург, Россия

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Оценить безопасность эндоскопической фрагментарной эндоскопической резекции (ФЭРСО) крупных эпителиальных опухолей слизистой оболочки толстой кишки и определить факторы риска рецидива опухоли.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** Ретроспективно оценены результаты ФЭРСО, проведенной в пяти региональных эндоскопических центрах. Критериями включения в исследование было наличие доброкачественной опухоли толстой кишки 20 мм и более, удаленной методикой ФЭРСО.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** Установлено, что осложнения при выполнении ФЭРСО возникли в 13% случаях. В 9,2% – интраоперационные кровотечения, остановленные с помощью эндоскопических методик. В 1,2% пациентов было зарегистрировано послеоперационное кровотечение, в 2,4% случаев – перфорация. В 12% случаев диагностирован рецидив опухоли. Была выявлена прямая корреляционная связь между рецидивом опухоли и фактом интраоперационного кровотечения ( $p=0,013$ ) и размером более четырех сантиметров ( $p=0,012$ ); обратная корреляционная связь между рецидивом опухоли полнотой лифтинга в ходе выполнения ее удаления ( $p=0,008$ ) и мужским полом пациента ( $p=0,043$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Выделены значимые риски рецидива опухоли в послеоперационный период. Эти факторы могут быть частично учтены на этапе составления плана лечения каждого пациента (пол и размер опухоли), а частично при выполнении самой лечебной манипуляции (полнота лифтинга и наличие факта интраоперационного кровотечения). При этом не требуются какие-либо дополнительные финансовые и временные затраты.

**[Ключевые слова: фрагментарная эндоскопическая резекция; колоноскопия; эпителиальные опухоли толстой кишки]**

### **НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ БОТУЛОТОКСИНА ТИП А (ISRCTN97413456)**

Ткалич О.В.1 , Пономаренко А.А.1 , Фоменко О.Ю.1 , Арсланбекова К.И.2 , Хрюкин Р.Ю.1 , Мисиков В.К.3 , Мудров А.А.1,2, Жарков Е.Е.1

1 ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия (директор центра и заведующий кафедрой колопроктологии – Академик РАН, профессор Ю.А. Шельгин) 2 ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, Россия 3 ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия (директор – профессор, д.м.н. Д.Ю. Семенов)

**ЦЕЛЬ:** изучение эффективности применения ботулотоксина тип А при хирургическом лечении хронической анальной трещины.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** в исследование было включено 80 пациентов, рандомизированных методом генерации случайных чисел в компьютерной программе в 2 группы. 40 больным выполнено иссечение трещины в сочетании с инъекцией ботулинического токсина типа А во внутренний сфинктер (основная группа), и 40 – в сочетании с пневмодивульсией анального сфинктера (контрольная группа).

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** статистически значимых различий по интенсивности болевого синдрома после дефекации и в течение дня между группами выявлено не было ( $p=0,45$  и  $p=0,39$ , соответственно). Группы были сопоставимы по частоте таких осложнений, как гематомы перианальной кожи ( $p=0,84$ ), тромбоз наружных геморроидальных узлов ( $p=0,1$ ), задержка мочеиспускания ( $p=0,46$ ), длительно незаживающие раны ( $p=0,76$ ). Транзиторное ослабление функции анального сфинктера статистически достоверно чаще наблюдалась в контрольной группе. На 30 сутки явления транзиторной анальной инконтиненции в основной группе отмечены у 6 (21%), в контрольной – у 18 (75%) пациентов,  $p=0,0002$ . На 60 сутки слабость анального жома сохранялась в основной группе у 3 (10,7%), в контрольной – у 10 (41%) пациентов,  $p=0,02$ .

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** методики с применением ботулотоксина типа А и пневмодивульсией обладают равнозначной эффективностью в лечении хронической анальной трещины. Использование ботулотоксина типа А позволяет снизить частоту развития транзиторного ослабления функции анального сфинктера у пациентов с хронической анальной трещиной.

**[Ключевые слова: анальная трещина, спазм внутреннего сфинктера, ботулинический токсин типа А, инкобтолотоксин А, пневмодивульсия]**

## **АНОСКОПИЯ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ**

Хитарьян А.Г.1,2, Алибеков А.З.1,2, Ковалев С.А.1,2, Орехов А.А.1,2, Бурдаков И.Ю.1, Ляпина В.А.1, Мельников Д.А.1

1 Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия 2 Дорожная клиническая больница на станции Ростов-Главный, ОАО «РЖД», г. Ростов-на-Дону, Россия

**ЦЕЛЬ:** оценить эффективность использования препарата Детралекс® на основании выраженности развития воспалительных изменений геморроидальных узлов по данным высокоразрешающей аноскопии.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** в исследование были включены 192 пациента с хроническим геморроем III стадии. Всем пациентам были назначены пищевые волокна. В 1 группе, (96 пациентов) дополнительно, был назначен препарат Детралекс® в течение 2 месяцев. Произведена оценка эффективности проводимой терапии на основании данных высокоразрешающей аноскопии. Был проведен расчет комплаентности приема препаратов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** отсутствие жалоб на выпадение узлов после 2-х месячного консервативного лечения, означавшее снижение стадии геморроя из III во II, увеличилось в 1-й и 2-й группе, соответственно, на 66% и 27% случаев, что доказывает преимущество консервативного лечения геморроя сочетанием Детралекса® и пищевых волокон. Так же, отмечено снижение таких проявлений геморроидальной болезни как боль в 1-й и 2-й группах, соответственно, в 5 и 1,5 раза, кровотечений в 4 и 1,5 раза, зуда и жжения в 4 и 1,6 раза. Объективная оценка консервативного лечения по данным высокоразрешающей аноскопии показала, что в первой группе количество геморроидальных узлов воспалительных изменений 2 типа перешло из второго в 1 тип почти в 50% случаев, в то время как во 2-й группе только в 20% случаев. Комплаенс приема препарата Детралекс® в 1 группе составил 74%, суммарный комплаенс приема пищевых волокон в обеих группах составил 66,3%.

**ВЫВОДЫ:** консервативное лечение пациентов с хроническим геморроем III стадии препаратом Детралекс® в сочетании с пищевыми волокнами позволяет снизить клинические проявления заболевания в 65,7% случаев и достоверно снизить количество геморроидальных узлов 2 типа на 47,9% по данным высокоразрешающей аноскопии.

**[Ключевые слова: высокоразрешающая аноскопия; хронический геморрой; консервативное лечение; воспалительные изменения; Детралекс]**

## **ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ MutYH-АССОЦИИРОВАННОГО ПОЛИПОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ (клинический случай)**

Цуканов А.С.1, Пикунов Д.Ю.1,2, Тобоева М.Х.1,2, Кузьминов А.М.1, Майновская О.А.1, Кашников В.Н.1, Шубин В.П.1

1 ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия (директор – академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин) 2 ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, Россия; (ректор – член-корр. РАН, профессор, д.м.н. Д.А. Сычев)

MutYH-ассоциированный полипоз – это наследственное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, при котором в толстой кишке пациента развиваются десятки, а порой и сотни полипов. Причиной развития синдрома являются биаллельные мутации в гене MutYH. Для окончательной постановки диагноза MutYH-ассоциированного полипоза, при выявлении у больного 2 гетерозиготных мутаций в гене MutYH необходимо подтвердить, что они находятся на разных родительских хромосомах. В



данной работе приводятся трудности диагностики MutYH-ассоциированного полипоза, обусловленные невозможностью изучить образцы ДНК родителей, а также описывается процесс решения этой сложной ситуации.

**[Ключевые слова: MutYH-ассоциированный полипоз, колоректальный рак, биаллельные мутации]**

## **МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ДЕФЕКОГРАФИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ (обзор литературы)**

Гончарова Е.П., Зароднюк И.В.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия (директор – академик РАН, профессор Ю.А. Шельгин)

Синдром опущения промежности является актуальной проблемой, затрагивающей в большей степени повторнородящих женщин и женщин в постменопаузе. По данным эпидемиологических исследований, в постменопаузе более 50% женщин страдают от тяжелых симптомов тазового пролапса, которые значительно снижают качество жизни. Высокая распространенность пролапса органов малого таза увеличивает потребность в комплексной диагностике и лечении. Тазовое дно представляет собой уникальную анатомическую и функциональную структуру, расстройство которой приводит к целому ряду статических и функциональных нарушений. Для их диагностики применяются различные методы медицинской визуализации (рентгенологическая дефекография, УЗИ, МР дефекография). МР-дефекография позволяет детально визуализировать все три отдела таза, включая мягкие ткани и связочно-мышечный аппарат; оценивать структурные и функциональные тазовые нарушения в рамках одного исследования. Однако требуется уточнение границ нормальных показателей подвижности тазовых органов при МР дефекографии. Остается открытым вопрос об алгоритме применения МР дефекографии и рентгенологической дефекографии при пролапсе органов малого таза.

**[Ключевые слова: магнитно-резонансная дефекография, опущение промежности, пролапс органов малого таза, ректоцеле, ректальная инвагинация, энтероцеле, синдром обструктивной дефекации]**

**ИСАЕВ В.Р. (80 лет). ЮБИЛЕЙ**

**№2(72)2020 том 19**

## **КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ КРОНА У ВЗРОСЛЫХ (ПРОЕКТ)**

Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Абдулганиева Д.И., Абдулхаков Р.А., Алексеева О.П., Алексеенко С.А., Ачкасов С.И., Багненко С.Ф., Бакулин И.Г., Барановский А.Ю., Барышева О.Ю., Белоусова Е.А., Болихов К.В., Валуйских Е.Ю., Варданын А.В., Веселов А.В., Веселов В.В., Головенко О.В., Губонина И.В., Жигалова Т.Н., Карпунин О.Ю., Кашников В.Н., Кизова Е.А., Князев О.В., Костенко Н.В., Куловская Д.П., Куляпин А.В., Лахин А.В., Макачук П.А., Москалев А.И., Нанаева Б.А., Низов А.А., Никитина Н.В., Николаева Н.Н., Никулина И.В., Одинцова А.Х., Осипенко М.Ф., Павленко В.В., Парфенов А.И., Полуэктова Е.А., Румянцев В.Г., Светлова И.О., Ситкин С.И., Тарасова Л.В., Ткачев А.В., Успенская Ю.Б., Фролов С.А., Хлынова О.В., Чашкова Е.Ю., Шапина М.В., Шифрин О.С., Шкурко Т.В., Щукина О.Б.

**[Ключевые слова: болезнь Крона, воспалительные заболевания кишечника, консервативная терапия, хирургическое лечение, иммуносупрессоры, глюкокортикостероиды, биологическая терапия, противорецидивная терапия]**

## **СРАВНЕНИЕ ТОННЕЛЬНОГО И КЛАССИЧЕСКОГО МЕТОДА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОДСЛИЗИСТОЙ ДИССЕКЦИИ ПРИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ (систематический обзор и метаанализ)**

Югай О.М., Мтвралашвили Д.А., Веселов В.В., Ваганов Ю.Е., Майновская О.А., Ликуттов А.А., Нагудов М.А., Чернышов С.В.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия (директор – академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин)

**АКТУАЛЬНОСТЬ:** эндоскопическая подслизистая диссекция (ЭПД) является современным эффективным методом лечения пациентов с доброкачественными эпителиальными опухолями и ранними формами рака толстой кишки. Применение такого технического приема при ЭПД, как создание тоннеля («кармана») в подслизистом слое под опухолью, создает условия для улучшения качества операционного препарата и снижения частоты его фрагментации.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** изучить эффективность и безопасность тоннельной ЭПД (ТЭПД) в сравнении с классической ЭПД (КЭПД) при лечении аденом и ранних форм рака толстой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** поиск литературы и мета-анализ производился в соответствии с рекомендациями PRISMA при помощи поисковой системы PUBMED в электронной базе Medline без ограничения даты публикации среди англоязычной литературы. В систематический обзор включены все исследования, посвященные сравнению тоннельного и классического методов ЭПД.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** в анализ включены 4 исследования (1422 больных, 458 в группе ТЭПД и 961 в группе КЭПД). Группы были сопоставимы по количеству аденом (ОШ=1,25; 95% ДИ=0,87-1,79;  $p=0,22$ ), аденокарцином (ОШ=0,96; 95% ДИ=0,49-1,87;  $p=0,90$ ), по размерам новообразований (95% ДИ=-6,26-1,22;  $p=0,19$ ) и по наличию подслизистого фиброза ( $p=0,69$ ). По частоте интраоперационных кровотечений (ОШ=1,24; 95% ДИ 0,53-2,88;  $p=0,61$ ) достоверных различий получено не было, однако, перфорации чаще возникали при использовании КЭПД (ОШ=0,35; 95% ДИ=0,15-0,83;  $p=0,02$ ). КЭПД занимал достоверно больше времени в сравнении с ТЭПД (ОШ=-19,1; 95% ДИ=-33,89-4,45;  $p=0,01$ ). Частота резекций en bloc (ОШ= 16,06; 95% ДИ=4,95-52,11;  $p < 0,0001$ ) и R0-резекций (ОШ=3,28; 95% ДИ=1,30-8,32;  $p=0,01$ ) были достоверно больше при ТЭПД.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** тоннельный метод подслизистой диссекции является эффективной и безопасной альтернативой классическому методу. Однако, в настоящее время отмечается недостаток данных для решения вопроса о выборе метода подслизистой диссекции при крупных аденомах и ранних формах рака толстой кишки, что требует дальнейших сравнительных исследований.

**[Ключевые слова: эндоскопическая подслизистая диссекция; карманный метод; тоннельный метод]**

## **ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ОСТРОГО ДИВЕРТИКУЛИТА**

Алиев С.А., Алиев Э.С., Гахраманова Ф.А.

Кафедра хирургических болезней № 1, Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Азербайджан

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Оценка эффективности консервативного лечения больных дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДБТК) с первым эпизодом неосложненного острого дивертикулита (ОД).

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** Проанализированы результаты консервативного лечения 68 больных в возрасте от 32 до 78 лет с ДБТК, осложненной первым эпизодом ОД. Диагностический алгоритм включал общеклинические, лабораторные (биологические маркеры воспаления – С-реактивный белок, фекальный кальпротектин) и инструментальные (ирригоскопия, колоноскопия, УЗИ, КТ, лапароскопия) методы исследования. Из 68 больных дивертикулы локализовались в нисходящей ободочной кишке у 19 (28%), сигмовидной – у 49 (72%). В соответствии с классификацией E.Hinchey, Ia стадия ОД была у 33 (48,5%) больных, Ib стадия – у 35 (51,5%).

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** Всем больным проводилось комплексное многокомпонентное консервативное лечение, включавшее спазмолитики, антибиотики, пробиотики, противовоспалительные и антибактериальные препараты и бесшлаковую диету. В качестве препарата выбора для антибиотикотерапии был использован рифаксимин в суточной дозе 600-1200 мг. Продолжительность лечения составила 7 дней. Для нормализации микрофлоры толстой кишки был назначен пробиотикэнтерол по 1 капсуле 2 раза в день в течение 7-10 сут. Отдаленные результаты лечения и качество жизни изучены у 54 (79,4%) из 68 пациентов в интервале от 2 до 5 лет после перенесенного первого эпизода неосложненного ОД. При этом 12 (22,2%) пациентов были обследованы путем активного вызова, среди которых повторных эпизодов (рецидивов) ОД не были выявлены. Состояние 42 (77,8%) пациентов было изучено методом анкетирования с использованием Европейского опросника MOS SF-36 с балльной оценкой 2-х компонентов качества жизни: физического функционирования и психологического функционирования. Изучение отдаленных результатов консервативного лечения выявило отсутствие повторных эпизодов ОД у всех этих пациентов. При этом констатировано, что суммарные показатели качества жизни пациентов соответствуют нормальным уровням, сходным с аналогичными показателями у здоровых людей.

**ВЫВОДЫ:** Многокомпонентная консервативная терапия позволяет купировать неосложненный ОД, эффективность которой проявлялась полным регрессом клинических симптомов заболевания, нормализацией лабораторных маркеров воспаления. Отсутствие повторных эпизодов дивертикулита в отдаленном периоде после консервативного лечения и сохранение показателей качества жизни пациентов на уровне, соответствующим аналогичным показателям у здоровых людей, позволяют считать медикаментозную терапию методом выбора у больных с первым эпизодом неосложненного ОД.

**[Ключевые слова: дивертикулярная болезнь толстой кишки, первый эпизод, неосложненный острый дивертикулит, консервативное лечение, качество жизни]**

## **КРИВАЯ ОБУЧЕНИЯ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ**

Казиева Л.Ю., Чернышов С.В., Рыбаков Е.Г., Майновская О.А.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия (директор – академик РАН, профессор Ю.А. Шельгин)

**ЦЕЛЬ:** Оценка кривой обучения трансанальной тотальной мезоректумэктомии (ТА ТМЭ).

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** В исследование включено 65 пациентов с раком ниже-, среднеампулярного отдела прямой кишки cT2-T4aN0- 2bM0-1.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** При общей длительности вмешательства 272,4±50,8 (190-400) минуты после 17 случая продолжительность вмешательства стала убывать. При длительности трансанального этапа 84,9±43,2 (40-200) минуты этот показатель снизился после 20 случая. Частота интраоперационных осложнений составила 8(12,3%), послеоперационных – 25(38,4%) случая. При этом снижение этих показателей с приобретением опыта произошло к 18 и 20 случаям, соответственно. Частота конверсии составила 2(3,0%) случая, однако уже после 6 случая конверсии не отмечалось. Grade 1 препараты были выявлены у 9(13,8%) пациентов, при этом, согласно анализу кривой обучения, этот показатель снизился после 16 случая.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Согласно полученным данным, кривая обучения трансанальной тотальной мезоректумэктомии в условиях специализированной клиники, в среднем, составляет 16-20 случаев.

**[Ключевые слова: рак прямой кишки, кривая обучения, тотальная мезоректумэктомия, трансанальная тотальная мезоректумэктомия, ТА ТМЭ]**

### **ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ С ИЗВЛЕЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ ОТВЕРСТИЯ (NOSES) ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ**

Пучков Д.К.1,2, Хубезов Д.А.1,2, Игнатов И.С.2, Огорельцев А.Ю.1,2, Луканин Р.В.2, Евсюкова М.А.1,2, Ли Ю.Б.1, Кротков А.Р.1

1 ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия (ректор – д.м.н., профессор Р.Е. Калинин) 2 ГБУ РО «Областная клиническая больница», г. Рязань, Россия (главный врач – д.м.н., профессор Д.А. Хубезов)

**ЦЕЛЬ:** продемонстрировать первичные результаты выполнения лапароскопических операций с применением техники NOSES по поводу рака прямой кишки в нашей клинике.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** в период с июня 2019 года по октябрь 2019 года на базе отделения онкологии ГБУ РО ОКБ выполнено 5 лапароскопических операций с применением техники NOSES по поводу рака прямой кишки. Оценивались следующие параметры: возраст, пол, ИМТ, индекс ASA, длительность операции, интраоперационная кровопотеря, интра- и послеоперационные осложнения, длительность пребывания в стационаре после операции, нуждаемость в наркотических анальгетиках. Использовалась классификация, предложенная профессором Wang X.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** средний возраст пациентов составил 61,2 лет. Средний ИМТ 25,9 кг/м<sup>2</sup>. Средний риск по шкале ASA II. Средняя длительность операции 225 минут. Средняя интраоперационная кровопотеря 45 мл. 1 интраоперационное осложнение – дефект анастомоза в месте «стыка» 3х-степлерных швов. 1 постоперационное осложнение – парез тонкой кишки. Ни в одном из случаев наркотические анальгетики не назначались. Средняя длительность пребывания в стационаре после операции 9,8 суток. Первые результаты продемонстрировали возможность выполнения операций с применением методики NOSES при наличии достаточного опыта в лапароскопической колоректальной хирургии.

**ВЫВОДЫ:** на наш взгляд, внедрение в практику операций с извлечением препарата через естественные отверстия является достаточно перспективным направлением в хирургическом лечении рака прямой кишки. Однако для окончательного определения места данной методики в практике колоректальных хирургов, необходимы накопление опыта и дальнейшие крупные рандомизированные исследования.

**[Ключевые слова: рак прямой кишки, извлечение препарата через естественные отверстия]**

### **РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЭТАПНОГО МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА**

Хитарьян А.Г.1,2, Алибеков А.З.1,2, Ковалёв С.А.1,2, Орехов А.А.1,2, Усман Абдаллах1, Головина А.А.1, Кислов В.А.1, Ромодан Н.А.2

1 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», кафедра хирургических болезней № 3, г. Ростов-на-Дону, Россия 2 НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный» ОАО «РЖД», г. Ростов-на-Дону, Россия

**ВВЕДЕНИЕ:** Острый парапроктит является самым распространенным заболеванием в практике неотложной колопроктологии. Пациенты этой группы составляют около 2,5% всех госпитализированных в различные стационары хирургического профиля и 9% среди оперированных по поводу заболеваний ободочной и прямой кишок.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Улучшение результатов лечения острого парапроктита, благодаря использованию УЗ-навигации, лигатурного дренирования свищевого хода с последующей лазерной коагуляцией свищевого хода.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** В настоящее когортное ретроспективно-проспективное исследование были включены 72 пациента с острым парапроктитом. Первым этапом производили вскрытие парапроктита под УЗ наведением, с контрастированием и проведением дренирующей лигатуры. Вторым этапом, после образования сформированного свищевого хода, выполняли процедуру FiLaC.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** В сроки наблюдения от 8 до 14 недель у 29 (53,7%) больных отмечалась каудальная подкожно-подслизистая миграция лигатуры, при этом у 8 больных отмечалось полное прорезывание с последующим заживлением, а у 21 больного потребовалась фистулэктомия. У 25 (46,3%) больных отмечалось формирование интра- и трансфинктерных свищей в 18 (33,3%) и 7 (12,9%) случаях соответственно. Всем этим пациентам выполнена лазерная коагуляция свищевого хода. После однократного проведения лазерной коагуляции заживление свища в течение 4-х недель отмечалось у 19 (76%) пациентов. Шести (24%) пациентам выполнена повторная лазерная коагуляция свищевого хода. При этом заживление свищевого хода отмечено у 2 (8%) больных, а у 4 (16%) пациентов после повторной коагуляции выявлен рецидив. Этим пациентам выполнено иссечение свищевого хода в просвет кишки с низведением лоскута прямой кишки в анальный канал (1 пациент), а также использована LIFT технология (3 пациента).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Проведение лигатуры через свищевой ход позволяет в 14,8% случаев добиться одноэтапного лечения больных благодаря полной каудальной миграции лигатуры и в 46,2% случаев в течение 10-14 недель сформировать «идеальный» свищевой ход для технологии FiLaC. Использование этой технологии при сформированных прямокишечных свищах позволило в нашем исследовании добиться их заживления в 84% случаев и избежать снижения функции анальной континенции.

**[Ключевые слова: острый парапроктит, дренирующая лигатура, FiLaC]**

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА**

Хубезов Д.А.1,2, Луканин Р.В.2, Кротков А.Р.2, Огорельцев А.Ю.1,2, Серебрянский П.В.2, Юдина Е.А.2

1 ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», кафедра хирургии, акушерства и гинекологии ФДПО, г. Рязань, Россия (зав. кафедрой – д.м.н. Д.А. Хубезов) 2 ГБУ РО «Областная клиническая больница», г. Рязань, Россия

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Сравнить непосредственные результаты лечения эпителиального копчикового хода (пилонидальной болезни) методом иссечения пилонидальной кисты и свищевых ходов с последующим открытым ведением раны, ушиванием послеоперационной раны наглухо и лазерной облитерацией.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** В сравнительное нерандомизированное исследование вошли 90 пациентов с пилонидальной болезнью без абсцедирования, перенесшие хирургическое лечение с 2017 по 2019 год. Контрольную группу составили 30 пациентов, которым было проведено иссечение с открытым ведением раны. В группу сравнения № 1 вошли 30 пациентов с иссечением пилонидальной кисты и свищевых ходов с последующим ушиванием послеоперационной раны наглухо. Результаты лечения пациентов в контрольной группе и группе сравнения № 1 были проанализированы ретроспективно. В проспективную часть исследования вошло 30 пациентов (группа сравнения № 2), которым была произведена лазерная облитерация пилонидальной кисты и свищевых ходов. Критерии оценки включали пол, возраст, массу тела, индекс массы тела, количество предшествующих оперативных вмешательств, время оперативного вмешательства, длительность госпитализации, выраженность болевого синдрома после операции в баллах по визуально-аналоговой шкале, удовлетворенность косметическим результатом по визуально-аналоговой шкале, частота и характер осложнений, частота рецидивов заболевания.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** Все три группы пациентов, не имели статистически значимых различий по полу, возрасту, массе, ИМТ и т.д. Результаты лечения пациентов контрольной группы имели преимущество в достоверно меньшем числе осложнений (0%;  $p < 0,0001$ ) и количестве рецидивов (0%,  $p < 0,0001$ ), но проигрывали в уровне болевых ощущений (в среднем, 5,9 баллов;  $p < 0,0001$ ) и удовлетворенности косметическими результатами (в среднем, 4,4 балла;  $p < 0,0001$ ). В группе пациентов с глухим ушиванием послеоперационной раны был отмечен самый высокий процент рецидивов (16,7%;  $p = 0,02$ ), осложнений (23,4%;  $p = 0,004$ ) и самое продолжительное время оперативного вмешательства (в среднем, 24,7 минут;  $p < 0,0001$ ). В группе пациентов, перенесших лазерную облитерацию пилонидальной кисты и свищевых ходов, было отмечено статистически значимое уменьшение продолжительности госпитализации (1,1 койко-день;  $p < 0,0001$ ), высокий уровень удовлетворенности косметическими результатами (в среднем, 8,9 баллов;  $p <$



0,0001), низкий уровень боли (в среднем, 1,4 балла;  $p < 0,0001$ ), небольшую частоту рецидивов (3,3%;  $p=0,32$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Полученные авторами результаты сопоставимы с данными, приведенными в мировой литературе. Лазерная облитерация пилонидальной кисты и свищевых ходов характеризуется низким уровнем боли, низким процентом рецидивов. Также была отмечена высокая удовлетворенность результатами лечения и отсутствием необходимости в госпитализации. Все это делает данный высокотехнологичный способ хирургического лечения перспективной стационарзамещающей методикой.

**[Ключевые слова: пилонидальная болезнь, пилонидальная киста, эпителиальный копчиковый ход, лазерная облитерация пилонидальной кисты]**

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ МЕТОДОМ ДЕСТРУКЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С ПОМОЩЬЮ ДИОДНОГО ЛАЗЕРА**

Черепенин М.Ю., Горский В.А., Армашов В.П.

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия (ректор – академик РАН, профессор С.А. Лукьянов)

**ЦЕЛЬ:** Оценить результаты субмукозной лазерной деструкции геморроидальных узлов с использованием «водоспецифичного» лазера при лечении пациентов с хроническим геморроем.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** 124 пациента с хроническим геморроем, оперированные в условиях стационара круглосуточного пребывания в период с сентября 2017 по январь 2019 года с использованием методики субмукозной лазерной деструкции геморроидальных узлов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** В исследовании показано, что продолжительность операции при хроническом геморрое составляла от 18 до 22 минут, а время госпитализации – от 7 до 10 часов. Изменения в параректальной зоне характеризовались появлением отека тканей к 3-м суткам после операции, его разрешение наступало к 13-14 суткам. Максимальная выраженность болевого синдрома наблюдалась в 1-е и 3-и сутки послеоперационного периода. Длительность приема анальгетиков составляла не более 7 дней. Через 4 недели большая часть оперированных пациентов отмечала исчезновение таких симптомов геморроидальной болезни, как выпадение геморроидальных узлов (100%) и анальных кровотечений после акта дефекации (97,3%). Отличные и очень хорошие результаты достигнуты у 70,2%, хорошие – у 22,6%, посредственные и неудовлетворительные – у 7,2% пациентов.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Наш опыт выполнения субмукозной лазерной деструкции геморроидальных узлов с использованием «водоспецифичного» лазера при хроническом геморрое показал, что данная методика за счет снижения уровня боли в ранние сроки после операции и минимизации количества послеоперационных осложнений позволяет ускорить сроки реабилитации и улучшить качество жизни пациентов.

**[Ключевые слова: геморрой, лазерная деструкция геморроидальных узлов, субмукозная лазерная деструкция геморроидальных узлов, минимально-инвазивная геморроидэктомия]**

## **БОТУЛИНИЧЕСКИЙ ТОКСИН ТИПА А И БОКОВАЯ ПОДКОЖНАЯ СФИНКТЕРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ СО СПАЗМОМ СФИНКТЕРА. ЧТО ВЫБРАТЬ? (систематический обзор литературы и метаанализ)**

Хрюкин Р.Ю.1, Костарев И.В.1, Арсланбекова К.И.2, Нагудов М.А.1, Жарков Е.Е.1

1 ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия 2 ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, Россия (директор центра и заведующий кафедрой колопроктологии – академик РАН, профессор Ю.А. Шелыгин)

**ВВЕДЕНИЕ:** Для лечения хронической анальной трещины используются различные хирургические методики, основным различием между которыми является способ ликвидации спазма анального сфинктера. Одним из наиболее серьезных послеоперационных осложнений является развитие анальной инконтиненции. На сегодняшний день существует ряд методов медикаментозной релаксации внутреннего сфинктера, позволяющих существенно уменьшить риск развития послеоперационной недостаточности анального жома после вмешательства.

**ЦЕЛЬ:** Оценить безопасность и эффективность ботулинического токсина типа А (БТА) и боковой подкожной сфинктеротомии (БПС) в лечении хронической анальной трещины со спазмом сфинктера.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** Выполнен систематический обзор и метаанализ 7 отобранных рандомизированных клинических исследований, сравнивающих результаты лечения хронической анальной трещины с использованием БТА и БПС. Проанализированы результаты лечения 489 пациентов с оценкой следующих показателей: частота эпителизации трещин, послеоперационных осложнений, развития недостаточности анального сфинктера и рецидивов заболевания.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** В группе БТА частота эпителизации трещин в 0,88 раза ниже, чем в группе БПС (ОШ=0,12; ДИ=0,06;0,22;  $p < 0,00001$ ). По частоте послеоперационных осложнений в обеих группах статистических различий не выявлено (ОШ=1,07; ДИ=0,50;2,30;  $p=0,85$ ). Риск развития послеоперационной недостаточности анального сфинктера в 0,86 раза ниже в группе БТА, чем в группе БПС (ОШ=0,14; ДИ=0,03;0,64;  $p=0,01$ ). Риск развития рецидива после боковой подкожной сфинктеротомии в 6,06 раза ниже, чем при использовании ботулинического токсина типа А (ОШ=6,06; ДИ=3,52;10,42;  $p < 0,00001$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Применение ботулинического токсина типа А в лечении хронической анальной трещины позволяет снизить риск развития послеоперационной недостаточности анального сфинктера, однако данный метод значительно уступает боковой подкожной сфинктеротомии по показателю частоты эпителизации хронических анальных трещин.

**[Ключевые слова: хроническая анальная трещина, боковая подкожная сфинктеротомия, ботулинический токсин типа А, LIS, botox]**

## №3(73)2020 том 19

### КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. СВИЦ ЗАДНЕГО ПРОХОДА

Шельгин Ю.А., Васильев С.В., Веселов А.В., Грошилин В.С., Кашников В.Н., Королик В.Ю., Костарев И.В., Кузьминов А.М., Москалев А.И., Мудров А.А., Фролов С.А., Титов А.Ю.

### ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ СО СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ И ТЯЖЕЛОЙ АТАКАМИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Александров Т.Л.1, Шапина М.В.1, Кистенева Л.Б.2, Сухина М.А.1, Кузнецов А.Н.1

1 ФГБУ НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

2 ФГБУ НИЦЭМ имени почетного академика Н.Ф. Гамалеи Минздрава России, НИИ вирусологии имени Д.И. Ивановского (ул. Гамалеи, д. 18, г. Москва, 123098, Россия)

**ЦЕЛЬ:** определение частоты и оценка значимости диагностики и лечения сопутствующей цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) у пациентов со среднетяжелой и тяжелой атаками язвенного колита (ЯК), а также определение частоты колэктомий в зависимости от наличия ЦМВИ и от проводимой терапии.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** в исследование включено 67 пациентов с тяжелой или среднетяжелой атакой язвенного колита. Всем пациентам было проведено эндоскопическое исследование толстой кишки с взятием биоптатов слизистой для определения в них ДНК цитомегаловируса методом полимеразной цепной реакции. Пациенты, у которых не был обнаружен вирус (группа ЦМВ-отр), получали терапию согласно текущим клиническим рекомендациям. Пациенты, у которых был обнаружен вирус (группа ЦМВ-пол), дополнительно к стандартной терапии получали противовирусную терапию ганцикловиром. У последних вирусная нагрузка в биоптатах из толстой кишки оценивалась до лечения и на 19-21 день терапии. В случае ухудшения состояния пациента и невозможности дальнейшего проведения консервативного лечения выполнялась колэктомия. Успех проводимой терапии в обеих группах оценивали по доле проведенных колэктомий в течение госпитализации.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** в нашем исследовании частота ассоциации тяжелой и среднетяжелой атак язвенного колита с цитомегаловирусной инфекцией составила 43,2%. Предшествующая терапия не влияла на частоту обнаружения вируса. В группе ЦМВ-пол острые атаки встречались достоверно чаще, чем в группе ЦМВ-отр (20% и 2,6%, соответственно) ( $p=0,02$ ). Эффективность противовирусной терапии в нашем исследовании составила 69%. Ни один из пациентов, ответивших на противовирусную терапию, не был оперирован. Неудача противовирусной терапии у пациентов с ассоциированной цитомегаловирусной инфекцией достоверно увеличивала частоту операций (0 – у пациентов, ответивших на противовирусную терапию, против 22,2% из не ответивших).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** исследование показало, что в 43% случаев тяжелая и среднетяжелая атаки ЯК проходят на фоне персистирующей ЦМВИ. ЦМВИ является фактором резистентности к проводимому консервативному лечению. Добавление таким пациентам специфической противовирусной терапии улучшает непосредственные результаты лечения и прогноз.

**[Ключевые слова: цитомегаловирусная инфекция, ЦМВ, ЦМВИ, воспалительные заболевания кишечника, ВЗК, язвенный колит, ЯК]**

### ПРЕДИКТОРЫ КОЛЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СВЕРХТЯЖЕЛЫМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Ачкасов С.И., Шапина М.В., Веселов В.В., Варданян А.В., Мингазов А.Ф., Пономаренко А.А.  
ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саяма Адила, д. 2, Москва, 123423, Россия)

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** выявить предикторы колэктомии у пациентов со «сверхтяжелой» атакой язвенного колита.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** проанализированы результаты лечения 74 случаев тяжелой атаки язвенного колита в 2017 году. Пациенты разделены на группы хирургического – 54 и консервативного лечения – 20. Исследовались такие предикторы, как уровень сывороточного альбумина, С – реактивного белка, гемоглобина, эндоскопическая картина и клинические данные.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** не выявлено различий по полу, возрасту, длительности заболевания в группах. Средние значения уровня альбумина и гемоглобина были статистически значимо ниже (28 г/л и 96 г/л) в группе колэктомии. Эндоскопическая картина обширных, сливающихся между собой язвенных дефектов статистически значимо чаще встречалась у оперированных больных – 78%, по сравнению с 5% в группе консервативного лечения,  $p < 0,0001$ . Риск колэктомии при наличии эндоскопической картины составил 85%, а при сочетании с уровнем альбумина менее 31 г/л и гемоглобином менее 107 г/л риск повышался до 100%.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** эндоскопическая картина обширных, сливающихся язвенных дефектов в сочетании с уровнем альбумина менее 31 г/л и гемоглобина менее 107 г/л являются предикторами колэктомии с высокой прогностической ценностью.

**[Ключевые слова: язвенный колит, колэктомия, предикторы колэктомии]**

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОГО ЭНДОРЕКТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И КОЛОНОСКОПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ УЗКОГО СПЕКТРА СВЕТА В ДИАГНОСТИКЕ РАННЕГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ**

Богданова Е.М., Трубачева Ю.Л., Югай О.М., Чернышов С.В., Рыбаков Е.Г., Хомяков Е.А.  
ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саяма Адила, д. 2, Москва, 123423, Россия)

**ЦЕЛЬ:** сравнительная оценка диагностических возможностей мультипараметрического эндоректального ультразвукового исследования (ЭРУЗИ) и колоноскопии с использованием уточняющих технологий в диагностике раннего рака прямой кишки.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** в исследование включено 78 пациентов с эпителиальными опухолями прямой кишки. Всем пациентам проведены мультипараметрическое ЭРУЗИ и колоноскопия с осмотром в узком спектре света (NBI) при оптическом увеличении. Все больные прооперированы.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** при морфологическом исследовании операционных материалов в 48 случаях выявлены аденомы, в 19 препаратах – аденокарцинома in situ и T1, в 11 – аденокарцинома с инвазией в мышечный слой или глубже. При расчёте показателей точности диагностических методов для групп пациентов с аденомой, аденокарциномой Tis-T1 и аденокарциномой T2-T3 разница чувствительности и специфичности методов ни в одной из представленных групп не достигала уровня статистической значимости ( $p > 0,05$ ). По результатам ROC-анализа ультразвуковое исследование имеет сопоставимую с колоноскопией прогностическую значимость. Разница площадей составила 0,013 ( $p = 0,85$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** эндоскопический и ультразвуковой методы исследования имеют равнозначный уровень информативности в диагностике злокачественного перерождения аденом прямой кишки.

**[Ключевые слова: ранний рак прямой кишки, мультипараметрическое эндоректальное УЗИ, компрессионная эластография, колоноскопия, ямочный рисунок, капиллярный рисунок]**

## **ЭФФЕКТИВНАЯ ПОДГОТОВКА КИШЕЧНИКА К СКРИНИНГОВОЙ КОЛОНОСКОПИИ**

Вологжанина Л.Г., Игумнова О.А., Петухова И.В., Санников П.К.  
ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России (Петропавловская улица, ул. 26, Пермский край, г. Пермь, 614990, Россия)

**ЦЕЛЬ:** определение эффективности и безопасности натрия пикосульфата, используемого в качестве подготовки к проведению скрининговой колоноскопии.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** в ретроспективное исследование было включено 299 пациентов, средний возраст  $54 \pm 14$  лет, проходивших скрининговую колоноскопию. Все пациенты в качестве подготовки кишки к исследованию получали слабительный препарат на основе натрия пикосульфата. Качество очищения кишечника оценивалось в соответствии с Бостонской международной шкалой. Также были оценены органолептические и субъективные ощущения пациентов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** качество подготовки кишечника по Бостонской шкале, в среднем, составило  $8,5 \pm 1,0$  баллов. В результате скрининговой колоноскопии у 96 (32,1%) пациентов были выявлены полипы прямой, сигмовидной, ободочной и подвздошной кишки, в 11%, 8%, 11% и 2% случаев, соответственно. По результатам морфологического исследования у 78 (26%) из них имелись аденоматозные полипы. У 13 (4%) пациентов была выявлена аденокарцинома толстой кишки. Все пациенты отметили легкость приема препарата.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** препарат натрия пикосульфата полностью удовлетворяет требованиям к слабительному препарату, используемому для подготовки кишечника к колоноскопии.

**[Ключевые слова: колоректальный рак, скрининговая колоноскопия, ранняя диагностика рака, подготовка к колоноскопии]**

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ПРИ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА**

Тотиков З.В., Тотиков В.З., Ремизов О.В., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А., Ардасенов Т.Б., Тарамов У.У., Абдурзаков М-С. А-С.

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, (ул. Пушкинская, д. 40, г. Владикавказ, Республика Северная Осетия–Алания, 362019, Россия)

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** разработать диагностическую программу, позволяющую у больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью индивидуализировать предоперационную тактику и выбор объема и вида оперативного вмешательства.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** в исследование вошли 442 больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью, которым, с целью уточненной диагностики, применялись специальные методы исследования.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** наиболее информативными и безопасными методами при диагностике обтурационной непроходимости опухолевого генеза являются обзорная рентгенография брюшной полости (ОРБП), компьютерная томография (КТ), колоноскопия (КС), ирригоскопия (ИС) и ультразвуковое исследование (УЗИ). Эти методы позволяют у 87,2-96,4% больных за достаточно короткое время не только диагностировать непроходимость, но и достоверно определить локализацию и характер сужения, отношение опухоли к окружающим тканям и органам, наличие отдаленных метастазов, уточнить стадию непроходимости, осуществлять объективный динамический контроль за эффективностью декомпрессионной терапии и прогнозировать исход этой терапии.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** полученная после использования предложенных специальных методов исследования информация позволяет индивидуально для каждого больного раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью, планировать применение консервативных, эндоскопических и хирургических способов лечения.

**[Ключевые слова: кишечная непроходимость, рак толстой кишки, диагностика]**

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

Щаева С.Н.1, Гордеева Е.В.1, Казанцева Е.А.2

1 ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России (ул. Крупской, д. 28, г. Смоленск, 214019, Россия)

2 ОГБУЗ «Городская клиническая больница № 1» (ул. Фрунзе, д. 40, г. Смоленск, 214006, Россия)

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** оценить непосредственные и отдаленные результаты экстренных двухэтапных хирургических вмешательств у больных раком сигмовидной кишки, осложненным декомпенсированной кишечной непроходимостью.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** в когортное исследование включено 112 больных раком сигмовидной кишки, осложненным декомпенсированной кишечной непроходимостью, перенесших экстренные двухэтапные хирургические вмешательства в общехирургических и специализированных стационарах за период 2011-2017 гг. Первую группу (n=60) составили пациенты, которым на первом этапе была выполнена операция по типу Гартмана, а вторым этапом выполняли реконструктивно-восстановительное вмешательство. Во 2 группу (n=52) вошли пациенты, которым на первом этапе сформирована проксимальная колостома, а вторым этапом, после стабилизации состояния, в плановом порядке было выполнено радикальное вмешательство. Сравнительный анализ между группами был проведен по следующим критериям: характер и тип хирургического вмешательства, тип сформированной кишечной стомы, частота и характер послеоперационных осложнений, послеоперационная летальность, резекционный статус (R0/R1), количество удаленных лимфоузлов, частота проведения адьювантной полихимиотерапии (ПХТ).



**РЕЗУЛЬТАТЫ:** послеоперационная летальность в первой группе составила 3,3% (n=2) после первого основного этапа, летальных исходов во 2 группе отмечено не было (p=0,28). Операции, выполненные во 2 группе, полностью соответствовали критериям онкологического радикализма, исходя из количества исследованных лимфатических узлов и резекционного статуса (p<0,0001 и p<0,0001, соответственно). Трехлетняя ОВ при IIB стадии в 1 группе составила – 44,4%, во 2 группе – 75,2% (p<0,0001); при IIIB в 1 группе – 60,3%, во 2 группе – 68,2% (p=0,034); при IIIC в 1 группе – 35,7%, во 2 группе – 60,7% (p=0,009). Показатели 3-х летней БРВ при IIB стадии в 1 группе составили 41,7%; во 2 группе – 68,8% (p<0,0001); при IIIB в 1 – группе – 53,6%; во 2 группе – 64,5% (p=0,036); при IIIC в 1 группе – 33,2%; во 2 группе – 60,8% (p=0,023).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** при раке сигмовидной кишки, осложненном декомпенсированной непроходимостью, в общехирургических стационарах предпочтением является этапное лечение с формированием на первом этапе проксимальной колостомы.

**[Ключевые слова: рак сигмовидной кишки, декомпенсированная непроходимость, этапные оперативные вмешательства]**

### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С ДВУМЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ (клиническое наблюдение)**

Алиев Ф.Ш.1, Алиев Р.Ф.1, Ильканич А.Я.2, Алиев В.Ф.1, Матвеев И.А.1

1 ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России (ул. Одесская, д. 54, г. Тюмень, 625023, Россия)

2 БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская окружная клиническая больница» (ул. Энергетиков, д. 24, корпус 2, г. Сургут, 628408, Россия)

Представлено описание клинического случая пациентки с двумя ректовагинальными свищами высокого и низкого уровня. На первом этапе была наложена отключающая двуствольная сигмостома и проведена дренирующая латексная лигатура через нижний ректовагинальный свищ. Спустя 3 месяца был выполнен следующий этап: верхний ректовагинальный свищ был иссечен и инвагинирован в просвет кишки с наложением на него компрессионного зажима из никелида титана с памятью формы. Нижний ректовагинальный свищ был иссечен в просвет кишки с ушиванием сфинктера. Послеоперационный период протекал без осложнений, было отмечено полное заживление ран. Спустя 7 месяцев было выполнено закрытие сигмостомы. В течение 2 месяцев после восстановления естественного пассажа по кишечнику осложнений и развития рецидива свища не отмечено.

**[Ключевые слова: ректовагинальный свищ, никелид титана, компрессионный шов, инвагинационный метод]**

### **МЕЗЕНХИМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОГНОЗ (клинический случай и обзор литературы)**

Майновская О.А., Тарасов М.А., Романова Е.М., Чернышов С.В.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

Мезенхимальные опухоли толстой кишки встречаются крайне редко и не имеют специфической клинической картины, их диагностика и стадирование вызывает определённые трудности. Различные типы мезенхимальных опухолей отличаются прогнозом и выбором тактики лечения. Это объясняет важность дифференциальной диагностики этих новообразований между собой и опухолями-производными других эмбриональных структур. В статье описан клинический случай редкой мезенхимальной опухоли толстой кишки, а также тактика ведения пациента.

**[Ключевые слова: мезенхимальные опухоли толстой кишки, гастроинтестинальная стромальная опухоль, ГИСТ, лейомиома, лейомиосаркома]**

### **ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУР ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ (обзор литературы)**

Качанова Т.В., Веселов В.В., Тарасов М.А., Ликутев А.А., Чернышов С.В.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, Москва, 123423, Россия)

В обзоре представлены данные о современных эндоскопических методах лечения стриктур толстокишечных анастомозов. Подробно освещена актуальность проблемы, причины развития, клиническая картина и методы эндоскопической коррекции. Проведен анализ отечественной и зарубежной литературы с оценкой эффективности и целесообразности проведения различных способов лечения стриктур. Несмотря на разнообразие существующих методов коррекции стриктур, нет

подтвержденных с точки зрения доказательной медицины данных об эффективности и безопасности различных эндоскопических способов коррекции. Таким образом, существует ряд нерешенных актуальных вопросов, требующих проведения дальнейших исследований.

**[Ключевые слова: стриктуры толстокишечных анастомозов, эндоскопическое бужирование, эндоскопическая электродеструкция, баллонная дилатация, эндоскопическое стентирование толстой кишки]**

## **ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГЕМОРРОЕ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2018 ГОД**

Веселов А.В.1,3, Омельяновский В.В.2, Москалев А.И.1, Шкурко Т.В.3, Сербина А.А.1, Котс Н.А.1, Куловская Д.П.1,3, Шелыгин Ю.А.1

1 ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

2 ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России (пер. Хохловский, вл. 10, стр. 5, г. Москва, 109028, Россия)

3 ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» (ул. Большая Татарская, д. 30, г. Москва, 115184, Россия)

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** провести анализ основных показателей оказания медицинской помощи по поводу геморроидальной болезни (ГБ) в субъектах Российской Федерации в 2018 году.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** в основу исследования положены сводные данные формы годового статистического наблюдения «Отчет главного внештатного специалиста-колопроктолога субъекта Российской Федерации» за 2018 г., включающие такие показатели, как уровень обращения в амбулаторных условиях по поводу ГБ на 100 тысяч населения, обеспеченность колопроктологами амбулаторного звена, общее количество госпитализированных пациентов в рамках этого заболевания, долю пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям и обеспеченность колопроктологическими койками.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** количество обращений при геморроидальной болезни в амбулаторных условиях составило 304,9 на 100 тысяч населения (Me=304,9; Q1=236,1; Q3=401,2), а обеспеченность врачами-колопроктологами – 0,23 на 100 тысяч населения (Me=0,23; Q1=0,13; Q3=0,32). Корреляции между этими показателями выявлено не было ( $r=0,18$ ;  $p=0,09$ ). В России на 100 тыс. населения в 2018 году имелось 2,68 коек (Me=2,68; Q1=1,95; Q3=3,35), а частота госпитализаций по поводу геморроя, в среднем, составила 36,8 (Me=36,8; Q1=30,5; Q3=44,7). Доля пациентов, госпитализированных в стационар по экстренным показаниям, в среднем, составила 34,0% (Me=34,0; Q1=24,0; Q3=45,0). Не выявлена взаимосвязь между количеством пациентов, пролеченных в условиях стационара, и долей экстренных госпитализаций у пациентов с геморроем ( $r=0,1$ ;  $p=0,38$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** в 2018 году не менее полумиллиона пациентов с ГБ обратились за помощью к врачам-колопроктологам. Сохраняется существенный кадровый дефицит в специалистах, а нерешенные организационные задачи требуют проведения дальнейшего углубленного исследования.

**[Ключевые слова: геморрой, организация медицинской помощи, амбулаторное лечение, стационарная помощь]**

### **№4(74)2020 том 19**

## **ОСОБЕННОСТИ ПЕРИАНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОПЕНИЕЙ И ОПУХОЛЕВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВИ**

Штыркова С.В., Клясова Г.А., Карагюлян С.Р., Гемджян Э.Г., Данишян К.И.

ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России (Новый Зыковский проезд, д.4, г. Москва, 125167, Россия)

**ЦЕЛЬ:** изучить особенности периаанальной инфекции (ПИ) у пациентов с гранулоцитопенией (ГЦП) и опухолевыми заболеваниями системы крови.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** в проспективное исследование (2016-2018 гг.) включено 95 эпизодов ПИ у 76 пациентов с опухолевыми заболеваниями системы крови (м/ж – 35/44; медиана возраста – 35 лет (17-69)). Диагноз «острый лейкоз» установлен у 43(54,4%) пациентов (ОМЛ - 34(43%); ОЛЛ – 9(11,4) %), неходжкинская лимфома – у 17(21,5%). Выполнено сравнение эпизодов ПИ, развившихся в период ГЦП (количество гранулоцитов менее  $0,5 \times 10^9/л$ ) и вне этого периода.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** эпизоды ПИ в период ГЦП регистрировали статистически значимо чаще, чем без ГЦП (77,9% против 22,1%, относительный риск – 3,5 (95% ДИ: 2,4-5,2). Наибольшее количество эпизодов ПИ на фоне ГЦП отмечено в период проведения химиотерапии (ХТ): на этапах консолидации (28,4%) и индукции

(13,3%) ХТ острых лейкозов и ХТ лимфом – 20,3%. Источником инфицирования перианальных тканей в период ГЦП чаще были анальные трещины (66,2% против 19,1% без ГЦП,  $p < 0,001$ ). Воспалительные изменения в параректальных тканях были клиническими признаками ПИ при ГЦП в 89,2% случаев: инфильтраты в 71,6% (против 23,8% без ГЦП,  $p < 0,001$ ), абсцессы в 8,1% (против 66,7% без ГЦП,  $p < 0,001$ ). В 10,8% случаев ПИ при ГЦП регистрировались только боли в перианальной области и лихорадка. Отсутствие изменений в тканях было при самом низком количестве лейкоцитов ( $Me\ 0,2\ (0,1-0,5) \times 10^9/л$ ). Инфекции кровотока выявлены в 15 (20,3%) эпизодах только в период ГЦП, из них в 6 (8,1%) случаях отмечено видовое соответствие микроорганизмов, выделенных из крови и прямой кишки. В период ГЦП антибактериальная терапия проводилась в 98,6% наблюдений: только антибактериальная терапия применялась в 87,8% эпизодов (против 7,2% без ГЦП,  $p < 0,001$ ); оперативное лечение и антибактериальная терапия - в 10,8% (против 61,9% без ГЦП,  $p < 0,001$ ). У пациентов с ГЦП средняя продолжительность применения антибиотиков была существенно больше в группе оперированных больных, чем в группе пролеченных консервативно (25,5 против 15,1 дней,  $p = 0,05$ ). Результатом антибактериальной терапии в период ГЦП в 83,1% случаев был регресс признаков воспаления; в 13,8% - формирование абсцесса или свища, потребовавшее хирургического лечения; прогрессирование инфекции – 3,1%. С увеличением длительности ГЦП более 30 дней связано увеличение частоты бактериемии (12,5% против 28%,  $p < 0,05$ ); сочетания ПИ с другими инфекциями (25% против 52%,  $p < 0,05$ ); необходимости модификации антибактериальной терапии (16,7 против 40%,  $p < 0,05$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** состояние ГЦП статистически значимо повышает вероятность развития ПИ. Для ПИ, развившейся в условиях ГЦП характерны атипичные, часто скудные клинические проявления и высокая вероятность сепсиса. Основным механизмом инфицирования параректальной клетчатки в период ГЦП является проникновение микроорганизмов через нарушенные тканевые барьеры. Антибактериальная терапии является приоритетным методом лечения ПИ в условиях ГЦП; эффективность антибактериальной терапии составила 83,1%. Необходимость оперативного лечения в период ГЦП ассоциирована с увеличением продолжительности инфекционного эпизода и антибактериальной терапии. Увеличение продолжительности ГЦП является неблагоприятным предиктором в лечении ПИ.

**[Ключевые слова: перианальная инфекция, абсцесс, лейкоз, агранулоцитоз, гранулоцитопения, нейтропения, гемобластоз]**

#### **ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ПОМОЩЬЮ ДЕТЕКЦИИ ТКАНЕ-СПЕЦИФИЧНЫХ ВНЕКЛЕТОЧНЫХ НАНО-ВАЗИКУЛ**

Назарова И.В.1,2, Никифорова Н.С.1,2, Сидина Е.И.1,2, Слюсаренко М.А.1,2, Котова З.С.1, Семиглазова Т.Ю.1,4, Служев М.А.5,1, Семиглазов В.В.5,1, Гоголев А.Б.1, Артемьева А.С.1, Рыбаков Е.Г.3, Малек А.В.1,2

1ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России (пос. Песочный, ул. Ленинградская, д.68, г.Санкт-Петербург, 197758, Россия)

2ООО «Онко-система» (ул.Луговая, д.4, территория инновационного центра Сколково, г.Москва, 143026, Россия)

3ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д.2, г.Москва, 123423, Россия)

4ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России (Кирочная улица, д.41, г.Санкт-Петербург, 191015, Россия)

5ФГБУ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» (ул.Льва Толстого, д.6-8, г.Санкт-Петербург, 197022, Россия)

Разработка методов эффективной диагностики и мониторинга терапии колоректального рака (КРР) является актуальной научной задачей. В состав циркулирующей плазмы входят внеклеточные нано-везикулы (ВНВ), секретируемые, преимущественно, клетками крови и эндотелия. Минорная фракция ВНВ плазмы продуцируется клетками различных тканей, включая клетки кишечного эпителия. Биохимический состав таких везикул должен иметь ткане-специфические особенности. Целью представленной работы являлся поиск поверхностных маркеров везикул, секретируемых клетками кишечного эпителия, и оценка возможности выделения и количественного анализа таких везикул с целью диагностики КРР. В исследовании были использованы клеточные линии (HCT-116, HT-29, COLO-320, HuTu-80, SW837), плазма пациентов с КРР и здоровых доноров. Методы анализа траекторий нано-частиц, атомно-силовой микроскопии, дот-блотинга и проточной цитометрии применялись для исследования ВНВ. С помощью оригинальной технологии иммуносорбции было показано, что концентрация ВНВ, на поверхности которых экспрессируются белки CLRN3, GAL4 и Merpn A, в плазме пациентов с КРР выше, чем в плазме здоровых доноров. На основе количественного анализа таких ВНВ могут быть разработаны новые методы диагностики и мониторинга терапии КРР.

**[Ключевые слова: колоректальный рак, внеклеточные нано-везикулы, ткане-специфичные маркеры, экзосомы, диагностика]**

## **ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ**

Богданова Е.М., Орлова Л.П., Трубачева Ю.Л., Хомяков Е.А., Рыбаков Е.Г.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

**ЦЕЛЬ:** оценка диагностических возможностей ультразвукового исследования (УЗИ) с контрастным усилением в диагностике эпителиальных опухолей прямой кишки.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** в исследование включено 15 пациентов, всем проведены эндоректальное УЗИ и трансвагинальное УЗИ с контрастным усилением. Все больные оперированы.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** при морфологическом исследовании в 9 случаях выявлены аденомы, в 6 случаях – аденокарциномы различной глубины инвазии. При анализе характера контрастирования опухолей были получены статистически значимые различия времени наступления контрастирования, при этом контрастное усиление аденокарцином наступало достоверно быстрее ( $p=0,036$ ). Установлены обратные корреляционные связи пиковой интенсивности контрастирования гипоконтрастных зон в аденокарциноме с индексами T ( $r_{xy}=-0,781$ ;  $p=0,001$ ) и N ( $r_{xy}=-0,519$ ;  $p=0,047$ ) и прямая корреляционная связь со степенью дифференцировки опухоли ( $r_{xy}=0,742$ ;  $p=0,002$ ). Также выявлена обратная связь времени начала контрастирования с индексом T ( $r_{xy}=-0,552$ ;  $p=0,033$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** ультразвуковое исследование с контрастным усилением представляет собой метод визуализации, позволяющий в режиме реального времени проводить качественную и количественную оценку перфузии опухолевой ткани. Метод не является стандартизованным, однако, может стать полезным неинвазивным методом оценки кровоснабжения опухолей прямой кишки на предоперационном этапе, а также имеет потенциал в оценке факторов риска лимфогенного метастазирования.

**[Ключевые слова: ультразвуковое исследование с контрастным усилением, рак прямой кишки, аденома прямой кишки]**

## **НЕЙТРОФИЛЬНО-ЛИМФОЦИТАРНОЕ ОТНОШЕНИЕ, КАК БИОМАРКЕР ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ (собственные данные, систематический обзор и метаанализ)**

Шельгин Ю.А., Сухина М.А., Набиев Э.Н., Пономаренко А.А., Нагудов М.А., Сушков О.И., Москалев А.И., Ачкасов С.И.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н.Рыжих» Минздрава России (ул.Саляма Адила, д.2, Москва, 123423, Россия)

**ВВЕДЕНИЕ:** биологические маркеры воспаления относятся к основному инструменту прогнозирования риска развития послеоперационных инфекционных осложнений на доклиническом этапе. Одним из таких биомаркеров является нейтрофильнолимфоцитарное отношение (НЛО), однако недостаточное количество исследований не позволяет судить о его ценности как маркера инфекционных осложнений в колоректальной хирургии.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** определить предсказательную ценность НЛО как предиктора инфекционных осложнений после операций на толстой кишке.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** с января 2018 года по декабрь 2019 года в исследование было включено 192 пациента после операций на толстой кишке. Определяли частоту инфекционных осложнений, различия в уровнях НЛО у больных с инфекционными осложнениями и без них, оценивали площадь под кривой (AUC), чувствительность, специфичность, отрицательную и положительную прогностическую значимость этого показателя на 3 и 6 послеоперационный день (ПОД). Был проведен поиск литературы и метаанализ данных в соответствии с требованиями PRISMA (the preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses check list) в электронной базе Medline и научной электронной библиотеке E-library среди англоязычной и русскоязычной литературы без ограничений по дате публикации по ключевым словам: «neutrophil/lymphocyte ratio», «neutrophiltolymphocyte ratio», «neutrophil lymphocyte ratio», «neutrophil ratio», «lymphocyte ratio», «colorectal», «colon», «rectum», «нейтрофильно-лимфоцитарное отношение», «нейтрофильно-лимфоцитарный индекс». В систематический обзор были включены все исследования, посвященные оценке прогностической ценности НЛО как предиктора инфекционных осложнений в колоректальной хирургии.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** инфекционные осложнения были выявлены у 29(15,1%) из 192 пациентов. На 3 и 6 ПОД медиана значений НЛО у пациентов с инфекционными осложнениями была выше, чем у пациентов без них ( $p=0,0017$  для 3 ПОД;  $p=0,018$  для 6 ПОД). На 3 ПОД площадь под кривой при точке отсечки НЛО 5,13



составила 0,644, чувствительность – 69,7%, специфичность – 60,7%(p=0,019). На 6 ПОД аналогичные показатели при точке отсечки НЛО 3,94 были равны 0,75, 75,9% и 70,6%, соответственно (p<0,001). Четыре исследования (1152 наблюдения) были включены в метаанализ. На 3 ПОД объединенная АУС составила 0,671, чувствительность – 86,3%, специфичность – 60,3% (p=0,014), а риск инфекционного осложнения при значении биомаркера выше порогового возрастал более, чем в 10 раз (ОШ=10,2; 95% ДИ: 1,4 72). На 4 ПОД вышеуказанные показатели были равны 0,711, 75,4%, 87,5%, соответственно (p=0,002). Отношение шансов составило 51 (95% ДИ: 20-128).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** нейтрофильно-лимфоцитарное отношение является достоверным предиктором в прогнозировании риска развития инфекционных осложнений в колоректальной хирургии. Кроме того, низкие значения данного биомаркера являются значимым критерием безопасной выписки пациентов из стационара. Распространенность и доступность данного теста делает его легко воспроизводимым в клинической практике.

**[Ключевые слова: колоректальная хирургия, послеоперационные инфекционные осложнения, инфекция в области хирургического вмешательства, биомаркер воспаления, нейтрофильно-лимфоцитарное отношение]**

### **СОВРЕМЕННЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРИСУЛЬФАТА ПРИ ПОДГОТОВКЕ К КОЛОНОСКОПИИ С ПОЗИЦИИ КЛИНИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ**

Завьялов Д.В., Кашин С.В.

ГБУЗ Ярославской области «Клиническая онкологическая больница» (пр-т Октября, д.67, г.Ярославль, 150054, Россия)

Качественное очищение кишечника является основой эффективного исследования толстой кишки. Неадекватная подготовка толстой кишки может быть причиной пропуска колоректальных полипов при проведении исследования и достигать 12%. Цель данной публикации заключается в представлении современных литературных данных, основанных на принципах доказательной медицины, рассматривающих вопросы безопасности использования трисульфата при подготовке к колоноскопии. Установлено, что препарат для очищения кишечника, представляющий собой малообъемное однолитровое гиперосмотическое средство на основе комбинации сульфатных солей натрия, калия и магния, имеет высокую эффективность подготовки кишечника к колоноскопии. Доля пациентов с успешной подготовкой кишечника при помощи трисульфата составляет 97%. При этом препарат имеет приемлемый профиль безопасности, в том числе, в отношении пациентов из групп риска. Результаты представленного обзора свидетельствуют о том, что новый малообъемный однолитровый трисульфат является эффективным средством для обеспечения одного из важнейших показателей качественной колоноскопии – очищения кишечника и имеет высокий профиль безопасности.

**[Ключевые слова: колоноскопия, подготовка к колоноскопии, трисульфат]**

### **ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЕ И ТРАНСАНАЛЬНОЕ ВАКУУМНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА (клинический случай)**

Уваров И.Б.1,2, Мануйлов А.М.1, Сичинава Д.Д.1,2

1ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России (г.Краснодар, ул. Митрофана Седина, д.4, 350063, Россия)

2ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер №1» Министерства здравоохранения Краснодарского края (г.Краснодар, ул. Димитрова, д.146, 350040, Россия)

**ЦЕЛЬ:** описать клинический случай лечения несостоятельности колоректального анастомоза, осложненного вторичным распространенным послеоперационным перитонитом с сохранением целостности анастомоза.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** пациент Б., 69 лет, поступил с диагнозом: злокачественное новообразование прямой кишки Т3N0M0. Операция в объеме лапароскопической низкой передней резекции прямой кишки (ПК) с тотальной мезоректумэктомией, илеостомия. В послеоперационном периоде развилась картина несостоятельности анастомоза.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** применен способ хирургического лечения, включающий этапные релапаротомии без разобщения анастомоза, с установкой интраабдоминальной и тазовой системы терапии отрицательным давлением (ТОД) и трансанального эндюлюминального вакуумного дренажа (ТАЭЛВД) к области анастомоза.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** первый опыт применения метода дал обнадеживающие результаты, что позволяет считать предложенное тактическое и техническое решение перспективным вариантом лечения данной сложной группы пациентов.

[Ключевые слова: перитонит, терапия отрицательным давлением, несостоятельность колоректального анастомоза]

## **ГЕМИКОЛЭКТОМИЯ С РАСШИРЕННОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИЕЙ ПРИ ОБРАТНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ**

Шахматов Д.Г.1,2, Сайфутдинова К.Р.2, Елигулашвили Р.Р.1, Муратов И.И.1

1ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н.Рыжих» Минздрава России (ул.Саляма Адила, д.2, Москва, 123423, Россия)

2ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, (ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, г.Москва, 125993, Россия)

Впервые описана резекция толстой кишки по поводу рака у пациентки с частичным обратным расположением внутренних органов. Пациентке, 78 лет, с транспозицией органов брюшной полости и левокардией выполнена гемиколэктомия с D3 лимфодиссекцией по поводу рака восходящей ободочной кишки, расположенной слева. Интраоперационных осложнений не было, однако вмешательство сопровождалось техническими сложностями, обусловленными выраженным спаечным процессом в брюшной полости после ранее перенесенной холецистэктомии. Случай демонстрирует приверженность принципам онкологического радикализма у пациентов с аномалиями. С целью планирования адекватного объема операции и минимизации интра- и послеоперационных осложнений представляется целесообразным использовать высокотехнологичные методы диагностики, включая КТ-реконструкцию сосудов и других анатомических структур в области хирургического вмешательства.

[Ключевые слова: гемиколэктомия, рак ободочной кишки, транспозиция внутренних органов, D3 лимфодиссекция, левокардия]

## **АНОПЛАСТИКА И БОКОВАЯ ПОДКОЖНАЯ СФИНКТЕРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ (систематический обзор литературы и метаанализ)**

Арсланбекова К.И., Хрюкин Р.Ю., Жарков Е.Е.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н.Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д.2, Москва, 123423, Россия)

**ВВЕДЕНИЕ:** боковая подкожная сфинктеротомия (БПС) является «золотым стандартом» хирургического лечения хронической анальной трещины (ХАТ). Преимущество БПС перед другими оперативными методами лечения заключается в более высокой эффективности в отношении эпителизации послеоперационной раны и более низком риске развития рецидивов заболевания. Однако данная методика сопряжена с высоким риском развития послеоперационной недостаточности анального сфинктера (НАС). Анопластика (АП) – альтернативный хирургический метод, также направленный на лечение ХАТ, заключающийся в пластике дефекта местными тканями и позволяющий существенно снизить риск развития анальной инконтиненции.

**ЦЕЛЬ:** оценить непосредственные и отдаленные результаты лечения хронической анальной трещины с применением анопластики и боковой подкожной сфинктеротомии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** выполнен систематический обзор и метаанализ исследований, сравнивающих результаты лечения после проведения анопластики и боковой подкожной сфинктеротомии. Показатели, оцениваемые при анализе: частота эпителизации послеоперационной раны, частота развития недостаточности анального сфинктера, частота развития послеоперационных осложнений. Статистическая обработка данных при сравнении исследований, включенных в метаанализ, проводилась в программе Review Manager 5.3.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** в систематический обзор включено 4 исследования, включающие 278 пациентов. В группе АП шанс эпителизации трещины на 63% ниже, чем в группе БПС (ОШ=0,37; ДИ=0,19;0,74; p<0,005). При анализе частоты послеоперационных осложнений статистических различий не выявлено (ОШ=1,43; ДИ=0,54;3,78; p=0,47). Вероятность развития послеоперационной анальной инконтиненции на 94% выше в группе БПС, чем в группе АП (ОШ=0,06; ДИ=0,01;0,37; p=0,002).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** боковая подкожная сфинктеротомия и анопластика являются эффективными методиками лечения ХАТ. Однако низкие и неоднозначные показатели качества исследований, посвященных сравнению этих методов, высокий риск смещения результатов в сравниваемых группах, а также гетерогенность публикаций, заставляют с осторожностью подходить к трактовке полученных данных и диктуют необходимость проведения дальнейших исследований.

[Ключевые слова: хроническая анальная трещина, боковая подкожная сфинктеротомия, анопластика, V–Y пластика, LIS, AAF]

## **ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С КАНЦЕРОМАТОЗОМ БРЮШИНЫ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ (обзор литературы)**

Федянин М.Ю., Трякин А.А., Тер-Ованесов М.Д., Тюляндин С.А.

Онкологическое отделение лекарственного лечения (химиотерапевтического) №2 ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (ул. Миклухо-Маклая, д.21, корп.3, Москва, 117198, Россия)

Изолированное поражение метастазами брюшины при раке толстой кишки встречается у 1,8% пациентов. Данный тип опухолей характеризуется определенными фенотипическими и молекулярно-генетическими особенностями, что определяет особенности течения заболевания и, соответственно, выбор лечения методов больных. В настоящем обзоре литературы наряду с описанием основных положений патогенеза заболевания рассмотрены чувствительность и специфичность различных методов диагностики поражения брюшины при раке толстой кишки, выбора системной терапии, необходимости выполнения хирургического удаления метастазов и проведения внутривнутрибрюшинной гипертермической химиоперфузии.

**[Ключевые слова: рак толстой кишки, метастазы по брюшине, перитонеальный карциноматоз, перитонеумэктомия, HIPEC, PIPEC, внутрибрюшинная химиотерапия]**

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ С ТРАНСАНАЛЬНЫМ УДАЛЕНИЕМ ПРЕПАРАТА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ (систематический обзор литературы и метаанализ)**

Чернышов С.В., Сычев С.И., Пономаренко А.А., Рыбаков Е.Г.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н.Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д.2, 123423, Москва, Россия)

**ВВЕДЕНИЕ:** методика NOSES позволяет удалять препараты без разрезов на передней брюшной стенке и сопровождается меньшим количеством осложнений за счет снижения частоты раневой инфекции. Результаты этих операций при опухолях прямой кишки представлены в ограниченном количестве разнородных исследований, что обуславливает необходимость получения объективных данных с помощью метаанализа.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** сравнить непосредственные и отдаленные результаты двух методов хирургического лечения рака прямой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** систематический обзор выполнен в соответствии с практикой и рекомендациями PRISMA.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** отобрано 9 сравнительных исследований за период с 2014 по 2019 гг. В метаанализ включено 1693 пациента: у 765(45,0%) препарат с опухолью был удален трансанально (группа NOSES) и у 928(55,0%) - через минилапаротомный доступ (группа LA). Размер опухоли в группе NOSES оказался на 0,5 см меньше (ОШ=0.5, ДИ95% 0.2-0.8,  $p=0,0004$ ), чем в группе LA. По другим показателям группы не имели публикационных смещений. Продолжительность операции при сравнении NOSES с LA была сопоставимой ( $p=0,11$ ). Болевой синдром по ВАШ оказался, в среднем, на 2 балла (ОШ=1.8, ДИ95% 1.2-2.4,  $p<0,00001$ ) более выражен в группе LA. Послеоперационный койко-день был меньше в группе с трансанальным удалением препарата (ОШ=0.8, ДИ95% 0.4-1.3,  $p=0,0003$ ). Шанс развития послеоперационных осложнений в группе NOSES составил (ОШ=0.5, ДИ95% 0.4-0.8,  $p=0,0004$ ) с частотой 62/765(8%) случаев, по сравнению с контрольной группой – 130/931 (14%). Шанс развития раневой инфекции был выше в группе LA (ОШ=0.2, ДИ95% 0.1-0.3,  $p<0,00001$ ). Различий в частоте несостоятельности колоректального анастомоза не было ( $p=0,97$ ). Так же не было различий в пятилетней общей ( $p=0,74$ ) и канцер-специфической выживаемости ( $p=0,76$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** использование технологий NOSES создает лучшие условия для реабилитации пациентов ввиду низкой частоты послеоперационных осложнений за счет отсутствия раневой инфекции и является безопасной манипуляцией. Однако наличие публикационных смещений требует осторожной интерпретации полученных данных.

**[Ключевые слова: рак прямой кишки, колоректальная хирургия, онкология, лапароскопическая хирургия, метаанализ]**

## **МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ КАРЦИНОМАТОЗЕ И МЕТАСТАЗАХ РАКА В ПЕЧЕНИ (обзор литературы)**

Шубин В.П., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Цуканов А.С.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул.Саляма Адила, д.2, г.Москва, 123423, Россия)

**ЦЕЛЬ:** провести анализ литературы, посвящённой молекулярно-генетическим особенностям у больных перитонеальным карциноматозом и метастазами рака толстой кишки в печень.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** при подготовке обзора проанализированы статьи, имеющиеся в информационных базах биомедицинской литературы РИНЦ, Google Scholar, PubMed, Web of Science. По теме исследования было проанализировано более 200 источников литературы, из которых 67 были включены в данный обзор.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** в обзоре литературы рассмотрены данные о молекулярно-генетических изменениях, происходящих при реализации перитонеального карциноматоза и метастазов в печень у больных раком толстой кишки. Выделены ключевые моменты, на которые необходимо обратить внимание при назначении лечения больным метастатическим колоректальным раком.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** представленные данные обобщают молекулярно-генетические исследования, позволяющие клиническим онкологам, хирургам и химиотерапевтам выбрать стратегию лечения.

**[Ключевые слова: перитонеальный карциноматоз, метастазы в печень, имплантационное метастазирование, эпителиально-мезенхимальный переход, циркулирующая опухолевая ДНК]**

**НЕКРОЛОГ. Куликовский В.Ф.**