



European
Crohn's and Colitis
Organisation

КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

научно-практический медицинский журнал

МАТЕРИАЛЫ

МЕЖДУНАРОДНОГО ОБЪЕДИНЕННОГО КОНГРЕССА
АССОЦИАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ
И ПЕРВОГО ESCP/ECCO РЕГИОНАЛЬНОГО
МАСТЕР-КЛАССА (СБОРНИК ТЕЗИСОВ)

16-18 апреля 2015 г.
г. МОСКВА

№1 (51) 2015 (приложение)

ISSN 2073-7556

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

Единственное средство от геморроя, работающее вместе с иммунной системой



Постеризан®

Постеризан® содержит Суспензию Культуры Бактерий (СКБ) – инактивированные непатогенные бактерии E.coli, а также продукты их распада и метаболиты.

- уникальный механизм действия благодаря корпускулярным компонентам и продуктам обмена веществ E.coli
- стимуляция клеточной иммунной защиты инактивированными бактериями E.coli
- стимуляция регенерации повреждённых тканей
- уменьшение воспаления и зуда
- возможно применение без риска при беременности и лактации

Постеризан® форте – под контролем врача.

Постеризан® форте

Постеризан® форте помимо СКБ, содержит дополнительно гидрокортизон, который, особенно в острых формах, способствует физиологическому противовоспалительному процессу (блокирует высвобождение медиаторов воспаления).



Реклама

DR. KADE
PHARMA



**Ассоциация
колопроктологов
России**



КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

№1 (51) 2015 (приложение)

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

Выходит один раз в три месяца
Основан в 2002 году

Адрес редакции:

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

Ответственный секретарь:

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

**Зав. редакцией
и выпускающий редактор:**

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

**Регистрационное
удостоверение**

ПИ №77-14097

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

Индекс: 80978

для индивидуальных подписчиков

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

Подписано в печать 27.03.2015

Формат 200 × 280 мм

Усл. печ. л. 16,61

Тираж 1300 экз. Заказ №00547-5

Отпечатано в ЗАО «Рекламно-издательская
группа МегаПро»

119121, г. Москва, ул. Бурденко, д. 11 А

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ПРОКТОЛОГИЯ

<i>Айдынова П.Р., Алиев Э.А.</i> ПРИМЕНЕНИЯ СЕТОНА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ.....	14
<i>Айдынова П.Р., Алиев Э.А., Салахова С.Ш., Аббасов А.А., Худиева М.И.</i> СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	14
<i>Алекперов Э.Э., Болквадзе Э.Э., Мударисов Р.Р., Мусин А.И.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.....	14
<i>Ачкасов Е.Е., Ульянов А.А., Ан В.К., Жижин Н.К.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АУТОПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНЫМИ ФАКТОРАМИ РОСТА, В ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.....	15
<i>Болквадзе Э.Э., Мударисов Р.Р., Обухов В.К., Стригунова Л.В., Мусин А.Э.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ.....	16
<i>Брехов Е.И., Калинин В.В., Коробов М.В., Кулаковский К.А.</i> НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИИ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОДНОГО ДНЯ.....	16
<i>Брехов Е.И., Калинин В.В., Кулаковский К.А., Коробов М.В., Брыков В.И.</i> СРАВНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН.....	17
<i>Васильев С.В., Недозимованный А.И., Попов Д.Е., Деметьева Е.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ОБЪЕМООБРАЗУЮЩЕГО ГЕЛЯ «БИОФОРМ» («DAM+») В ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ.....	17
<i>Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованный А.И., Соколова О.С.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГЕМОРОИДАЛЬНОГО ТРОМБОЗА У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ.....	18
<i>Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованный А.И., Соркин Р.Г., Жуков Е.Л.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ЛИГИРОВАНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ В МЕЖСФИНКТЕРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ (LIFT).....	18
<i>Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованный А.И., Чания З.Д.</i> ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОСФАТНОЙ ОЧИСТИТЕЛЬНОЙ КЛИЗМЫ «ЭНЕМА-КЛИН» ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К МАЛЫМ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ И ПРОКТОЛОГИЧЕСКИМ ОСМОТРАМ.....	19
<i>Гайнутдинов Ф.М., Гумерова Г.Т., Хадыева А.А., Хадыев Р.Ф.</i> КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ.....	19
<i>Грошили В.С., Черкасов М.Ф., Магомедова З.К., Чернышова Е.В.</i> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ И ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ.....	20
<i>Грошили В.С., Швецов В.К., Узунян Л.В.</i> ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ КРИТЕРИЕВ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ.....	20
<i>Джавадов Э.А., Джалалова В.М.</i> ЦИРКУЛЯРНАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ВАРИКЭКТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРОЯ IV СТАДИИ.....	21
<i>Егоркин М.А., Горбунов И.Н.</i> НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНЫХ, ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПРОМЕЖНОСТИ (NPWT – NEGATIVE PRESSURE WOUND THERAPY).....	21
<i>Елигулашвили Р.Р.</i> МРТ В ДИАГНОСТИКЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ: ПОКАЗАНИЯ И ПРЕИМУЩЕСТВА В ОЦЕНКЕ.....	22
<i>Жуков Б.Н., Разин А.Н.</i> СПОСОБ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ.....	22
<i>Загрядский Е.А.</i> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ HAL – RAR В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	22
<i>Захарченко А.А., Галкин Е.В., Полевцев К.О., Кузнецов М.Н., Попов А.В.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ НА ФОНЕ ПРИЕМА МИКРОНИЗИРОВАННОЙ ОЧИЩЕННОЙ ФЛАВОИДНОЙ ФРАКЦИИ.....	23
<i>Ивануса С.Я., Житихин Е.В., Литвинов О.А., Игнатович И.Г.</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРОЕМ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ.....	23
<i>Ильканич А.Я., Вишнякова И.А., Лобанова Ю.С., Барбашинов Н.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ «ПЕЛВИКС» В ХИРУРГИИ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА.....	24
<i>Иманова С.С.</i> ДЕФЕКОГРАФИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ.....	24
<i>Кузьминов А.М., Зароднюк И.В., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т.</i> ВАРИАНТЫ ЭНДОРЕКТАЛЬНОЙ ПРОКТОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ.....	25

Кузьминов А.М., Минбаев Ш.Т., Королик В.Ю., Бородин А.С., Богормистров И.С., Черножукова М.О. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ МЕТОДОМ СЕГМЕНТАРНОЙ ПРОКТОПЛАСТИКИ	25
Кузьминов А.М., Фоменко О.Ю., Тихонов А.А., Минбаев Ш.Т., Королик В.Ю. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ	25
Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Братищева Н.Н., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Кривчикова А.П., Бабанин А.В., Рыбасова Н.П. МОДИФИЦИРОВАННАЯ САКРОКОЛЬПОПЕКСИЯ КАК СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОГО ВЫПАДЕНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН	26
Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Братищева Н.Н., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Кривчикова А.П., Пустовгар Е.А. САКРОКОЛЬПОПЕКСИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ	26
Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилов Д.А., Наумов А.В. ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НОРМАЛЬНОГО АНАЛЬНОГО ДЕРЖАНИЯ	27
Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Линченко В.И., Кораблина С.С., Гобеджишвили В.В., Байчоров Х.М. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА	27
Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Линченко В.И., Кораблина С.С., Гобеджишвили В.В., Байчоров Х.М. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ИЗБЫТОЧНОГО РУБЦОБРАЗОВАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА	28
Лаврешин П.М., Муравьев А.В., Гобеджишвили В.К., Линченко В.И., Кораблина С.С., Гобеджишвили В.В., Байчоров Х.М. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ КОПЧИКОВЫМ ХОДОМ С ВЫСОКИМ СТОЯНИЕМ ЯГОДИЦ	28
Лахин А.В., Лахин А.А. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ, ПО МАТЕРИАЛАМ ОТДЕЛЕНИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИИ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ	28
Лебедев Н.Н., Шихметов А.Н., Вороничкин С.И., Рязанов Н.В., Крищанович О.С. ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПОД ДОППЛЕР-КОНТРОЛЕМ И МУКОПЕКСИЕЙ СЛИЗИСТОЙ КАК МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЙ ГЕМОРРОЯ	29
Литвинов О.А., Ивануса С.Я., Житихин Е.В., Игнатович И.Г., Суворов А.В. НОВЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ III-IV СТАДИИ	30
Лядов К.В., Ермаков Н.А., Егулов С.А., Кешелашвили Л.В. ВЛИЯНИЕ МЕТОДА МАЛОИНВАЗИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРРОЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА	30
Лядов К.В., Ермаков Н.А., Егулов С.А., Кешелашвили Л.В. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРРОЯ	31
Масленников С.В.; Масленникова Е.А., Масленников В.С. ОПЫТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ВЫБОРУ СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ	31
Мирзоев Л.А., Грошилин В.С., Черкасов М.Ф., Вагнер Д.О. ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ II-III СТАДИИ, ОСЛОЖНЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ	32
Мудров А.А., Титов А.Ю., Костарев И.В. ПОСЛУЧЕВЫЕ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫЕ СВИЩИ	32
Мудров А.А., Титов А.Ю., Костарев И.В. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ: НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ	32
Муравьев А.В., Галстян А.Ш. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ АНАЛЬНЫМИ ТРЕЩИНАМИ	33
Муравьев А.В., Журавель Р.В. СПОСОБЫ ЗАКРЫТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ АКТИНОМИКОЗА КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ	33
Муравьев А.В., Лысенко О.В. ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СТРИКТУР ПРЯМОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ГЕМОРРОЯ	34
Муравьев А.В., Малюгин В.С. ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫЕ СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ. ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ИЛИ «ЛИГАТУРА»?	34
Мухаббатов Д.К., Каримов Ш.А., Нозимов Ф.Х., Хайдаров С.С. ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ	34
Мухаббатов Д.К., Каримов Ш.А., Расулова С.И., Хайдаров С.С. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ СФИНКТЕРОПЛАСТИКИ	35
Мухаббатов Д.К., Нозимов Ф.Х., Каримов Ш.А., Хайдаров С.С. КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ В СОЧЕТАНИИ С ТРАНССФИНКТЕРНЫМ СВИЩОМ ПРЯМОЙ КИШКИ	35
Мухаббатов Д.К., Нуров З.А., Расулова С.И., Хоркашев Ф.М. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗРЫВА ПРОМЕЖНОСТИ, ОСЛОЖНЕННОГО ВЫПАДЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЯМОЙ КИШКИ	35
Мухаббатов Д.К., Хайдаров С.С., Каримов Ш.А., Касиров С.Н. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ	36

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Нечай И.А., Мальцев Н.П., Афанасьева Е.П.</i> «ЗАКРЫТЫЕ» МЕТОДИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ.....	36
<i>Павленко С.Г., Каиров Г.Б., Тарасьев А.В., Ремизов С.И.</i> ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ГЕМОРРОЯ	37
<i>Покровский К.А., Додица А.Н., Веселов Д.И., Горяинов А.Н., Пронин Е.С.</i> ОЦЕНКА ПРОВЕДЕНИЯ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПАРАПРОКТИТЕ	37
<i>Покровский К.А., Додица А.Н., Горяинов А.Н., Веселов Д.И.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКТАЛЬНОГО БАЛЛОНА ПРИ ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ	38
<i>Полетов Н.Н., Аносов И.С., Фоменко О.Ю.</i> АЛГОРИТМ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ К ГРАЦИЛЛОПЛАСТИКЕ	38
<i>Полутарников Е.А., Довбета Е.В.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ, СОВМЕСТНО СО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ МЕТОДИКОЙ, В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ 3 СТ	38
<i>Помазкин В.И.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ПЛАСТИКИ ПО ЛИМБЕРГУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА	39
<i>Помазкин В.И.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛИГИРОВАНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МИКРОНИЗИРОВАННЫХ ФЛЕБОТОНИКОВ	39
<i>Попов А.А., Мананникова Т.Н., Слободянюк Б.А., Федоров А.А., Коваль А.А., Мироненко К.В., Головин А.А.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ САКРОВАГИНОПЕКСИИ.....	40
<i>Попов И.В., Карсакпаев К.Р.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ШОВНОЙ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ, МУКОПЕКСИИ, ЛИФТИНГА ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА	40
<i>Попов И.В., Карсакпаев К.Р.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИМПЛАНТИРУЕМОГО МАТЕРИАЛА «КОЛЛАТАМП».....	41
<i>Попова И.С., Перов Ю.В., Мадаева М.У.</i> СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО РЕКТОЦЕЛЕ.....	41
<i>Райымбеков О.Р., Бейшеналиев А.С., Жолболдуев Ж.М.</i> СПОСОБ ЗАКРЫТОЙ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ С ВОССТАНОВЛЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА	42
<i>Райымбеков О.Р., Бейшеналиев А.С., Жолболдуев Ж.М., Аттокуров Б.К.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ	43
<i>Соловьев А.О., Соловьев О.Л., Воробьев А.А., Соловьева И.О.</i> ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СФИНКТЕРОЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ	43
<i>Соловьев О.Л., Соловьев А.О., Долгих О.Ю., Соловьева Г.А.</i> СПОСОБ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ	44
<i>Соловьев О.Л., Соловьев А.О., Соловьева Г.А., Долгих О.Ю.</i> ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ВЗК	44
<i>Судаков В.П., Басурманова Н.В., Подпругин Е.В.</i> КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ	45
<i>Судаков В.П., Басурманова Н.В., Подпругин Е.В.</i> ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ	45
<i>Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Овсянников А.В., Сухая Ю.В.</i> ТЕХНОЛОГИИ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАГНОИВШЕГОСЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА	46
<i>Татьянченко В.К., Черкасов М.Ф., Богданов В.Л., Шурыгин К.В.</i> К ВОПРОСУ О СОЗДАНИИ ПОЛНОЦЕННОГО ЗАМЫКАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ ПУТЁМ ГРАЦИЛЛОПЛАСТИКИ.....	46
<i>Тимербулатов В.М., Мехдиев Д.И., Фаязов Р.Р., Ахмеров Р.Р.</i> ЭЛЕКТРОЛИГИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ.....	47
<i>Титов А.Ю., Абрицова М.В.</i> ДОПЛЕРКОНТРОЛИРУЕМАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С МУКОПЕКСИЕЙ И ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ (СРАВНИТЕЛЬНОЕ, РАНДОМИЗИРОВАННОЕ, ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	47
<i>Титов А.Ю., Бирюков О.М., Мудров А.А.</i> РЕКТОЦЕЛЕ: ПРЕДИКТОРЫ ИЗЛЕЧЕНИЯ	48
<i>Титов А.Ю., Бирюков О.М., Фоменко О.Ю., Зароднюк И.В., Войнов М.А.</i> ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ	48
<i>Титов А.Ю., Костарев И.В., Батищев А.К.</i> НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СИНУСЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА В СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ.....	49

Титов А.Ю., Костарев И.В., Фоменко О.Ю., Мудров А.А., Мусин А.И. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТОДОМ УШИВАНИЯ ВНУТРЕННЕГО СВИЩЕВОГО ОТВЕРСТИЯ С ВИДЕОАССИСТИРУЕМОЙ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЕЙ СВИЩЕВОГО ХОДА	49
Титов А.Ю., Нехрикова С.В., Абрицова М.В., Маркова Е.В., Корнева Т.К. НЕЗАЖИВАЮЩИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ РАНЫ ПРОМЕЖНОСТИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА – ЧТО ДЕЛАТЬ?	50
Тотиков В.З., Дзанаева Д.Б., Тотиков З.В. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКТОЦЕЛЕ И НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТАЗОВОГО ДНА	50
Тян Л.В., Сергазин Б.Ш., Тажикова А.М., Сулейменов А.С. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	51
Фатхутдинов И.М. ОПЕРАЦИЯ HAL RAR В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ	51
Фоменко О.Ю., Титов А.Ю., Ачкасов С.И., Алешин Д.В., Белоусова С.В. РОЛЬ ДИСФУНКЦИИ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА В ПАТОГЕНЕЗЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАНОМЕТРИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ	52
Фролов С.А., Кузьминов А.М., Минбаев Ш.Т., Королик В.Ю., Бородкин А.С., Богормистров И.С. НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРА- И ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА	52
Хитарьян А.Г., Дульеров К.А., Прокудин С.В., Стагниев Д.В., Ковалев С.А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН С РЕКТОЦЕЛЕ II-III СТЕПЕНИ	52
Хитарьян А.Г., Праздников Э.Н., Ковалев С.А., Болоцков А.С., Ромодан Н.А. ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРИНЕОУЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ЭКСТРЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА	53
Хубезов Д.А., Серебрянский П.В., Огорельцев А.Ю., Семионкин Е.И., Пучков Д.К., Родимов С.В. ВНУТРИПРОСВЕТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ И СТОИМОСТИ	53
Черданцев Д.В., Поздняков А.А., Литвинов И.В., Махотин Д.А., Слабнин С.Г. ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОЛЛАГЕНОВОГО БИОМАТЕРИАЛА	54
Черданцев Д.В., Поздняков А.А., Соляников С.Н., Шпак В.В., Рябов Ю.В., Батуров Е.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА	55
Черкасов М.Ф., Галашокая К.М., Старцев Ю.М., Глуценков В.А. ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА	55
Черкасов М.Ф., Татьянченко В.К., Грошилин В.С., Черкасов Д.М., Старцев Ю.М., Меликова С.Г. СПОСОБ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ТРАНС- И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ РЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФАСЦИО-МИОПЛАСТИЧЕСКОГО ЛОСКУТА	56
Шахрай С.В., Гаин Ю.М., Гаин М.Ю., Коленченко С.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ КЛЕТОЧНОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ	56
Шахрай С.В., Гаин Ю.М., Гаин М.Ю., Коленченко С.А. ПРИМЕНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА В КОМПЛЕКСНОЙ МЕТОДИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ	57
Эктов В.Н., Попов Р.В., Воллис Е.А. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ	57
Эктов В.Н., Сомов К.А. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАТЕКСНОГО ЛИГИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ	57
Ярмушов И.Н., Нардин С.В., Гладков В.И., Родин П.В., Игнатьев Р.О. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АНАЭРОБНОЙ ФЛЕГМОНЫ ПРОМЕЖНОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГАНГРЕНОЙ ФУРЬНЕ	58

ГЛАВА 2. ОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Аллахвердиева А.А. ПРОБЛЕМА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА И СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА РАННИХ ФОРМ РАКА В РЕСПУБЛИКЕ МАРИЙ ЭЛ.	59
Анищенко В.В., Басс А.А., Архипова А.А. ТРАНСАНАЛЬНЫЕ SILS-PORT ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ	59
Ачкасов С.И., Москалёв А.И., Филон А.Ф., Жданкина С.Н., Назаров И.В. ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВАМИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	59
Ачкасов С.И., Цуканов А.С., Семенов Д.А., Шубин В.П., Поспехова Н.И. СИНДРОМ ЛИНЧА В ПРАКТИКЕ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА	60
Безмозгин Б.Г., Суров Д.А., Бабков О.В., Соловьев И.Л., Ястребов И.П., Святненко А.В., Унгурян В.М., Мартынова Г.В. ВЛИЯНИЕ NRWT НА ДИНАМИКУ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА	60
Березовская Т.П., Невольских А.А., Рухадзе Г.О., Шавладзе З.Н., Бердов Б.А. МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МРТ) В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИТАЗОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	61

СОДЕРЖАНИЕ

Богомолов Н.И., Иванова О.В., Гончарова М.А. ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ.....	61
Богомолов Н.И., Иванова О.В., Пикулина Л.Г. ЛЕЧЕНИЕ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.....	62
Будтуев А.С., Пикунов Д.Ю., Фоменко О.Ю., Рыбаков Е.Г. ФОРМИРОВАНИЕ БОКОКОНЦЕВОГО АНАСТОМОЗА ПРИ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	62
Васильев С.В., Попов Д.Е., Семенов А.В. РАННЯЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЭНТЕРАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ	63
Васильев С.В., Попов Д.Е., Семенов А.В., Смирнова Е.В., Савичева Е.С. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ ФОРМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	63
Васильев С.В., Смирнова Е.В., Дудка В.В., Попов Д.Е., Семенов А.В., Васильев А.С. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОХИМИЧЕСКОГО ТЕСТА В ДИАГНОСТИКЕ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	64
Велиев Т.И. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ТРАНСАНАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ	64
Велиев Т.И. ПРОФИЛАКТИКА ПЕРФОРАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ.....	64
Велиев Т.И. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ УДАЛЕНИИ АДЕНОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ С МАЛИГНИЗАЦИЕЙ.....	65
Велиев Т.И. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ РАКОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	65
Велиев Т.И., Худолей Д.В. ДИАГНОСТИКА ЭНДОФИТНОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	65
Воздвиженский М.О., Савинков В.Г., Фролов С.А., Козлов А.М., Князев Р.А. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	65
Гатауллин И.Г., Городнов С.В. КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ	66
Гатауллин И.Г., Шакиров Р.К. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ В ПЕЧЕНЬ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	66
Гатауллин И.Г., Шакиров Р.К., Гордиев М.Г., Гатауллин Б.И. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МУТАЦИИ ГЕНА K-RAS У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ	66
Ерохина Е.А., Топузов Э.Г., Топузов Р.Э., Кислицына О.Н., Ерохина А.А. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	67
Забелин М.В., Серяков А.П., Сафонов А.С. GIST ТОЛСТОЙ КИШКИ: ЧТО НАМ ИЗВЕСТНО НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ?.....	67
Захаренко А.А., Беляев М.А. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛАТЕРАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ У БОЛЬНЫХ РЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИИ КРОВОСНАБЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ	68
Захаренко А.А., Беляев М.А., Трушин А.А., Тен О.А., Данилов И.Н., Натха А.С. ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ЛАТЕРАЛЬНОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ	68
Захарченко А.А., Галкин Е.В., Винник Ю.С., Кузнецов М.Н., Попов А.В. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ: РАДИОЧАСТОТНЫЕ РЕЗЕКЦИИ И ХИМИОТЕРАПИЯ.....	68
Захарченко А.А., Галкин Е.В., Винник Ю.С., Кузнецов М.Н., Попов А.В. НЕОАДЬЮВАНТНАЯ МАСЛЯНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ РЕКТАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	69
Захарченко А.А., Галкин Е.В., Винник Ю.С., Кузнецов М.Н., Попов А.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ.....	69
Захарченко А.А., Соляников А.С., Винник Ю.С., Кузнецов М.Н., Попов А.В. ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТОКСИКОЗА И ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ОБТУРИРУЮЩЕМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ ДИСТАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ: ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ, ПЕРВИЧНЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ.....	70
Ивануса С.Я., Литвинов О.А., Соловьев И.А., Алентьев С.А., Абраменков Д.П., Кишларь Р.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ РЕГИОНАРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ	70
Ивануса С.Я., Соловьев И.А., Дзидзава И.И., Литвинов О.А., Игнатович И.Г., Арутюнян О.А., Черкезян Д.С. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ И ОБЪЕМА МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ	71

СОДЕРЖАНИЕ

Ивануса С.Я., Хохлов А.В., Литвинов О.А., Онницев И.Е., Игнатович И.Г., Житихин Е.В. ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННЫХ ПЕРЕДНИХ РЕЗЕКЦИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	71
Каганов О.И., Мешков А.В. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ КОЛОСТОМИРУЮЩИХ И СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ	72
Казиева Л.Ю., Рыбаков Е.Г., Чернышов С.В., Майновская О.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ С ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ	72
Карачун А.М., Петрова Е.А., Петров А.С., Пелипась Ю.В., Самсонов Д.В., Козлов О.А., Сапронов П.А. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТМЕ – ОПЫТ 100 ОПЕРАЦИЙ И ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ	73
Козлов А.М., Каганов О.И., Козлов С.В. РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ БИЛОБАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ	73
Коротких Н.Н., Ольшанский М.С., Казарезов О.В. РОЛЬ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	73
Котив Б.Н., Алентьев С.А., Ивануса С.Я., Дзидзава И.И., Игнатович И.Г., Литвинов О.А., Мужаровский А.Л. РЕГИОНАРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ПОДХОДЕ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ.....	74
Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Игнатович И.Г., Алентьев С.А., Федун О.В. ОДНОМОМЕНТНЫЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С СИНХРОННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ	74
Кохнюк В.Т., Михнюк Д.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КАРЦИНОИДНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА	75
Кузьминов А.М., Фролов С.А., Бородин А.С., Чубаров Ю.Ю., Королик В.Ю., Борисов И.Ф. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕОРГАНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ТАЗА.....	75
Куликовский В.Ф., Ефремов А.Б. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОХИРУРГИИ У БОЛЬНЫХ С ВОРСИНЧАТЫМИ ПОЛИПАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	75
Литвинова У.А., Муравьев А.В., Соловьев И.Е. ЛАТЕРАЛЬНЫЙ КРАЙ РЕЗЕКЦИИ КАК ФАКТОР МЕСТНОГО РЕЦИДИВА ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	76
Лихтер М.С., Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И. ОПЫТ ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОБШИРНОМ ПОРАЖЕНИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ	76
Лихтер М.С., Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Москалев А.И. ВОВЛЕЧЕНИЕ МОЧЕТОЧНИКОВ В ОПУХОЛЕВЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ.....	77
Майстренко Н.А., Манихас Г.М., Хрыков Г.Н., Зорина Е.Ю., Орлова Р.В., Миллер А.Е., Ханевич М.Д., Фридман М.Х. РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ. НУЖНА ЛИ ОПЕРАЦИЯ? ВЗГЛЯД ОНКОЛОГА	78
Митраков А.А., Терехов В.М., Комаров Д.В., Палагин С.Е. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ НЕОПЛАЗИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	78
Муковозова И.Л., Амелечена О.А., Рычагов Г.П. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШИХ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ИМЕЮЩИХ РАЗЛИЧНУЮ ФОРМУ РОСТА	79
Мустафин Р.Д., Есин В.И. О РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	79
Набатова О.С., Кит О.И., Павленко С.Г., Ивановский С.О. КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ С ИММУНОМОДУЛЯТОРАМИ И АНТИОКСИДАНТАМИ В ТЕРАПИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	80
Нечай И.А., Афанасьева Е.П., Мальцев Н.П. СТЕЛЮЩИЕСЯ ВОРСИНЧАТЫЕ АДЕНОМЫ ПРЯМОЙ КИШКИ. КАК УДАЛЯТЬ?	80
Орлова Л.П., Давидян К.В. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПРЕССИОННОЙ СОНОЭЛАСТОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	81
Орлова Л.П., Самсонова Т.В., Абашина Е.М. РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ	81
Пегов Р.Г., Терентьев И.Г. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАЛЕВАТОРНОЙ ЭКСТРАФАСЦИАЛЬНОЙ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ	81
Погосян А.А., Григорян С.М., Камчаткина Т.И., Терпугов А.Л., Митюрин М.С., Штогрин С.М. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСНАЛЬНАЯ МИКРОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ	82

СОДЕРЖАНИЕ

Погосян А.А., Погосян А.К., Попова М.А., Камчаткина Т.И., Григорян Л.М., Лигай Д.В. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЛЬТРАНИЗКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ПЕРЕНЕСШИХ БРЮШНО-АНАЛЬНУЮ РЕЗЕКЦИЮ ПРЯМОЙ КИШКИ С НИЗВЕДЕНИЕМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ С СОХРАНЕНИЕМ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	82
Помазкин В.И. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	83
Синюкова Г.Т., Данзанова Т.Ю., Гудилина Е.А., Лепедату П.И., Костякова Л.А., Аллахвердиева Г.Ф., Шолохов В.Н., Бердников С.Н. ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТА ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ	83
Синюкова Г.Т., Данзанова Т.Ю., Гудилина Е.А., Лепедату П.И., Костякова Л.А., Аллахвердиева Г.Ф., Шолохов В.Н., Бердников С.Н. РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ НА ДООПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ.....	84
Соловьев И.А., Васильченко М.В., Лычев А.Б., Савченков Д.К., Алексеев В.В. ОБОСНОВАНИЕ ПЛАСТИКИ ТАЗОВОЙ БРЮШИНЫ ПРИ МУЛЬТИВИСЦЕРАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ У БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА	84
Соловьев И.А., Навматуля А.Ю., Лычев А.Б., Васильченко М.В., Лебедев К.К. ВОЗМОЖНЫЕ КРИТЕРИИ ОТКАЗА ОТ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕВЕНТИВНЫХ СТОМ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ. ПУТИ ЗАЩИТЫ АНАСТОМОЗА	84
Терещенко С.Г., Великанов Е.В., Лукина Е.М., Мечева Л.В. ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ	85
Терещенко С.Г., Мечева Л.В., Великанов Е.В., Лапаева Л.Г., Лапитан Д.Г. ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ	85
Терёхина Н.А., Зитта Д.В., Субботин В.М. ВОЗМОЖНОСТИ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНОГО АНАЛИЗА КРОВИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ	86
Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Ахмеров Р.Р., Багаудинов Ф.З. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИРКУЛЯРНЫХ СШИВАЮЩИХ АППАРАТОВ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ	86
Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Гареев Р.Н. ПОКАЗАНИЯ К РАДИКАЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	87
Тотиков З.В., Тотиков В.З. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	87
Тур Г.Е., Тур А.Г., Ролевич И.И. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	88
Фаустов Л.А., Набатова О.С., Павленко С.Г., Сычева Н.Л. ГАЛАВИТ И МЕКСИДОЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	88
Хитарьян А.Г., Праздников Э.Н., Глумов Е.Э., Провоторов М.Е., Мурлычев А.С. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	89
Хороныко Ю.В., Шитиков И.В., Дмитриев А.В. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ	89
Черкасов М.Ф., Грошинин В.С., Помазков А.А., Перескоков С.В., Дмитриев А.В. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ	89
Черниковский И.Л., Алиев И.И., Кочнев В.В., Комяк К.Н. РУЧНОЙ КОЛОАНАЛЬНЫЙ ИЛИ АППАРАТНЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ? СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ	90
Чернышов С.В., Майновская О.А., Рыбаков Е.Г. РЕЗУЛЬТАТЫ 202 СЛУЧАЕВ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОМИКРОХИРУРГИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА	91
Шакиров Р.К., Гатауллин И.Г., Халиков М.М., Тойчуев З.М. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАЗАМИ В ЛЕГКИЕ.....	91
Шакиров Р.К., Гатауллин И.Г., Халиков М.М., Тойчуев З.М. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАЗАМИ В ЯИЧНИКИ.....	91
Шевелилов В.В., Ахапкин Н.В., Полевщиков А.М., Ермаков М.Н., Бобров Б.Г., Суровегин Е.С., Филон А.Ф. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЕРЕДНИХ РЕЗЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	92
Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Майновская О.А., Сушков О.И., Запольский А.Г. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРАВСТОРОННИХ ГЕМИКОЛЭКТОМИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА С ПОМОЩЬЮ ОДНО- И МУЛЬТИПОРТОВЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНИК (ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....	92
Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Лукашевич И.В. ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ ПРОТОКОЛ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....	93

<i>Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Поспехова Н.И., Цуканов А.С., Фролов С.А., Шубин В.П.</i> ЭПИТЕЛИАЛЬНО-МЕЗЕНХИМАЛЬНЫЙ ПЕРЕХОД КАК КРИТЕРИЙ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ..	93
<i>Шинкарев С.А., Латышев Ю.П., Ботов А.В., Клычева О.Н.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ОБЛАСТНОМ ОНКОДИСПАНСЕРЕ ...	94
<i>Щаева С.Н., Соловьев В.И.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ, ОСЛОЖНЕННОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	94
<i>Яновой В.В., Ходус С.В., Пуствовит К.В., Аникин С.В., Симоненко А.А.</i> СИНДРОМ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ И ЕГО ОЦЕНКА.....	95

ГЛАВА 3. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

<i>Алешин Д.В., Ачкасов С.И., Фоменко О.Ю.</i> СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАРЕКТУМ	96
<i>Андреев А.Л., Морозов А.Б., Самойлов А.О., Чуйко С.Г.</i> ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ	96
<i>Ачкасов С.И., Москалёв А.И., Сенашенко С.А.</i> КОНВЕРСИИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПЛАНОВЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ПОВОДУ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ	96
<i>Белоус С.С., Халиф И.Л., Головенко О.В.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ РИФАКСИМИНА В КОРРЕКЦИИ СРК-ПОДОБНОЙ СИМПТОМАТИКИ НА ФОНЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....	97
<i>Бирг Т.М., Селиванова Л.С., Шароян Ж.В., Тертычный А.С.</i> ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА.....	97
<i>Богомолов Н.И., Томских Н.Н.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ОБТУРАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ	98
<i>Говорков Р.В., Юданов А.В., Кирилин Л.Н., Ганичева И.А., Лунев В.М., Токмаков И.А.</i> ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ДИФFUЗНОМ СЕМЕЙНОМ ПОЛИПОЗЕ	98
<i>Грошинин В.С., Черкасов М.Ф., Султанмурадов М.И., Цыганков П.В.</i> ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ	99
<i>Дарвин В.В., Лысак М.М., Ильканич А.Я., Васильев В.В., Онищенко С.В., Бубович Е.В.</i> ХИРУРГИЯ ОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ: ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ, ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ	99
<i>Денисенко В.Л., Гаин Ю.М., Фролов Л.А., Шаппо Г.М., Бухтаревич С.П., Скудский М.М., Ерушевич А.В.</i> ЛЕЧЕНИЕ ОБТУРИРУЮЩЕГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРА	100
<i>Денисенко В.Л., Гаин Ю.М., Фролов Л.А., Шаппо Г.М., Бухтаревич С.П., Скудский М.М., Ерушевич А.В., Хмельников В.Я., Смирнов В.К.</i> ДВУХЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЁННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТЕНТИРОВАНИЯ.....	100
<i>Жеребятёв А., Камышный А.</i> EFFECT OF SIMVASTATIN AND RECOMBINANT ANTAGONIST OF RECEPTORS OF INTERLEUKIN-1 ON EXPRESSION OF ARYL HYDROCARBON RECEPTORS IN EXPERIMENTAL COLITIS IN RATS.....	101
<i>Захарченко А.А., Галкин Е.В., Винник Ю.С., Кузнецов М.Н., Попов А.В.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ВЕРХНЕЙ МЕЗЕНТЕРИКОГРАФИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РЕКОНСТРУКТИВНОГО ЭТАПА	101
<i>Карпухин О.Ю., Юсупова А.Ф., Елеев А.А.</i> АПРОБАЦИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА	101
<i>Конович Е.А., Широких К.Е., Шапина М.В., Халиф И.Л.</i> УРОВНИ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА (ТФР) – $\beta 1$, 2, 3 И ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 (ИЛ-6) В КРОВИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ С РАЗЛИЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ.....	102
<i>Кузьминов А.М., Чубаров Ю.Ю., Фоменко О.Ю., Вышегородцев Д.В., Савельева Т.А.</i> ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СЕМЕЙНЫМ АДЕНОМАТОЗОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ С СОХРАНЕНИЕМ АНАЛЬНОЙ ДЕФЕКАЦИИ.....	102
<i>Михайлова В.М., Игнатьев В.Г., Семенов Д.Н., Холтосунув И.А.</i> ПРОБЛЕМА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА	103
<i>Наврузов Б.С., Рахманов С.Т., Пазылова Д.У.</i> ПОДГОТОВКА КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ К ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	103
<i>Наврузов Б.С., Рахманов С.Т., Эгамбердиева Э.К.</i> ПОСЛЕДСТВИЕ КОЛЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ	104

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Наврузов Б.С., Сапаев Д.А., Маматкулов Ш.М., Рахманов С.Т.</i> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЛИПАХ И ПОЛИПОЗАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ	104
<i>Наврузов С.Н., Наврузов Б.С., Пазылова Д.У., Рахманов С.Т., Рустамов А.Э., Маткаримов С.Р.</i> РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННОГО ПРОЦЕССА КУЛЬТЫ ПРЯМОЙ КИШКИ	104
<i>Нанаева Б.А., Головенко А.О., Халиф И.Л., Головенко О.В.</i> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ АТАКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....	105
<i>Погосян А.А., Скобло М.Л., Григорян Л.М., Митюрин М.С., Погосян А.К., Камчаткина Т.И.</i> ПРИМЕНЕНИЕ САЛОФАЛЬКА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	105
<i>Погосян А.А., Скобло М.Л., Ефросинина И.В., Григорян Л.М., Митюрин М.С., Камчаткина Т.И.</i> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ.....	106
<i>Рахманов С.Т.</i> ТОТАЛЬНАЯ КОЛЭКТОМИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА.....	107
<i>Татьянченко В.К., Андреев Е.В., Богданов В.Л., Сухая Ю.В., Ковалев Б.В.</i> МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФИКСИРУЮЩЕГО АППАРАТА КИШКИ ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕМ МЕГАДОЛИХОКОЛОН.....	107
<i>Татьянченко В.К., Черкасов М.Ф., Саркисян В.А., Богданов В.Л., Фролкин В.И.</i> ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕБРЮШИННЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	107
<i>Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Валиева Э.К., Аитова Л.Р., Лопатин В.М.</i> ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....	107
<i>Токмаков И.А., Кирилин Л.Н., Юданов А.В., Говорков Р.В., Ганичева И.А.</i> СТРИКТУРЫ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ И ВАРИАНТЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ	108
<i>Трубачева Ю.Л., Орлова Л.П.</i> УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И РАКА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ.....	108
<i>Успенская Ю.Б., Гитель Е.П.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА В МОНИТОРИРОВАНИИ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У БЕРЕМЕННЫХ.....	109
<i>Хасанов С.Р., Хасанова Н.Ф., Каланов Р.Г., Канбеков Р.З., Мушарапов Д.Р., Кутушев К.Г., Губин Д.С., Васильков А.Ю., Фаезов Р.Р.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН В ПЕРИОД С 2010 ПО 2014 ГГ.	109
<i>Шакуров А.Ф., Карпухин О.Ю., Абдульянов В.А.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЗЕЦИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ ЗАПОРЕ.....	109
<i>Шапина М.В., Халиф И.Л.</i> ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВОВ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИНФЛИКСИМАБОМ.....	110
<i>Шельгин Ю.А., Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Коган Е.А., Сухих Г.Т.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....	110
<i>Шуляк Ж.В., Михайлова Е.И., Сатырова Т.В.</i> ФЕНОТИП АЦЕТИЛИРОВАНИЯ В ИНДУКЦИИ СУЛЬФАСАЛАЗИНОМ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ	111
<i>Щукина О.Б., Собко В.Ю., Горбачева Д.Ш., Григорян В.В., Васильев С.В.</i> ПРОГНОЗ ПОТРЕБНОСТИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА	111
<i>Эгамов Ю.С., Кодиров С., Филатова Н.В., Хайдаров С., Эгамов Б.Ю.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА	111
<i>Ярмушов И.Н., Вазанов А.А., Нардин С.В., Гладков В.И., Родин П.В., Игнатьев Р.О.</i> РЕЗЕКЦИЯ СИГМОВИДНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ С АГАНГЛИОНАРНОЙ ЗОНОЙ ПО ТИПУ ГАРТМАНА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ.....	112

ГЛАВА 4. СТОМЫ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

<i>Ачкасов С.И., Сушков О.И., Корнева Т.К., Пириев Д.В.</i> НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ЗАКРЫТИИ ПРЕВЕНТИВНЫХ КИШЕЧНЫХ СТОМ (ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	113
<i>Гатауллин И.Г., Тойчугев З.М.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....	113
<i>Гатауллин И.Г., Халиков М.М., Шакиров Р.К., Тойчугев З.М.</i> РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ТИПА ГАРТМАНА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ.....	114

СОДЕРЖАНИЕ

Грошилин В.С., Черкасов М.Ф., Московченко А.Н., Дмитриев А.В. АНАЛИЗ ПРИЧИН ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ОБОСНОВАНИЕ МЕР ПО ИХ ПРОФИЛАКТИКЕ.....	114
Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Васильев В.В., Лысак М.М., Бубович Е.В. РАННЯЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ	114
Есин В.И., Халов В.Ю., Юнусов А.Ш., Бондаренко А.А. ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ	115
Жигаев Г.Ф., Кривигина Е.В., Багишев Р.А. ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «ТИЗОЛЬ» НА КОЛОНИЗАЦИОННУЮ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ У КОЛОСТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ	115
Задильский Р.П., Кирилин Л.Н., Юданов А.В., Говорков Р.В., Токмаков И.А. СПОСОБ НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ СТОМИРОВАННОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	116
Иванова О.В., Богомолов Н.И., Пикулина Л.Г., Сафронов Д.В. ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КОЛОСТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.....	116
Ильканич А.Я., Абубакиров А.С., Курбанов С.С. КАБИНЕТ СТОМИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА: ПУТИ РЕШЕНИЯ НЕРЕШАЕМЫХ ПРОБЛЕМ.....	117
Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Васильев В.В., Барбашинов Н.А., Воронин Ю.С. ОПЫТ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОСТИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.....	118
Калашникова И.А., Фадеева С.А., Попова Е.А. АЛГОРИТМЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ.....	118
Каливо Э.А., Фридман М.Х. АЛЛОПЛАСТИКА ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИХ ГРЫЖ.....	119
Кирилин Л.Н., Задильский Р.П., Юданов А.В., Говорков Р.В., Токмаков И.А. ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕВЕНТИВНЫХ ИЛЕОСТОМ	119
Костенко Н.В., Есин В.И., Титова Ю.П. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ.....	119
Полутарников Е.А., Довбета Е.В. РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО – ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ НА БАЗЕ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ	120
Помазкин В.И. ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КИШЕЧНЫХ СТОМАХ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	120
Помазкин В.И. МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ВРЕМЕННЫХ ДВУСТВОЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ СТОМ.....	121
Помазкин В.И. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРАСТОМАЛЬНЫХ ГРЫЖ	121
Соловьёв И.А., Лычёв А.Б., Васильченко М.В., Дымников Д.А., Амбарцумян С.В. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ	122
Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р. ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИИ КИШЕЧНЫХ СТОМ.....	122
Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р. ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИИ ПОЗДНИХ СТОМАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	123
Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Макарьева М.Л., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р. ВНУТРИПРОСВЕТНАЯ УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ.....	123
Халиков М.М., Гатауллин И.Г., Шакиров Р.К., Тойчугев З.М. ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНОГО ЭТАПА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ТИПА ГАРТМАНА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ.....	123
Хасанов С.Р., Хасанова Н.Ф., Каланов Р.Г., Канбеков Р.З., Мушарапов Д.Р., Кутушев К.Г., Губин Д.С., Васильков А.Ю., Фазезов Р.Р. АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН В ПЕРИОД С 2000 ПО 2014 ГГ.....	124
Черкасов М.Ф., Помазков А.А., Хиндикайнен А.Ю. СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ БЕЗ ПОВТОРНОЙ ЛАПАРОТОМИИ.....	124
Юданов А.В., Говорков Р.В., Кирилин Л.Н., Ганичева И.А., Лунев В.М., Токмаков И.А. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ВКЛЮЧЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО – ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ	125

ГЛАВА 5. РАЗНОЕ

<i>Безмозгин Б.Г., Суров Д.А., Бабков О.В., Соловьев И.Л., Ястребов И.П., Святненко А.В., Унгурян В.М., Мартынова Г.В., Ибрагимов М.М.</i> МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА	126
<i>Богомолов Н.И., Томских Н.Н.</i> ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИТОНИТА.....	126
<i>Есин В.И., Мустафина Ю.Р., Юнусов Л.Ш.</i> ПРИМЕНЕНИЕ КОЛОСОРБЦИИ ПРИ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	127
<i>Каливо Э.А., Фридман М.Х.</i> НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПРЯМОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА.....	127
<i>Михайлова Е.И., Шуляк Ж.В.</i> ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ КИШЕЧНИКА НА ОСНОВЕ ФЕКАЛЬНОГО ЛАКТОФЕРРИНА И ИММУНОХИМИЧЕСКОГО ТЕСТА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ В КАЛЕ	127
<i>Муравьев А.В., Галстян А.Ш.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ИНДУСТРИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ НЕПРЕРЫВНОГО УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	128
<i>Павленко С.Г., Абидов А.Б., Каиров Г.Б., Физулин М.М.</i> ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЛАПАРОТОМНОЙ РАНЫ В ХИРУРГИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	128
<i>Павленко С.Г., Физулин М.М.</i> ПРИМЕНЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	129
<i>Помазкин В.И.</i> ГЕРНИОПЛАСТИКА СИНТЕТИЧЕСКИМИ МАТЕРИАЛАМИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ.....	129
<i>Солдатов Д.В., Сорогин А.Б., Рязанцева Е.В., Шилов А.Б.</i> ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ МАРКЕРА ВОСПАЛЕНИЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПРЯМОЙ КИШКИ	130
<i>Тарасов М.А., Корнева Т.К., Лягина И.А., Михальченко В.А., Пикунов Д.Ю., Рыбаков Е.Г.</i> РАННИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ НИЗКИХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ.....	130
<i>Татьянченко В.К., Фролкин В.И., Богданов В.Л., Овсянников А.В.</i> К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА	130
<i>Трофимова Н.В., Михайлова Е.И., Шуляк Ж.В.</i> СИМПТОМЫ ТРЕВОГИ В ВЫЯВЛЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	131
<i>Черданцев Д.В., Поздняков А.А., Жегалов П.С., Литвинов И.В., Махотин Д.А., Слабнин С.Г., Исаков А.В.</i> НЕУТОЧНЕННЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	131
<i>Черданцев Д.В., Поздняков А.А., Литвинов И.В., Махотин Д.А., Слабнин С.Г.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ	132
<i>Черданцев Д.В., Поздняков А.А., Соляников С.Н., Самсонок В.Г., Тараденко Д.Н., Литвинов И.В., Махотин Д.А., Слабнин С.Г.</i> ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ.....	133
<i>Черданцев Д.В., Поздняков А.А., Соляников С.Н., Шпак В.В., Рябков Ю.В., Коммисаров С.В.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	133
<i>Штыркова С.В., Данишян К.И., Клясова Г.А., Караголян С.Р., Паровишникова Е.Н.</i> ПЕРИАНАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ	134
<i>Щерба С.Н., Савченко Ю.П., Бенсман В.М.</i> ВЛИЯНИЕ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ПРОТОЧНО-АСПИРАЦИОННОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЛАПАРОТОМНЫХ РАН ОНКОКОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ.....	134
<i>Эктов В.Н., Попов Р.В., Воллис Е.А.</i> ТЕХНОЛОГИИ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	135
<i>Эктов В.Н., Соколов А.Н., Мельников Ю.Ю., Попов Р.В., Воллис Е.А.</i> МИНИИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАВИГАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.....	135



ПРЕЗИДЕНТ
Ассоциации колопроктологов России
профессор Юрий Анатольевич Шелищин

Общероссийская общественная организация

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

ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОРГАНИЗАЦИИ

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

<http://akr-online.ru>

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

ПРЕИМУЩЕСТВА ЧЛЕНСТВА В АССОЦИАЦИИ

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

ОБУЧЕНИЕ КОЛОПРОКТОЛОГОВ НА БАЗЕ ГНЦК

Профессиональная переподготовка

- Колопроктология
- Эндоскопия

Повышение квалификации

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

Заявки на обучение принимаются по адресу:
123423 г. Москва, ул. Саляма Адила, д.2,
3 этаж, каб. №90 А, руководитель
учебно-методического отделения
Шадина Наталья Евгеньевна

тел.: +7(499)642-54-41, +7(499)199-97-23
e-mail: natalya.shadina@mail.ru, info@gnck.ru



АДРЕС АССОЦИАЦИИ

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

Тел.: 8(499)199-97-23
Факс: 8(499)199-04-09 (для Артамоновой П.Ю.)
E-mail: polinav@mail.ru

Реквизиты для уплаты членских взносов:

ИНН 7734036405; КПП 77301001; БИК 044525219
Р/сч. 40703810300350000028 в ОАО «Банк Москвы» г. Москва
К/сч. 30101810500000000219

ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ПРОКТОЛОГИЯ

ПРИМЕНЕНИЯ СЕТОНА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Айдынова П.Р., Алиев Э.А.

Азербайджанский Медицинский Университет,
Кафедра Хирургических Болезней-1, г. Баку, Азербайджан

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить результаты применения сетона в хирургическом лечении сложных параректальных свищей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследовательская работа была выполнена в период 2011-2015 годов на базах кафедры хирургических болезней I Азербайджанского Медицинского Университета – в Клиническом Медицинском Центре Управления Здравоохранения г. Баку и в Учебно-Хирургической Клинике АМУ на основании изучения результатов лечения 59 больных с параректальными свищами криптогландулярного генеза и их рецидивами. Больные со свищами при болезни Крона, туберкулезе, других специфических заболеваниях, со свищами без обнаруживаемого внутреннего отверстия, а также больные, с которыми не удалось связаться за период наблюдения, были исключены из исследования. У 26 (44,1%) больных свищ был первичным, а у 23 (38,9%) – рецидивным. Больных мужского пола было 38 (64,4%), женского – 21 (35,6%), возраст варьировал от 16 до 78 лет (в среднем, 40,9±1,6). Диагностика свищей осуществлялась посредством пробы с пенным красителем, зондированием, контрастной фистулографией, в случае сложных и рецидивных свищей без исключения применялось обзорное и контрастное эндоректальное ультразвуковое исследование и МРТ таза. По результатам исследований, расположение свища у 34 (57,6%) больных было верхним трансфинктерным, у 17 (28,8%) – супралеваторным и у 8 (13,6%) – экстрасфинктерным. В соответствии с выполненной операцией больные были разделены на 3 подгруппы: I^a – частичная фистулаэтомия + санация свищевого хода + размещение рыхлого сетона было выполнено у 10 больных; I^b – частичная фистулаэтомия + санация свищевого хода + размещение рыхлого сетона было выполнено у 18 больных с дополнительными свищевыми ходами и полостями; I^c – одномоментное размещение режущего и рыхлого сетона после санации свищевого хода предложенным нами способом было выполнено у 31 больного.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 23 больных наблюдалась острая перианальная боль. У больных с одномоментным размещением режущей сетонам боль и дискомфорт из-за острого сдавления продолжались 1-2 дня после операции. У 4 больных операционная рана нагноилась. Рецидив наблюдался у 4 больных. Причинами рецидива явились отрыв рыхлого сетона в I^a и I^b подгруппах и несвоевременное обращение к врачу.

Случаев недержания твердого кала отмечено не было. Недостаточность анального сфинктера I и II степени наблюдалась только у 7 (8,9%) больных. Манометрические показатели у больных с анальной инконтиненцией были снижены. Давление в области наружного сфинктера в покое было 34,7±2,1 мм рт. ст., в области внутреннего сфинктера – 56,7±4,9 мм рт. ст., во время свободных сокращений (наружный сфинктер) – 61,9±6,6 мм рт. ст. У этих больных было проведено консервативное лечение (местная электростимуляция, биофидбек-терапия), анальное недержание было ликвидировано или степень его понизилась.

ВЫВОДЫ

Таким образом, до лечения необходимо визуализировать анатомическую локализацию свищевого хода посредством УЗИ и тазового МРТ. В хирургическом лечении сложных параректальных свищей целесообразно применять совместно рыхлый и режущий сетон. Правильный выбор и применение хирургической тактики и метода операции не становятся причиной развития рецидивов и анальной инконтиненции.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Айдынова П.Р., Алиев Э.А., Салахова С.Ш.,
Аббасов А.А., Худиева М.И.

Азербайджанский Медицинский Университет,
Кафедра Хирургических болезней I,
Клинический Медицинский Центр, г. Баку, Азербайджан

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить возможность и эффективность применение обтуратора Fistula Plug с и без фибриным клеем лечения свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базах кафедры хирургических болезней I Азербайджанского Медицинского Университета – в Клиническом Медицинском Центре Управления Здравоохранения г. Баку и в Учебно-Хирургической Клинике АМУ с 2011 по 2015 гг. За указанный период были обследованы 21 больной (14 мужчин и 7 женщин), в возрасте от 16 до 78 лет (в среднем, 40,9±1,6). Из группы исследуемых были исключены больные со свищами при болезни Крона, туберкулезе, других специфических заболеваниях, со свищами без обнаруживаемого внутреннего отверстия, а также больные, с которыми не удалось связаться за период наблюдения. У 18 (85,7%) больных свищ был первичным, а у 3 (14,3%) – рецидивным. Диагноз основывался на применении пробы с пенным красителем, зондировании, контрастной фистулографии, в случае сложных и рецидивных свищей без исключения применялось обзорное и контрастное эндоректальное ультразвуковое исследование и МРТ таза. По результатам исследований расположение свища у 14 (66,7%) больных было верхним трансфинктерным и у 7 (33,3%) – экстрасфинктерным. В соответствии с выполненной операцией больные были разделены на 2 подгруппы: I^a – 9 больных, у которых обтуратор (plug) был размещен в свищевом ходе с подшиванием обтуратора к свищевому ходу с обеих сторон отверстия; I^b – предложенный нами способ размещения обтуратора в свищевом ходе после смачивания его фибриновым клеем. Эта операция была применена у 12 больных. В целях дренирования рана в направлении наружного отверстия была оставлена открытой.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анальная инконтиненция отмечена не была. У 2 больных из подгруппы I^a и у 1 больного из подгруппы I^b случился рецидив болезни в связи с выпадением обтуратора. С целью контроля, в свищевой ход этих больных был размещен рыхлый сетон, впоследствии замененный на повторный обтуратор. Случаев повторного рецидива не было.

ВЫВОДЫ

Малая инвазивность метода, отсутствие повреждения аппарата анального сфинктера предупреждает развитие недостаточности сфинктера. На наш взгляд, совершенствование методики применения свищевого обтуратора Fistula Plug является перспективным, но требует большего опыта его использования для лучшей оценки его эффективности.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Алекперов Э.Э., Болквандзе Э.Э., Мударисов Р.Р., Мусин А.И.

ГБУЗ ГКБ № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ,
Кафедра Госпитальной хирургии № 1 РНИМУ
им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Острое нагноение эпителиального копчикового хода (ЭКХ) относится к числу распространенных заболеваний. В практике неотложной проктологии его оперативное лечение занимает второе место, уступая по частоте лишь острому парапроктиту. Предлагаемые различные виды оперативных вмешательств и их модификаций, постоянно остаются предметом различного рода дискуссий. Главная причина этого – неудовлетворенность послеоперационными результатами и длительными сроками лечения.

Таким образом, значительная частота заболевания и послеоперационных осложнений, длительные сроки временной нетрудоспособности больных свидетельствуют об актуальности разработки оптимальных методов радикального хирургического

ческого лечения острых нагноений ЭКХ.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение результатов хирургического лечения больных острым нагноением эпителиального копчикового хода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведен сравнительный анализ результатов лечения 322 пациентов. Больные были разделены на две группы. Всем больным острым нагноением эпителиального копчикового хода на первом этапе было выполнено вскрытие и дренирование абсцесса. На втором этапе, через 3-5 дней, после стихания острых воспалительных явлений, радикальная операция – иссечение эпителиального копчикового хода.

В основную группу включены 159 пациентов, которым в завершающем этапе радикальной операции для сближения краев, раны ушивали двумя параллельными вертикальными швами. В контрольную группу включено 163 пациента, у которых второй этап оперативного вмешательства был завершён ушиванием раны П-образными швами. Этот метод также дает возможность проконтролировать процесс заживления, предупредить возникновение осложнений и ускорить сроки выздоровления. При этом методе, по сравнению с ушиванием раны наглухо и подшиванием краев раны ко дну, нам удалось снизить число послеоперационных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде с 7,9-16,6% до 3,5%, в отдаленном периоде с 4,9-9,5% до 3,1%, а сроки временной нетрудоспособности больных сократились с 21-26 до 16 дней. Однако, при глубокой ране, из-за технических трудностей, не всегда удается накладывать П-образные швы и поэтому происходит прорезывание нитей, что в послеоперационном периоде приводит к расхождению краев раны и увеличению сроков ее заживления.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Разработанный нами способ ушивания раны параллельными вертикальными швами привел к улучшению результатов лечения по сравнению с ушиванием раны П-образными швами. Так, послеоперационные осложнения возникли у 4 (2,5%) больных основной группы, и у 11 (6,7%) пациентов контрольной группы. При этом нагноение раны отмечено у 4 (2,5%) пациентов основной группы и у 9 (5,5%) – контрольной. Некроз краев кожной раны наблюдался у 3 (1,8%) из 163 больных контрольной группы и ни у одного – основной. Средние сроки нетрудоспособности у больных основной группы составили $14 \pm 0,5$ дней, а у пациентов контрольной группы – $16 \pm 1,5$ дней.

Отдаленные результаты лечения прослежены в сроки от 6 месяцев до 10 лет у 132 (83,0%) больных основной группы и 139 (85,8%) – контрольной. Неудовлетворительные отдаленные результаты получены у 3 (2,3%) из 132 прослеженных больных основной группы и у 5 (3,6%) из 139 – контрольной. Из больных основной группы во всех 3 наблюдениях отмечены длительно незаживающие раны, а рецидив острого нагноения и болевой синдром ни в одном случае не наблюдался.

У 2 из 5 пациентов контрольной группы отмечен рецидив острого нагноения, у 2 – длительно незаживающая рана, и у 1 – болевые ощущения при сидении.

Больные с рецидивами нагноения были повторно оперированы с хорошими результатами. Пациенты, отмечавшие болевые ощущения, прошли курс консервативной терапии с положительным эффектом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, предлагаемый нами метод оперативного лечения эпителиального копчикового хода, а именно: наложение двух параллельных вертикальных швов для сближения краев раны, дающих возможность контролировать и управлять процессом заживления раны, является оригинальным и более прогрессивным методом радикального лечения этого заболевания. Кроме того, этот метод технически удобен и сокращает время проведения операции.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АУТОПЛАЗМЫ, БОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНЫМИ ФАКТОРАМИ РОСТА, В ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Ачкасов Е.Е., Ульянов А.А., Ан В.К., Жижин Н.К.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить эффективность применения тромбоцитарных факто-

ров роста при одноэтапном хирургическом лечении абсцесса ЭКХ с открытым ведением раны.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) – врожденное заболевание, обусловленное дефектом развития каудального конца эмбриона, в результате которого под кожей межъягодичной складки остается ход, выстланный эпителием. ЭКХ является распространенным колопроктологическим заболеванием, встречающимся у 3-6% населения с заболеваемостью 26 случаев на 100 000 человек. Значительно чаще ЭКХ наблюдается у мужчин до 40 лет, при этом соотношение мужчин и женщин составляет 2-5 : 1.

В литературе описаны различные способы хирургического лечения ЭКХ в остром периоде заболевания, представленные 2 группами: одноэтапные и двухэтапные. Одноэтапные операции включают вскрытие абсцесса, иссечение ЭКХ и последующее ведение послеоперационной раны открытым способом. Недостатком способа является длительный срок заживления – 68-72 дня, при наличии хороших отдаленных результатов: минимальное количество рецидивов. Учитывая длительность заживления раны после оперативного лечения при открытой методике необходимо ускорить процессы регенерации.

Применения обогащенной тромбоцитами аутоплазмы, с целью оптимизации процессов репаративного остеогенеза помогло улучшить результаты хирургического лечения больных с дефектами костной и хрящевой тканей. Местное лечение ожоговых ран с применением биологической повязки на основе коллагена типа I с PDGF-BB приводит к сокращению сроков эпителизации до 5-7 суток и предупреждает развитие местных гнойно-некротических осложнений, что в 2-3 раза ускоряет процесс регенерации эпителия ожоговых ран IIIA степени и позволяет сократить время пребывания пациентов на стационарном лечении.

Высокая заболеваемость ЭКХ людей трудоспособного возраста, неудовлетворительные результаты лечения с частыми рецидивами заболевания и длительными сроками заживления послеоперационной раны в области крестца при противоречивости мнений относительно выбора тактики лечения обуславливают актуальность проблемы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты лечения 248 больных с абсцессом ЭКХ, с 2009 по 2014 годы проходивших лечение и обследование в специализированном колопроктологическом отделении ГКБ №67 г. Москвы. Преобладали молодые пациенты трудоспособного возраста от 21 года до 30 лет. Средний возраст – $24,3 \pm 9,2$ лет. Мужчин – 73,3%, женщины – 26,7%, т. е. мужчины болеют в 3 раза чаще чем женщины. Все 100% больных были с абсцессом ЭКХ. Пациенты были разделены на 2 группы: I группа (136 пациентов) – хирургическое лечение, II группа (112 пациентов) – хирургическое лечение с применением обогащенной тромбоцитарными факторами роста аутоплазмы (ОТФРА). Различий по половому, возрастному составу и размерам абсцесса в группах не было. В обеих группах выполняли идентичное одноэтапное хирургическое лечение с экономным иссечением кожного лоскута в зоне ЭКХ и открытым ведением раны в послеоперационном периоде (патент РФ на изобретение №2489562 «Одноэтапный метод хирургического лечения эпителиального копчикового хода» от 27.11.2013). Во II группе, помимо операции на 4-е и 8-е сутки после оперативного вмешательства, производили инъекции ОТФРА в стенки и дно раны, и накладывали на дно раны пленку, содержащую тромбоцитарные факторы роста. После наложения на рану пленки с ОТФРА пациентов в течение 4-х дней не перевязывали, меняли верхнюю марлевую салфетку.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У 1 (0,4%) пациента I группы и у 2 (0,8%) II группы на 1-е сутки отмечено кровотечение из послеоперационной раны, остановленное у больных прошиванием сосудов. У 5 пациентов (4 (1,6%) I группы и 1 (0,4%) II группы) на 3-4 сутки после операции выявлены и вскрыты под местной анестезией ранее нераспознанные гнойные затёки. Общая частота послеоперационных осложнений – 3,2% (8). В обеих группах сроки стационарного лечения были одинаковы. У подавляющего числа больных (83,3%) они составили 4 дня. Остальные 17,7% пациентов провели в стационаре от 5 до 6 дней.

Открытая заживающая рана в области копчика не препятствовала началу работы пациентов, однако доставляла дискомфорт и ограничивала возможность ведения привычного образа жизни пациентов. Ускорение репаративных процессов в ране при использовании ОТФРА в I группе способствовало сокращению сроков полного заживления раны до $25,7 \pm 3$ дней.

в то время как после традиционного подхода к хирургическому лечению во II группе сроки заживления были существенно больше – 40,1±5 дней.

Отдаленные результаты лечения в сроки 6-12 месяцев прослежены у 193 (77,8%) больных. Неудовлетворительные результаты отмечены в 3 (1,5%) наблюдениях: 1 (0,5%) и 2 (1,0%) из I и II групп, соответственно. Во всех этих наблюдениях возник рецидив заболевания, связанный с нераспознанным и не вскрытым затёком во время операции или не удалённым первичным отверстием ЭКХ.

Хирургический подход с экономным иссечением кожного лоскута в зоне ЭКХ в отдалённом послеоперационном периоде у 95% больных обеспечивал хорошие функциональные результаты, за счёт формирования рубца в области крестца, не доставляющего неприятных ощущений при ношении одежды и не препятствующего физической работе и занятиям физической культурой и спортом.

ВЫВОДЫ

1. Одноэтапное хирургическое лечение ЭКХ с открытым ведением раны является эффективным способом лечения, сопровождающимся минимальной частотой послеоперационных осложнений и редкими рецидивами заболевания, позволяющим сократить сроки стационарного лечения.
2. Хирургическое лечение абсцесса ЭКХ сопровождается длительным периодом заживления послеоперационной раны ограничивающим возможности ранней социально-трудовой реабилитации больных.
3. Обработка послеоперационной раны аутоплазмой, обогащенной тромбоцитарными факторами роста, стимулирует репаративные процессы в ране, способствуя сокращению сроков заживления и улучшению результатов лечения.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Болквадзе Э.Э.¹, Мударисов Р.Р.¹,
Обухов В.К.², Стригунова Л.В.¹, Мусин А.Э.¹

¹ ГБУЗ ГКБ № 15 им. О.М. Филатова, Отделение неотложной колопроктологии,

² ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Лечение абсцессов, локализованных в околопрямокишечной клетчатке, возникающих в результате распространения воспалительного процесса из анальных крипт и желез, является весьма актуальной проблемой в колопроктологии. Интерес к ней вызван необходимостью ликвидировать острый воспалительный процесс, а также стремлением предотвратить развитие острого парапроктита в последующем.

ЦЕЛЬ

Оценить результаты лечения больных острым парапроктитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении неотложной колопроктологии 15 Городской клинической больницы г. Москва с 2004 по 2014 гг. было пролечено 4806 больных острым парапроктитом в возрасте от 19 до 74 лет. Средний возраст составил 46 лет. Мужчин было 3220 (67%), женщины составили 1586 (33%) человек. Пациентов с подкожной локализацией абсцесса хода было 961 (20%), ишиоанальной – 2114 (44%), пельвиоректальной – 1249 (26%), подслизистой – 288 (6%) и межсфинктерной – 194 (4%) человек.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Цель операции у больных острым парапроктитом заключается не только во вскрытии и дренировании абсцесса, но и в выявлении пораженной крипты и гнойного хода, а также – в определении отношения гнойного хода к волокнам наружного сфинктера. Определение расположения гнойного хода по отношению к волокнам наружного сфинктера представляется нам крайне важным, так как это влияет на тактику лечения. Так, при его интрасфинктерной локализации мы выполняем не только вскрытие и дренирование абсцесса, но и рассечение гнойного хода в просвет кишки с иссечением пораженной крипты. Аналогичной тактики мы придерживаемся при межсфинктерной и подслизистой локализации абсцесса. Такую операцию нам удалось выполнить 1053 пациентам, что соответствует 73% от общего числа больных абсцессами подобной локализации. При более глубокой локализации абсцессов, характерной для ишиоанального или пельвиоректального парапроктита, гнойный ход проходит через волокна сфинкте-

ра или огибает его снаружи. Желание выполнить радикальную операцию в один этап, уступает стремлению сохранить сфинктерный аппарат неповрежденным. В этом случае, операция заключается во вскрытии и дренировании абсцесса, поиске пораженной крипты и гнойного хода. При выявлении гнойного хода и пораженной крипты мы проводим через них в просвет кишки «seton». Проведение «seton» позволяет не только маркировать гнойный ход и способствует оттоку воспалительного экссудата, но и «выправляет» ход свища. По стиханию воспалительного процесса, занимающего 5-6 дней амбулаторной терапии, мы в плановом порядке выполняем радикальное лечение сформировавшегося свища прямой кишки. Подобную тактику удалось применить у 1749 человек, что составило 52% от общего числа больных с ишиоанальным и пельвиоректальным парапроктитом. Таким образом, мы стараемся свести к минимуму вероятность травматизации запирающего аппарата прямой кишки, что свойственно любой операции на сфинктере в остром периоде. Последующее лечение свища прямой кишки, в плановом порядке, позволяет выполнить пластическую операцию с хорошим результатом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Операции, заключающиеся во вскрытии и дренировании острого парапроктита с рассечением гнойного хода и иссечением пораженной крипты, должны выполняться при подкожной, подслизистой или межсфинктерной локализации абсцесса. В случае вовлечения в воспалительный процесс ишиоанального или пельвиоректального пространства, операция должна заканчиваться вскрытием и дренированием абсцесса, а при выявлении гнойного хода – проведением «seton» через гнойный ход и пораженную крипту. Представленная тактика позволяет не только сохранить функцию держания, но и упрощает выполнение пластических операций по поводу свища прямой кишки после стихания воспалительного процесса в околопрямокишечной клетчатке в плановом порядке.

НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИИ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОДНОГО ДНЯ

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

¹ Кафедра хирургии ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ,

² Клиника «ЧАЙКА», г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время, учитывая количество больных хроническим геморроем, современный ритм жизни, лечение данной патологии в условиях стационара одного дня и быстрая социальная адаптация пациента является очень актуальными.

ЦЕЛЬ

Изучение результатов лечения пациентов, страдающих хроническим геморроем, с помощью лазерной вапоризации геморроидальных узлов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Лазерный аппарат «KLSMARTIN».

Распределение пациентов по полу было следующим: 21 женщин и 8 мужчин; по возрасту: все пациенты были в возрасте от 40 до 53 лет. Хронический наружный геморрой был диагностирован у двух больных, хронический внутренний геморрой – у 27 пациентов, при этом у 24 пациентов была 2 стадия, а у трех пациентов выявлена 3 стадия геморроя. После соответствующей подготовки всем пациентам под местной анестезией 2% раствором лидокаина на лазерном аппарате KLSMARTIN в импульсном режиме мощностью 8 Вт и длиной волны 0,97 мкм была выполнена лазерная деструкция геморроидальных узлов. Описание методики: первым этапом выполнялась местная анестезия 2% раствором лидокаина, затем 0,25% раствором лидокаина производилась тумесценция подлежащей к зоне деструкции мышечной ткани, затем проводилось введение световода в ткань геморроидального узла и под контролем пилотного луча деструкция геморроидального узла.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В раннем послеоперационном периоде однократное ненаркотическое обезболивание потребовалось одному пациенту, которому была выполнена лазерная деструкция внутреннего геморроидального узла по поводу хронического внутреннего геморроя 2 стадии. Все пациенты были выписаны из ста-

онара через 8 часов. В послеоперационном периоде у одного пациента отмечено осложнение – некроз в области введения световода, который потребовал местного лечения на протяжении 11 дней. Удовлетворительные результаты лазерной вапоризации геморроидальных узлов достигнуты у 92,7% пациентов, у одного пациента с хроническим геморроем 2 стадии результаты признаны неудовлетворительными, что потребовало выполнения закрытой геморроидэктомии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, метод лазерной деструкции геморроидальных узлов в подавляющем большинстве случаев обеспечивает удовлетворительный результат лечения, при этом характеризуется малоинвазивностью и практически безболезненностью в послеоперационном периоде, что делает возможным использование этого метода в стационарах одного дня.

СРАВНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

Брехов Е.И., Калинин В.В., Кулаковский К.А., Коробов М.В., Брыков В.И.

ФГБУ УНМЦ УПД РФ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Анальная трещина – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний в колопроктологии. В настоящее время достаточно четко разработаны показания к использованию различных методов консервативного и хирургического лечения трещин заднего прохода. Иссечение трещин в сочетании с пневмодивульсией анального сфинктера позволяют добиться хороших результатов даже при длительном течении заболевания и пектинозе анального канала.

ЦЕЛИ

Провести сравнительный анализ частоты интраоперационных и послеоперационных осложнений, длительности послеоперационного койко-дня, сроков заживления раны у больных, перенесших иссечение трещины с пневмодивульсией анального сфинктера. Изучить ближайшие и отдаленные результаты лечения больных, частоту рецидивов заболевания после иссечения анальной трещины.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В колопроктологическом отделении ГКБ №51 с 2012 по 2014 гг. на лечении по поводу трещин заднего прохода находилось 215 пациентов. При этом острая трещина заднего прохода была у 78 (36,3%) больных, хроническая трещина у 137 (63,7%). Задняя анальная трещина диагностирована у 168 больных, передняя трещина – у 37 и сочетание передней и задней анальных трещин – у 10 больных. Пациентам с острой трещиной заднего прохода проводилось традиционное консервативное лечение, направленное на ликвидацию спазма анального сфинктера и эпителизацию трещины. У 27 больных подобное лечение было эффективно. У остальных 51 сохранялся спазм сфинктера заднего прохода и болевой синдром, что потребовало выполнения хирургического лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Таким образом, хирургическое лечение анальных трещин выполнено 188 пациентам. Длительность заболевания была от 1,5 месяцев до 18 лет. Из них 90 (47,9%) пациентам операция выполнена методом электрокоагуляции аппаратом «Фотек». 98 (52,1%) пациентам иссечение анальной трещины осуществлено методом электро-радиохирургической коагуляции аппаратом «Сургитрон». При сравнении этих двух методов лечения отмечено более благоприятное течение ближайшего послеоперационного периода при использовании электрокоагуляции анальных трещин.

Отдаленные результаты лечения прослежены у 160 (85,1%) больных. Полное выздоровление наступило у 158 (98,8%). У одного пациентов сформировался задний неполный внутренний свищ прямой кишки, что было обусловлено несоблюдением ими наших рекомендаций в послеоперационном периоде. У одного пациента трещина заднего прохода рецидивировала. Оба пациента оперированы аппаратом «Сургитрон»

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, использование электрохирургической коагуляции позволяет уменьшить сроки реабилитации больных после проведенного иссечения анальной трещины, а, следовательно, существенно сократить период нетрудоспособности.

ПРИМЕНЕНИЕ ОБЪЕМООБРАЗУЮЩЕГО ГЕЛЯ «БИОФОРМ» («ДАМ+») В ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

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

ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова, Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии, СПбГБУЗ «Городская больница №9», Городской колопроктологический центр, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

С начала 1990-х годов начались попытки симптоматического лечения пациентов с повреждениями и недостаточностью внутреннего сфинктера путем имплантации в подслизистый слой анального канала объемообразующих агентов, причем большинство исследователей положительно оценивает результаты данного метода лечения. Нами также были получены хорошие результаты (явления недержания уменьшались во всех случаях, полностью регрессировали в 35% наблюдений), что определило актуальность продолжения данного исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследуемую группу вошло 5 пациенток в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст в группе составил $36,4 \pm 7,13$ лет), из них 2 больных с недержанием кала, являвшимся следствием проведенной в детстве хирургической коррекции врожденных аноректальных пороков, 2 пациентки – с идиопатическим недержанием, 1 пациентка – с послеродовым недержанием. Критериями включения пациентов в исследование являлось снижение базального давления в анальном канале по результатам колодинамических исследований, а также наличие у пациента жалоб на регулярное каломазание с необходимостью использования прокладок либо памперсов.

Всем пациентам проведена процедура введения препарата «ДАМ+» в подслизистый слой анального канала на 3,6,9 и 12 часах (2 пациентки), либо на 3,7 и 11 часах (3 пациентки) до полного его смыкания. Процедура проводилась под сочетанной внутривенной анестезией в 4 случаях, в одном – под местной анестезией.

Для оценки результатов лечения всем пациентам были проведены клиническое и колодинамическое обследование, а также анкетирование по шкале оценки тяжести инконтиненции Векснера до процедуры, через 3 недели после процедуры и во время контрольных осмотров в течение периода наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

До проведения процедуры колодинамическое исследование выявило существенное снижение базального давления в анальном канале. Среднее значение в исследуемой группе составило $20,35 \pm 4,8$ см вод. ст. Среднее значение индекса инконтиненции Векснера в группе составило $9,5 \pm 3,5$.

При клиническом исследовании через 3 недели после введения препарата удовлетворительные результаты получены во всех наблюдениях, поскольку уменьшение частоты каломазаний отмечалось во всех случаях (средний индекс Векснера в группе составил $1,9 \pm 1,5$, различия с исходными данными достоверны, t-критерий Стьюдента $15,3$; $p < 0,01$). У 1 (25,0%) пациентки недержание кала прекратилось, и мы оценивали результаты как «отличные». Хорошие функциональные результаты, по данным субъективных шкал оценки, подтверждались и объективными данными – среднее значение давления в анальном канале в группе составило $35,2 \pm 2,76$ см вод. ст. (различия с исходными данными достоверны, t-критерий Стьюдента $7,6$; $p < 0,05$).

Данные об отдаленных результатах лечения пока не получены (активная работа по набору группы началась лишь в августе 2014 года). За период наблюдения существенного ухудшения результатов не получено. Послеоперационных осложнений не наблюдалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Введение объемообразующего препарата «ДАМ+» в подслизистый слой анального канала – эффективная процедура для симптоматического лечения пациентов с анальной инконтиненцией, связанной с недостаточностью внутреннего анального сфинктера. У взрослых процедура может быть проведена под местной анестезией. Существенной разницы в результатах введения препарата в 3 и 4 точки в настоящий момент не получено. Для более аргументированных и доказательных выводов исследование планируется продолжить.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО ТРОМБОЗА У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ

Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованный А.И., Соколова О.С.
ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова. Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Беременность является серьезным провоцирующим фактором развития геморроя, механизм которого реализуется через нарастающее сдавление маткой тазовых кровеносных сосудов и увеличение продукции прогестерона, снижающего тонус венозной стенки. У женщин, не имевших в анамнезе беременности, геморрой диагностируется в 7,7%, тогда как при беременности он встречается более чем в 25%, а у родильниц – почти в 50% случаев.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для исследования послужили данные о 241 пациентке с острым геморроем, собранные за период с 2009 по 2013 годы. Всем больным проводилось клиническое обследование в объеме опроса, пальцевого исследования прямой кишки и anosкопии. Для оценки выраженности болевого синдрома использовалась визуально-аналоговая шкала (ВАШ). В результате аналитической обработки полученных данных были сформированы несколько групп:

1. Женщины, обратившиеся на этапе планирования беременности, имевшие в анамнезе жалобы на периодические обострения геморроидальной болезни. К ним были применены малоинвазивные методики лечения внутренних геморроидальных узлов в сочетании с до- и послеродовой консервативной профилактикой обострений геморроя – 25 случаев;
2. Женщины, обратившиеся в разные сроки беременности с обострением геморроя. К ним были применены различные методики купирования обострения (включая тромбэктомию и физиолечение) в сочетании с до- и послеродовой консервативной профилактикой последующих обострений геморроя – 141 случай;
3. Родильницы, не консультированные и не лечившиеся на фоне беременности, но имевшие жалобы в течение и после беременности, обратившиеся в сроки от 1 недели до 3 месяцев послеродового периода (контрольная группа) – 75 пациенток, получивших консервативную медикаментозную терапию, физиолечение, УЗ-кавитацию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первой группе ни у одной из пациенток жалоб не возникло. Во второй группе просматривается четкая зависимость между увеличением срока беременности и частотой встречаемости острого тромбоза, а также между сроками начала консервативной лекарственной профилактики и интенсивностью жалоб в раннем послеродовом периоде. Как правило, эффект терапии наблюдался на 5-10 день лечения. В этой группе пациенток ранний послеродовый период протекал без жалоб у 73 (51,8%) человек, жалобы на умеренный дискомфорт (до 5 баллов по ВАШ) предъявляли 68 (48,2%) пациенток. В позднем послеродовом периоде не имели жалоб 35 (24,8%) человек, остальные 106 (75,2%) отмечали боли в перианальной области (до 6 баллов по ВАШ).

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Комплекс мероприятий по профилактике возникновения тромбозов во время беременности и в послеродовом периоде это:

- * включение проктологического обследования в план подготовки к беременности.
- * активное использование малоинвазивных методик с целью уменьшения объема геморроидальной ткани на этапе до беременности при наличии жалоб.
- * своевременное начало активных схем лечения, включающих тромбэктомию, и назначение консервативной терапии при возникновении острого тромбоза на фоне беременности.

* активная предродовая консервативная лекарственная профилактика острого геморроидального тромбоза (флавоноиды и препараты местного действия) на 35-36 неделе беременности.

* активная послеродовая консервативная лекарственная профилактика острого геморроидального тромбоза комбинированными препаратами местного действия.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ЛИГИРОВАНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ В МЕЖСФИНКТЕРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ (LIFT)

Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованный А.И., Соркин Р.Г., Жуков Е.Л.

ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова, Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии, СПбГБУЗ «Городская больница № 9», Городской колопроктологический центр, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

По данным литературы, заболеваемость свищами прямой кишки составляет 2 случая на 10 тыс населения. После перенесенного острого парапроктита свищи формируются в 30-50% случаев. Частота встречаемости заболевания, неоднозначные результаты хирургического лечения и отсутствие единых подходов к тактике лечения транс- и экстрасфинктерных свищей определяют актуальность данной проблемы. Применительно к «простым» интра- и трансфинктерным свищам, несмотря на отличные отдаленные результаты лечения, эта актуальность определяется травматичностью иссечения свища в просвет кишки и длительным периодом реабилитации. В 2007 году тайский профессор Arun Rojanasakul предложил методику LIFT (ligation of intersphincteric fistula tract). LIFT относится к малоинвазивным методам лечения, что определило повышенный интерес к новой хирургической технике в медицинском сообществе. Кроме того, автор метода приводит данные об отсутствии рецидивов заболевания более чем в 90% случаев, независимо от типа свища. Это подогрывает интерес к новой технологии, но, с другой стороны, вызывает определенный скепсис у специалистов, непонаслышке знакомых с проблемой лечения хронического парапроктита.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период сентябрь 2013 – сентябрь 2014 гг. нами выполнено 10 операций по методике LIFT. В исследование включены пациенты в возрасте от 28 до 52 лет (средний возраст в группе – 37,9±8,5 лет), из них 6 пациентов мужского пола, 4 – женского. В исследуемую группу включались пациенты с полными свищами прямой кишки с единственным наружным свищевым отверстием и отсутствием затеков и больших полостей в параректальной клетчатке. По локализации внутреннего отверстия большинство пациентов страдало задними свищами прямой кишки (7 человек). По отношению свищевого хода к запирающему аппарату прямой кишки большинство пациентов страдало трансфинктерными свищами (8 человек, 80%), у двоих пациентов диагностированы экстрасфинктерные свищи.

Перед операцией пациентам выполнялся стандартный объем клинического обследования – исследование свища зондом, anosкопия, ректоскопия, прокрашивание свищевого хода раствором бриллиантового зеленого с перекисью водорода. Дополнительно всем пациентам выполнялось эндоректальное УЗИ с контрастированием перекисью водорода для уточнения расположения свищевого хода и наличия гнойных затеков и полостей. До начала лечения и в процессе наблюдения пациенты также анкетировались по шкале оценки тяжести инконтиненции Векснера. Для объективизации степени нарушения функции запирающего аппарата всем пациентам проводилась профилометрия анального канала (колодинамик Мемфис 2000). В первые сутки послеоперационного периода болевой синдром оценивался по визуально-аналоговой шкале. В процессе исследования анализировались степень выраженности болевого синдрома после операции, сроки периода нетрудоспособности, наличие и степень выраженности анальной инконтиненции, наличие рецидивов заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациенты наблюдались от 6 до 15 месяцев (средний срок наблюдения в группе составил $8,3 \pm 3,0$ мес.). Болевой синдром в первые сутки после операции по визуально-аналоговой шкале составил от 3,0 до 7,1 (среднее значение в группе – $4,7 \pm 1,3$). Период нетрудоспособности составил от 14 до 28 дней (среднее значение в группе – $18,3 \pm 4,6$ дней). В процессе наблюдения рецидив заболевания выявлен у 1 пациентки (10%). Ранних послеоперационных осложнений и явлений анальной инконтиненции не отмечалось.

ВЫВОДЫ

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

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОСФАТНОЙ ОЧИСТИТЕЛЬНОЙ КЛИЗМЫ «ЭНЕМА-КЛИН» ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К МАЛЫМ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ И РЕКТОРОМАНОСКОПИИ

Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованый А.И., Чания З.Д.
ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова. Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии, СПбГБУЗ «Городская больница № 9», Городской колопроктологический центр, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Адекватная подготовка толстой кишки к хирургическому вмешательству является одной из важнейших составляющих успеха колопроктологических операций. Вариантов такой подготовки предложено достаточно много, от классической комбинации очистительных клизм со слабительными, до более современных вариантов с использованием осмотических препаратов («Флит Фосфо-сода», «Фортранс»). Качество подготовки кишки при использовании вышеперечисленных методов не вызывает сомнений, но применение данных методик сопряжено с существенным дискомфортом для пациентов и вероятностью побочных эффектов, большой нагрузкой на средний медицинский персонал при использовании очистительных клизм, а применительно к современному осмотическому слабительному – с высокой стоимостью используемых препаратов. При подготовке к полостным операциям со всеми недостатками данных методов приходится мириться в связи с необходимостью полного очищения толстой кишки. Но при подготовке к малым проктологическим операциям вполне можно ограничиться очищением только дистальных отделов толстой кишки. Такая же подготовка требуется для проведения аноскопии и ректороманоскопии. При этом, необходимость в очистительных клизмах и связанных с этим неудобствах и потерях времени, зачастую является одним из основных мотивов отказа от визита к проктологу. Поиск оптимального по цене-качеству препарата для такой подготовки продолжается до сих пор.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценка качества подготовки пациентов к консультации проктолога и малым проктологическим операциям с помощью фосфатной очистительной клизмы «Энема-Клин».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено в декабре 2014 года на базе консультативно-диагностического (КДО) и планового отделений Санкт-Петербургского центра колопроктологии (Городская больница № 9). В исследование включено 100 пациентов в возрасте от 26 до 65 лет (средний возраст в группе $39,8 \pm 8,3$ лет), из них 59 (59%) пациенток женского пола, 41 – мужского пола. В первую группу включен 61 пациент, обратившийся в КДО для первичной консультации, включающей аноскопию и ректороманоскопию. Подготовка проводилась непосредственно перед осмотром в условиях санкомнаты, для чего пациенты приглашались за 40-50 минут до назначенного времени. Вторую группу составили 39 пациентов планового отделения, которые готовились к малым проктологическим операциям: геморроидэктомия – 21 (53,8%), геморроидэктомия с иссечением трещины – 5 (12,8%), иссечению трещины заднего прохода – 4 (10,3%), иссечению свища прямой кишки – 6 (15,4%), иссечению кондилом анального канала – 3 (7,7%). В этой группе подготовка проводилась в день операции, около 8–8:30.

Пациенты обеих групп вводили один флакон препарата (120 мл) самостоятельно, однократно. Пациентам второй группы дополнительно накануне операции назначалась бесшлаковая диета.

Оценка результатов проводилась путем анкетирования. Во-первых, проведено анкетирование по оценке качества подготовки врачами, проводившими исследования и операции (неудовлетворительно, удовлетворительно, хорошо). Во-вторых, проведено анкетирование пациентов (простота, удобство, наличие неприятных ощущений и побочных эффектов).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все пациенты отметили в анкете удобство использования и отсутствие дискомфорта при подготовке, побочных эффектов также не наблюдалось. Все врачи, проводившие ректороманоскопию, отметили хорошее качество подготовки пациентов. Врачи, проводившие операции, охарактеризовали подготовку как «хорошую» в 35 (89,7%) анкетах, как «удовлетворительную» – в 4 (10,3%) анкетах.

ВЫВОДЫ

Фосфатная очистительная клизма «Энема-Клин» является комфортным для пациентов и адекватным способом подготовки к осмотрам проктолога, ректороманоскопии и малым проктологическим операциям. В 4 случаях «неидеальной» подготовки к операциям наиболее вероятная причина – задержка времени операции (были проведены во второй половине дня при утренней подготовке).

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ

Гайнутдинов Ф.М., Гумерова Г.Т., Хадыева А.А., Хадыев Р.Ф.
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Анальная трещина является одним из наиболее распространенных заболеваний прямой кишки. Частота её развития колеблется от 11 до 15% среди всех больных колопроктологического профиля, а заболеваемость в популяции составляет 2,0-2,3% (Воробьев Г.И., 2006). Преимущественно заболевание развивается у лиц молодого и среднего возраста, что определяет социальную значимость проблемы (Дульцев Ю.И., Федоров В.Д., 1984).

ЦЕЛЬ

Определить влияние препаратов иммуномодулирующего действия в лечении пациентов с анальной трещиной на скорость заживления, степень интенсивности болевого синдрома и сроки временной нетрудоспособности пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 86 пациентов, страдающих анальной трещиной, проходивших лечение на базе ГКБ № 21 г. Уфы. Контрольную группу составили 21 (24,4%) человек, основную – 65 (75,6%). В контрольной группе консервативное лечение включало в себя прием препаратов местноанестезирующего и противовоспалительного действия, в основной группе – иммуномодулирующего («Постеризан» и «Виферон») и местноанестезирующего действия. У пациентов, подлежащих оперативному лечению, предоперационная подготовка и послеоперационное ведение включало в себя прием препаратов иммуномодулирующего действия. До начала и после проведенного лечения производился бактериологический анализ качественного и количественного состава микрофлоры анального канала, через сутки в процессе лечения проводилось планиметрическое исследование, на 2-е, 6-е и 9-е сутки – цитологическое исследование, степень интенсивности болевого синдрома оценивали по результатам анализа визуальных аналоговых шкал через сутки в процессе лечения, также учитывались сроки временной нетрудоспособности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ состава микрофлоры показал, что у всех пациентов имелись значительные нарушения микрофлоры с преобладанием патогенных микроорганизмов (97,7%). Достоверных различий в основной и контрольной группах выявлено не было. После проведенного лечения в основной группе количество больных с нарушенной микрофлорой снизилось до 26,1%, в контрольной группе – до 66,7%, при этом разница в показателях статистически достоверна. При планиметрическом

исследовании до начала лечения статистически достоверных различий площади анальной трещины между пациентами обеих групп выявлено не было. Средний срок полноценной эпителизации трещины анального канала в основной группе составил 12,7 сут., в контрольной – 17,6 сут. Площадь дефекта сокращается интенсивнее в основной группе больных. В обеих группах на 2-е сутки после операции цитогаммы носили, преимущественно, воспалительный характер в обеих группах. На 6-е сутки в основной группе преобладали цитогаммы воспалительно-регенеративного типа (67%), у 33% – воспалительного типа. На 9-е сутки регенеративный тип был отмечен у 89%, воспалительно-регенеративный – у 11%. В контрольной группе на 6-е сутки тип цитогамм у всех больных был воспалительным, на 9-е сутки у 86% – воспалительно-регенеративным и у 14% – регенеративным. Таким образом, регенерация наступает в более ранние сроки среди больных основной группы. В основной группе купирование болевого синдрома произошло, в среднем, на 6,2±0,1 сутки, в контрольной – на 12,4±0,2 сутки ($p<0,01$).

ВЫВОДЫ

Эффективность применения препаратов иммуномодулирующего действия в комплексном лечении больных с анальной трещиной, в сравнении со стандартными схемами лечения, достоверно выше (скорость заживления раны увеличилась на 18,3% ($p<0,001$)), сроки купирования болевого синдрома сократились с 12,4±0,2 суток до 6,2±0,1 суток ($p<0,01$), а сроки временной нетрудоспособности больного – с 17,9±1,2 суток до 13,7±0,8 суток ($p<0,01$).

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ И ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ

Грошили В.С., Черкасов М.Ф., Магомедова З.К., Чернышова Е.В.
Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты хирургического лечения больных эпителиальными копчиковыми ходами путем разработки и внедрения хирургического способа, включающего меры по профилактике рецидива заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнена оценка результатов лечения 60 пациентов с эпителиальными копчиковыми ходами, среди них 28 (46,7%) больных с рецидивами заболевания после предшествовавшего оперативного лечения (12 (20%) пациентов с многократными рецидивами). Соотношение мужчин и женщин составило 3:1. В исследуемой группе 22 (36,7%) пациентам иссечение эпителиального копчикового хода дополнено подшиванием краев раны ко дну; у 10 (16,7%) больных с выраженными воспалительными изменениями применено открытое ведение раны с последующим заживлением вторичным натяжением; 9 пациентам выполнено иссечение эпителиального копчикового хода с ушиванием раны узловыми швами или по Донати. 19 (31,7%) пациентам с множественными свищевыми ходами и распространенным поражением радикальное иссечение эпителиального копчикового хода дополнено пластикой крестцово-копчиковой области, перемещенными несвободными кожными лоскутами в разработанной модификации (заявка на получение патента РФ, получен приоритет).

При определении выбора способа оперативного лечения учитывали выраженность, распространенность патологического процесса, интенсивность воспалительных реакций в мягких тканях, длительность заболевания, наличие в анамнезе рецидивов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В группе больных с открытым ведением раны (сроки заживления составляли от 19 до 40 дней) зарегистрировано 3 (30%) рецидива, за счет выраженных инфильтративно-воспалительных реакций и рубцовых изменений при заживлении раны вторичным натяжением. При радикальных операциях с подшиванием краев раны ко дну выявлено 7 (31,8%) рецидивов, в их числе 5 (22,7%) рецидивов у больных, оперированных повторно. Сроки заживления у этих больных, с учетом рецидивов составляли от 10 до 32 дней (при безрецидивном течении, в среднем, 10-14 дней). Кроме того, отмечены 3 (13,6%) случая нагноения раны, не повлекшие за собой рецидив, но значительно удлинившие сроки лечения.

После иссечения эпителиального копчикового хода с ушиванием раны продольно наглухо узловыми швами или по Донати выявлено 4 (44,4%) рецидива, вследствие выраженного натяжения краев послеоперационной раны, прорезывания швов и формирования остаточных полостей. Сроки заживления составили от 10 до 25 дней, при неосложненном течении – 9-12 дней. Продолжительность лечения составила от 8 до 20 суток, в среднем, 12,3 койко-дня. Среди больных, оперированных с использованием разработанного метода пластики крестцово-копчиковой области несвободными лоскутами, получено 3 (15,8%) рецидива заболевания, причиной которых стало избыточное натяжение тканей и ретракция лоскутов на 6-7 сутки после операции. В одном наблюдении (5,3%) отмечено нагноение раны без развития рецидива. Средний койко-день составил в этой группе 9,8 суток; причем не превышал 13 суток. Отметим, что у больных, оперированных разработанным методом, тяжесть патологического процесса и удельный вес пациентов с рецидивными свищами были наибольшими (9 пациентов – 47,4%).

Таким образом, индивидуальный подход к выбору показаний и способа операции позволяет улучшить отдаленные и непосредственные результаты лечения больных с эпителиальными копчиковыми ходами.

ВЫВОДЫ

Учитывая стабильный удельный вес рецидивов, важность качественного анализа причин рецидивов и послеоперационных осложнений, необходимо осуществлять индивидуальный подход к тактике хирургического лечения рецидивных копчиковых ходов.

Использование кожно-подкожных мобильных треугольных лоскутов для пластического закрытия ран крестцово-копчиковой области является перспективным ввиду возможности значительного варьирования операционной техники, учета индивидуальных анатомических особенностей, уменьшающие натяжение краев раны и снижение вероятности развития нагноительных и септических осложнений, о чем свидетельствуют полученные нами непосредственные и отдаленные результаты применения разработанной методики операции.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ КРИТЕРИЕВ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ

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

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

ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия в европейских странах, в том числе в России, отмечается рост заболеваемости ректоцеле. По данным литературы, более половины случаев проявлений обструктивной дефекации у женщин, обусловлены наличием переднего ректоцеле. Исследования последних лет показали, что результаты хирургической коррекции данной патологии, выявляемой у 15-43% женщин, не стабильны, а частота рецидивов остается на высоком уровне. Учитывая современные тенденции и значительный удельный вес послеоперационных осложнений и неудовлетворительных исходов лечения, а также разнообразие существующих оперативных методов и хирургических технологий, следует заключить, что проблема лечения больных с ректоцеле актуальна и требует углубленного изучения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен комплексный анализ результатов обследования и оперативного лечения 60 пациенток с ректоцеле. Показания к операции определялись на основании клинических данных с учетом объективных качественных и количественных результатов инструментального исследования. У 22 пациенток использованы методы передней финктероплевропластики, у 18 – эндоректальной аппаратной циркулярной слизисто-подслизистой резекции (по методу Лонго). Полученный клинический опыт позволил разработать оригинальный метод комбинированного хирургического лечения ректоцеле, сочетающий в себе технологии эндоректальной циркулярной

слизисто-подслизистой резекции и передней леваторопластики (патент РФ №2526971). Способ апробирован у 20 больных с ректоцеле II и III степени в хирургическом отделении клиники ГБОУ ВПО РостГМУ. Сроки послеоперационного мониторинга составили не менее 4-х месяцев, с обязательными контрольными осмотрами через 4 и 12 недель после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

После выполнения передней сфинктеролеваторопластики отмечено 3 (13,6%) рецидива у женщин с ректоцеле III степени, кроме того, еще у 2 (9,1%) пациенток сохранялись умеренные проявления obstructивной дефекации при минимизации жалоб. При ликвидации ректоцеле методом Лонго рецидивов не было, однако, у 3 (16,7%) больных выявлены некупируемые консервативно эвакуаторные расстройства при сохраняющемся расхождении передних порций леваторов и манометрически доказанной дисфункции мышц тазового дна.

После использования оригинального способа эндоректальной циркулярной слизисто-подслизистой резекции, дополненной передней леваторопластикой, рецидивов заболевания, нагноительных осложнений не отмечено. Жалобы на неполное опорожнение после дефекации, отмеченные у 2 (10%) больных, медикаментозно купированы за 10 суток. У 1 (5%) пациентки, до операции имевшей ректоцеле размером более 7 см, отмечались тенезмы. Резистентных к послеоперационной терапии эвакуаторных расстройств не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выбор метода хирургического лечения ректоцеле следует осуществлять индивидуально с учетом размеров ректоцеле, выраженности дисфункции тазового дна и аноректальных эвакуаторных расстройств. Разработанный способ эндоректальной циркулярной слизисто-подслизистой резекции, дополненной передней леваторопластикой, позволяет корректировать функциональные результаты лечения ректоцеле III степени и перспективен для внедрения в клиническую практику.

ЦИРКУЛЯРНАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ВАРИКЭКТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ IV СТАДИИ

Джавадов Э.А., Джалалова В.М.

Научный Центр Хирургии им. М.А. Топчибашева, г. Баку, Азербайджан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Количество больных с циркулярной формой гиперплазии наружной и внутренней геморроидальной ткани, по данным литературы, наблюдается в 10-12% случаев. Использование классических вариантов вмешательств не всегда приемлемо, вследствие образования больших раневых поверхностей и дефектов, что однозначно влечет за собой большое количество послеоперационных осложнений. Также сложно принять тактику некоторых авторов, рекомендующих в подобных ситуациях поэтапное иссечение геморроидальной ткани раз в год.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 2012 года у пациентов с IV стадией геморроидальной болезни с циркулярной гиперплазией мы применяем метод Мухашаври Г.А. (1995). При этом проводится циркулярный разрез под анодерму с обеих сторон, далее в подслизистый слой между внутренним сфинктером и увеличенной кавернозной тканью ниже зубчатой линии. Затем электрокаутером в режиме коагуляции геморроидальная ткань тщательно отсепааровывается от слизистой оболочки вплоть до первичного разреза. Излишки слизистой, выходящие при сопоставлении за края анодермы, циркулярно иссекают. Края слизистой без малейшего натяжения подшиваются к коже узловыми швами. На сегодняшний день вмешательство выполнено нами у 76 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Интенсивность болевого синдрома в первые сутки после операции не отличалась от таковой при использовании других способов, включая высокотехнологические методы, и диктовала необходимость применения наркотических анальгетиков у всех больных. На вторые сутки 2-х кратное использование ненаркотических анальгетиков наблюдалось не более чем у 10% оперированных. Характерным для данного метода является практическое отсутствие болей при первой дефекации. В течение первых 15 суток послеоперационного периода наблюдался умеренный отек слизистой и снижение внутрианального давления, которое полностью восстанавливалось к 30 суткам. Частичная ретракция слизистой наблюдалась у 8 (10,5%) больных, однако уже к 40 суткам отмечалась полная

эпителизация образовавшихся дефектов. Сроки наблюдения составили от 60 суток до 2-х лет. Послеоперационной стриктуры и признаков инконтиненции не наблюдали ни в одном случае. Результаты признаны хорошими у 97,3% больных. Относительно отрицательным моментом методики следует признать продолжительность вмешательства (45-50 мин.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, метод циркулярной радикальной варикэктомии вполне оправдан при тотальной геморроидальной гиперплазии у пациентов с IV стадией заболевания. Относительно большая продолжительность вмешательства компенсируется хорошими функциональными результатами у большинства больных.

НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНЫХ, ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПРОМЕЖНОСТИ (NPWT – NEGATIVE PRESSURE WOUND THERAPY)

Егоркин М.А., Горбунов И.Н.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Наибольший интерес в лечении послеоперационных обширных, глубоких и многофигурных ран промежности после перенесенного анаэробного парапроктита и гангрены Фурнье, представляет собой метод воздействия на рану отрицательного давления (NPWT-negative pressure wound therapy). В отечественной литературе данные о применении NPWT в комплексном лечении АП и ГФ не освещены. Что связано с определенными трудностями применения NPWT в промежности, данная анатомическая область имеет подвижные части тела, которые трудно изолировать и зафиксировать специальной самоклеющейся повязкой. Эта область имеет естественные отверстия (анальный канал и уретра). Проблема лечения обширных послеоперационных ран промежности у больных, перенесших АП и ГФ, актуальна и требует постоянного совершенствования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность применения новой методики (NPWT – Negative Pressure Wound Therapy). В лечении обширных, послеоперационных ран промежности у больных, перенесших АП и ГФ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами за весь период наблюдения с 1986 по 2014 гг. отслежено всего 435 пациента, перенесших АП и ГФ. Анализ клинических наблюдений основан на комплексном лечении и изучении результатов применения новой методики NPWT – (Negative Pressure Wound Therapy) у 49 пациентов, оперированных в отделении хирургии неотложной колопроктологии «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России. На базе ГКБ №15 им. О.М. Филатова, в период с 2010 по 2014 годы. У 38 пациентов диагностирован анаэробный парапроктит, 11 пациентов – с гангреной Фурнье. В 10 случаях выявлено распространение на соседние анатомические области, 6 случаев – на переднюю брюшную стенку, 4 случая – на внутреннюю поверхность бедер. У 7 пациентов распространение флегмоны на ягодичную область и спину. В большинстве случаев отмечалось сочетанное поражение – 45 пациентов. Средний возраст – 59,2±3,1 лет. В анализируемой группе 35 (71,4%) мужчин, 14 (28,6%) женщин. Средняя площадь раневых дефектов послеоперационных ран при планиметрическом измерении составляла более 1000 см². Эффективность оценки метода (NPWT – Negative Pressure Wound Therapy), проводилась с помощью методики транскутанного измерения кислорода тканей (Г ср O₂). Критерием завершения 1 этапа лечения было снижение микробной контаминации до 10⁴ кое, а цитологическая картина соответствовала фазе регенерации раневого процесса. Двукратное уменьшение сроков 1 фазы раневого процесса (4-6 сутки) у всех пациентов, стандартная методика (9-11 сутки) снижения сроков госпитализации, в среднем, на 7,3±3,2 дней.

ВЫВОДЫ

NPWT – уменьшает общее количество перевязок и этапных операций, снижает дискомфорт пациента и рабочую нагрузку на медицинский персонал.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

NPWT – эффективный метод лечения обширных послеоперационных ран промежности при анаэробном парапроктите и гангрене Фурнье.

МРТ В ДИАГНОСТИКЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ: ПОКАЗАНИЯ И ПРЕИМУЩЕСТВА В ОЦЕНКЕ

Елигулашвили Р.Р.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии
им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В определении тактики лечения свищей прямой кишки большое значение имеет анатомия свищевого хода, а именно расположение свищевого хода относительно волокон наружного сфинктера и расположение внутреннего свищевого отверстия, что позволяет хирургу наиболее верно выбрать тактику оперативного лечения. Основными инструментальными методами исследования в России на сегодняшний день считаются рентгенологическая фистулография и эндоректальное ультразвуковое исследование. Однако, высокий процент рецидивов заболевания стимулирует поиск новых методов диагностики свищей прямой кишки, одним из которых является магнитно-резонансная томография. Магнитно-резонансная томография не входит в стандартный алгоритм обследования пациентов со свищами прямой кишки, и возможности данного метода мало изучены в нашей стране.

ЦЕЛЬ

Определить возможности магнитно-резонансной томографии в диагностике свищей прямой кишки и определить оптимальный протокол сканирования. Определить чувствительность и специфичность метода, преимущества и недостатки перед другими инструментальными методами исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализирован мировой опыт в использовании магнитно-резонансной томографии в диагностике свищей прямой кишки за последние пять лет. Определены чувствительность и специфичность метода, а также выявлены наиболее перспективные и новые направления в использовании магнитно-резонансной томографии в диагностике свищей прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Чувствительность и специфичность магнитно-резонансной томографии в диагностике свищей прямой кишки, по данным мировой литературы, составили: 95,56% и 80%, соответственно для основного свищевого хода; 87,50% и 95,24%, соответственно для абсцессов. Была также продемонстрирована высокая чувствительность в визуализации вторичных свищевых ходов – 93,75%, подковообразных свищей – 87,5% и в определении точной локализации внутреннего свищевого отверстия – 95,83%. Ряд исследований убедительно показывает, что проведение магнитно-резонансной томографии у больных со свищами прямой кишки меняет тактику хирургов в 10-15% случаев и дает дополнительную информацию о болезни, по сравнению с другими исследованиями, в 21% случаев. Новым направлением в диагностике свищей прямой кишки является использование DWI (диффузионно-взвешенных изображений). Чувствительность диффузионно-взвешенных изображений в выявлении свищевых ходов составила 100% [95% CI: 90%-100%]. Кроме того, DWI оказался полезен (чувствительность 100%, специфичность 90%, положительная прогностическая ценность 93%, негативная прогностическая ценность 90%) в дифференциальной диагностике абсцессов и воспалительных инфильтратов в окружающих тканях.

ВЫВОДЫ

МРТ обеспечивает наглядное представление о ходе свища, о его соотношении со сфинктерным аппаратом прямой кишки и структурами таза, позволяет с высокой точностью диагностировать вторичные свищевые и абсцессы и влияет на выбор тактики хирургического лечения. Новые методики (DWI) позволяют не только выявить свищевые ходы, но и оценить степень активности воспалительного процесса в них. Таким образом, на сегодняшний день магнитно-резонансная томография может рассматриваться как метод выбора для диагностики свищей прямой кишки, благодаря своей высокой информативности и неинвазивности.

СПОСОБ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Жуков Б.Н., Разин А.Н.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный
медицинский университет», г. Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Хронический парапроктит с экстрасфинктерным расположе-

нием свищевого хода выявляется в 30-45%. Несмотря на то, что частота встречаемости данного вида свищей наименьшая (15-30%), их лечение остается довольно трудной и актуальной проблемой современной колопроктологии. Это обусловлено высокой частотой рецидивов заболевания, достигающей 30-78% от общего количества оперированных по поводу данной патологии, а так же недостаточностью анального сфинктера, развивающейся у 5-83% пациентов. Данные обстоятельства свидетельствуют об актуальности проблемы и заставляют специалистов искать оптимальную тактику лечения пациентов с рассматриваемой патологией, разрабатывать новые способы оперативной коррекции экстрасфинктерных параректальных свищей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты лечения пациентов с экстрасфинктерными параректальными свищами за счет применения нового способа пластической коррекции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты обследования и оперативно-го лечения 124 пациентов с экстрасфинктерными свищами прямой кишки. Проводилось клиническое и инструментальное обследование (ректороманоскопия, проба с витальным красителем, зондирование свищевого хода, сфинктерометрия, трансректальное ультразвуковое исследование тканей параректальной зоны и фистулография). Проктопластика с боковым смещением слизистоподслизистого лоскута прямой кишки выполнена в 50 (40,3%) наблюдениях (1 группа). Предложенный способ пластической коррекции, основанный на ликвидации внутреннего свищевого отверстия путем низведения и устойчивой фиксации слизистой оболочки прямой кишки непрерывным съёмным швом, осуществлен у 74 (59,7%) пациентов (2 группа). Оценка результатов оперативного лечения пациентов проведена в раннем (до 3 месяцев) и отдалённом (до 4 лет) послеоперационном периодах.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В раннем послеоперационном периоде кровотечение диагностировано: в 1 группе – в 3 (6,0%) наблюдениях, во 2-й данного осложнения не было. Нагноение операционной раны выявлено в 1 группе у 3 (6,0%), во 2 – у 3 (4,1%) пациентов. Минимальный средний период реабилитации отмечен во 2 группе и составил 28,1±2,0 дней (p<0,05). Анализ отдалённых результатов оперативного лечения (n=110) выявил рецидив заболевания в 1 группе у 6 (12,0%), во 2 – у 5 (8,3%) пациентов. Недостаточность анального сфинктера в 1 группе диагностирована у 1 (2,0%), во 2 группе – не выявлена. За хороший результат мы приняли отсутствие в отдалённые сроки наблюдения недостаточности анального сфинктера и рецидива свища, за удовлетворительный – недостаточность анального сфинктера 1 ст. при отсутствии рецидива свища, и неудовлетворительный результат – это рецидив свища и (или) недостаточность анального сфинктера 2 и более ст. Исходя из этого, хороший результат в 1 гр. составил 86,0% (43 пациента), во 2 – 91,7% (55 пациентов). Удовлетворительный: в 1 группе – 2% (1 пациент), во 2 – 0%. Неудовлетворительный результат в первой группе составил 12% (6 пациентов), во второй – 8,3 (5 пациентов).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный способ оперативного лечения пациентов с экстрасфинктерными параректальными свищами является патогенетически обоснованным и эффективным методом лечения. Преимуществами этого способа являются малая травматичность хирургического пособия, не приводящая к возникновению анальной недостаточности, небольшое количество рецидивов, сокращение сроков пребывания в стационаре и времени медицинской и социальной реабилитации пациентов.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ HAL – RAR В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Загрядский Е.А.

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

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

ЦЕЛЬ

Оценить отдаленные результаты лечения с использованием данной методики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С января 2007 г. по декабрь 2011 г., в Московском Медицинском центре «ОН КЛИНИК» проведено лечение 365 пациентов с хроническим геморроем II-IV стадий, включая мужчин 253 (69,3%) и женщин – 112 (30,7%). Возраст больных от 27 до 77 лет (в среднем, 43,4±9,4 года). Длительность заболевания от 2 до 20 лет (в среднем, 9,14±4,26 года). Ближайшие результаты лечения представлены в мульти-центровом исследовании, опубликованном в «European Surgery» в 2013 г. Исследование показывает, что методика хорошо переносится и может выполняться в условиях стационара «одного-дня». Оценка отдаленных результатов лечения получена на основании структурированного анкетного опроса и данных объективного обследования. Признаки недержания оценены по шкале Jorge J.M., Wexner S.D.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Отдаленные результаты лечения прослежены в срок через 52 (36-76) месяцев. Средний срок наблюдения – 52,07±18,1 (36-76) месяца. Через 24 месяцев после операции в общей группе пациентов с II-IV стадией геморроя отсутствие симптомов заболевания выявлено у 334 (91,5%) больных. II-20 (95,2%) стадии, III-244 (92,1%), IV-70 (88,6%). При анкетном опросе пациентов через 24 месяца, пролапс внутренних геморроидальных узлов, выявлен у 21 (7,9%) с III стадией геморроя и 9 (11,4%) больных IV стадии. Пролапс соответствовал второй стадии геморроя. Пролапс купирован склеротерапией у 18 (4,9%) больных и в 3 (0,8%) случаях выполнена повторная дезартеризация и мукопексия. После операции у 11 (3,1%) больных сохранились наружные геморроидальные узлы, что потребовало иссечения наружных геморроидальных узлов под местной анестезией. Через 48 месяцев после операции в общей группе пациентов с II-IV стадией геморроя отсутствие симптомов заболевания выявлено у 327 (89,6%) больных. II-20 (90,5%) стадии, III-244 (92,1%), IV-64 (81,0%). При обследовании пролапс выявлен у 21 (7,9%) случаях у больных с III стадией и 15 (19,0%) больных с IV стадией геморроя. Пролапс купирован проведением у 8 (2,2%) склерозирующей и флеботонической терапии. Увеличенные наружные узлы выявлены у 14 (3,8%) больных, у 9 (3,4%) – III и 5 (6,3%) – IV стадией. При оценке признаков недержания по шкале Jorge-Wexner ни один из наших пациентов не имел выше 3 баллов после операции. При сравнении клинических результатов лечения через 24 и 48 месяцев, не отмечается прогрессирования симптомов заболевания, имеющих статистическую значимость ($P>0,005$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией (HAL-RAR), является малоинвазивной альтернативой стандартному хирургическому лечению геморроидальной болезни II-IV стадии. Отдаленные результаты лечения свидетельствуют о высокой эффективности методики у пациентов с II-IV стадией геморроя.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ НА ФОНЕ ПРИЕМА МИКРОНИЗИРОВАННОЙ ОЧИЩЕННОЙ ФЛАВОИДНОЙ ФРАКЦИИ

Захарченко А.А., Галкин Е.В.,
Полевец К.О., Кузнецов М.Н., Попов А.В.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ»,
г. Красноярск, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить результаты дезартеризации внутренних геморроидальных узлов (ВГУ) по методикам: эндоваскулярной дезартеризации (ЭДЗА) и трансанальной дезартеризации (ТДЗА) HAL-RAR в сочетании с приемом микронизированной очищенной флавоидной фракции (МОФФ).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Анализируются результаты лечения 44 пациентов с I-IV стадиями хронического геморроя (ХГ). ЭДЗА ВГУ выполнили 21 пациенту: с ХГ I-III стадии (группа 1): I ст. – в 23,8% случаев, II ст. – в 61,9%, III ст. – в 14,3%. ТДЗА (HAL-RAR) – 23 больных с ХГ II-IV стадии (группа 2): II ст. – в 26,1% случаев, III ст. – в 60,9%, IV ст. – в 13,0%.

Все больные (вне зависимости от метода ДЗА) принимали МОФФ (Детралекс) по схеме: за 1 неделю до вмешательства –

1000 мг/день; в течение 7 дней после ДЗА – 2000 мг/день; далее, 2 недели – 1000 мг/день.

Клинические результаты оценены в течение 7 дней после вмешательства, через 1 месяц (ранний послеоперационный период) и 1 год (отдаленный период) у всех больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через 1 сутки после дезартеризации ВГУ в группах сравнения скорость внутритканевого кровотока в кавернозной ткани равнозначно уменьшалась почти в 2 раза ($p<0,05$).

Во 2 группе после трансанальной ДЗА (в течение 7 дней): слабый анальный болевой синдром – у 15 (65,2%) больных, умеренный – у 8 (34,8%). Мажущие геморрагии из АК – у 14 (60,9%). Серозно-гнойные выделения – у 11 (47,8%). Отек наружных геморроидальных узлов (НГУ) – у 3 (13,0%). Нарушение анальной чувствительности – у 2 (8,7%). Рефлекторная задержка мочи – у 1 (4,3%) пациента.

После эндоваскулярной ДЗА эти явления в принципе невозможны, что объясняемо отсутствием какой-либо инвазии со стороны анального канала.

Длительность госпитализации после ЭДЗА – 1,2±0,3 дня, после ТДЗА – 2,6±0,5 (в 2 раза короче). Сроки нетрудоспособности, соответственно – 5,3±0,7 и 16,4±2,3 дней (в 3 раза короче).

Отдаленный благоприятный результат в группе 1 – у 100% больных (рецидивов не зарегистрировано, НГУ – в виде «бахромок»). Во 2 группе: возврат кровотечений – у 1 (4,3%) пациента при III ст., эвагинация НГУ – у 3 (13,0%) больных при IV ст. Совокупные затраты на лечение 1 больного хроническим геморроем, включая стоимость Детралекса, методом ТДЗА в 2,2 больше, чем при проведении ЭДЗА.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЭДЗА и ТДЗА (HAL-RAR) являются патогенетически обоснованными, современными методами лечения больных хроническим геморроем, равнозначно приводят к снижению артериального притока к ВГУ в 2 раза и сопоставимы по эффективности.

Использование МОФФ (Детралекс) позволяет улучшить течение раннего послеоперационного периода, уменьшить продолжительность и выраженность анального болевого синдрома, кровоточивость и воспалительные явления после трансанальной ДЗА (HAL-RAR) и улучшить отдаленные результаты лечения, как после эндоваскулярной ДЗА, так и после трансанального вмешательства по технологии HAL-RAR.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРОЕМ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ

Ивануса С.Я., Житихин Е.В., Литвинов О.А., Игнатович И.Г.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(кафедра общей хирургии), г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Распространенность геморроя составляет 130-140 случаев на 1000 взрослого населения. Наиболее яркие клинические проявления и значительное снижение показателей качества жизни отмечаются у пациентов с III-IV стадией хронического геморроя.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить динамику показателей качества жизни пациентов хроническим геморроем III-IV стадии после различных вариантов хирургического лечения с использованием общего и специализированного опросника после операций на прямой кишке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 71 пациента с хроническим геморроем. Среди пациентов было 32 (45,1%) женщины и 39 (54,9%) мужчин в возрасте от 23 до 80 лет (средний возраст 50,4±13,3). У 49 (69,0%) больных диагностирована III стадия хронического геморроя, у 22 (31,0%) – IV стадия. Для проведения исследования больные были разделены на основную и контрольную группы. Основную группу составили 39 больных, перенесших геморроидэктомию в модификации клиники общей хирургии ВМедА, представляющей вариант геморроидэктомии по Уайтхэду. В контрольной группе было 32 больных, которым выполнена геморроидэктомия с использованием биполярного коагулятора LigaSure. В качестве инструментов исследования качества жизни (КЖ) использовались: опросник EQ-5D (EuroQOL Group) и специализированный опросник оценки качества жизни при операциях на прямой кишке (Помазкин В.И., 2010 г.). Исследование проводилось путем анкетирования пациентов до операции, через 1 и 3

месяца после хирургического вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Показатели КЖ по данным опросника EQ-5D через 1 месяц после геморроидэктомии по шкалам «тревога/депрессия» и «уход за собой» в основной группе были выше, чем в контрольной и составили 1,15±0,44 против 1,56±0,51 и 1,05±0,22 против 1,35±0,43, соответственно ($p < 0,05$). Более быстрое восстановление показателей КЖ через 1 месяц после геморроидэктомии, по данным специализированного опросника, в основной группе, в сравнении с контрольной, зарегистрировано по шкалам «нарушение эвакуаторной функции прямой кишки» – 80,7±15,4 против 68,7±13,3 ($p < 0,05$), «изменение образа жизни» – 79,9±12,2 против 75,1±13,4, «социальное функционирование» – 94,1±5,2 против 93,1±12,9. Через 3 месяца после операции, по данным опросника EQ-5D, в основной группе отмечалось восстановление показателя КЖ до нормальных величин по шкалам «тревога/депрессия», «уход за собой», «подвижность». EQ-5D-индекс в основной группе был выше чем в контрольной – 0,95±0,09 и 0,828±0,16 ($p < 0,05$). Показатели специализированного опросника по шкалам: «болевого синдром» – 96,8±6,4 и 91,9±5,7 ($p < 0,05$), «частота стула» – 100±0 и 97,0±4,4 ($p < 0,05$) и «нарушение эвакуаторной функции прямой кишки» – 91,1±8,3 и 80,9±11,4 ($p < 0,05$).

ВЫВОДЫ

Использование общего опросника EQ-5D и специализированного проктологического опросника (Помазкин В.И., 2010) позволяет объективно оценить динамику качества жизни пациентов после различных вариантов геморроидэктомии.

ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ «ПЕЛВИКС» В ХИРУРГИИ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА

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

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

Лечение тазового пролапса остается одной из нерешенных проблем гинекологии, урологии и колопроктологии. Доля женщин, страдающих данным заболеванием, достигает в различных странах 3-85%, составляя в России 15-30% (Шкарупа Д.Д., 2014). В постменопаузе на фоне эстрогенного дефицита частота пролапса тазовых органов достигает 50-78% и сочетается с недержанием мочи у 70,1%, нарушениями дефекации – у 36,5% и диспареунией – у 53,3% пациенток (Радзинский В.Е. с соавт., 2009; Mathlouthi N. et al., 2011; Trutnovsky G. et al., 2013). Существующие методы хирургической коррекции несовершенны, а эффективность применяемых методов становится предметом дискуссии. В связи с этим поиск оптимального метода хирургического лечения тазового пролапса является актуальным научным исследованием.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность лечения больных с тазовым пролапсом при применении сетчатых имплантов «Пелвикс».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В анализируемую группу включены 39 пациенток с тазовым пролапсом, оперированных в течение 2014 года в Центре колопроктологии Сургутской окружной клинической больницы. Для оперативной реконструкции тазового дна использован сетчатый имплантат «Пелвикс» («Линтекс», Россия). Поводом к проведению операции было изолированное ректоцеле у 24 (61,6%) больных, цистоцеле – у 7 (17,9%), сочетанного цисто- и ректоцеле – у 8 (20,5%) пациенток. Ведение больных в до- и послеоперационном периоде осуществлялось совместно гинекологом и колопроктологом. При выявляемом нарушении мочевого выделения к лечению больных привлекался уролог. При планировании оперативного вмешательства проводилось рутинное исследование: влагалищное обследование, проведение кашлевой пробы, специальные опросники.

Жалобы на чувство инородного тела предъявляла 31 (79,5%) пациентка, на дискомфорт внизу живота – 25 (64,1%). Нарушение мочевого выделения было выявлено у 20 (51,2%).

При этом: гипермобильный мочевого пузырь – у 5 (12,8%), смешанное недержание мочи – у 6 (15,4%), стрессовое – у 9 (23%). Нарушенная дефекация отмечена у большинства больных. Так, жалобы на затрудненную дефекацию предъявляла 31 (79,5%) больная, склонность к запорам – 28 (71,8%), необходимость пальцевого пособия при дефекации отмечено – у 19 (48,7%) пациенток. В анализируемой группе количество беременностей составило 6,3±2,8; родов – 2,4±0,9. Предшествующие гинекологические заболевания выявлены у 28 (71,8%) оперированных. Сопутствующие общесоматические заболевания отмечены у 31 (79,5%) больной. Хирургическое вмешательство проводилось в соответствии с авторской методикой (Шкарупа Д.Д., 2014). При цистоцеле имплантированы эндопротезы «Пелвикс» передний, при ректоцеле – «Пелвикс» задний, при сочетанном цисто- и ректоцеле одновременно установлены эндопротезы «Пелвикс» передний и задний.

Наблюдение за больными осуществляли в амбулаторных условиях с обязательным осмотром не реже 1 раза в неделю в течение 1 месяца, а затем, через 3, 6 и 12 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Осложнения оперативного вмешательства отмечены у 4 (10,3%) оперированных: у 3 (8,1%) – повреждение мочевого пузыря и у 1 (2,6%) – большой образовался инфильтрат промежности. Коррекцию стрессового недержания мочи провели 3 (7,7%) пациенткам в срок 3 и 4 месяца после первичного хирургического вмешательства.

Сроки наблюдения составили от 1 до 12 месяцев. Оценка результатов проводилась в амбулаторных условиях: рутинное обследование и опросники. Результаты операции были оценены как отличные у 29 (74,4%) больных, удовлетворительные – у 8 (20,5%), неудовлетворительные – у 2 (5,1%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ эффективности лечения больных с тазовым пролапсом при применении сетчатых имплантов «Пелвикс» позволяет дать высокую оценку метода, сочетающего высокую эффективность и достаточную безопасность.

ДЕФЕКОГРАФИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ

Иманова С.С.

Азербайджанский Медицинский
Университет, г. Баку, Азербайджан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Дефекография или эвакуаторная проктография – это современный динамический рентгенологический метод оценки состояния прямой кишки и тазового дна. Данный метод диагностики позволяет выявить такие патологии, как ректоцеле, энтероцеле, ректальный пролапс, анисмус (диссинергия аноректального рефлекса), мегаректум, синдром опущения тазового дна, недостаточность анального сфинктера. Основной жалобой этих заболеваний является нарушение дефекации, в частности, запоры. Одной из самых частых причин обращения больного к врачу при заболеваниях желудочно-кишечного тракта являются запоры.

ЦЕЛЬ

Проведение дефекографии и определение роли данного метода у больных с нарушением акта дефекации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью диагностики с 2011 года до февраля 2015 года на кафедре I хирургических болезней Азербайджанского Медицинского Университета 98 женщин прошли обследование. Основной жалобой больных было нарушение акта дефекации (запоры, чувство дискомфорта в анальной области, недержание кала и др.) Для определения критериев нормальной дефекации 15 женщин так же прошли дефекографию, которые составили контрольную группу. У этих женщин не было жалоб по поводу акта дефекации. Все 98 женщин прошли дефекографию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 68 (96,4%) больных выявили ректоцеле (II-III степени), у 5 (5,1%) – внутреннюю инвагинацию, у 15 (15,3%) – пролапс прямой кишки, у 6 (6,1%) – энтероцеле, у 4 (4,1%) – анисмус. Во время дефекографии определяется величина аноректального угла, степень опущения тазового дна, объём анального канала во время и после дефекации. Дефекография играет ведущую роль в диагностике и определении степени ректоцеле, внутренней инвагинации, пролапса прямой кишки, энтероцеле.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Запор является одной из главных жалоб при патологиях аноректальной области в нашей стране, особенно среди женщин. Дефекография является необходимым методом определения этиологии данного заболевания. Также лёгкость проведения данного метода и его дешевизна является важным показателем для диагностики запора.

ВАРИАНТЫ ЭНДОРЕКТАЛЬНОЙ ПРОКТОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ

Кузьминов А.М., Зароднюк И.В., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ

Улучшение результатов лечения больных, страдающих ректоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С использованием циркулярной эндоректальной проктопластики оперировано 152 женщин с ректоцеле 2-3 степени.

Как самостоятельный метод лечения, эндоректальная проктопластика по методике Лонго, применена у 118 пациенток с ректоцеле в возрасте 31 до 68 лет: 2-я степень ректоцеле диагностирована у 95 (80,5%) из них, 3 степень – у 23 (19,5%). У 34 больных в возрасте 52,5±2,4 года, с ректоцеле 3 степени операция Лонго дополнена пластикой ректовагинальной перегородки аллотрансплантатом.

Сроки наблюдения за пациентками составили от 1 месяца до 7 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

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

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

У всех 34 больных с ректоцеле 3 степени, оперированных комбинированным методом, т. е. дополнением операции Лонго пластикой ректовагинальной перегородки аллотрансплантатом, уже через 1 месяц наступила нормализация опорожнения прямой кишки, не требующая ручного пособия при дефекации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

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

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

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ МЕТОДОМ СЕГМЕНТАРНОЙ ПРОКТОПЛАСТИКИ

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

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Хирургическое лечение экстрасфинктерных свищей остается актуальной проблемой в связи с частыми рецидивами заболевания (4,7-33,0% больных) и развитием анальной инконтиненции (5-83%).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены отдаленные результаты в лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки методом сегментарной проктопла-

стики в период с 2006 по 2014 гг. с применением сегментарной проктопластики. Оперировано 188 пациентов с экстрасфинктерными свищами прямой кишки (1-4 степени сложности), криптоглангулярного происхождения, за исключением случаев с наличием остро воспалительного процесса в околопрямокишечной клетчатке или выраженного рубцового процесса распространяющегося более чем на 1/3 окружности анального канала. Средний возраст больных составляет 44,6±11,8 лет. Были включены 138 (73,4%) мужчин и 37 (26,6%) женщин. У 16 (8,5%) пациентов была рецидивирующая форма свища.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В раннем послеоперационном периоде у 4 (2,1%) больных возникла ретракция низведенного лоскута, что потребовало проведения лигатуры, с последующей ликвидацией свища лигатурным методом. Отдаленные результаты лечения прослежены у 78 (41,5%) пациентов, рецидив заболевания выявлен у 7 (8,9%) пациентов в сроки от 3 месяцев до 4,5 лет. Результаты лечения были классифицированы как: хорошие – при отсутствии свища и недостаточности анального сфинктера, удовлетворительные – при отсутствии свища с явлениями недостаточности анального сфинктера 1 степени, неудовлетворительные – рецидив свища или II-III степень недостаточности анального сфинктера. Хорошие результаты лечения достигнуты у 60 (76,9%) пациентов, удовлетворительные – у 10 (12,8%) пациентов и неудовлетворительные – у 8 (10,3%) пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ

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

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ

Улучшение результатов лечения больных геморроем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Циркулярная резекция слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки циркулярным степлером PPH-03 выполнена у 219 больных геморроем 2-4 стадий. Возраст пациентов от 27 до 71 года.

Сроки наблюдения после операции составили от 1 месяца до 10 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех оперированных непосредственно сразу после вмешательства отмечено исчезновение симптомов заболевания, независимо от стадии геморроя.

На 5-7 день после операции к привычной трудовой деятельности приступило 187 (87,4%) человек.

При лазерной доплеровской флоуметрии отмечена нормализация показателей микроциркуляции и сосудистого тонуса, по сравнению с исходными величинами, при стабильном показателе индекса эффективности микроциркуляции.

При проктографии после операции отмечено уменьшение в размерах визуализируемых теней, исходящих из анального канала и являющихся отображением внутренних геморроидальных узлов, вследствие блокады конечных ветвей верхней прямокишечной артерии.

Слизисто-подслизистый анастомоз проходим и эластичен, в 89% случаев располагается на 2,5-3 см выше зубчатой линии.

В отдаленные сроки после операции в 8 (3,6%) случаях возникло выпадение внутренних геморроидальных узлов, расцененное, как рецидив заболевания.

На выделение крови при дефекации предъявляли жалобы 12 (5,5%) пациентов. В связи с этим, 4 (1,8%) пациентам произведена геморроидэктомия по Миллигану-Моргану, 9 (4,1%) больным выполнена склеротерапия и в 7 (3,2%) случаях выполнено латексное лигирование увеличенных внутренних геморроидальных узлов.

У 21 (9,6%) человека сохранились увеличенные наружные геморроидальные узлы, создававшие косметических дискомфорта, что потребовало их иссечения.

У 1 (0,5%) больного развилась компенсированная стриктура нижнеампулярного отдела прямой кишки без нарушения кишечной проходимости, связанная с идиосинкразией на металлические скрепки. Проведена консервативная терапия с положительным эффектом, хирургического вмешательства не потребовалось.

ВЫВОДЫ

Таким образом, накопленный опыт свидетельствует о патогенетической обоснованности и эффективности циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки при лечении 2-4 стадий геморроя.

МОДИФИЦИРОВАННАЯ САКРОКОЛЬПОПЕКСИЯ КАК СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОГО ВЫПАДЕНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Братищева Н.Н., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Кривчикова А.П., Бабанин А.В., Рыбасова Н.П.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема оперативного лечения опущения органов малого таза и тазового дна у женщин, которая является актуальной ввиду большого количества рецидивов и неудовлетворительных функциональных результатов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение анатомических и функциональных результатов комплексного хирургического лечения сочетанного выпадения прямой кишки и матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Наблюдалось 17 женщин с полным выпадением прямой кишки и матки и ректоцеле (IV степень по POP-Q). У всех больных данной группы имелось опущение промежности и недостаточность сфинктера заднего прохода. У 8 больных отмечалось недержание мочи при напряжении I-III степени, у остальных 9 больных имело место, затрудненное мочеиспускание. Всем больным произведена внутрибрюшная сакрокольпопексия с укреплением передней и задней стенок влагалища на большом протяжении, практически до промежности с укреплением передней стенки прямой кишки этой же полосчатой сетки. Для коррекции недержания мочи при напряжении или профилактики его развития в послеоперационном периоде выполняли кольпосспензию по Vurch. Средний возраст больных составил 68,9±6,7 лет. Результаты лечения оценивались по следующим критериям: частота воспалительных осложнений, эрозий и гранулем, развитие диспареунии в послеоперационном периоде, анатомическая коррекция проляпса и функциональных нарушений по данным УЗИ, МРТ, дефекографии, функциональных исследований с использованием аппарата Poligraf ID.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Существенных интраоперационных осложнений не отмечено ни у одной больной. Гнойно-воспалительные осложнения, которые удалось купировать консервативными мероприятиями, отмечены у 3 больных. Анатомической коррекции проляпса удалось достичь у всех пациенток. Аноректальная граница поднялась по отношению к лонокопчиковой линии, в среднем, на 1,9±0,8 см. Проктогенный запор ликвидирован у 14 больных. Аноректальный угол уменьшился на 7,1±1,4 в покое и на 16,9±2,8 – при натуживании, сократилась длительность натуживания, уменьшилось количество оставшегося контраста после освобождения прямой кишки от бария (с 22,2±1,6% до операции до 15,3±0,9% после операции) и увеличилась скорость его эвакуации (с 17,6±1,3 г/сек. до операции и до 7,8±0,8 г/сек. после операции). 13 из 17 больных удалось вытолкнуть баллон объемом 150 мл без чрезмерного напряжения. По результатам аноректального функционального теста отмечена частичная нормализация остаточного внутрипросветного давления, амплитуды и длительности ректоанального ингибиторного рефлекса: амплитуда его составила 27,7±2,3 мм рт. ст. и 23,4±3,2 мм рт. ст. (P<0,05) до и после операции, соответственно, длительность ректоанального ингибиторного рефлекса 18,4±3,4 сек. до операции и 8,2±1,9 сек. после операции (P<0,001). Отмечено постепенное улучшение функции держания, что подтверждается повышением давления при аноректальной манометрии в области наружного сфинктера

с 26,3±3,6 мм рт. ст. до операции, до 32,1±3,2 мм рт. ст. после операции (P<0,05) и в области внутреннего сфинктера с 38,6±4,9 мм рт. ст. до операции, до 48,6±2,9 мм рт. ст. после операции (P<0,05). Отмечено снижение латентного периода срамного нерва с 3,2±0,4 мсек. до 2,6±0,3 мсек. (P>0,05), что связано с прекращением его перерастяжения.

ВЫВОДЫ

Модифицированная сакрокольпопексия с использованием синтетических имплантов, выделением и фиксацией стенок влагалища на большом протяжении с одновременной фиксацией прямой кишки позволяет максимально устранить все имеющиеся анатомические дефекты при сочетанном тазовом проляпсе и улучшить функциональные результаты лечения этой категории больных.

САКРОКОЛЬПОПЕКСИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Братищева Н.Н., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Кривчикова А.П., Пустовгар Е.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Классические методы коррекции ректоцеле, такие как кольпопексия, леваторопластика, а также укрепление ректовагинальной перегородки различными имплантатами не позволяют достичь коррекции положения промежности у пациенток с ее опущением. Использование сетчатых имплантов больших размеров позволяет добиться коррекции положения промежности, в связи с созданием неофасции, однако связано с большим количеством ранних и поздних осложнений послеоперационного периода.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности внутрибрюшной сакрокольпопексии в лечении больных ректоцеле на фоне опущения промежности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основную группу составили 52 пациентки, которым по поводу ректоцеле III степени на фоне опущения промежности выполнена внутрибрюшная сакрокольпопексия. Особенность метода заключалась в выделении задней стенки влагалища вплоть до прикрепления мышщ-леваторов. Для фиксации влагалища и шейки матки к крестцу использовалась проленовая сетка Gynecare Soft. Для оценки результатов лечения, помимо клинических методов, использовались УЗИ, МРТ, дефекография, функциональные исследования тазового дна с использованием компьютерной системы Poligraf ID.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Интраоперационных осложнений не отмечено ни у одной больной. Величина кровопотери, в среднем, составила 268,7±21,3 мл, что связано с выделением влагалища на большом протяжении. У всех больных послеоперационный период протекал без осложнений. У большинства больных достигнуты положительные анатомические и функциональные результаты, что подтверждено объективными данными. Проведенные через 6-12 месяцев после операции УЗИ, МРТ, дефекография показали коррекцию ректоцеле и положения промежности у всех больных: аноректальная граница поднялась по отношению к лонокопчиковой линии, в среднем, на 2,4±0,6 см. Симптом обструктивной дефекации ликвидирован у 34 больных. Аноректальный угол уменьшился на 6,2±1,3 в покое и на 18,1±3,9 при натуживании. У всех больных отмечено уменьшение времени натуживания, процента оставшегося контраста после освобождения прямой кишки от бария: с 23,1±1,5% до операции до 16,2±0,8% после операции и увеличение скорости его эвакуации: с 18,1±1,4 г/сек. до операции и до 7,3±0,9 г/сек. после операции. 37 больным удалось вытолкнуть баллон объемом 150 мл без чрезмерного напряжения. Отмечена частичная нормализация остаточного внутрипросветного давления, амплитуды и длительности ректоанального ингибиторного рефлекса: амплитуда его составила 27,7±2,3 мм рт. ст. и 23,4±3,2 мм рт. ст. (P<0,05) до и после операции, соответственно, длительность ректоанального ингибиторного рефлекса 17,2±3,1 сек. до операции и 6,7±1,7 сек. после операции (P<0,001). Отмечено постепенное улучшение функции держания в обеих группах, что подтверждается повышением давления при аноректальной манометрии в области наружного сфинктера с 27,7±3,2 мм рт. ст.

фортранс®

Двухэтапная схема ПЭГ 4000 (2л + 2л) — мировой стандарт подготовки¹, обеспечивающий качественную очистку кишечника и хорошую переносимость^{2,3}



**КАЧЕСТВЕННАЯ
ОЧИСТКА КИШЕЧНИКА²**



**ХОРОШАЯ
ПЕРЕНОСИМОСТЬ³**

Советы для улучшения процесса подготовки препаратом Фортранс®:⁴



Прием Фортранса рекомендуется закончить не позднее, чем за 3–4 часа до начала исследования⁵



Для улучшения вкуса можно добавить в раствор сок цитрусовых без мякоти



Желательно пить охлажденным



Во время приема Фортранса рекомендуется ходить, выполнять круговые движения корпусом и легкий массаж передней брюшной стенки



Рег. уд. П №014306/01 от 17.08.07

Имеются противопоказания. Необходимо ознакомиться с инструкцией. Информация по препарату предоставляется специалисту в соответствии с п.4 ст.74 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» для ознакомления о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов. Если Вы хотите сообщить о нежелательных явлениях, жалобе на качество или у Вас возник вопрос по применению препаратов компании «Ипсен Фарма», передайте информацию своему лечащему врачу или в регуляторные органы или в Московское представительство компании «Ипсен Фарма» 109147, г. Москва, ул. Таганская 19, тел: +7(8) 495 258 54 00, факс: +7(8) 495 258 54 01. Во внерабочие часы круглосуточные телефоны: 8(916) 999 30 28 (для приёма сообщений о нежелательных явлениях); 8(800) 700 40 25 (служба медицинской информации для специалистов здравоохранения).

 **IPSEN**
Innovation for patient care

1. Johnson DA, Barkun AN, Cohen LB, et al. Optimizing Adequacy of Bowel Cleansing for Colonoscopy: Recommendations From the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology. 2014 Oct;147(4):903-24.; Hassan C, Bretthauer M, Kaminski MF, et al. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. Endoscopy. 2013;45(2):142-50.; Mathus-Vliegen E, et al. Consensus guidelines for the use of bowel preparation prior to colonic diagnostic procedures: colonoscopy and small bowel video capsule endoscopy. Curr Med Res Opin. 2013 Aug;29(8):931-45.
2. Enestvedt BK, Tofani C, Laine LA, Tierney A, Fennerty MB. 4-Liter split-dose polyethylene glycol is superior to other bowel preparations, based on systematic review and meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012 Nov;10(11):1225-31.
3. Kilgore TW, Abdinoor AA, Szary NM, et al. Bowel preparation with split-dose polyethylene glycol before colonoscopy: a meta-analysis of randomized controlled trials. Gastrointest Endosc. 2011 Jun;73(6):1240-5.
4. Веселов В.В., Никифоров П.А., Федоров Е.Д. «Клинические рекомендации по подготовке к эндоскопическому исследованию толстой кишки». М. 2011.
5. Seo EH, Kim TO, Park MJ, et al. Optimal preparation-to-colonoscopy interval in splitdose PEG bowel preparation determines satisfactory bowel preparation quality: an observational. Gastrointest Endosc. 2012 Mar;75(3):583-90.

RUS.FTR.03022015

НОВЫЙ АНГИОДИН-ПРОКТО

КОМПЛЕКС ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ I-IV СТАДИЙ
ПОД КОНТРОЛЕМ ДОППЛЕРОГРАФИИ

- **Новый проктоскоп LDL-2** со встроенным доплеровским датчиком, уникально расположенным проксимальнее лигатурного окна, и **режим цветowego доплеровского картирования** в сочетании с традиционным непрерывно-волновым методом локации позволяют безошибочно локализовать геморроидальную артерию и контролировать процесс шовного лигирования.

- **Увеличенный размер операционного окна и диаметр проктоскопа**, рассчитанные на пролабирование только геморроидального узла, исключают попадание большого количества слизистой и под уверенным визуальным контролем позволяют более точно провести как мукопексию, так и другие манипуляции, например, субмукозную лазерную деструкцию.

- **Оригинальный встроенный светодиодный осветитель** и единый тонкий соединительный кабель проктоскопа существенно облегчают проведение манипуляций.



- **Двухпорная зона фиксации иглодержателя** уменьшает риск травмировать иглой слизистую оболочку при наложении шва.
- **Управление основными режимами работы** комплекса с помощью 4-х педального ножного переключателя.
- **Классическая схема-циферблат** расположения геморроидальных артерий с отметками о проведенных дезартеризациях может быть распечатана на термопринтере.



БИОСС
МЕДИЦИНСКИЕ СИСТЕМЫ

ЗАО «НПФ «БИОСС»
г. Москва, г. Зеленоград,
Сосновая аллея, д. 6а, стр. 1
Тел.: +7 (495) 276 27 90 / 91/ 92
Факс: +7 (495) 276 27 93

info@bioss.ru
www.bioss.ru

до операции до $34,3 \pm 2,4$ мм рт. ст. после операции ($P < 0,05$) и в области внутреннего сфинктера с $42,2 \pm 6,0$ мм рт. ст. до операции, до $48,6 \pm 2,9$ мм рт. ст. после операции ($P < 0,05$).

ВЫВОДЫ

Внутрибрюшная сакрокольпопексия с выделением и фиксацией задней стенки влагалища позволяет ликвидировать ректоцеле и достичь нормализации положения тазового дна, а также улучшить функцию опорожнения и держания кишечного содержимого у больных с синдромом опущения промежности.

ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НОРМАЛЬНОГО АНАЛЬНОГО ДЕРЖАНИЯ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилов Д.А., Наумов А.В.

Белгородская областная клиническая больница
Святителя Иоасафа, г. Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Качественное лечение больных с анальным недержанием возможно только при глубоком изучении физиологических характеристик, отражающих параметры нормального анального держания, а также в изучении патофизиологических закономерностей реабилитации функции анального держания.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение клинических особенностей и патофизиологических закономерностей восстановления функции анального держания у пациентов с анальной инконтиненцией после онкоколопроктологических операций.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В Белгородской областной клинической больнице Святителя Иоасафа в период с 2003 по 2014 годы включительно для изучения механизмов восстановления функции анального держания в исследование включено 128 пациентов с признаками анальной инконтиненции, которые ранее перенесли операцию по поводу рака среднеампулярного отдела прямой кишки. Доказательной базой послужили исследование, проводившиеся на аппарате «Polygraf ID» фирмы «Medtronic» по методике аноректального функционального теста, включающего в себя аноректальную манометрию, профилометрию анального сфинктера и электромиографию сфинктерного аппарата прямой кишки и мышц тазового дна, с изучением сократительной, рефлекторной, накопительной, эвакуаторной и сенсорной функций сфинктерного аппарата и прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании полученных результатов и при проведении их сравнительного анализа следует отметить, что восстановление функции анального держания представляет из себя цепь последовательных этапов, замыкающихся в единый цикл, который объясняет, каким образом происходит восстановление нормального держания кишечного содержимого.

А именно: продолжительное волевое сокращение наружного сфинктера приводит к последующему сокращению внутреннего сфинктера, как составная часть нормального акта дефекации. Улучшение тонической активности внутреннего сфинктера приводит к последующей реабилитации рефлекторной функции, а именно, формированию нормального колоанального ингибиторного рефлекса. При возникновении которого включается комплекс приспособительных и компенсаторных механизмов со стороны кишки, в именно, происходит улучшение её накопительной функции с формированием нормальных субъективных порогов чувствительности кишки к наполнению. Улучшение чувствительности кишки к наполнению приводит к возникновению своевременных позывов к дефекации с последующей адекватной, сократительной, ответной реакцией наружного сфинктера прямой кишки – цикл замыкается. Следует отметить особое значение в данном процессе функциональной активности внутреннего сфинктера, который выполняет связующую роль для согласованной работы прямой кишки и сфинктерного аппарата.

ВЫВОДЫ

Механизм восстановления функции анального держания представляет из себя замкнутый цикл. При выпадении каково-либо из звеньев данного процесса добиться хороших результатов лечения анального недержания практически невозможно. Для согласованной работы прямой кишки и сфинктерного аппарата необходимым и обязательным условием является анатомическая целостность и функциональная активность внутреннего сфинктера. По нашему мнению, именно внутрен-

ний сфинктер является связующим звеном между анальным и кишечным компонентами держания.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Линченко В.И., Кораблина С.С., Гобеджишвили В.В., Байчоров Х.М.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В структуре колопроктологической патологии парапроктит занимает 2-е место после геморроя. После радикального вскрытия острого парапроктита у 8-10% больных возникают рецидивы заболевания, свищи прямой кишки, у 4-7% – недостаточность анального сфинктера.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Путем дифференцированного подхода к выбору метода операции улучшить результаты лечения больных острым парапроктитом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с 2006 по 2013 гг. в клинике лечился 191 больной острым парапроктитом: 112 – с подкожным, 60 – с ишиоректальным, 19 – с пельвиоректальным. При обследовании больных применялись клинические методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Выбор метода операции зависел от распространенности воспалительного, рубцового процесса в окружающих гнойник тканях, стенке прямой кишки и расположения первичного гнойного хода к волокнам сфинктера.

У 103 больных острым подкожным и 12 пациентов с острым ишиоректальным парапроктитом первичный гнойный ход располагался интрасфинктерно. Этим больным выполнена операция – вскрытие, дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты и гнойного хода в просвет прямой кишки. У 9 больных с острым подкожным, 40 пациентов с острым ишиоректальным, 2-х больных острым пельвиоректальным парапроктитом первичная «фистула» располагалась трансфинктерно. Экстрасфинктерное расположение первичного гнойного хода наблюдалось у 8 больных острым ишиоректальным и 17 пациентов острым пельвиоректальным парапроктитом.

При невыраженном рубцовом процессе в слизистой прямой кишки и внутреннего отверстия у 38 больных острым ишиоректальным и 13 пациентов острым пельвиоректальным парапроктитом с трансфинктерным и экстрасфинктерным расположением первичной фистулы хирургическое лечение выполнялось в 2 этапа. Первым этапом вскрывали параректальный абсцесс, затем через 5-6 дней устраняли внутреннее отверстие путем перемещения слизистой прямой кишки по типу операции Джад-Робле при свищах прямой кишки.

При выраженном рубцовом процессе в слизистой прямой кишки и окружающих ее тканях у 7 больных с трансфинктерном расположении первичной фистулы: у 6 острым ишиоректальным и 1 пельвиоректальным парапроктитом – выполнена операция вскрытия парапроктита в просвет прямой кишки с иссечением первичного гнойного хода и пораженной крипты. У 7 пациентов с экстрасфинктерным расположением первичной «фистулы»: у 3 больных с острым ишиоректальным и 4 пациентов с острым пельвиоректальным парапроктитом – внутреннее отверстие устраняли лигатурным методом.

Отдаленные результаты прослежены у 178 (93,2%) больных. У 3 (1,6%) пациентов после операции типа Джад-Робле возник свищ прямой кишки. У 4 (2,1%) пациентов, оперированных лигатурным методом, наблюдали недостаточность анального сфинктера I степени.

ВЫВОД

Дифференцированный подход к выбору метода операции у больных острым парапроктитом позволил значительно улучшить результаты лечения.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ИЗБЫТОЧНОГО РУБЦЕОБРАЗОВАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Линченко В.И., Кораблина С.С., Гобеджишвили В.В., Байчоров Х.М.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

У больных после операций по поводу эпителиального копчикового хода (ЭКХ) нередко формируются патологические рубцы, вызывая явления дискомфорта. В настоящее время нет работ, направленных на прогнозирование развития патологического рубцеобразования после операций по поводу ЭКХ и предупреждение его развития.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом путем оптимизации лечебно-диагностической тактики.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены 127 пациентов ЭКХ. Обследование больных ЭКХ включало изучение топографо-анатомических параметров ягодично-крестцово-копчиковой области, зондирование и прокрашивание свищевых ходов, рентгенологическое исследование крестца и копчика, фистулографию. С целью выявления предрасположенности к патологическому рубцеобразованию использовался диагностический алгоритм, разработанный сотрудниками кафедры общей хирургии СтГМУ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Быстрый тип ацетилирования установлен у 91 (71,7%) пациента с активностью N-ацетилтрансферазы – $7,1 \pm 0,23\%$, медленный – у 36 (28,3%) с активностью N-ацетилтрансферазы – $48,3,1 \pm 3,51\%$. У 51 (56,1%) больного с быстрым типом ацетилирования выявлено в совокупности 97 факторов риска развития избыточного рубцевания: заболевания желудочно-кишечного тракта встречались в 3,5 раза; аллергия – в 4,8 раза; аутоиммунные заболевания – в 4 раз чаще, чем в группе больных с медленным типом ацетилирования. У 40 (43,9%) пациентов с высокой ацетилирующей активностью факторов риска развития избыточного рубцеобразования выявлено не было, что свидетельствовало об отсутствии у них склонности к его развитию. У 36 пациентов с медленным типом имелось только 24 фактора риска развития избыточного рубцеобразования. По результатам проведенного обследования была сформирована группа риска по развитию избыточного рубцеобразования, включающая 51 пациента ЭКХ, которым показана противорубцовая терапия в послеоперационном периоде. Радикальное хирургическое пособие у пациентов ЭКХ включало его иссечение в пределах здоровых тканей вместе со свищевыми ходами. Закрытие послеоперационной раны осуществляли с учетом распространенности воспалительного процесса и высоты стояния ягодиц с использованием интрадермального шва. У 51 (56,1%) пациента со склонностью к избыточному рубцеобразованию, в послеоперационном периоде проводили противорубцовую терапию, которая включала: в/м введение 1 раз в 4 дня Лонгидазы № 10; местно с 8 суток мазь Эгаллохит на фоне системной десенсибилизирующей терапии; ультрафонофорез геля Контратубекс (при наступлении эпителизации) № 10; электрофорез Карипазима 350 ПЕ из раствора – № 10 (после геля Контратубекс), лазеротерапию с 14 суток № 5. Изучение динамики аутоантителообразования к антигенному рубцовому комплексу с использованием диагностической магнимоносорбентной тест-системы показало, что по мере увеличения сроков послеоперационного периода, характерно пропорциональное снижение количества реакций с низким титром антител. Это свидетельствует о положительном эффекте проводимого противорубцового лечения. При применении комплексного метода лечения у 51 пациента удалось добиться заживления послеоперационных ран мягким, эластическим рубцом в 47 (92,2%) случаях.

ВЫВОД

Предложенная лечебно-диагностическая тактика позволяет предупреждать развитие избыточного рубцеобразования после операций по поводу ЭКХ.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ КОПЧИКОВЫМ ХОДОМ С ВЫСОКИМ СТОЯНИЕМ ЯГОДИЦ

Лаврешин П.М., Муравьев А.В., Гобеджишвили В.К., Линченко В.И., Кораблина С.С., Гобеджишвили В.В., Байчоров Х.М.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Несмотря на большое количество исследований, посвященных изучаемой патологии, у 13-24% больных возникают послеоперационные осложнения, которые являются одним из критериев качества лечебной работы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым (ЭКХ) ходом путем оптимизации лечебной тактики и методик операций.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пролежено 55 пациентов с ЭКХ, имевших высокую конфигурацию ягодиц: 28 (50,9%) больных – традиционными методами (контрольная группа), и 27 (49,1%) пациентов – с применением дифференцированного подхода (основная группа). Больных с ЭКХ в стадии хронического воспаления было 33 (60%), ремиссии 14 (25,5%) и без воспаления – 8 (14,5%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Радикальное хирургическое пособие включало иссечение ЭКХ в пределах здоровых тканей вместе со свищевыми ходами. Закрытие образовавшего дефекта осуществляли у двух групп больных разными способами. В группе пациентов, леченных традиционными методами, 5 (3,8%) пациентов с ЭКХ в стадии ремиссии и 23 (16,2%) больных – в стадии хронического воспаления) для закрытия ран применяли кожную пластику на питающей ножке смещенным лоскутом. У 19 (15%) пациентов основной группы, имевших высокую конфигурацию ягодиц, в стадиях без воспаления и ремиссии рану, образовавшуюся после иссечения ЭКХ в пределах здоровых тканей, ушивали по нашей методике № 1.

Техника операции. После иссечения ЭКХ, первичных и вторичных свищей подкожную клетчатку на 2/3 глубины раны ушивали узловыми швами синтетической рассасывающейся нитью; затем концами нитей узла накладывался интрадермальный шов на кожный край, после чего нити связываются между собой, низводя кожные края раны внутрь. Эта манипуляция повторяется с нитями всех узловых швов, образуя межъягодичную складку. Такая операция выполнена больным с высокой конфигурацией ягодиц: 4 (3,2%) пациентам без клинических проявлений и 15 (11,8%) – в стадии ремиссии. У 8 (6,3%) пациентов с высокой конфигурацией ягодиц в стадии хронического воспаления после иссечения ЭКХ в пределах здоровых тканей ушивание раны осуществляли по нашей методике № 2: подкожная клетчатка на 2/3 глубины раны ушивается двойной синтетической рассасывающейся нитью, завязываются узловые швы; затем концами первой нити с обеих сторон внутрикожно захватываются края раны, которые низводятся и фиксируются к дну частично ушитой раны путем связывания первой нити с концами второй нити. Эта манипуляция повторяется с нитями всех узловых швов, что позволяет сформировать межъягодичную складку и дорожку в виде узкой полоски, шириной до 0,5 см, обеспечивающей адекватный отток раневого отделяемого. У больных, которым применен дифференцированный подход к лечению, показатели заметно лучше: снижено количество рецидивов с 7,1% до 3,7%; явлений дискомфорта в крестцово-копчиковой области с 17,9% до 7,4%. Количество больных со стойким выздоровлением увеличилось с 89,3% до 96,3%.

ВЫВОД

Дифференцированный подход к выбору метода операции у больных ЭКХ позволил значительно улучшить результаты лечения.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ, ПО МАТЕРИАЛАМ ОТДЕЛЕНИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИИ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Ляхин А.В., Ляхин А.А.

Липецкая областная клиническая больница, г. Липецк, Россия

Геморрой – одно из наиболее распространенных человеческих страданий и наиболее частая причина обращений к врачу-

колопроктологу.

Проведен ретроспективный анализ лечения геморроя по материалам отделения колопроктологии ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница» за период 2003-2013 гг.

В кабинете колопроктолога за этот период был принят 9801 пациент с диагнозом геморрой, в структуре всех принятых доля пациентов с геморроем, в среднем, составила 19,7%.

За этот период в отделении колопроктологии выполнено 1638 операций.

Предпочтение отдавалось геморроидэктомии по Миллигану-Моргану – 89% (1483 операции), в том числе, и с использованием ультразвукового скальпеля – 1%.

Операция Лонго выполнена 5 пациентам.

Латексное лигирование – 81 (5%) пациентов.

Инфракрасная фотокоагуляция (ИФК) – 59 (4%) пациентов.

В конце 2013 года, с приобретением оборудования, приступили к операциям доплерографической дезартеризации геморроидальных узлов – 10 (0,6%) операций.

Летальных исходов не было.

Послеоперационные осложнения отмечены в 16 (0,9%) случаях:

Кровотечения из места оперативного вмешательства – 12 (0,7%).

Острая задержка мочи, потребовавшая длительной катетеризации и лечения у уролога – 4 (0,2%). В то же время следует отметить, что дизурические явления, а также затруднение мочеиспускания после операции, потребовавшие однократной катетеризации для эвакуации мочи, наблюдались почти у 25% больных.

Инфекционных осложнений не отмечено.

Минимально инвазивные вмешательства (латексное лигирование, ИФК) выполнялись пациентам с тяжелой сопутствующей патологией и высоким операционным и анестезиологическим риском.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Считаем, что в условиях специализированных отделений, геморроидэктомия по Миллигану-Моргану в различных модификациях, обладает наибольшим радикализмом, минимальным процентом осложнений и наиболее привлекательна по соотношению экономических затрат к качеству предоставляемой услуги.

ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПОД ДОПЛЕР-КОНТРОЛЕМ И МУКОПЕКСИЕЙ СЛИЗИСТОЙ КАК МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЙ ГЕМОРОЯ

Лебедев Н.Н., Шихметов А.Н., Воротницкий С.И.,
Рязанов Н.В., Крищанович О.С.

Частное Медицинское учреждение Поликлиника
ОАО Газпром, г. Москва, Россия

Заболевание «геморрой» является проблемной патологией в хирургии, о чем свидетельствует появление разных методик лечения, как результат технологического прогресса в медицине. Заболеваемость составляет 118-120 человек на 1000 населения (Стойко Ю.М. с соавт., 2008). По отдельным данным, распространенность патологии достигает 15% (Крячко А.А. с соавт., 2005). Удельный вес геморроя в структуре колопроктологических заболеваний составляет 34-41%.

Лечение геморроидальной болезни. Спектр методов лечения широк. Выделяют, условно, три группы лечебных мероприятий:

1. Консервативная терапия (оздоровительно-гигиенические мероприятия, медикаментозное лечение).
2. Инструментальные методы (склеротерапия, коагуляция, криотерапия, лигирование латексными кольцами).
3. Хирургическое лечение (операция Миллигана-Моргана, операция Лонго, дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под доплер-контролем и мукопексией слизистой, эндоваскулярная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов – эмболизация ветвей ВПА).

В настоящее время все большее развитие и применение получают малоинвазивные методы лечения геморроя, применимые в амбулаторных условиях. Эти эффективные и малотравматичные методы используются для лечения геморроя I-IV стадии.

В поликлинике ОАО Газпром методом выбора для лечения геморроя стала дезартеризация внутренних геморроидаль-

ных узлов под доплер-контролем и мукопексией слизистой. Использовалось оборудование компании АМИ.

HAL-RAR – это минимальноинвазивная, органосохраняющая технология хирургического лечения геморроидальной болезни разных стадий. Основной ее принцип – дезартеризация геморроидальных узлов под контролем доплер-датчика с последующей мукопексией и лифтингом слизистой.

Первоначально технология HAL была разработана в 1995 г. доктором Мориной в Японии. Начиная с 2000 года, австрийская компания А.М.И. внедряет методику и оборудование для HAL во всем мире.

В конце 2005 г. метод был дополнен технологией RAR («ректо-анальный ремонт»), методикой «лифтинга», т. е. подтяжки узлов.

Метод HAL особенно эффективен для II и III стадии геморроя. Вместе с методом лифтинга RAR он используется для III и IV стадии геморроя.

Технология HAL-RAR один из наиболее эффективных и малоинвазивных способов лечения геморроя. Процедура HAL-RAR занимает 20-40 минут и может быть выполнена с различными видами анестезии. Большинство пациентов испытывает только незначительный дискомфорт после процедуры.

Преимущества методики: 1. Пациент возвращается к трудовой деятельности обычно через 1-2 дня. 2. Органосохраняющая операция. 3. Может быть проведена амбулаторно в стационаре одного дня. 4. Быстрое восстановление трудоспособности. 5. Минимальный болевой синдром. 6. Возможно использование различных видов анестезии. 7. Риск развития послеоперационных кровотечений намного ниже, чем при использовании других методов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В Поликлинике ОАО Газпром за период с 2009 по 2014 гг. специалистами поликлиники выполнено 123 операции.

Распределение по стадиям: 1 стадия – 8, 2 стадия – 81, 3 стадия – 34 пациента.

Распределение по возрасту: 20-30 лет – 11, 30-40 лет – 38, 40-50 лет – 44, 50-60 лет – 23, 60-70 лет – 7 пациентов.

Распределение по полу выявляет большую распространенность заболевания среди женщин: женщины – 71, мужчины – 52 человека.

Распределение по методикам среди пациентов: только дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под доплер-контролем у 31 пациента, сочетание с мукопексией слизистой – 92 пациента. В 21 случае, изолированные наружные геморроидальные узлы были удалены аппаратом Гармоник, что несколько увеличило послеоперационный болевой синдром.

Отдаленные результаты лечения признаны удовлетворительными. Рецидив клиники заболевания, не требующий повторной операции, и скорректированный консервативной терапией возник у 8 человек. Рецидив заболевания, требующий повторной операции, возник у 6 человек. Им повторно успешно была проведена та же методика. У одного пациента (3 стадией) потребовалась геморроидэктомия. Рецидивы заболевания отмечены у пациентов с 3 стадией заболевания. И одно осложнение, ранее не описанное в литературе – острый гнойный ишиоректальный парапроктит.

Мужчина, 39 лет, оперирован по поводу геморроя 2 стадии. В предоперационном периоде противопоказаний или особенностей не выявлено. Однако имелись ранее эпизоды гипертермии на проведение проводниковой анестезии при стоматологических манипуляциях.

Оперативное лечение – дезартеризация с мукопексией слизистой, проводилось под спинальной анестезией, плюс местное введение 2% раствора нарпина 40,0 мл. Интраоперационно вводились антибактериальные препараты широкого спектра действия. Через 6 часов после операции у пациента развилась гипертермия до 39°C. Ситуация расценена как аналогичная гиперэргическая реакция, в данном случае, на введение нарпина, возникавшая у него ранее. После введения литической смеси гипертермия снизилась до 37,5-38°C. Пациент выписан на амбулаторное лечение. Однако в последующие 2 дня гипертермия до 38,5-39°C в течении суток сохранялась. Осматривалась зона операции, со стороны тканей явных патологических изменений не выявлено. На 3 сутки в общем анализе крови стал нарастать лейкоцитоз до 12 тысяч, появился сдвиг лейкоцитарной формулы. У пациента сохранялась слабость. При комплексном осмотре и обследовании (анализы крови и мочи, УЗИ брюшной полости и почек, КТ брюшной полости), осмотра зоны лигатур, у пациента заподозрен парапроктит и в экстренном порядке он госпитализи-

зирован в стационар. При проведении консилиума врачами отделения и лечащими врачами диагностировано выбухание стенки кишки в просвет. Выполнено в экстренном порядке оперативное лечение-вскрытие и дренирование гнойника параректально на промежности, получено до 20 мл гноя без запаха. При посеве – смешанная флора. В послеоперационном периоде, на фоне общей и местной терапии, воспалительные явления и гипертермия купированы. Рана зажила вторичным натяжением без ущерба результата первой операции. Ситуация подробно обсуждена на всех этапах и расценена нами как осложнение дезартеризации. В литературе описания подобных осложнений не было.

Осложнения в виде задержки мочи наблюдалось у 4-х пациентов с сопутствующей патологией – аденомой простаты 1-2 ст. в старшей возрастной группе. После выведения мочи катетером данное состояние купировано. У остальных пациентов послеоперационный период протекал спокойно. Болевой синдром по ВАШ составил, в среднем, 6 баллов в первые сутки (что потребовало применения анестетиков), со снижением до 3 баллов за неделю. Результаты лечения пациентов данным методом признаны удовлетворительными.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Методика – дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под доплер-контролем и, в некоторых случаях, муксепсией слизистой признана методом выбора в лечении хронического геморроя 1-3 стадии и удовлетворяющей требованиям амбулаторной хирургии. Данная методика может быть использована как опытными хирургами высокой квалификации, так и молодыми специалистами, прошедшими обучение по данной программе. Метод зарекомендовал себя как успешный и будет далее применяться специалистами Поликлиники ОАО Газпром.

НОВЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ III-IV СТАДИИ

Литвинов О.А., Ивануса С.Я.,
Житихин Е.В., Игнатович И.Г., Суворов А.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(кафедра общей хирургии), г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний в развитых индустриальных странах, им страдает более 10% взрослого населения планеты. Многообразие применяемых методов хирургического лечения больных с III-IV стадией хронического геморроя и сохраняющийся высокий уровень послеоперационных осложнений, заставляют искать пути совершенствования хирургического лечения хронического геморроя III-IV стадии, с целью повышения радикализма операции и улучшения качества жизни пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение функциональных результатов хирургического лечения больных хроническим геморроем III-IV стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2012 г. нами разработана и внедрена в клиническую практику модификация геморроидэктомии по Уайтхэду (Walter Whitehead, 1882 г.). Особенности операции заключались в выполнении билатеральных полукружных разрезов по аноктанной складке. Разрез выполняли пошагово по 1,0 см, обеспечивая адекватный гемостаз с использованием монополярной электрокоагуляции. По ходу выделения и низведения слизисто-подслизистого лоскута осуществлялась деструкция кавернозной ткани с использованием монополярного электрокоагулятора в режиме «spray»-коагуляции. По достижении верхней границы внутреннего геморроидального узла, избыточная слизистая анального канала с кавернозными телцами отсекалась монополярным электрокоагулятором с чередованием режима коагуляции и резки. Отсечение избыточной слизистой оболочки с кавернозной тканью выполняли поэтапно, небольшими порциями, и фиксировали слизистую оболочку к перianальной коже без натяжения узловыми швами. Для профилактики развития стриктуры анального канала, мы считаем целесообразным оставление кожно-слизистых мостиков шириной 1,0-1,5 см на 6 и 12 часах условного циферблата. Изучены результаты лечения 47 пациентов с хроническим геморроем. Среди пациентов было 26 (55,3%) мужчин и 21 (44,7%) женщина в возрасте от 27 до 80 лет (средний возраст 50,4±13,3). У 29 больных (61,7%) диагностирована III стадия хронического геморроя, у 18 (38,3%) – IV стадия.

В раннем послеоперационном периоде проведена оценка болевого синдрома с использованием 10-балльной ВАШ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Интенсивность болевого синдрома по 10-балльной ВАШ после операции составила 4,6±0,3 балла в 1-е сутки с постепенным снижением к 3-м суткам до 3,0±0,2 балла. Уровень боли после первой дефекации был 3,2±0,3 балла. В раннем послеоперационном периоде зарегистрировано 4 (8,5%) осложнения. У 2 (4,3%) пациентов мужского пола в первые сутки отмечались дизурические расстройства в виде задержки мочи, потребовавшие однократной катетеризации мочевого пузыря. У 1 пациента на 7 сутки после операции развилось ректальное кровотечение, причиной которого явился локальный разрыв слизистой анального канала. У 1 пациентки старшей возрастной группы отмечались явления временной анальной инконтиненции, которые самостоятельно разрешились к 7 суткам. В отдаленном периоде зарегистрировано 2 (4,3%) осложнения – стриктура анального канала, в одном случае потребовавшая выполнения оперативного вмешательства, в другом случае разрешившаяся на фоне консервативной терапии. Случаев рецидива заболевания не было. У 96,9% пациентов после операции получены хорошие и удовлетворительные результаты лечения (критерии Акимжановой И.Ю. с соавт., 1999 г.).

ВЫВОДЫ

Внедренная в клиническую практику геморроидэктомия по Уайтхэду в модификации клиники общей хирургии ВМедА позволяет улучшить функциональные результаты лечения хронического комбинированного геморроя III-IV стадии.

ВЛИЯНИЕ МЕТОДА МАЛОИНВАЗИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРРОЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА

Лядов К.В., Ермаков Н.А., Егупов С.А., Кешелашвили Л.В.

ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр»
Минздравсоцразвития, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Если пациент с хроническим внутренним геморроем не получает адекватной медицинской помощи по поводу данного заболевания, качество его жизни прогрессивно снижается. Меняется психика пациента, и в этом случае даже говорят о «геморроидальном характере» (замкнутость, раздражительность и т. п.). В последние годы особое внимание уделяется влиянию метода лечения того или иного заболевания на качество жизни пациента.

ЦЕЛЬ

Исследование влияния выбора метода малоинвазивного хирургического лечения внутреннего геморроя на качество жизни пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациенты были обследованы при помощи опросника Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS SF-36, США, 1992). До операции и через 12 месяцев после проведенного хирургического лечения. До операции опрошены все пациенты, включенные в исследование. Через год после вмешательства таким способом были опрошены 46 пациентов, перенесших прошивание дистальных ветвей ВПА под ДК в сочетании с вакуумным пережатием внутренних ГУ латексными кольцами (I группа), 53 пациента, которым было выполнено вакуумное пережатие внутренних геморроидальных узлов (II группа) и 59 пациентов после изолированной дезартеризации внутренних ГУ под ДК.

РЕЗУЛЬТАТЫ

До операции не было выявлено статистически значимых различий по всем показателям качества жизни среди исследуемых групп пациентов ($p > 0,05$). После лечения физический статус – физическая активность (PF), роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (RF) и боль (B) изменились. Показатель (PF) в I группе составил 69,7±5,1; во II группе – 63,9±4,6 и в III группе – 52,1±4,9. Показатель RF у пациентов I группы оказался достоверно выше, чем у больных II ($p < 0,01$) и III ($p < 0,001$) групп. При изучении степени ограничения жизнедеятельности в I группе уровень показателя ролевого функционирования (RP) составил 69,7±5,1, во II группе – 55,9±3,3; в III группе – 49,2±4,6. Установлено, что показатель RP у пациентов I группы был достоверно выше, чем у больных II ($p < 0,05$) и III ($p < 0,01$) групп. Показатель физической боли (P) в I группе составил 73,6±5,4; во II группе – 56,2±4,9; в III груп-

пе – 54,2±4,1. Таким образом, болевые ощущения у пациентов I группы мешали нормальному функционированию организма достоверно реже, чем пациентам II группы ($p < 0,05$), а также пациентам III группы ($p < 0,01$). Психологический статус, согласно опроснику SF-36, оценивался тремя показателями: социальной активностью (SF), ограничением жизнедеятельности вследствие эмоциональных проблем (RE) и психическим здоровьем (MH). SF в I группе составил 60,2±5,3; во II группе – 47,3±3,6; в III группе – 39,3±4,3. Таким образом, у пациентов I группы социальная активность достоверно выше, чем у людей, входящих во II группу ($p < 0,05$) и III-группу ($p < 0,01$). Показатели эмоционального функционирования (RE), психического здоровья (MH), общего здоровья (GH), и жизнеспособности (VT) – во II и III группах также оказались достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем у пациентов I группы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, через год после операции качество жизни у пациентов, перенесших комбинированное малоинвазивное вмешательство – дезартеризацию внутренних геморроидальных узлов под ДК с их вакуумным пережатием латексными кольцами, было достоверно выше, чем у больных при изолированном применении указанных методов.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРРОЯ

Лядов К.В., Ермаков Н.А., Егулов С.А., Кешелашвили Л.В.

ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр»
Минздравсоцразвития, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Хирургическое лечение большинства больных геморроем в развитых странах основывается на использовании малоинвазивных методик. Однако оценка непосредственных и отдаленных результатов лечения не дает оснований для оптимизма – неудовлетворительные результаты фиксируются в 20-50% наблюдений, при этом рецидивы заболевания после хирургического лечения развиваются у 8-25% пациентов (Ильканич А.Я., 2009; Васильев С.В., 2011; Захараш М.П., 2012; Neiger A., 2012; Corgmann M. et al., 2013). Таким образом, проблема совершенствования малоинвазивных методик хирургического лечения геморроя остается актуальной.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты лечения пациентов с хроническим внутренним геморроем за счет одновременного применения патогенетически обоснованных малотравматичных хирургических методов: дезартеризации внутренних геморроидальных узлов под доплерометрическим контролем и пережатия их латексными кольцами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ходе исследования был проведен анализ результатов лечения 180 пациентов с хроническим внутренним геморроем II-III стадий: I группа – 60 пациентов, которым проведена комбинированная операция дезартеризации внутренних геморроидальных узлов под доплерометрическим контролем + вакуумное лигирование ВГУ латексными кольцами; II группа – 60 больных, которым выполнено изолированное вакуумное лигирование ВГУ латексными кольцами; III группа – 60 человек, которым проведена дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под доплерометрическим контролем. Изучен спектр осложнений, ближайшие и отдаленные результаты, а также функциональное состояние сфинктерного аппарата прямой кишки до и после лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнительный анализ частоты развития осложнений после изолированного и комбинированного лечения хронического внутреннего геморроя показал достоверно лучшие результаты у пациентов I группы ($p < 0,05$), не выявлено существенных различий по частоте послеоперационных осложнений между II и III группами пациентов, а также по суммарной потере трудоспособности между всеми клиническими группами пациентов. При анализе непосредственных результатов лечения пациентов со II стадией заболевания достоверно ($p < 0,05$) лучшие результаты получены у пациентов I группы, в которой доля хороших результатов составила 98,2%. Во II группе хорошие результаты получены в 86,2% наблюдений, в III группе – у 88,8% пациентов. При анализе результатов лечения пациентов с III стадией заболевания, лучшие результаты отмечены также среди пациентов I группы, они были расценены как «хорошие» в 81,8% наблюдений. Среди пациентов II группы

данный показатель составил лишь 66,6%, а в III группе – 64,2%. Установлено, что как изолированное, так и комбинированное применение малоинвазивных методов хирургического лечения хронического внутреннего геморроя не оказывает отрицательного влияния на функциональные способности сфинктерного аппарата прямой кишки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, прошивание геморроидальных артерий под ДК, и вакуумное пережатие геморроидальных узлов латексными кольцами, являются достаточно эффективными методиками лечения хронического внутреннего геморроя II, а при необходимости и III стадии. В то же время достоверно лучшие результаты лечения получены при комбинированном применении указанных методик.

ОПЫТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ВЫБОРУ СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Масленников С.В.¹; Масленникова Е.А.¹, Масленников В.С.²

¹ ФКУЗ «МСЧ МВД России по Ростовской области»,

² МБУЗ «ЦРБ Целинского района Ростовской области», г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Распространенность геморроя составляет 140-160 человек на 1000 взрослого населения (Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. 2011).

ЦЕЛЬ

Улучшение результатов лечения хронического геморроя в зависимости от стадии заболевания и особенностей кровоснабжения геморроидальных узлов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С февраля 2014 г. по февраль 2015 г. проведено лечение 118 пациентов в возрасте от 18 до 78 лет, страдающих хроническим геморроем. Средний возраст составил 48 лет. Пациенты были распределены по стадиям заболевания: I ст. – 18%; II ст. – 41%; III ст. – 27%; IV ст. – 14%.

При диагностической ультразвуковой доплерометрии, выполняемой при помощи стержневого ультразвукового датчика аппарата «Ангиодин-Прокто» фирмы «Биосс», было установлено, что у 48% пациентов кровоснабжение внутренних геморроидальных узлов осуществляется 3-4 ветвями геморроидальных артерий, у 32% – пятью ветвями, у 12% – 6-ю, у 8% – выявлено 7 и более терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии.

При выявлении методом доплерографии от 3 до 5 конечных ветвей верхней прямокишечной артерии при I стадии (13%) – проводили шовное лигирование определяемых артериальных ветвей; при II стадии (28%) – шовное лигирование дополнялось склерозированием кавернозной ткани; при выпадающих, требующих вправления, узлах (III стадия) (44%) – дезартеризация дополнялась лифтингом геморроидальных узлов. При IV стадии заболевания (13%), если ей соответствовали один-два геморроидальных узла, комбинировали хирургический и малоинвазивный методы: удаляли выпадающие узлы по Фергюсону, а для лечения менее измененных внутренних геморроидальных узлов одновременно применяли трансанальную дезартеризацию, при необходимости, с лифтингом. При соответствии IV стадии всех геморроидальных узлов (2%) выполнялась геморроидэктомия по Миллигану-Моргану.

В случае выявления 6 и более ветвей верхней прямокишечной артерии (20% больных), как правило, не определялись четкие границы между внутренними геморроидальными узлами. При данном типе кровоснабжения при I (6%) и II стадии (8%) также применялась трансанальная дезартеризация, при необходимости, с лифтингом выпадающих геморроидальных узлов. При этом лигировали не более 3-4 артерий, над которыми определялся более интенсивный шум, и дополнительно, склерозировали участки кавернозной ткани с менее выраженной пульсацией сосудов. При III (3%) и IV (3%) стадиях геморроя с данным типом кровоснабжения выполняли операцию Лонго.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты оценивались через 30 дней по выраженности геморроидальных кровотечений и степени выпадения узлов. Через месяц у 97% пациентов не отмечалось выделений крови, периодически следы крови отмечали 3% больных II стадии геморроя из группы с шестью и более геморроидальными артериями. Всем этим пациентам был выполнено повторное склерозирование геморроя с положительным результатом. Выпадение геморроидальных узлов прекратилось у 98% боль-

ных с разными типами кровоснабжения. Сохранение выпаде- ных без потребности в ручном пособии (улучшение) отмечено у 2% больных с III стадией геморроя из группы с 3-5 артерия- ми, пролеченных с применением лифтинга геморроидальной ткани.

ВЫВОДЫ

Дифференцированный подход к выбору способа лечения хро- нического геморроя является патогенетически обоснованным и позволяет достичь хороших результатов у 98-100% паци- ентов.

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРОЯ II-III СТАДИИ, ОСЛОЖНЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Мирзоев Л.А., Грошилин В.С., Черкасов М.Ф., Вагнер Д.О.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одним из наиболее частых и опасных осложнений геморрои- дальной болезни является кровотечение. При наличии данно- го осложнения частота выполнения геморроидэктомии значи- тельно не снижается, и лишь в отдельных ситуациях приме- няются малоинвазивные технологии, как изолированно, так и комбинации методик. Учитывая расширенный в последние годы выбор малоинвазивных методов в арсенале проктолога, наиболее актуальной представляется необходимость обосно- вания выбора конкретного метода, для достижения стабиль- ных результатов, снижения удельного веса осложнений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты применения малоинвазивных методов лечения хронического геморроя II-III стадии, осложненного кровотечением и разработать критерии выбора способа лече- ния, включая использование комбинированных методик.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены результаты лечения 67 пациен- тов с II-III стадией хронического геморроя, осложненного кровотечением. Структура операций включала: склерозиро- вание геморроидальных узлов выполнено 17 (25,4%) пациен- там (максимальные размеры узлов менее 2,0 см); 22 (32,8%) пациентам проведена ультразвуковая кавитация со склеро- зированием (размеры узлов от 2,0 до 2,5 см); 28 (41,8%) паци- ентам – доплероконтролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов со склерозированием, и при необ- ходимости – лифтингом слизистой (избыточной подвижно- сти узлов размерами более 2,5 см). Операции проводились с использованием 3% раствора этоксисклерола. В предше- ственном периоде подготовка включала: стандартное лабо- раторное обследование, эндоскопию толстой кишки, осмотр гастроэнтеролога и назначение флеботоников на весь период лечения. Осмотр в динамике, мониторинг состояния больных и оценка локального статуса проводилась на 3,7,14,30 сутки послеоперационного периода.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенный анализ показал возможность улучшения результатов лечения за счет индивидуального подхода к опре- делению показаний и выбора способа операции. У 61 (91%) пациента достигнут хороший результат ввиду значительного уменьшения или купирования кровотечений. У 12 пациентов отмечался умеренный болевой синдром в раннем послеопера- ционном периоде, который купирован приемом НПВС на 3-5 сутки. В 6 (9%) случаях отмечился рецидив кровотечения. В их числе были 3 пациента после проведения склерозирования, 2 – после УЗ-кавитации со склерозированием, 1 больной – после дезартеризации со склерозированием.

У 4-х больных, в связи с неэффективностью малоинвазив- ных методов, выполнено традиционное оперативное лече- ние (геморроидэктомия), 2-м пациентам проведено повторное склерозирование (размеры узлов до 2,0 см).

ВЫВОДЫ

1. Применение малоинвазивных методов лечения геморроя II-III стадии, осложненного кровотечением, показало эффек- тивность при индивидуальном подходе, правильной оценке локального статуса.

2. При неэффективности и рецидивах кровотечения и при IV стадии болезни показана геморроидэктомия. Однако, склеро- терапия может быть эффективным этапом подготовки к ради- кальной геморроидэктомии.

3. При первичных кровотечениях и их рецидивах в отсутствие комплексной фармакотерапии, при размерах узлов от 2,0 см наиболее эффективно применение УЗ-кавитации в дополне- ние к склерозированию.

4. При узлах размером свыше 2,5 см, либо при выраженных профузных кровотечениях применение дезартеризации со склерозированием более эффективно. В подобной ситуации при избыточной подвижности узлов, дополнение методики лифтингом слизистой позволяет стабилизировать клиниче- ские результаты.

ПОСТЛУЧЕВЫЕ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫЕ СВИЦЫ

Мудров А.А., Титов А.Ю., Костарев И.В.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии
им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным разных авторов, после проведения лучевой тера- пии у пациентов с различными злокачественными заболева- ниями органов таза в 2-17% случаев развиваются осложне- ния, связанные с поражением органов желудочно-кишечного тракта. Не менее чем в 2% наблюдений от этого числа ослож- нением лучевой терапии является формирование патологиче- ского соустья между прямой кишкой и влагалищем.

ЦЕЛЬ

Оптимизация результатов лечения постлучевых ректоваги- нальных свищей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С декабря 2001 по январь 2013 гг. в нашем центре на обсле- довании и лечении находилось 13 женщин с постлучевыми ректовагинальными свищами. Всем пациенткам была про- ведена лучевая терапия по поводу рака шейки матки в сроки от 2 до 404 месяцев до появления клинических признаков патологического соустья между прямой кишкой и влагалищем (ср. 50,5 мес.). Возраст больных колебался от 24 до 71 лет (ср., 51,1 лет), СОД – 51-138 Гр (ср., 92,3 Гр). У четырех пациен- ток (30,8%) также отмечалось сочетанное лучевое поражение мочевого пузыря.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Одной пациентке (7,7%) с низкой локализацией свищевого отверстия в прямой кишке и влагалище выполнено иссечение свища, сфинктеролеваторопластика. В одном наблюдении (7,7%) выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с формированием колоанального анастомоза. В одном случае (7,7%) – операция Гартмана. На фоне отключения пассажа кишечного содержимого у 2 (15,4%) пациенток, перенесших пластику местными тканями и брюшно-анальную резекцию прямой кишки, свищ был ликвидирован, анальная дефе- кация восстановлена через 4 и 6 месяцев, соответственно. В 10 (76,9%) наблюдениях единственно возможной операцией для ликвидации выделения кала через влагалище явилась проксимальная колостомия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение стандартных пластических операций, приме- няющихся для ликвидации патологического соустья между прямой кишкой и влагалищем, в большинстве случаев невоз- можно у пациенток с постлучевыми ректовагинальными сви- щами, что связано с выраженным лучевым поражением окру- жающих тканей. В связи с этим, единственно возможным видом хирургического лечения у этой категории пациенток является формирование постоянной колостомы.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ: НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Мудров А.А., Титов А.Ю., Костарев И.В.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии
им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Для ликвидации ректовагинальных свищей предложено более 100 различных методов хирургических пособий. Однако результаты лечения этой болезни остаются неудовлетвори- тельными – рецидив болезни отмечается у 20-70% опериро- ванных.

ЦЕЛЬ

Улучшение результатов лечения ректовагинальных свищей высокого уровня.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2012-2014 гг. в ГНЦК разработаны и внедрены два новых способа хирургического лечения ректовагинальных свищей.

1. Ликвидация ректовагинального свища с низведением расщепленного ректовагинального лоскута (разработан и внедрен в 2012 году). С августа 2012 по сентябрь 2014 гг. предложенным методом оперировано 36 пациенток. Возраст больных колебался от 21 до 44 лет (ср., 29,5 лет). Период наблюдения составил от 5 до 21 месяца (ср., 15,7 мес.). В 19 наблюдениях имелись ректовагинальные свищи высокого уровня (свищевое отверстие в нижнеампулярном отделе прямой кишки), в 17 случаев – низкие свищи (свищевое отверстие – на уровне или ниже зубчатой линии). У пациенток с высокими ректовагинальными свищами для отклонения пассажа кишечного содержимого в зоне операции формировалась двустольная колостома.

2. Ликвидация ректовагинального свища инвагинационным методом (разработан и внедрен в 2014 году). С мая по декабрь 2014 г. предложенным методом оперировано 8 пациенток. Возраст больных колебался от 26 до 54 лет (ср., 36,6 лет). Период наблюдения составил от 2 до 9 месяцев (ср., 5,4 мес.). Во всех наблюдениях имелись высокие ректовагинальные свищи (свищевое отверстие в прямой кишке располагалось на расстоянии от 1 до 5 см выше верхней границы анального канала). Превентивная колостома для хирургического излечения не накладывалась.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После операции с низведением расщепленного ректовагинального лоскута, выздоровления удалось добиться у 14 пациенток с низкими ректовагинальными свищами на фоне сохраненной анальной дефекации (возврат заболевания в 3 (17,6%) наблюдениях). Рецидив заболевания у пациенток, оперированных по поводу ректовагинального свища высокого уровня с применением расщепленного лоскута, возник в жизни 2 (10,5%) наблюдениях. В 17 случаях на фоне отводящей стомы свищ был ликвидирован, анальная дефекация восстановлена в сроки от 2 до 4 месяцев.

Применение инвагинационного метода позволило ликвидировать свищ у 6 пациенток без отклонения пассажа кишечного содержимого по ЖКТ. Рецидив болезни отмечен в двух (25,0%) случаях. При этом в 1 наблюдении пациентка страдала болезнью Крона, в другом – диаметр свищевое отверстие превышал 1 см.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ предварительных результатов применения новых методов показал:

1. Применение инвагинационного метода для ликвидации ректовагинальных свищей высокого уровня возможно без формирования превентивной колостомы;
2. При использовании инвагинационного метода высота расположения свищевое отверстия в прямой кишке не имеет принципиального значения (зависит лишь от возможностей оперирующего хирурга), но диаметр свищевое отверстие не должен превышать 2L (где L – толщина ректовагинальной перегородки в парасвищевой области).
3. При ликвидации свища расщепленным ректовагинальным лоскутом проксимальный край дефекта ректовагинальной перегородки не должен располагаться выше чем 2,0 см от зубчатой линии.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ АНАЛЬНЫМИ ТРЕЩИНАМИ

Муравьев А.В., Галстян А.Ш.

ГБОУ ВПО «СтГМУ» МЗ РФ, г. Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Хронические анальные трещины являются одной из «самых болезненных» тем проктологии. Актуальность вопроса лечения хронических анальных трещин обусловлена высокой частотой встречаемости данной патологии и значительным снижением качества жизни.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнить качество жизни пациентов с хронической анальной трещиной при лечении классическим способом и с использованием радиоволнового скальпеля.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования стали больные с диагнозом хроническая трещина прямой кишки, проходившие лечение в ГБУЗ №2 г. Ставрополя. Структура исследования: проведено параллельное исследование по принципу многоэтапности. Методы

исследования: аналитический, клинический, клинико-эпидемиологический, проектирования процессов, статистические, инструментальные, лабораторные, социологический.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 24 пациентов выполнено иссечение хронической трещины прямой кишки классическим способом, у 25 – радиоволновым скальпелем. В дооперационном периоде у пациентов обеих групп определено качество жизни пациентов посредством модифицированного опросника SF 36. Качество жизни пациентов обеих групп было достоверно ниже, чем в общей популяции. В послеоперационном периоде нами проводилось динамическое наблюдение с оценкой качества жизни и болевого синдрома по опроснику ВАШ в контрольных точках. На 2-е сутки после операции у пациентов после классического лечения болевой синдром составил 8 баллов по ВАШ, с использованием радиоволнового скальпеля 3 балла. На 7-е сутки после операции болевой синдром составил 2,5 балла в обеих группах. Оценка качества жизни проводилась через 1 месяц после операции.

ВЫВОДЫ

Качество жизни пациентов после лечения радиоволновым скальпелем в ближайшем послеоперационном периоде достоверно выше ($p < 0,05$), чем у пациентов после классического хирургического лечения за счет менее выраженного болевого синдрома. Через 1 месяц после операции качество жизни пациентов обеих групп – без статистически значимых отличий.

СПОСОБЫ ЗАКРЫТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ АКТИНОМИКОЗА КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

Муравьев А.В., Журавель Р.В.

ГБОУ ВПО «СтГМУ» МЗ РФ,

ГБУЗ СК «ГКБ №2», г. Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Актиномикоз – хроническое специфическое инфекционное заболевание, характеризующееся поражением различных органов и тканей с образованием плотных инфильтратов и свищей. В настоящее время актиномикоз составляет примерно 6,0-7,5% среди больных с воспалительными заболеваниями параректальной и ягодичной областей. За период с 1996 по 2013 годы в краевом колопроктологическом отделении г. Ставрополя находились на лечении 60 больных актиномикозом крестцово-копчиковой и периаанальной областей. По распространенности заболевания было ограниченным (в пределах одной анатомической зоны) у 76% больных и распространенным (две и более зон) у 24% больных.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов лечения больных актиномикозом периаанальной и крестцово-копчиковой областей путем применения методов кожной пластики при закрытии послеоперационных ран.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Хирургическое вмешательство при актиномикозе данных областей заключается в иссечении свищей и инфильтратов в пределах здоровых тканей. Поэтому при распространенных формах заболевания после иссечения образуются обширные раны, которые невозможно закрыть без применения кожной пластики. Для максимального сохранения кожного покрова мы используем метод тоннелизации при иссечении свищей. Для закрытия обширных ран мы применяем следующие виды операций: пластика кожи по Лимбергу, пластика встречными кожными лоскутами, пластика свободным расщепленным кожным лоскутом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пластика кожи различной модификации выполнена всем 14 больным с распространенной формой актиномикоза. Осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 2 больных в виде нагноения послеоперационной раны. Нагноение возникло вследствие образования гематом в области перемещенных лоскутов. После пластики свободным расщепленным кожным лоскутом осложнений не наблюдалось.

ВЫВОДЫ

Применение различных методов кожной пластики для закрытия обширных ран при операциях по поводу актиномикоза крестцово-копчиковой и периаанальной областей позволяет существенно сократить сроки нетрудоспособности больных и улучшить качество жизни пациентов.

ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СТРИКТУР ПРЯМОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ГЕМОРРОЯ

Муравьев А.В., Лысенко О.В.

ГБОУ ВПО «СтГМУ» МЗ РФ, ГБУЗ СК «ГКБ №2» г. Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Частота выявления рубцовых анальных стенозов после оперативных вмешательств не имеет тенденции к снижению и колеблется в пределах 1,7-9% от всех больных, оперированных по поводу заболеваний прямой кишки. На сегодняшний день нет объяснения причин склонности части больных к патологическому рубцеванию, практически не уделяется внимания вопросам прогнозирования развития стенозов анального канала. Практические врачи не располагают эффективными методами профилактики и лечения этого осложнения. Все вышесказанное определяет актуальность темы исследования и побуждает к поиску новых, современных подходов, направленных на предупреждение развития этого осложнения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Путем разработки комплекса диагностических, профилактических и лечебных мероприятий сократить развитие послеоперационных рубцовых стенозов анального канала.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 127 больных хроническим геморроем, имевших склонность к развитию избыточного рубцевания. Все пациенты с выявленными факторами риска разделены на три группы. В первую вошли 35 пациентов, которым проводилось традиционное лечение, без проведения противорубцовой терапии. Во вторую группу включены 53 больных с идентичным уровнем риска, которым выполнена геморроидэктомия в I и II модификациях НИИ проктологии и проводилась первичная профилактика патологического рубцеобразования. 39 больных третьей группы, наряду с медикаментозной профилактикой рубцового сужения, выполнено оперативное вмешательство, направленное на профилактическое закрытие раны частично сохранёнными местными тканями.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При проведении сравнительной оценки полученных клинических данных выявлено, что в послеоперационном периоде во второй и третьей группах заживление послеоперационных ран проходило с формированием мягких эластичных рубцов, в то время как в первой группе пациентов беспокоили затруднения при дефекации. При контрольном осмотре через 1 месяц отмечено отсутствие осложнений в виде формирования стриктур у больных, получавших лечение по нашей схеме. У 13 больных группы контроля отмечено формирование сужений 1-2 степени, по поводу которых проведено консервативное лечение.

ВЫВОДЫ

Выявление факторов риска патологического рубцеобразования является быстрым и достаточно эффективным способом выделить категорию пациентов, которым необходимо проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития гиперплазии соединительной ткани и формирования сужений прямой кишки.

ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫЕ СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ. ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ИЛИ «ЛИГАТУРА»?

Муравьев А.В., Малюгин В.С.

ГБОУ ВПО «СтГМУ» МЗ РФ, ГБУЗ СК «ГКБ №2», г. Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

На долю свищей прямой кишки приходится 15-45% пациентов в структуре колоректальной патологии. На сегодняшний день, очевидно, что единственным радикальным способом лечения свищей прямой кишки является хирургический метод. Наиболее спорным остается вопрос о выборе метода лечения экстрасфинктерных свищей. Несмотря на то, что они встречаются достаточно редко – 15-30% от всех свищей прямой кишки, их лечение остается весьма трудной и актуальной проблемой современной колопроктологии. Это обусловлено стабильно высоким процентом рецидивов заболевания (8-32%), а также нередко развивающейся послеоперационной недостаточностью запирающего аппарата прямой кишки, частота которой достигает 30-78% от общего числа оперированных больных.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов лечения больных с экстрасфинктерными свищами прямой кишки путем внедрения нового метода операции с использованием препарата тахокомб.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2003 по 2013 годы в краевом колопроктологическом отделении г. Ставрополя находились на лечении 128 пациентов с экстрасфинктерными свищами прямой кишки, которым были выполнены следующие хирургические операции. Лигатурный метод у 33 пациентов, способ с использованием перемещения слизистой (методы Джад-Робле, Блиничева) – у 59 больных, методика с использованием препарата «тахокомб» – у 36 пациентов. Исследуемую группу составили больные, страдающие хроническим парапроктитом или свищами прямой кишки криптотоландулярного происхождения. Длительность анамнеза заболевания у пациентов всех трех групп в подавляющем большинстве случаев варьировала от трех месяцев до пяти лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценка результатов проводилась согласно следующим критериям: частота рецидивов заболевания и послеоперационная недостаточность анального сфинктера. Среди пациентов, оперированных лигатурным методом, количество случаев недостаточности анального сфинктера составило 60,5%. У больных, которым выполнены операции по методу Джад-Робле и Блиничева количество рецидивов заболевания составило 33,9%. При применении пластических методов закрытия внутреннего отверстия с использованием препарата «тахокомб» развития недостаточности сфинктера не наблюдалось, а рецидив заболевания был отмечен в 2,8% случаев.

ВЫВОДЫ

Применение метода пластического закрытия внутреннего отверстия с использованием препарата «Тахокомб» для лечения пациентов с экстрасфинктерными свищами прямой кишки позволяет существенно сократить количество рецидивов заболевания и недостаточности анального сфинктера.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

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

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ

им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Особое место в профилактике послеоперационных осложнений у больных со сложными свищами прямой кишки занимает диагностика и предоперационная подготовка, особенно при плохо дренирующихся хронических парапроктитах с гнойными полостями, которые усложняют ход операции. Использование традиционных методов диагностики не во всех случаях дает возможность оценить эффективность проведенных мероприятий. В связи с этим поиск новых информативных методов оценки динамики снижения местного воспалительного процесса параректальной области является актуальным вопросом, так как всё еще остаётся высоким процент неудовлетворительных результатов лечения.

ЦЕЛЬ

Определить значение показателей С-реактивного белка (СРБ) для оценки эффективности проведенной предоперационной подготовки больных со сложными свищами прямой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На базе кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино в отделении колопроктологии ГКБ №5 г. Душанбе за период 2011-2014 годы оперированы 42 больных со сложными свищами прямой кишки. Мужчин было 32, а женщин – 10. Из них 14 (33,3%) больных с трансфинктерными свищами прямой кишки и 28 (66,7%) – с экстрасфинктерными свищами. Больным использовали общепринятые методы обследования и трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ), а также определяли показатели С-реактивного белка в сыворотке крови (СРБ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявлено, что у 18 (42,9%) больных свищевой ход имеет разветвления, и гнойная полость плохо дренируется. Этим больным под контролем ТРУЗИ дополнительно дренировали гнойную полость. У остальных 24 (57,1%) больных свищевой ход имел прямое направление, и гнойные полости дренировали через свищевой ход. Предоперационная подготовка длилась от 6 до 10 дней.

У всех больных до проведения предоперационной подготовки показатели СРБ находились в пределах 15-25 мг/л. В группе больных с плохо дренирующейся гнойной полостью, несмотря на положительную ультразвуковую картину, показатели С-реактивного белка в течение 9-10 дней оставались выше нормы. В тоже время во второй группе больных, эти показатели нормализовались к 4-5 суткам после проведенной предоперационной подготовки. Всем больным проведено оперативное вмешательство и полученные данные показателей СРБ соответствовали интраоперационной находке.

ВЫВОДЫ

Изучение показателей СРБ, в комплексе предоперационной подготовки у больных со сложными свищами прямой кишки, является информативным методом мониторинга результативности предоперационной подготовки.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ СФИНКТЕРОПЛАСТИКИ

Мухаббатов Д.К., Каримов Ш.А., Расулова С.И., Хайдаров С.С.
Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ
им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Гнойно-воспалительные осложнения и несостоятельность швов в раннем послеоперационном периоде имеют место в 7-35% случаев и зачастую остаются не диагностированными, что осложняет реабилитацию больных с разрывами промежности и со свищами прямой кишки. Запоздалая диагностика осложнений у этой категории больных связана с топографо-анатомическими особенностями обследования больных. Поэтому вопрос диагностики ранних гнойно-воспалительных осложнений и несостоятельности швов на анальном сфинктере после сфинктеропластики (сфинктеролеваторопластики) остается актуальным.

ЦЕЛЬ

Ранняя диагностика гнойно-воспалительных осложнений и несостоятельности швов на анальном сфинктере с использованием ультразвукового исследования.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В отделении колопроктологии ГКБ №5 с 2011-2014 годы нами были проведены сфинктеропластики и сфинктеролеваторопластики 88 больным по поводу послеродового разрыва промежности (n=63) и при сложных свищах прямой кишки (n=25). Диагностика гнойно-воспалительных осложнений и несостоятельности швов на анальном сфинктере включала проведение клинико-лабораторных методов исследования с применением УЗИ (трансректальный, трансвагинальный и линейный датчики).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В раннем послеоперационном периоде визуализировалось образование воспалительных инфильтратов в 15 (36,2%) случаях из общего количества больных, из них в 8 случаях у больных с разрывом промежности и в 7 наблюдениях – со свищами прямой кишки. Образование гематомы составило 8 (19,4%) случаев, по 4 в каждой группе исследуемых. Нагноение послеоперационной раны у больных с разрывом промежности установили в 4 (6,3%) случаях в области верхней трети раны, а после иссечения свищей прямой кишки со сфинктеропластикой выявили в 2 (8,0%) наблюдениях при высокорасположенных и недоступных линейному датчику УЗИ. У больных с воспалительными инфильтратами и гематомами послеоперационной раны были жалобы на умеренные боли и в половине случаев повышение температуры тела до 37,3-37,5°C. При наружном осмотре лишь в 29,5% случаях заподозрили развитие вышеуказанных осложнений и выявили отёк и гиперемию слизистой оболочки влажной по задне-боковым стенкам. При ультразвуковом исследовании выявилась картина утолщения ректовагинальной перегородки, что говорит об отёке и предположительно прорезывании лигатур в линию шва.

Несостоятельность швов выявили у 3 (4,8%) пациенток, из них в одном случае после иссечения свища прямой кишки и в 2 (4,0%) случаях – после сфинктеролеваторопластики, что дало картину дефекта размерами от 0,3 до 2,0 см.

ВЫВОДЫ

Применение ультразвукового исследования в комплексе обследования больных после сфинктеропластики даёт возможность своевременно выявлять гнойно-воспалительные осложнения и несостоятельность швов на анальном сфинктере.

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ В СОЧЕТАНИИ С ТРАНСССФИНКТЕРНЫМ СВИЩОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Мухаббатов Д.К., Нозимов Ф.Х., Каримов Ш.А., Хайдаров С.С.
Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ
им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

АКТУАЛЬНОСТЬ

На сегодняшний день уже разработана хирургическая тактика и получен значительный прогресс в улучшении результатов хирургического лечения геморроя интранссфинктерными свищами прямой кишки. В тоже время остаётся спорным вопрос о тактике одномоментного хирургического лечения больных геморроем в сочетании с транссфинктерными свищами прямой кишки (ТСПК).

ЦЕЛЬ

Изучить возможность выполнения одномоментных оперативных вмешательств у больных геморроем в сочетании с ТСПК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В отделении колопроктологии ГКБ №5 г. Душанбе прооперировано 124 больных хроническим геморроем в сочетании с ТСПК. У 20 (16,1%) пациентов выявлен высокий ТСПК, у 46 (37,1%) – средний и у 58 (46,8%) – низкопроходящий свищевой ход по отношению к анальному сфинктеру. Хронический геморрой I стадии был у 18 пациентов, II стадия наблюдалась у 32, III стадия – у 43 и IV стадия – у 31 больного. Больным проведены комплексные лабораторные, инструментальные и специальные методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

20 больным с высоким ТСПК выполнен усовершенствованный способ иссечения свища с проведением лигатуры с отсеченной обработкой внутреннего отверстия свища. В этой группе больных дезартеризация внутренних геморроидальных узлов (ДВГУ) выполнена 11 пациентам. Геморроидэктомия с восстановлением слизистой (ГЭ) выполнена у 25 больных, и из них вынужденная тактика имела место в 3-х случаях.

34 больным со средней локализацией ТСПК с расположением внутреннего отверстия по задней и задне-боковой стенке проведено иссечение свища в просвете прямой кишки, сфинктеропластика с низведением слизистой оболочки на поверхность раны и ДВГУ(25). Вынужденное выполнение ГЭ выполняли в тех случаях, когда узел находился рядом со свищевым ходом (9). При других локализациях внутреннего отверстия свища и при наличии гнойной полости в параректальную область производили традиционное иссечение свища (12).

При низкой локализации ТСПК 32 больным проведено иссечение свища в просвет кишки и сфинктеропластика с низведением слизистой. Иссечение свища в просвете кишки и послойное ушивание раны проведено 11 пациентам. У 15 больных с имеющейся гнойной полостью выполняли операцию иссечения свища по Габриэду. В этой группе больных ГЭ выполнена 19 пациентам и ДВГУ проведена в 21 случае.

ВЫВОДЫ

Усовершенствованный метод операции позволяет выполнить одномоментное оперативное вмешательство 76 (61,3%) больным геморроем в сочетании с ТСПК. В остальных случаях целесообразно поэтапное хирургическое лечение у данной категории больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗРЫВА ПРОМЕЖНОСТИ, ОСЛОЖНЁННОГО ВЫПАДЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Мухаббатов Д.К., Нуров З.А., Расулова С.И., Хоркашев Ф.М.
Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ
им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Послеродовое анальное недержание составляет 4,5-7% наблюдений и основным методом реабилитации больных, является хирургическое лечение. Известна традиционная и совершенствованная хирургическая тактика лечения различных степеней послеродового разрыва промежности, однако имеется мало работ, посвященных вопросам оперативного вмешательства при осложненных его формах. Изучение частоты и способа коррекции послеродового разрыва промежности, осложненного выпадением слизистой оболочки прямой кишки (СОПК), является не до конца изученным и актуальным.

ЦЕЛЬ

Улучшить результаты хирургического лечения больных с разрывами промежности, осложнившихся выпадением СОПК.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На базе ГКБ № 5, в отделении колопроктологии прооперировано 63 пациентки с разрывами промежности. Из них 9 (14,2%) пациенток перенесли домашние роды. Из общего количества больных, с разрывом промежности II степени было 10 (15,9%) больных, III степенью страдали 35 (55,5%) и с IV степенью было 18 (28,6%) пациенток. Из них у 24 (38,1%) больных выявлено различной степени выпадение слизистой оболочки прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ показал, что у 13 (54,2%) пациенток диагностировано выпадение СОПК, локализующееся по передней стенке прямой кишки, на втором месте стоит передне-боковая локализация у 7 (29,2%) и выпадение СОПК по всей окружности прямой кишки выявлено у 4 (16,6%) больных. У 11 больных длина выпавшей части слизистой прямой кишки составила до 2,0 см, у 8 пациенток – 2,5-3,0 см и у остальных 5 пациенток – более 3,0 см.

39 больным с разрывами промежности произведена передняя сфинктеропластика и 24 пациенткам с разрывом промежности, осложненным выпадением слизистой прямой кишки, коррекция проведена путем передней сфинктеропластики и иссечения с низведением слизистой оболочки с подшиванием ее к перианальной коже. В раннем послеоперационном периоде у больных, подвергшихся одномоментной коррекции разрыва промежности, осложненного выпадением СОПК, некроза и ретракции низведенной слизистой оболочки не наблюдалось. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения требует дальнейшего исследования.

ВЫВОДЫ

Проведенное исследование выявило у 24 (38,1%) больных с разрывами промежности различной степени выпадение слизистой оболочки прямой кишки. Одновременная коррекция заболевания улучшает результаты хирургического лечения и способствует качественной реабилитации больных разрывом промежности, осложненным выпадением СОПК.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ

Мухаббатов Д.К., Хайдаров С.С., Каримов Ш.А., Касиров С.Н.
Кафедра общей хирургии № 1 ТГМУ
им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Сочетание геморроя с трещиной анального канала составляет 27-58% наблюдений. При сочетанной патологии прямой кишки одни авторы рекомендуют одноэтапные операции, а другие – двухэтапное хирургическое лечение больных. Сторонники одноэтапных операций указывают на такие преимущества, как экономический эффект, связанный с сокращением количества койко-дней и дублирования применения одних и тех же медикаментов, улучшение качества жизни больных, а также отрицательный психологический эффект второй операции для больного, что оказывает большое влияние на исход вмешательства.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить эффективность разработанной тактики хирургического лечения сочетанного геморроя с трещиной анального канала.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В отделении колопроктологии ГКБ № 5 г. Душанбе за период 2010-2014 гг., прооперировано 118 больных с геморроем в сочетании с трещиной анального канала. Возраст больных колебался от 18 до 62 лет, женщин было 73 (61,9%), а мужчин – 45 (38,1%). В зависимости от принятой тактики лечения, больные были разделены на две группы. Традиционная тактика лечения была проведена 58 больным (ретроспективный анализ). Им была выполнена закрытая геморроидэктомия с восстановлением слизистой анального канала узловыми швами и иссечением трещины анального канала. Второй группе (n=60) больных произведена усовершенствованная тактика хирургического лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У больных во второй группе была выявлена III стадия геморроя в 24 (40,0%) случаях и IV стадия – в 19 (31,7%) случаях. В остальных 17 (28,3%) случаях было выявлено наличие соче-

тания хронической анальной трещины с внутренним геморроем I и II стадиями заболевания.

Особенность разработанной тактики заключается в том, что 35 (58,3%) больным выполняли операции геморроидэктомии наружных и внутренних геморроидальных узлов в сочетании с иссечением трещины и послабляющие разрезы кожи перианальной области. В остальных 25 (41,7%) случаях ограничивались иссечением трещины анального канала в сочетании с дезартеризацией внутренних узлов или же иссечением только наружных геморроидальных узлов.

В раннем послеоперационном периоде интенсивность послеоперационного болевого синдрома была достоверно выше у больных мужского пола по сравнению с женщинами, что было связано с проведенной операцией у мужчин, которым проводили закрытую геморроидэктомию. Также у мужчин преобладали дизурические расстройства и болезненный акт дефекации.

Болевой синдром, независимо от акта дефекации в традиционной группе был отмечен у 11 (18,9%) больных, а у больных второй основной группы в 5 (8,3%) наблюдениях. Рефлекторная задержка мочеиспускания после традиционной методики, отмечена у 12 (20,7%) больных, а после операции по предложенной нами методике – у 5 (8,3%).

Ранние послеоперационные осложнения отмечены у 14 (24,1%) больных после традиционной и у 5 (8,3%) – больных после разработанной тактики хирургического лечения геморроя в сочетании с трещиной анального канала.

ВЫВОДЫ

Сравнительный анализ осложнений раннего послеоперационного периода показывает преимущества разработанной тактики хирургического лечения больных с сочетанием геморроя с трещиной анального канала. При выборе хирургического метода лечения геморроя в сочетании с трещиной анального канала учитывали данные клинко-инструментальных методов исследования и пол больных.

«ЗАКРЫТЫЕ» МЕТОДИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

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

Отделение колопроктологии ГБ № 40,
кафедра ПДМО СПбГУ, г. Санкт-Петербург, Россия

В отделении колопроктологии Городской больницы № 40 Санкт-Петербурга многие годы основным методом лечения эпителиальных копчиковых ходов (ЭКХ) являлось иссечение пораженной кожи и подкожной клетчатки с подшиванием краев раны ко дну. Однако, значительными недостатками этой операции являлось: длительное заживление раны, болевой синдром в течение первых 5-7 суток и неудовлетворительный косметический эффект при больших объемах иссечения тканей. Учитывая эти факты, мы внедрили в практику «закрытые» методики оперативного лечения больных с пилонидальной болезнью.

ЦЕЛЬ

Улучшение результатов хирургического лечения больных с пилонидальной болезнью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

При оперативном лечении больных с пилонидальной болезнью мы используем две «закрытые» методики. Первая – иссечение ЭКХ с латерализацией раны. В данной методике мы объединили операции по Bascom Cleft Lift и операцию по Karydakis. Выполняется асимметричное, смещенное от средней линии, иссечение кожи с ЭКХ до крестцовой фасции, широкая мобилизация подкожной жировой клетчатки, которой закрывается раневой дефект, с активным дренированием раны или без установки дренажа. С мая 2014 г. мы начали применять операцию, при которой закрытие раневого дефекта осуществляется за счет мобилизации и сшивании друг с другом ягодичных мышечно-фасциальных лоскутов с активным дренированием раны. Всего с использованием «закрытых» методик выполнено 23 операции: 15 – по Bascom/Karydakis (1-я группа), 8 – с мобилизацией мышечно-фасциальных лоскутов (2-я группа). Всего в исследование включено 17 мужчин и 6 женщины, средний возраст которых составил 26,7±7 лет. Всем больным проводилась периоперационная антибиотикопрофилактика – цефазолин 2 гр. в/в, за 30 минут до операции. Обезболивание – спинальная анестезия. В послеоперационном периоде обезболивание ненаркотическими анальгетиками в течение 2 суток.

ОЦЕНКА ПРОВЕДЕНИЯ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПАРАПРОКТИТЕ

Покровский К.А., Додица А.Н.,
Веселов Д.И., Горяинов А.Н., Пронин Е.С.

ГБУЗ Городская клиническая больница №67
им. Л.А. Ворохобова, Отделение колопроктологии,
г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Острый парапроктит занимает одно из первых мест в структуре проктологических заболеваний. Частота заболеваемости составляет 24-50%. За последние годы в отечественной и зарубежной литературе отмечается тенденция к проведению многоэтапного лечения острого парапроктита (вскрытие гнойника, в последующем операция по поводу свища прямой кишки). Нам представляется возможным предложить одноэтапный радикальный вариант лечения острого парапроктита.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести анализ результатов одноэтапного хирургического лечения больных, оперированных по поводу острого гнойного парапроктита.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В 2014 году в отделении колопроктологии ГКБ 67 г. Москвы по поводу острого гнойного парапроктита оперировано 660 пациентов, что составило 23,8% из общего числа поступивших больных. Из них 63% были лица мужского пола и 37% – женского. Подавляющее число оперированных – 72%, находилось в наиболее трудоспособном периоде жизни. Нами установлено, что до поступления в клинику в более 20% случаев им производилось вскрытие острого парапроктита в различных медицинских учреждениях, а у 24 пациентов – неоднократно. Установление диагноза в большинстве наблюдений основывалось на сборе анамнеза, данных объективного осмотра и лабораторных исследованиях. У 48% больных нами применялась диагностическое ТРУЗ исследование, у 7% больных выполнялась КТ малого таза и промежности с контрастированием, что позволяло определить степень распространенности гнойного процесса в тканях промежности и малого таза. Одномоментное хирургическое вмешательство производилось под в/в наркозом. Следует отметить, что у более 55% оперированных больных расположение гнойника было подкожным, что позволило выполнить радикальное одномоментное вмешательство, направленное на вскрытие гнойника и ликвидацию его сообщения с просветом кишки. Этим больным под в/в наркозом нами выполнялось вскрытие гнойника в просвете кишки, криптэктомия. У 25% наблюдаемых отмечено наличие либо межсфинктерных, либо ретроректальных, либо ишиоректальных гнойных затеков, сообщающихся с просветом кишки внесфинктерно. Этой категории больных нами производились аналогичные радикальные оперативные вмешательства. И лишь у 20% больных с выраженной степенью распространенности гнойного процесса (гнойно-некротические ишиоректальные или пельвиоректальные парапроктиты, осложненные флегмоной промежности или малого таза) нами выполнялось вскрытие гнойника, некрэктомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Так, проведенный анализ лечения позволил добиться полного излечения у 98% больных, которым выполнены радикальные оперативные вмешательства по поводу острого гнойного парапроктита. У 8 из них отмечен рецидив заболевания. Признаки анальной инконтиненции 1 ст. у этой категории больных отмечено лишь у 3 человек.

ВЫВОДЫ

Проведение радикальных одномоментных оперативных вмешательств при остром гнойном парапроктите возможен при внесфинктерном сообщении гнойника с просветом кишки, что позволило добиться выздоровления у 98% больных. Противопоказаниями к выполнению радикальных операций является выраженная степень распространения гнойно-некротического процесса в ишиоректальное или пельвиоректальное пространства, флегмоны промежности.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Заживление первичным натяжением наблюдалось у 20 пациентов. Швы снимали на 10-11 сутки. У 2-х пациентов из 1-й группы и одного из 2-й наблюдалась серома полости раны, после опорожнения которой, раны зажили частично вторичным натяжением. У 2-х пациентов отмечался поверхностный некроз эпидермиса краев раны, не потребовавший дополнительных вмешательств. Средний койко-день – 11 суток. У всех пациентов наблюдался хороший косметический эффект: линейный формы, малозаметный рубец, сохранена анатомия межягодичной складки. Следует отметить и минимально выраженный болевой синдром только в течение 1-3 суток послеоперационного периода.

ВЫВОД

Применение «закрытых» методик в лечении пилонидальной болезни позволило значительно сократить сроки заживления раны и улучшить косметический эффект операции.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ГЕМОРРОЯ

Павленко С.Г.,¹ Каиров Г.Б.,² Тарасьев А.В.,³ Ремизов С.И.³

¹ НОЧУ ВПО «Кубанский медицинский институт»

Минобразования и науки РФ, г. Краснодар, Россия

² ГБУЗ «Республиканская больница» КБР, г. Нальчик, Россия

³ МУЗ «Центральная городская больница»,

г. Горячий Ключ, Россия

ВВЕДЕНИЕ

Оперативное лечение осложненного геморроя и других хирургических заболеваний дистального отдела прямой кишки предполагает использование ректального зеркала. Операционный доступ должен обеспечивать полноценное исследование зоны хирургического воздействия и стабильное адекватное освещение. Вмешательство на анальном канале должно выполняться с максимально щадящим отношением к окружающим тканям в целях сохранения их функции (Бондарев Ю.А., Коплатадзе А.М., 1990; Никитин А.М., Ривкин В.Л., 1994).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для создания удобного операционного поля, интраоперационного исследования патологических изменений анального канала, визуализации внутренних геморроидальных узлов и их истоков, адекватного и радикального вмешательства на самих узлах и коррекции сопутствующих заболеваниях анального канала нами было разработано и апробировано в клинике ректальное зеркало с дополнительным автономным источником освещения (патент РФ на полезную модель № 130214). Сутью полезной модели является фиксация к тыльной поверхности рукоятки на оси шарнирного механизма винто-резьбовым способом S-образно изогнутой металлической пластинки размерами 1×4 см, на верхнем крае которой фиксированы два твердотельных светодиода, свободный край пластинки со светодиодами ориентирован в просвет створок ректального зеркала. Автономное питание осуществляется двумя батарейками (по 1,5 Вольт каждая), что выгодно отличает его от стационарного источника питания.

С помощью разработанного зеркала выполнено 66 операций по поводу осложненного геморроя. Для диагностики заболеваний дистального отдела прямой кишки зеркало использовалось у 95 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Предложенное ректальное зеркало нашей конструкции удобно при выполнении операций, позволяет обеспечить достаточно стабильную освещенность операционного поля, устранить помехи от создаваемых аналогами теней на рабочем поле, снизить трудозатраты медперсонала, повысить медико-социальную эффективность, выражающуюся в меньшей травматизации анального сфинктера, снижении послеоперационных осложнений и сроков реабилитации больных с патологией дистального отдела прямой кишки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ректальное зеркало с автономным источником освещения применимо для диагностических и оперативных целей при заболеваниях дистального отдела прямой кишки и рекомендуется к широкому использованию в амбулаторной и клинической практике.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКТАЛЬНОГО БАЛЛОНА ПРИ ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ.

Покровский К.А., Додица А.Н., Горяинов А.Н., Веселов Д.И.
ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность применения латексного пневмобаллона, применяемого для временного гемостаза при профузном геморроидальном кровотечении.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализируются результаты лечения 2147 больных с геморроидальным кровотечением с 2010 по 2014 годы, из них в исследуемую группу вошли 200 (9,3%) больных с высоким операционно-анестезиологическим риском (4 ст. по классификации ASA), обусловленным кровопотерей (III-IV степени), а также тяжелыми интеркуррентными заболеваниями. Мужчин – 117 (58,5%), женщин – 83 (41,5%). У 22 (11%) больных имелась анемия средней и тяжелой степени. Диагностика геморроя как источника кровотечения основывалась на жалобах, анамнезе, объективном осмотре, ректороманоскопии, колоноскопии. Основным принципом лечения была ликвидация источника кровотечения в кратчайшие сроки, поскольку любой рецидив кровотечения усугублял кровопотерю и представлял угрозу жизни больного. В случае нестабильной гемодинамики в связи с продолжающимся кровотечением, а также в связи с состоявшимся кровотечением и некомпенсированной кровопотерей тяжелой степени достигали временного гемостаза путем баллонной тампонады анального канала в условиях приемного отделения приспособлением, разработанным на базе отделения колопроктологии ГКБ №67. Патент на полезную модель №141410. После этого в условиях реанимационного отделения проводили корректирующую терапию до относительной стабилизации состояния. Оперативное вмешательство осуществляли не позднее 24 часов с момента поступления. В остальных случаях больные подавались в операционную непосредственно сразу после поступления. Приспособление для пневматической баллонной тампонады анального канала с целью временной остановки продолжающегося и профилактики рецидива геморроидального кровотечения, состоящее из пластиковой цилиндрической сердцевинки с клапаном у основания и латексного баллона с сужением ближе к основанию, отличающееся тем, что, благодаря пластиковой сердцевине, прибор с нераздутым баллоном свободно вводится в анальный канал, а после сдавливания геморроидальных узлов до прекращения кровотечения путем раздувания баллона циркулярное сужение на баллоне обеспечивает его фиксацию в заданном положении и препятствует миграции прибора.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем больным с профузным геморроидальным кровотечением, кому была выполнена тампонада анального канала, позволило временно остановить кровотечение для проведения коррекции водно-электролитных нарушений.

ВЫВОДЫ

Применение ректального пневмобаллона зарекомендовало себя как надежный и простой в использовании способ для временной остановки геморроидального кровотечения.

АЛГОРИТМ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ К ГРАЦИЛОПЛАСТИКЕ

Полетов Н.Н., Аносов И.С., Фоменко О.Ю.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

Проблема лечения пациентов анальной инконтиненцией остается в центре внимания колопроктологов. Распространенность ее колеблется от 1,5 до 40% у различных групп населения, а неудовлетворительные результаты при хирургическом лечении наиболее сложных форм инконтиненции отмечаются в 20-50%. У пациентов с обширными дефектами сфинктера нами применяется пластика анального сфинктера нежной мышцей бедра.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Адаптация *m. gracilis* к выполнению функции наружного сфинктера прямой кишки, а так же профилактика дегенеративных мышечных изменений в послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В послеоперационном периоде у 50 больных нами выполнялась

электростимуляция *m. gracilis* и ЛФК. Электростимуляция проводится на аппарате «Био-Браво» с помощью 2-х накожных электродов, размещенных в проекции мышцы. Длительность сеанса стимуляции – 20 минут попеременно на мышцы правой и левой конечности. Лечебная физкультура включает упражнения, связанные с напряжением медиальной группы мышц бедра и сокращением мышц промежности. Используются упражнения со сдавливанием предмета между коленями. Подбор упражнений осуществляется под контролем регистрации электромиограммы нежной мышцы. Продолжительность предоперационной подготовки мышцы составляет в среднем 15 дней. В послеоперационном периоде после формирования «неосфинктера» этим больным выполнялся комплекс функциональной реабилитации, разработанный в ГНЦ колопроктологии, состоящий из трех этапов.

1 этап направлен на профилактику дегенеративных изменений в мышце, включает в себя электростимуляцию сформированного «неосфинктера», проводится с 15 дня после операции и составляет не менее 14 дней. В качестве контроля за сокращением мышц «неосфинктера» пациентам выполнялась электромиограмма.

2 этап направлен на развитие мышечной силы и работоспособности «неосфинктера». Комплекс состоит из электростимуляции и биофидбек терапии и проводится через 3 месяца после операции.

3 этап проводится через 6 месяцев после операции и направлен на выработку условного рефлекса и формирование тонической мышечной активности путем тренировок и моделирования наполнения прямой кишки с развитием удерживающей функции «неосфинктера».

РЕЗУЛЬТАТЫ

До проведения комплекса предоперационной подготовки величина биоэлектрической активности *m. gracilis* при приведении бедра (волевым сокращением) составляла, в среднем, 190 мкВ при длительности сокращения в 2,5 сек. После курса подготовки амплитуда сокращений мышцы статистически достоверно увеличилась, в среднем, на 21,7%, а длительность сокращения увеличилась в 4,5 раза – до 11,3 секунд ($p < 0,05$). После проведения комплекса функциональной реабилитации в отдаленные сроки после операции «неосфинктер» был жизнеспособен и функционально активен. БЭА при волевом сокращении статистически достоверно увеличилась на $68,5 \pm 6,5\%$ у 44 из 50 прослеженных пациентов. Нервно-рефлекторные реакции, характерные для наружного сфинктера, сформировались у 13 (26%) обследованных пациентов ($p < 0,5$).

ВЫВОДЫ

Разработанный периоперационный комплекс позволяет подготовить *m. gracilis* к ее перемещению, и поддержать ее работоспособность после формирования «неосфинктера», что способствует улучшению функциональных результатов операции.

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ, СОВМЕСТНО СО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ МЕТОДИКОЙ, В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ 3 СТ

Полутарников Е.А., Довбета Е.В.

ГАУЗ Областная клиническая больница, г. Кемерово, Россия

Геморрой в составе колопроктологических заболеваний остается одной из самых распространенных патологий. По данным разных авторов, его распространенность достигает 130-145 случаев на 1000 взрослого населения (Артюхов А.С., 1988; Воробьев Г.И. с соавт., 1993). В последнее время, наравне с классической операцией геморроидэктомии, активно используются малоинвазивные методики лечения.

Трансанальная дезартеризация геморроидальных артерий с мукопексией слизистой (HAL-RAR) является современной, малоинвазивной методикой в лечении геморроидальной болезни, которая основана на современных представлениях о патогенезе развития заболевания.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнить результаты лечения по методикам HAL-RAR и HAL-RAR в сочетании со склерозирующей методикой при лечении геморроя 3 ст.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ лечения 140 пациентов, оперированных на базе Областной клинической больницы г. Кемерово

и в Кемеровском медицинском центре «Лазерная медицина» с хроническим геморроем 3 ст. Средний возраст больных – 45±4,6 года. Мужчины – 55 (39,3%), женщины – 85 (60,7%). Пациенты были разделены на две группы. В первую группу включено 87 пациента с хр. геморроем 3 ст. – выполнена операция HAL-RAR. Во второй группе 53 пациента с хр. геморроем 3 ст. выполнена операция HAL-RAR в сочетании со склерозирующей методикой.

Оперативные вмешательства выполнялись с использованием аппарата компании А.М.И. (Австрия) HAL-Doppler II под в/в наркозом, в сочетании с местной анестезией. Склеротерапия проводилась на операционном столе перед процедурой HAL-RAR. Для инъекций использовался 3% раствор этоксисклерола (полидоканола). Препарат вводился в подслизистый слой, непосредственно в области центральной части внутренних геморроидальных узлов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Отдаленные результаты прослежены от 1 года (HAL-RAR+склеротерапия) до 3 лет (HAL-RAR). Через год после операции в первой группе пациентов наблюдалось выпадение узлов у 10 (11,5%) пациентов, что потребовало дополнительного наложения латексных колец в 6 случаях и в 2 случаях удаление геморроидального узла. Периодическое выделение крови в небольшом количестве при акте дефекации наблюдалось у 8 (9,2%), которое удалось устранить консервативным лечением. Во второй группе пациентов выпадение геморроидальных узлов и выделение крови в послеоперационном периоде не наблюдалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение склерозирующей методики в сочетании с HAL-RAR, позволяет улучшить результаты и является современной, малоинвазивной альтернативой стандартному хирургическому лечению при геморроидальной болезни 3 ст. Данная методика малотравматична и успешно может применяться в амбулаторной хирургии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ПЛАСТИКИ ПО ЛИМБЕРГУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Помазкин В.И.

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

Спорным вопросом при лечении эпителиального копчикового хода остается метод завершения операции. Безусловные преимущества имеют методы лечения, связанные с иссечением патологически измененных тканей и восстановлением целостности кожного покрова, обеспечивающие раннее возвращение пациентов к привычной деятельности. Однако при сложном расположении свищевых ходов, их разветвленной структуре, наличии воспалительно-инфильтративных изменений в окружающих тканях при их радикальном иссечении образуются достаточно большие раневые дефекты, ушить которые простым сведением краев ран невозможно.

ЦЕЛЬЮ настоящего исследования являлась оценка результатов модифицированного пластического замещения образующего раневого дефекта по Лимбергу.

В исследование включено 36 пациентов. Мужчин было 34, женщин – 2. Средний возраст больных составил 41,6 лет. Все пациенты имели III степень сложности копчикового хода по нашей классификации, что соответствовало распространенности свищей за пределами внутреннего ската ягодич, наличии выраженных рубцов, инфильтратов в окружности свищевых ходов. У 29 пациентов заболевание расценивалось как рецидив болезни. Все операции выполнялись в плановом порядке. После радикального иссечения всех свищей, их наружных отверстий, воспалительных инфильтратов, полостей и рубцово-изменённой клетчатки ране придавали ромбовидную форму. При этом самая нижняя точка «ромба» была смещена ассиметрично от срединной линии дна межъягодичной складки. В соседней ягодичной области выкраивали соответствующий размер дефекта ромбовидный лоскут. Лоскут был полнослойный, включал всю подкожно-жировую клетчатку, отделяемую от подлежащей фасции. Особенностью операции являлось смещение самой нижней точки ушиваемой раны нижней грани ромбовидного лоскута от дна межъягодичной складки, что улучшало условия заживления самой «критической» зоны, в которой обычно и происходит форми-

рование рецидивного свища. Второй особенностью являлось подшивание лоскута субкутикулярными швами за подкожную клетчатку к самой глубокой части раневого дефекта, а именно, к дну межъягодичной складки для хорошей фиксации и отсутствию возможности скопления в этой зоне раневого секрета, ухудшающего условия заживления. Подлоскутное пространство дополнительно дренировалось активным дренажом для аспирации раневого отделяемого, что способствовало более качественному заживлению раны.

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

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛИГИРОВАНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МИКРОНИЗИРОВАННЫХ ФЛЕБОТОНИКОВ

Помазкин В.И.

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

Лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами в настоящее время является самой популярной процедурой для получения хороших долговременных результатов лечения. Однако эта процедура не лишена нередких осложнений в виде болевого синдрома, кровотечений, тромбоза наружных геморроидальных узлов и т. д.

ЦЕЛЬЮ работы было проспективное исследование, оценивающее непосредственные и ранние результаты сочетания лигирования внутренних геморроидальных узлов с приемом микронизированных флавоноидов. В исследование было включено 122 пациента с хроническим геморроем 2 стадии. В основную группу вошли 64 пациента, у которых лигирование геморроидальных узлов сочеталось с пероральным приемом микронизированных флавоноидов (препарат «Детралекс», назначаемый в дозе 1000 мг 3 раза в день за сутки до вмешательства, затем в этой же дозе 3 дня после проведения процедуры, с последующим приемом по 500 мг 2 раза в день в течение 3 недель). В контрольную группу было включено 58 пациентов, не получивших после выполнения лигирования каких-либо флеботоников.

Через 6 часов после лигирования в группе пациентов с использованием флавоноидов болевого синдрома был меньше, чем в контрольной группе (2,9±0,24 и 3,8±0,26 баллов, соответственно). Та же тенденция была отмечена через 24 часа (2,2±0,12 и 3,5±0,21 баллов), а также через 3 и 7 суток после процедуры. В этой же группе была меньшая средняя суточная доза используемых пероральных анальгетиков в 1 сутки после (20,3±3,11 против 30,3 мг). На 3 сутки после процедуры она составила 10,6±1,42 и 24,3±3,1 мг, соответственно. На 7 сутки пациенты, применявшие флеботоники, полностью отказались от приема анальгезирующих средств. Выделение крови при дефекации в 1 сутки после вмешательства в основной группе отметили 23,4% пациентов, в контрольной – 32,8%, на 3 сутки, соответственно, 9,4% и 17,2%, на 7 сутки – 3,1% и 6,9%. Самым распространенным осложнением оказались вегетативные расстройства в виде общей слабости, потливости, временной гипотензии, наблюдаемые в первые 2-3 часа в обеих группах больных (34,4% – в основной группе и 31,0% – в контрольной). Дизурические явления в виде временного затруднения при мочеиспускании отметили, соответственно, 4,7% и 5,2% пациентов. Статистически значимыми оказались различия в частоте возникновения тромбоза наружных геморроидальных узлов. Если в основной группе таких ослож-

нений не было, в контрольной группе явления тромбоза возникли у 3 (5,1%) больных. Восстановление способности к привычной деятельности на 3 сутки после проведения лигирования в основной группе было зафиксировано у 84,4% больных и у 70,7% – в контрольной. При оценке через месяц после лигирования в основной группе 93,7% пациентов были удовлетворены процедурой, согласились бы на повторное подобное вмешательство при необходимости и рекомендовали бы этот метод лечения другим пациентам. Неудовлетворенность течением периода после выполнения процедуры выразили 6,3% больных. В контрольной группе неудовлетворенность течением постманипуляционного периода отметили 15,1% больных, что было связано с более продолжительным периодом болевых ощущений и дискомфорта в области вмешательства. Использование микронизированных флеботоников при проведении процедуры лигирования внутренних геморроидальных узлов позволяло улучшить течение раннего постманипуляционного периода с уменьшением продолжительности и выраженности болевого синдрома, уменьшением кровоточивости, более быстрым возвращением к привычной деятельности пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ САКРОВАГИНОПЕКСИИ

Попов А.А., Мананникова Т.Н., Слободянюк Б.А., Федоров А.А., Коваль А.А., Мироненко К.В., Головин А.А.

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Генитальный пролапс среди женского населения составляет 30% среди всех гинекологических заболеваний. Несмотря на большое количество хирургических методов лечения пролапса гениталий, частота рецидивов данного заболевания достигает 30%. Доказано, что золотым стандартом в лечении апикального пролапса гениталий является сакровагинопексия. На сегодняшний день стало очевидным, что выполнение сложных операций, требующих прецизионных действий в ограниченных пространствах, существенно облегчается при использовании хирургического робота.

ЦЕЛЬ

Сравнение лапароскопической сакровагинопексии (LsSCP) и робот-ассистированной (daVinci™ Intuitive Surgical) сакровагинопексией (DVSCP) в лечении апикального пролапса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2010 года произведено 115 LsSCP (I группа) у пациентов с пролапсом гениталий II-IV стадии (POP-Q). LsSCP в 19,1% случаев сочеталась с ампутацией шейки матки, в 60,87% – с супрацервикальной гистерэктомией, в 7,82% – с пластикой передней стенки влагалища, в 31,3% – с задней кольпорафией, в 4,34% – с уретропексией TVT-O. С 2013 года произведена 58 DVSCP (II группа) в сочетании с ампутацией шейки матки в 15,38%, супрацервикальной гистерэктомией (61,31%), пластикой передней стенки влагалища (7,69%), задней кольпорафией (30,7%), уретропексией TVT-O в 3,83% случаев. Во всех случаях использовался полипропиленовый сетчатый протез Gynemesh Soft™ (J&J). Помимо стандартных клинических методов исследования проведено: стадирование пролапса гениталий (POP-Q), анкетирование пациенток, характеризующее симптомы нарушения мочеиспускания, дефекации, признаки пролапса гениталий (PFDI-20, PFIQ-7, PISQ-12, FFSFI), экспертное УЗИ тазового дна.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Операционное время, затраченное на операцию, превалировало во II группе (161±41 мин.) по сравнению с I группой (119±59 мин.). Продолжительность анестезиологического пособия составила (130±75 мин. – в I группе, 177±66 мин. – во II группе), общее время пребывания в операционной (142±74 мин. – в I группе, 195±71 мин. – во II группе), время выполнения сакровагинопексии (69±22 мин. – I группа, 61±16 мин. – II группа), и время, затраченное на наложение швов, значительно превышало во II группе, по сравнению с I группой. Интенсивность послеоперационных болей более выражена во II группе по сравнению с I группой: в покое (2±2 балла, в I группе; 4±2 балла, p<0,05 во II группе) и при движении (3±2 балла, в I группе; 6±2 баллов, p<0,05 во II группе). Объем кровопотери (70±10 мл) в обеих группах был сопоставим. В I группе прооперировано 13 (11,3%) пациенток со II стадией пролапса (POP-Q), 35 пациенток (30,43%) – III ст., 67 (58,26%) пациен-

ток – IV ст.; во II группе прооперировано 3 пациентки (5,17%) – II ст., 16 пациенток (27,58%) – III ст., 39 пациенток (67,24%) – IV ст. Период наблюдения после операции составил 24±9 месяцев в I группе и 16±2 месяцев – во II группе. Результаты анкетирования пациенток существенно не различаются в обеих группах по общему количеству баллов: до операции 210±70 баллов – в I группе, 205±65 баллов – во II группе; и после операции 45±10 баллов – в I группе, 44±11 балла – во II группе. У пациенток с несостоятельностью леваторов при УЗИ в обеих группах в послеоперационном периоде отмечено отсутствие их диастаза, адекватная локализация сетчатого протеза у всех без исключения пациенток в группах. Рецидивы пролапса (III-IV ст. Ва или С-пролапс) отмечены у 6 (5,21%) пациенток в I группе и у 1 пациентки (1,7%) – во II группе. Также в I группе отмечено 3 случая эрозии влагалища, что потребовало проведения иссечения сетчатого протеза, 1 случай динамической кишечной непроходимости без повторной операции и 1 случай спондилита L5-S1 с последующим иссечением части сетчатого протеза, удалением некротических тканей и самостоятельным восстановлением структуры межпозвоночного диска. За время наблюдения послеоперационных больных (23±7 месяцев в I группе, 12±2 месяца). Во II группе осложнений не отмечено. В обеих группах прослеживалось значительное улучшение функциональных исходов, которые не отличались по группам.

ВЫВОД

К наиболее важным преимуществам DVSCP следует отнести: эргономичность работы хирурга, относительную легкость обучения роботической хирургии, трехмерное изображение, возможность работать в труднодоступных областях малого таза. Выявлено, что, в отличие от традиционного LS доступа, в DV группе не выявлено рецидивов и осложнений. Недостатки DV пособия: более продолжительное операционное время, время анестезиологического пособия, более выраженный послеоперационный болевой синдром, по сравнению с LsSCP.

ПРИМЕНЕНИЕ ШОВНОЙ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ, МУКОПЕКСИИ, ЛИФТИНГА ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Попов И.В., Карсакпаев К.Р.

ЦКБ УДП Республики Казахстан, Медицинский центр «SBS», г. Алматы, Казахстан

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнить эффективность и безопасность метода шовной лигирования дистальных ветвей верхней прямокишечной артерии с мукопексией и лифтингом во время проведения симультантных операций по поводу неопухольевых заболеваний анального канала и перианальной области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2010 по 2015 гг. нами по поводу сочетанных заболеваний было прооперировано 207 пациентов. Из них в 158 случаях одним из патологических процессов была геморроидальная болезнь. Для проведения достоверной сравнительной оценки применяемых методов анализированы группы пациентов, которым потребовалось хирургическое лечение при геморрое 2 и 3 стадий. Четвертая стадия из сравнения исключена, данная методика не применялась – 12 случаев. В основную группу вошло 82 больных, которым во время хирургического вмешательства применялась методика шовной лигирования-дезартеризации-лифтинга геморроидальных узлов. А в контрольную группу 64 пациента, им проводилось удаление геморроидальных узлов по методу Миллиган-Моргана во второй модификации НИИ колопроктологии. Сопутствующая патология в сравниваемых группах пациентов значительно не отличалась. Так анальные трещины диагностированы у 38 пациентов основной группы больных, и у 25 больных – в контрольной группе. Хронические (интрасфинктерные и транссфинктерные) свищи прямой кишки верифицированы, соответственно, у 27 больных основной и 23 в контрольной группе. В остальных случаях симультантные операции проводились при полипах и папилломах анального канала, остроконечных кондиломах, параректальных кистах. По половому и возрастному принципу сравниваемые группы пациентов были практически идентичными.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При проведении сравнительного анализа рассматривалось

послеоперационное течение, ранние (наблюдение за пациентом 1 месяц) и отдаленные послеоперационные результаты (наблюдение 6 месяцев и более). Выраженность болевой симптоматики оценивалась по 10-балльной шкале. В основной группе больных интенсивность боли соответствовала 2-3 баллам, купировалась не наркотическими анагетиками и держалась 4±0,5 суток. Промедел назначался лишь на ночь в первые сутки вместе с реланиумом, в основном для дополнительной седации. В контрольной группе интенсивные боли сохранялись 6,5±1,0 суток. Следует отметить, что первая дефекация в основной группе не приносила значительных неудобств пациентам. Тогда как в контрольной группе 17 пациентам для купирования болевой симптоматики потребовалось введение наркотических препаратов. Кроме того, 13 пациентам из контрольной группы потребовалось выполнить очистку кишечника назначением клизмы. Рефлекторная задержка мочи первые сутки после операции в основной группе больных наблюдалась 4,7% случаев. А в контрольной группе больных задержка мочи в послеоперационном периоде наблюдалась 21,2% случаев и сохранялась от 1 до 5 суток. Во время стационарного лечения в основной группе в одном случае имелась подкожная гематома в зоне введения местного анестетика. А у пациентов контрольной группы 5 случаях наблюдалась гнойно-воспалительные осложнения. В 3 случаях контрольной группы отмечалось интенсивное кровотечение, потребовавшее дополнительного вмешательства. Длительность стационарного лечения так же отличалась. Так в основной группе койко-день составил 6±2, в контрольной – 8±3 койко-день. В раннем послеоперационном периоде значительных осложнений в обеих группах больных не наблюдалось. Отмечались единичные случаи формирования келоидного рубца в перианальной области. Данные осложнения встречались как в основной, так и в контрольной группе пациентов. Функция держания запирающего аппарата прямой кишки значительно не страдала, но полностью восстанавливалась в различные периоды времени. В основной группе больных – 9±4 суток, в контрольной – 13±5 суток.

ВЫВОДЫ

Применение оперативной методики – дезартеризация, мукопексия и лифтинг во время проведения симультанных операций у пациентов с сочетанной патологией анального канала позволяет добиться радикального результата. Соответственно, значительно улучшается качество жизни больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИМПЛАНТИРУЕМОГО МАТЕРИАЛА «КОЛЛАТАМП»

Попов И.В., Карсакпаев К.Р.

Центральная клиническая больница медицинского центра
Управления Делами Президента Республики Казахстан,
ТОО «Мед центр SBS», г. Алматы, Казахстан

Проводимые последние десятилетия исследования свидетельствуют об отсутствии тенденции к снижению частоты гнойно-воспалительных осложнений после хирургического лечения эпителиальных копчиковых ходов (ЭКХ). Различные модификации наложения швов, дополнительное укрепление «связочного» каркаса над копчиком, латеральные перемещения сформированных лоскутов позволяют уменьшить процент рецидивов процесса. Но при этом практически все авторы указывают на воспалительные осложнения в раннем послеоперационном периоде (Муртазаева Т.С., 2005 г., Коплатадзе А.М., 2005 г., Камаева Д.К., 2006 г.).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С целью клинической оценки результатов комплексного лечения ЭКХ с применением имплантируемого материала «коллатамп» в наше исследование было включено 29 больных. У 16 больных дополнительно к традиционному лечению применялся ренатурированный коллагеновый материал, содержащий гентамицина сульфат (основная группа), у 13 пациентов – лечение проводилось по традиционной схеме (контрольная группа). Группы по возрастному, половому цензу были практически идентичны.

Во время операции рассчитывали объем раневой полости, и, учитывая полученный результат, формировали имплант, складывая мембраны в несколько слоев. Применяя данную методику, мы стали стараться накладывать глухой наружный

шов по Донати. Но при широких дефектах не отказывались и от формирования раны методом марсупиализации. После их наложения на дно полости укладывали коллагеновый материал, сводя и фиксируя края дефекта поверх препарата узловыми швами.

При использовании данного материала содержащего в своем составе препарат гентамицин отпадает необходимость в дополнительной антибактериальной терапии и в ежедневных перевязках. Перевязки проводили один раз в 2-3 дня, заканчивая ее наложением герметичного пластыря.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Чтобы оценить полученные результаты лечебной тактики учитывалась интенсивность болевой реакции, местная и общая термометрия, визуальная и тактильная оценка отечного синдрома, характер и объем раневого отделяемого, ультразвуковая оценка перестройки тканей в раневой толще, лабораторные данные, течение регенерационных процессов в зоне операции. Кроме того, проводился сравнительный анализ обсемененности ран в до-, и послеоперационном периоде. Формирование «защитного» лейкоцитарного вала вокруг ран в обеих группах, отмечалось одинаково – от 1 до 2 дней. Нормализация местной и общей температуры тела у пациентов контрольной группы происходило на 3-5 сутки, у больных основной группы – на 2-3 сутки. Местный отек послеоперационной раны в основной группе больных сохранялся 3-5 дней, в контрольной группе – 5-9 дней и от 9 до 17 суток – в основной группе больных.

Наличие раневого отделяемого в контрольной группе отмечалось в течение 5-8 суток, в основной – от 1 до 4 суток. А исследование бактериологического фона показало, что при применении имплантируемого «коллотампа» на 4 сутки количественные параметры флоры в основной группе больных сокращаются вдвое или же последние не высеваются. В основной группе больных интенсивность процессов регенерации, по сравнению с контрольной, увеличилась в 1,7 раза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные нами данные доказали хорошую эффективность импланта «Коллотамп» для ускорения заживления раны при хирургическом лечении больных с ЭКХ. Это позволило со 2-3 дня после операции переводить больных на амбулаторное долечивание.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО РЕКТОЦЕЛЕ

Попова И.С., Перов Ю.В., Мадаева М.У.

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный
медицинский университет, г. Волгоград, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ректоцеле является одним из компонентов опущения и выпадения женских половых органов, которые встречаются у 15-80% женщин. Как самостоятельное заболевание оно встречается, в основном, при рецидивных формах пролапса и после экстирпаций и ампутаций матки. В то же время, согласно литературным данным, у 5-50% оперированных классическими способами больных в послеоперационном периоде развивается ректоцеле, в связи с чем поиск эффективных способов операции является весьма актуальным.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов хирургического лечения ректоцеле путем снижения риска развития рецидива ректоцеле и нормализации эвакуаторной функции прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами предложен новый способ лечения ректоцеле: после выполнения задней кольпотомии, через отдельные разрезы слизистой на боковых стенках влагалища в проекции шейки матки стягиваются и сшиваются крестцово-маточные связки П-образным швом, транспонируя его позади шейки матки и приподнимая, тем самым, шейку матки выше утягивающего шва в таз, с последующим ушиванием мышц, поднимающих задний проход (заявка на патент РФ). Предлагаемый способ хирургического лечения ректоцеле позволяет сузить грыжевые ворота (отверстие тазового дна) до 2,5-3,0 см. Ушивание крестцово-маточных связок с транспозицией утягивающего П-образного шва позади шейки матки позволяет расположить этот шов в одной проекции с ушитыми леваторами, тем самым, ликвидировав задний свод влагалища. При этом шейка матки инвагинируется вверх в брюшную полость и происходит изменение оси матки по направлению к крестцу – она занимает нормальное положение (anteflexio versio), в связи

с чем меняется ось тела, меняется нагрузка на внутритазовые мышцы, что позволяет предотвратить развитие рецидивов ректоцеле и тазового пролапса. С 2007 года данный метод был использован нами у 38 больных с рецидивом ректоцеле II-III степени. Возраст больных был от 42 до 83 лет. У 25 больных ранее были выполнены операции по поводу тазового пролапса (трансвагинальные кольпоррафии – рецидив ректоцеле наступил в сроки от 2 месяцев до 5 лет), у 8 больных в анамнезе были ампутация матки с вентрофиксацией культи (без промежуточных леваторопластик – развитие ректоцеле отмечалось через 3-7 лет), у 5 больных ранее выполнялась коррекция стрессового недержания мочи с помощью субуретральной петли (ректоцеле развилось через 10-15 лет). Все оперированные больные находятся на диспансерном наблюдении с обязательными контрольными осмотрами через 1 год, 3 года, 5 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В раннем послеоперационном периоде у больных отсутствовали гнойно-воспалительные и геморрагические осложнения. В позднем послеоперационном периоде у двух больных отмечался болевой тазовый синдром, у одной больной – половой дискомфорт (20 оперированных больных продолжили половую жизнь, для остальных вопрос о сексе был неактуальным). Все больные отмечали значительное улучшение моторно-эвакуаторной функции прямой кишки – акт дефекации стал одномоментным, быстрым, самостоятельным (без ручного пособия, клизм, слабительных). Рецидивов у оперированных больных с 2007 года нет.

ВЫВОДЫ

Применение разработанной методики хирургического лечения ректоцеле, учитывающей основное звено патогенеза рецидива – сужение отверстия тазового дна с изменением нагрузки на внутритазовые мышцы, позволяет достичь положительных результатов и ликвидирует вероятность рецидива.

СПОСОБ ЗАКРЫТИЯ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ С ВОССТАНОВЛЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Райымбеков О.Р., Бейшеналиев А.С., Жолболдуев Ж.М.

Ошский Государственный Университет,
Медицинский Факультет, кафедра «Общей
хирургии», г. Ош, Кыргызстан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Геморрой – одно из самых распространенных заболеваний дистального отдела прямой кишки. Им страдает более 20% взрослого населения, причем чаще лица молодого и среднего возраста, то есть наиболее трудоспособное население.

По данным различных авторов, его распространенность достаточно высока и составляет от 118 до 120 на 1000 населения, занимая лидирующие позиции в проктологии (34-80%), из них от 10 до 50% – нуждаются в лечении, причем 75% – в хирургическом.

Наиболее легко выполнимой, патогенетически обоснованной из всех вариантов иссечения геморроидальных узлов, является операция Миллигана-Моргана и ее современные модификации. Этим объясняется предпочтение данного варианта геморроидэктомии перед остальными и ее широкое, повсеместное применение.

В ГНЦ колопроктологии МЗ РФ были предложены две модификации операции Миллигана-Моргана. После геморроидэктомии в 1 и 2 модификациях ГНЦ колопроктологии МЗ РФ – через 5-6 лет боли беспокоили 12-17% и 2,5-3,3% больных, соответственно. Недостаточность анального сфинктера, вследствие его стриктуры, наблюдалась при первой модификации в 1,9-2,2% и до 0,5% – во второй. Острые анальные трещины возникали у 2-3% больных.

В последние годы, в связи с внедрением в клиническую практику новых технологий, широкое распространение получили малоинвазивные методы лечения, к которым относятся склеротерапия, инфракрасная фото-коагуляция, лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами, криодеструкция. Приведенные методы лечения в западных странах применяются в 79-83% случаев лечения геморроя и широко используются в амбулаторной практике.

В 1996 г. японский врач Morigana R. с соавт. предложили новый метод лечения, позволяющий избежать иссечения геморроидальных узлов и, следовательно, выраженного болевого синдрома, так называемое шовное лигирование геморрой-

идальных сосудов под контролем ультразвуковой доплерометрии. В России этот метод успешно применяется с 2000 г. в ГНЦ колопроктологии. Суть его заключается в топической диагностике дистальных ветвей верхней геморроидальной артерии ультразвуковым доплером с последующим прошиванием каждой артерии вибрируемыми швами. Сейчас этот метод приобретает все большую популярность.

Таким образом, обзор литературы показывает, что до настоящего времени нет единого взгляда на применение различных методов хирургических операций и методик малоинвазивных способов лечения. Нет четко сформулированных показаний к их применению, хотя, несомненно, все они обладают определенными достоинствами. Кроме этого, дорогостоящие аппаратуры для проведения малоинвазивной операции при геморрое на периферии страны не доступны. Поэтому поиск усовершенствования способов лечения хронического геморроя, поиск оптимальных методов хирургического лечения при различных стадиях заболевания является актуальным.

ЦЕЛЬ

Усовершенствование хирургических способов лечения хронического геморроя.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В нашей клинике применяем методику геморроидэктомии по Миллигану-Моргану во 2-й модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ с некоторыми видоизменениями. Это заключается в следующем. Геморроидэктомии проводят в положении на спине с закрепленными на специальных подставках ногами. Операцию желательно выполнять под сакральной анестезией. Операцию начинают с осторожной, но тщательной дивульсии мышц анального сфинктера, с помощью бранш ректального зеркала, постепенно по обеим косым линиям в горизонтальном направлении. Задний проход в 4-х симметричных точках (12.3.6.9 часах) растягивают кольцом расширителем при помощи шелковых нитей. Внутренние геморроидальные узлы удаляют вместе с наружными узлами. На внутренний геморроидальный узел, расположенный на 11 часах, накладывают зажим Люэра и слегка подтягивают его наружу, по направлению к противоположной стенке так, чтобы обозначить ножку геморроидального узла, располагающуюся несколько выше зубчатой линии. Над верхней поверхностью сосудистой ножки геморроидального узла делается выкол круглой иглой с вибрирующим концом, расположенный под основанием ножки узла, делая выкол у ее противоположной стенки. Этой же нитью через первоначальное место выкола слизистая оболочка гофрируется над сосудистой ножкой и выкол у ее противоположной стенки. Таким образом, лигатура охватывает весь сосудистый пучок ножки. Затем лигатуру затягивают, после ее отсечения культи узла погружается в подслизистый слой, не выступая в анальный канал. Самое главное при оттягивании удаляемого геморроидального узла наружу, слизистая оболочка анального канала не соскальзывает из лигатуры сосудистой ножки за счет гофрирующего шва. Это предотвращает кровотечение во время и в послеоперационном периоде. После этого со стороны сосудистой ножки по направлению наружу поэтапно и по частям иссекается слизистая оболочка анального канала вместе геморроидальным узлом, захваченным зажимом Люэра, тщательно удаляя подслизисто расположенные геморроидальные узлы визуальным контролем. Рана анального канала восстанавливается поэтапно после каждого иссечения слизистой оболочки анального канала с «X»-образными кетгуттовыми швами, захватывая в шов края слизистой оболочки и дно раны. При таком методе кровотечения из раны незначительные. Аналогично удаляются внутренние геморроидальные узлы на 7 и 3 часах. После этого снимается кольцо-расширитель, и удаляются соответствующие наружные геморроидальные узлы, обычно как продолжение внутренних узлов. После обработки ушитых ран в анальный канал вводят тонкую турунду, пропитанную линиментом Вишневского.

За период 2011 по 2013 гг. на базе хирургического отделения №2 Ошской городской клинической больницы по этой методике оперировано 307 больных основной группы с диагнозом хронический геморрой с выпадением внутренних геморроидальных узлов 2-3 степени. Из них мужчин было 210 (68,4%), женщин – 97 (31,6%). В возрастном аспекте до 20 лет – 67 (21,8%) больных, до 30 лет – 94 (30,6%) больных, до 40 лет – 68 (22,2%) больных, до 50 лет – 29 (9,5) больных, 60 и старше – 49 (15,9%) больных.

Контрольной группе, 220 больным, провели геморроидэктомию по Миллигану-Моргану во 2- модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В послеоперационном периоде кровотечение наблюдалось у 3 (1,36%) больных контрольной группы, у больных основной группы кровотечение не наблюдалось. Выраженный болевой синдром отмечался у 26 (11,8%) больных контрольной группы и у 24 (7,8%) больных основной группы. Рефлекторная задержка мочеиспускания наблюдалась у 35 (15,9%) больных контрольной группы и у 15 (4,8%) больных основной группы, которые разрешились после инъекции комплекса обезболивающих средств и спазмолитиков. Воспалительные осложнения не наблюдались у больных обеих групп. Средние сроки пребывания больных в стационаре у больных основной и контрольной группы составила 10,7 койко-дней.

В отдаленные сроки послеоперационные стриктуры анального канала наблюдались у 4 (1,8%) больных контрольной и у 6 (1,6%) больных основной группы, которые были устранены пальцевыми бужированием, под внутривенным калипсолом наркотом. Послеоперационная стриктура анального канала развивается, в основном, у тех больных, которые после операции самостоятельно постоянно применяли слабительные средства. Недостаточности анального жома, а также рецидивов заболевания не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При такой методике операции культя геморроидального узла погружается в подслизистый слой, не выступая в анальный канал, это уменьшает болевой синдром и предотвращает послеоперационное кровотечение.

Поэтапное иссечение геморроидального узла изнутри снаружи и поэтапное восстановление ран анального канала с «Х»-образными швами резко снижает интраоперационное кровотечение.

«Пилящие» свойства «Х»-образного шва минимизированы.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ

Райымбеков О.Р., Бейшеналиев А.С.,
Жолболдуев Ж.М., Атокуров Б.К.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Среди проктологических заболеваний трещины анального канала по частоте занимают второе и третье места, уступая лишь геморрою, а в некоторых статистиках – и парапроктиту. Трещина заднего прохода – нозологически обособленное заболевание, ее клинические рамки ясно очерчены, известен патогенез, хорошо изучена симптоматология, испытано много средств и способов лечения.

Мы считаем, что одним из этиологических факторов данной патологии является наличие геморроя, которая зачастую вызывает рефлекторную задержку стула.

Далеко не каждое повреждение кожи и слизистой оболочки заднего прохода может быть названо трещиной. Справедливо мнение, которое высказали некоторые ученые о трещине заднего прохода, как «о болезни малой, но причиняющей большие страдания, излечение от которой приносит людям настоящую радость».

Проблема лечения трещин заднего прохода далека от радикального разрешения. В этом вопросе много взглядов и предложений, особенно если учесть, что приходится иметь дело с двумя основными формами заболевания с острыми и хроническими трещинами. Если первая сравнительно легко поддается консервативной терапии, то лечение хронических трещин остается сложной задачей. Среди проктологов нет единства взглядов на показания и методику лечения трещин заднего прохода. Более того, имеются противоположные мнения по всем этим вопросам.

Оперативное лечение анальных трещин необходимо проводить при хроническом течении заболевания и не поддающемся консервативной терапии. Закрывага, коковая сфинктеротомия тоже имеет свою положительную и отрицательную сторону.

ЦЕЛЬ

Улучшить результаты хирургического лечения больных с анальной трещиной в сочетании с хроническим геморроем 3-4 стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении проктологии Ошской городской больницы с 2011 по 2013 гг. с диагнозом хронической анальной трещиной

находились 38 больных, из них в сочетании с хроническим геморроем 3 и 4 степени у 21 (55%) больных. Среди них женщин было 28 (73,7%), а мужчин – 10 (26,3%). Больные были в возрасте от 16 до 69 лет. Основное их количество составили больные трудоспособного возраста. Задняя анальная трещина диагностирована у 32 (84,2%), передняя – у 6 (15,8%). Длительность заболевания составила от нескольких месяцев до 8 лет. Средняя продолжительность болезни составила $1,9 \pm 0,6$ лет.

Все больные по характеру оперативного вмешательства были разделены на две группы. В основную группу вошло 21 (55,3%) больных, которым осуществлялась операция геморроидэктомия по методу Миллиган-Моргана в модификации ГНЦ колопроктологии РФ с нашими видоизменениями и иссечение анальной трещины в пределах здоровых тканей и ушивание раны слизистой анального канала в поперечном направлении к перинальной коже с «Х»-образными кетгуттовыми швами.

В контрольную группу включены 17 (44,7%) больных, которым произведена дивульсия анального сфинктера и иссечение анальной трещины в ромбовидной форме на уровне слизистой оболочки вместе сторожевым бугорком. Ушивание образовавшейся раны анального канала произвели в поперечном направлении к перинальной коже с «Х»-образными швами рассасывающимися нитями.

Все операции осуществлены под са크ральной анестезией, после тщательной предоперационной подготовки кишечника.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Больные обеих групп на стационарном лечении находились, в среднем, по 8 койко-дней. У больных основной группы послеоперационные боли были более выраженными, чем больные контрольной группы, это связано с совместной геморроидэктомией. Рефлекторной задержки мочеиспускания в обеих группах не наблюдалось. Рецидивов болезни в течение 2 лет не наблюдалось. Самое главное, больные основной группы одновременно избавились от хронического геморроя, при этом имея патогенетическую, психологическую и экономическую выгоду. При поперечном ушивании раны слизистой оболочки анального канала к перинальной коже исключается попадание слизи и кишечного содержимого в рану, а это уменьшает послеоперационные боли.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оперативное лечение анальной трещины показано при неуспешной консервативной терапии.

При сочетании анальной трещины с хроническим геморроем 3-4 стадии сочетанная операция является методом выбора, которая, в свою очередь, имеет патогенетическую, психологическую и экономическую эффективность для больного и государства.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СФИНКТЕРОЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ

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

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

ВВЕДЕНИЕ

Количество обращений пациентов с ректоцеле увеличивается из года в год. Эта патология относится к группе заболеваний промежности, основным этиологическим фактором которых послужили травматичные роды. Разрывы промежности, эпизиотомия без восстановления пересеченных мышц, приводят к деформации анатомии таза, obstructivному синдрому, развитию передней анальной трещины и ректоцеле.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

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

вался доступ через заднюю стенку влагалища с выкраиванием треугольного лоскута, как дающий максимальный обзор этой области и возможность симметричного восстановления раны. В качестве неинвазивного вспомогательного метода исследования промежности использовалось УЗИ (Medison, Sonoace X6), дающее некоторые данные о предоперационном состоянии промежности, касающиеся расстояния между леваторами в области сухожильного центра, толщины ректовагинальной перегородки. Выполнялось измерение тонуса и волевого сокращения леваторов с помощью вагинального датчика аппарата «Peritron» у женщин, не имевших ректоцеле и у пациенток, страдающих данной патологией, в дооперационном и послеоперационном периодах.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При внешнем осмотре определялись рубцовые изменения по задней стенке влагалища, свидетельствующие о родовой травме, а также истончение ректовагинальной перегородки, смещение ануса к копчику, удлинение и зияние половой щели, уменьшение расстояния между анусом и преддверием влагалища, выпячивание слизистой задней стенки влагалища в половую щель, увеличивающееся при натуживании. При выполнении доступа к *m. levatori ani* с выкраиванием треугольного лоскута по задней стенке влагалища определено, что крупные сосуды в этой области отсутствуют. В последующем лоскут иссекался, иссекались рубцовые ткани, слизистая оболочка отслаивалась, для того чтобы тупым способом выделить леваторы. У женщин с ректоцеле наблюдалось расхождение *m. levatori ani* от 4 до 6 см. Подобное расхождение обусловлено, с нашей точки зрения, повреждением *corpus perineale*. При этом наблюдалось смещение аноскопической мышцы в сторону копчика, что приводило к изменению аноректального угла, в результате чего при дефекации давление калового комка было направлено не в сторону анального канала, а в сторону задней стенки влагалища. Данные изменения мы считаем основным этиологическим фактором развития обструктивного синдрома. У живых лиц изолированный разрыв *corpus perineale*, приводящий к расхождению леваторов к стенкам таза без нарушения целостности самих мышц, наблюдался у 134 женщин (72,0% от общего числа пациентов). В 49 случаях (26,3% от общего числа пациентов) повреждение *corpus perineale* сопровождалось частичным разрывом аноскопической мышцы.

ВЫВОДЫ

Топография промежности при ректоцеле имеет свои характерные особенности, отличающиеся от анатомии промежности здорового человека. Представление об изменениях промежности при ректоцеле позволяет нам обосновать наиболее рациональные методы ее оперативной коррекции. Оперативное вмешательство при ректоцеле должно быть направлено не только на устранение диастаза леваторов и укрепление ректовагинальной перегородки, но и на изменение аноректального угла.

СПОСОБ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Соловьев О.Л., Соловьев А.О., Долгих О.Ю., Соловьева Г.А.
ЗАО МНПО «Клиника «Движение», г. Волгоград, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Свищи прямой кишки (хронический парапроктит) – одно из наиболее распространенных колопроктологических заболеваний, его частота составляет 15% от числа больных, госпитализированных в специализированные отделения. По статистике примерно 95% больных со свищами прямой кишки связывают начало заболевания с перенесенным острым парапроктитом. По данным ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, треть больных острым парапроктитом обращается к врачу после спонтанного вскрытия гнойника, после чего у них часто формируется свищ прямой кишки, около 30% больных вообще не обращаются за медицинской помощью, пока у них после острого парапроктита не появится свищ. Только 40% больных острым парапроктитом обращаются к врачу своевременно, но не все они, по разным причинам, оперируются радикально.

ЦЕЛЬ

Разработка метода безоперационного лечения пациентов со сложными параректальными свищами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для внедрения этого метода в широкую практику нами создано производное аппарата «Проксон», позволяющего выпол-

нить химическую абляцию свищевых ходов с ультразвуковым воздействием.

Нами получен патент на способ малоинвазивного лечения сложных параректальных свищей (RU 2440164). За период с 01.2008 по 12.2009 гг. пролечено 9 пациентов с диагнозом чресфинктерный параректальный свищ и 19 пациентов с диагнозом экстрасфинктерный параректальный свищ.

Эффекты кавитации в жидкой среде при ультразвуковом воздействии позволили создать эффективную методику малоинвазивного лечения сложных параректальных свищей. Суть метода состоит в том, что в свищевой ход вставляется полая рабочая часть инструмента, одновременно передающая ультразвуковые колебания и раствор склерозанта. В качестве склерозанта мы использовали 3% спиртовой раствор йода. Попадая в свищевой ход со скоростью 0,25 мл в секунду в течение 20-80 секунд, в зависимости от размеров свищевого хода и наличия затеков, склерозант проникает во все складки и полости свищевого хода, импрегнируется в эпителиальную выстилку свища, вызывая химическую абляцию внутренних оболочек свищевого хода. Эта процедура выполняется 2-3 раза с перерывом в сутки. Результат оценивается через месяц.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 28 пациентов через месяц у 10 наступило закрытие свищевого хода. Через 2 месяца наблюдения и 2-х этапов лечения свищевой ход закрылся у 24-х пациентов. Через 3 месяца свищевой ход закрылся у 26 пациентов. При наблюдениях от 6 месяцев до 2-х лет рецидив наступил в 1 случае. В результате лечения у 25 пациентов из 28 наступило выздоровление. 3 пациентам выполнены хирургические вмешательства.

ВЫВОДЫ

Данная методика имеет неоспоримые преимущества: 1) выполняется амбулаторно; 2) лечение занимает несколько минут; 3) не приводит к потере трудоспособности; 4) не нарушает анатомические структуры анального канала и перинальной области; 5) не препятствует выполнению хирургических вмешательств.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ВЗК

Соловьев О.Л., Соловьев А.О., Соловьева Г.А., Долгих О.Ю.
ЗАО МНПО «Клиника «Движение», г. Волгоград, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

У больных ВЗК отмечается атипичное течение геморроя, проявляющееся в виде частых кровотечений и тромбозов геморроидальных узлов. Воспалительные изменения слизистой и кожи анального канала приводят к снижению ее репаративных возможностей, ригидности, ломкости, склонности к разрывам. В связи с этим, для обеспечения максимальной безопасности пациента, следует серьезно относиться к выбору метода лечения геморроя.

ЦЕЛЬ

Изучение возможности применения малоинвазивных методов лечения геморроя у больных с воспалительными заболеваниями кишечника. Разработка алгоритма помощи больным с ВЗК при наличии кровотечения из анального канала.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У больных ВЗК при геморроидальном кровотечении применение таких методов лечения, как открытая и закрытая геморроидэктомия, мукопексия и шовное лигирование, наложение латексных колец, чревато развитием профузного кровотечения из-за высокой вероятности прорезывания лигатур на фоне низких репаративных возможностей анального канала. В связи с этим выбор методов остановки кровотечения у данных пациентов становится довольно узким. Метод не должен создавать входные ворота для инфекции в подслизистый слой, должен быть безопасным, не должен оставлять раневых поверхностей. Наиболее оптимальными методами лечения геморроя в данном случае являются склеротерапия и склерозирующее лечение геморроя с ультразвуком. В 2001 году метод склеротерапии нами был модифицирован и получил новое качественное развитие. Суть метода заключается в том, что инъекционная игла является рабочей частью ультразвукового инструмента. Для выполнения процедуры нами был создан и сертифицирован новый и единственный в мире ультразвуковой хирургический аппарат «Проксон», который генерирует ультразвуковые колебания в диапазоне от 20 до 80 кГц. Аппарат имеет три рабочих инструмента: 1) устройство для склеротерапии геморроя с УЗ, 2) ультразвуковой скальпель,

3) торцевая насадка для обработки ран и полостей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С 2001 по 2014 год нами выполнена остановка геморроидального кровотечения 53 пациентам ВЗК методом склеротерапии с ультразвуком. Болевой синдром наблюдался в 2 (3,8%) случаях, тромбоз наружных геморроидальных узлов в 4 (7,6%) случаях, развитие воспалительного инфильтрата в 1 (1,9%) случае. Во всех случаях наблюдалась остановка кровотечений из геморроидальных узлов. Осложнений в виде профузного кровотечения не наблюдалось.

ВЫВОДЫ

1) При наличии кровотечения из анального канала при язвенном колите показано применение малоинвазивного лечения геморроя. 2) Методом выбора лечения геморроя при язвенном колите является склеротерапия с ультразвуком, либо традиционная склеротерапия. 3) Для снижения вероятности осложнений при традиционной склеротерапии рекомендуется использовать склерозант с большим разведением (0,5%) и в пенообразной форме. 4) Наличие анемии не является противопоказанием для склерозирующего лечения геморроя.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Судаков В.П., Басурманова Н.В., Подпругин Е.В.

ГАУЗ «АГБ № 1», г. Ангарск, Россия

ВВЕДЕНИЕ

Геморроидэктомия является распространенным методом лечения при 3-4 стадиях заболевания геморроя с присущими ей, как ранних, так и поздних послеоперационными осложнениями и длительностью периода реабилитации. Все большее распространение получает трансанальная дезартеризация геморроидальных узлов под доплер-контролем с муккопексией и лифтингом (HAL-RAR).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить эффективность и место (HAL-RAR) среди малоинвазивных и хирургических методов путем определения четких показаний к данным методам.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пролечено 344 больных с II-IV стадиями хронического геморроя. С II стадией 95 пациентов, с III стадией – 125 пациентов и с IV стадией – 124. Лигирование геморроидальных узлов выполнялось вакуумным лигатором с латексными кольцами фирмы Шторц. Дезартеризация выполнялась с использованием аппарата компании А.М.И. (Австрия). Традиционное удаление геморроидального узла выполнялось по классической методике. Все операции выполнены под местной анестезией амбулаторно. Выбор тактики обусловлен неоднородностью выпадения узлов. Под комбинированным методом лечения хронического геморроя мы подразумеваем применение малоинвазивных методов с традиционным удалением геморроидальных узлов. Выбор комбинированного метода лечения пациентов с хроническим геморроем обусловлен индивидуальным подходом с оценкой однородности выпадения узлов, по стадиям, размерам и наличию границ между внутренними и наружными геморроидальными узлами. На внутренние геморроидальные узлы, соответствующие 2,3 стадиям заболевания с четкими границами между наружными и внутренними размерами узлов не более 2 см в диаметре, применяли лигирование латексными кольцами, более крупные внутренние узлы от 2 до 4 см подвергали дезартеризации под контролем доплера с лифтингом и муккопексией, узел более 4 см в диаметре, либо, при отсутствии границ между наружным и внутренним, выполняли удаление геморроидального узла по классической технологии. После определения различий в стадиях выпадения геморроидальных узлов на 3, 7 и 11 часах определяли показания к применению как для малоинвазивных, так и для хирургических методов у каждого больного.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Время операции $17 \pm 3,2$ мин. После операции болевой синдром практически отсутствовал. Пациенты наблюдались в течение года. Хорошие результаты лечения отмечены у 300 (95%) больных. Неудовлетворительные – у 17 (5%) больных. У 25 (7,2%) пациентов отмечены осложнения: кровотечения – у 10 (2,9%), у 15 (4,3%) пациентов развился наружный тромбоз. Длительность нетрудоспособности составила $7,90 \pm 2,41$ дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комбинированный метод лечения, включающий в себя сочетание малоинвазивных методов с удалением одного или двух

узлов традиционными методом, является высокоэффективным амбулаторным методом лечения геморроя в II-III-IV стадиях с минимальным хирургическим риском и обеспечивает быструю реабилитацию пациентов.

ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Судаков В.П., Басурманова Н.В., Подпругин Е.В.

ГАУЗ «АГБ № 1», г. Ангарск, Иркутская область, Россия

ВВЕДЕНИЕ

Геморроидэктомия является распространенным методом лечения при 3-4 стадиях заболевания геморроя с присущими ей, как ранних, так и поздних послеоперационных осложнений и длительностью периода реабилитации. Все большее распространение получают малоинвазивные методы. При этом не определены четкие показания, как среди малоинвазивных, так и хирургических методов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить эффективность и место малоинвазивных и хирургических методов путем определения четких показаний.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пролечено 997 больных с II-IV стадиями хронического геморроя. С II стадией 382 пациентов, с III стадией – 317 пациентов и с IV стадией – 298. Лигирование геморроидальных узлов выполнялось вакуумным лигатором с латексными кольцами фирмы Шторц. Инфракрасная фотокоагуляция выполнялась аппаратом Люматек. Дезартеризация геморроидальных артерий выполнялась с использованием аппарата компании А.М.И. (Австрия). Традиционное удаление геморроидального узла выполнялось по классической методике. В первую группу вошли 400 (40,1%) пациентов, которым выполнено сочетание малоинвазивных методов. Сочетали лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами с инфракрасной фотокоагуляцией. Показанием для сочетанного метода были пациенты с 2 и 3 стадией с размерами внутренних узлов до 2 см в диаметре, при наличии границ между наружными и внутренними узлами. Процедуры выполнялись последовательно. Во вторую группу вошли 138 (13,8%) пациентов, которым выполнена дезартеризация геморроидальных узлов под контролем доплера с лифтингом и муккопексией. Показанием для дезартеризации были пациенты с 3-4 стадией и размерами внутренних узлов от 2 до 4 см в диаметре, при наличии четких границ между наружными и внутренними узлами. Третью группу составили 344 (34,5%) больных с комбинированным лечением. Показанием для комбинированного лечения были пациенты с 2-3-4 стадией. Выбор тактики для комбинированного метода лечения обусловлен неоднородностью выпадения узлов. Под комбинированным методом лечения хронического геморроя мы подразумеваем применение малоинвазивных методов с традиционным удалением геморроидальных узлов. Выбор комбинированного метода лечения пациентов с хроническим геморроем обусловлен индивидуальным подходом с оценкой однородности выпадения узлов, по стадиям, размерам и наличию границ между внутренними и наружными геморроидальными узлами. На внутренние геморроидальные узлы, соответствующие 2, 3 стадиям заболевания, с четкими границами между наружными и внутренними размерами узлов не более 2 см в диаметре применяли лигирование латексными кольцами; более крупные внутренние узлы от 2 до 4 см подвергали дезартеризации геморроидальных узлов под контролем доплера с лифтингом и муккопексией, узел более 4 см в диаметре, либо при отсутствии границ между наружным и внутренним, выполняли удаление геморроидального узла по классической технологии. После определения различий в стадиях выпадения геморроидальных узлов на 3,7 и 11 часах определяли показания к применению как для малоинвазивных, так и для хирургических методов у каждого больного. В 82% методики выполняли одновременно, в 18% – последовательно. Четвертую группу пациентов составили 115 (11,6%) пациентов, которым была выполнена геморроидэктомия. Показанием для геморроидэктомии были пациенты с 3-4 стадией заболевания, когда отмечалось выпадением всех трех узлов с отсутствием границ между наружными и внутренними, либо выпадением трех внутренних узлов более 4 см в диаметре. Все операции выполнены под местной анестезией амбулаторно, кроме четвертой группы, когда выполнялась геморроидэктомия в стационаре под общим обезболиванием.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациенты наблюдались в течение 3 лет. Хорошие результаты лечения в первой группе отмечены у 392 (98%) пациентов, во второй группе хорошие результаты отмечены у 131 (95%) пациента, в третьей группе отмечены у 300 (95%) больных и четвертой группе хорошие результаты – у 112 (98%) больных. Неудовлетворительные результаты получены у 64 (6,4%) больных. Отмечены осложнения: кровотечения – у 29 (2,9%), у 43 (4,3%) пациентов развился наружный тромбоз. Острая задержка мочеиспускания отмечена у 29 (4,1%) пациентов, острый парапроктит развился у 10 (1%) пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При четком дифференцированном подходе к методу выбора лечения геморроя, учитывая стадию, размеры внутреннего геморроидального узла, границы между наружными и внутренними узлами, неоднородности выпадения узлов по стадиям у одного больного, возможно 882 (88,4%) пациентов излечить с хорошими результатами в амбулаторных условиях, применяя сочетание малоинвазивных методов либо малоинвазивные методы с хирургическими. Геморроидэктомия показана лишь у 115 (11,6%) пациентов.

ТЕХНОЛОГИИ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАГНОИВШЕГОСЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Овсянников А.В., Сухая Ю.В.

Государственный медицинский университет,
г. Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшить результаты лечения больных с нагноившимся эпителиальным копчиковым ходом путём использования новых технологий.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 62 больных с нагноившимся эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ) на стадии абсцесса. Диагностику острого тканевого гипертензионного синдрома (ОТГС) проводили инвазивным методом с помощью аппарата «Stryker» REF.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из 62 больных у 38 (61,3%) по оригинальной методике (Федеральный патент РФ №2393783) был диагностирован ОТГС ягодично-крестцово-копчиковой области на фоне нагноившегося ЭКХ на стадии абсцесса. Была выполнена подкожная фасциотомия области медиального отдела большой ягодичной мышцы. Все больные были оперированы в экстренном порядке. У 21 (33,9%) больного с разветвленным свищевым копчиковым ходом, мы наблюдали на фистулографии гнойные полости в мягких тканях ягодичных областей. На первом этапе операции тактика лечения была одинаковой. Объём нежизнеспособных тканей, подлежащих удалению, определяли на операционном столе, путем введения через первичное отверстие свищевого хода метиленового синего, смешанного с перекисью водорода 1:1. Под эпидуральной анестезией выполняли вскрытие абсцесса из линейного разреза строго по средней линии. Прокрашенные ткани удаляли единым кожно-подкожно-фасциальным блоком с ликвидацией первичного отверстия ЭКХ. Устанавливали суточное проточно-промывное дренирование полости абсцесса.

При посевах экссудата было выделено 184 штамма микроорганизмов. В спектре выделенной микрофлоры преобладали энтеробактерии, составляя 46,1% и представители рода *Staphylococcus* – 33,6%. Реже встречались *Enterococcus faecalis*, *Aerococcus viridans*, и др. – 13,5%, *Pseudomonas aeruginosa* – 10,4%. У трети обследованных больных возбудители хирургической инфекции были выделены в монокультуре, преимущественно, стафилококки и стрептококки. Ассоциации микроорганизмов – у 36,5% больных.

При лечении больных мы использовали мази на полиэтиленгликолевой основе (Левомеколь, Диоксиколь). Применяли дезэскалационные принципы антибиотикотерапии, озонотерапию и ультразвук. Критерием завершения первого этапа лечения было снижение у всех больных микробной обсемененности раны до 104 микробных тел в 1 г ткани и цитологическая картина фазы регенерации раневого процесса. Микробиологические исследования показали высокую эффективность санации озоносодержащими жидкостями.

Восстановительный этап лечения, как уже было отмечено,

начинали в строгом соответствии с показателями микробной обсемененности ран.

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дифференцированный подход к двухэтапному радикальному хирургическому лечению больных с нагноившимся ЭКХ на стадии абсцесса с учетом оценки стадии развития ОТГС и динамики бактериальной контаминации в зоне операции даёт возможность минимизировать уровень послеоперационных местных осложнений, что позволяет достичь положительных результатов лечения: 93,7% – хорошие и 2,1% – удовлетворительные (в контрольной группе 70,4% и 25,0%, соответственно).

К ВОПРОСУ О СОЗДАНИИ ПОЛНОЦЕННОГО ЗАМКАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ ПУТЁМ ГРАЦИЛЛОПЛАСТИКИ

Татьянченко В.К., Черкасов М.Ф., Богданов В.Л., Шурыгин К.В.

Государственный медицинский университет,
г. Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

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

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На 40 трупах людей, с использованием оригинальных технологий (Федеральный патент № 1144703, №2271740) изучены особенности строения тонкой мышцы бедра. В клинике у 24 больных в возрасте от 8 до 59 лет с диагнозом недостаточности анального сфинктера различного генеза выполнена сфинктеропластика тонкой мышцей бедра.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основными особенностями техники формирования замыкательного аппарата кишки по разработанной методике (Федеральный патент РФ № 1202563) являются: полная мобилизация мышечного лоскута; выделение основного сосудисто-нервного пучка от места его отхождения от магистральных сосудов и нервов до «ворот» мышцы; подведение лоскута на промежность, исключая перекрут и натяжение фиксированной сосудисто-нервной ножки; создание новых точек прикрепления для проксимального и дистального концов мышечного лоскута после формирования замыкательного аппарата кишки.

Для повышения резистентности мышечных лоскутов к ишемии в предоперационном периоде проводили подготовку внутриорганного сосудистого русла путём дозированного аппаратного пережатия дополнительных источников питания мышц, лежащих перевязке, в течение 9-10 дней при первоначальном снижении pO_2 на 20% от исходного уровня (Федеральный патент РФ № 1600711).

Установлено, что ранние сроки после операции (3-14 дней), когда вновь созданный замыкательный аппарат кишки сокращается в изотоническом режиме, имеют охранительное или защитное значение. Движения конечностью и стимуляция вновь созданного замыкательного аппарата из тонкой мышцы в этот период противопоказаны. Начиная с 15-го дня после операции и в течение 30 дней, проводили биостимуляцию неосфинктера прямой кишки. Установлено, что к 60-му дню замыкательный аппарат кишки полностью сохраняет биоэлектрическую активность той мышцы, из которой он создан и сокращается в изометрическом режиме. Полученные результаты электромиографического исследования определяют характер и методику лечебной физкультуры для больных. В послеоперационном периоде лечебную гимнастику следует проводить в четыре этапа: 1-й этап – этап щажения пересаженного на промежность мышечного лоскута (2-3 недели до полного заживления ран на бедре и промежности); 2-й этап – этап изометрической тренировки трансплантата (1 месяц);

3-й этап – этап функционального воспитания вновь созданного замыкательного аппарата кишки (1 месяц); 4-й этап – этап закрепления новой функции (6-8 месяцев).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отдаленные результаты (более 10 лет) лечения у подавляющего числа пациентов (83,3%) – хорошие и у 8,4% – удовлетворительные, позволяют расширить показания к выполнению операции по созданию неосфинктера путём градилопластики с использованием разработанных нами технологий.

ЭЛЕКТРОЛИГИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Тимербулатов В.М., Мехдиев Д.И., Фаязов Р.Р., Ахмеров Р.Р.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО
ГБОУ ВПО Башкирский государственный
медицинский университет, г. Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Геморрой относится к одним из самых распространенных заболеваний человека, а среди заболеваний толстой и прямой кишки занимает 1 место. По данным многочисленных исследований, посвященных этой проблеме, заболеваемость геморроем составляет 2,9-27,9% населения разных стран, до 10-15% взрослого населения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клинический материал составил 275 больных с хроническим геморроем 3-4 ст. Основную группу составили 172 пациента, им проведенные операции с использованием генератора «LigaSure». В контрольной – 103 больных, которые оперированы по Миллигану-Моргану во 2 модификации НИИ проктологии. Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу. В выборочной совокупности мужчин было 198 (72,0%), женщин 77 (28,0%). Геморроидэктомия с использованием аппарата «LigaSure».

После обработки операционного поля окончательным зажимом подтягивают внутренний узел на 3-х часах по условному циферблату за верхушку и накладывают на его натянутое основание, включая сосудистую ножку, изогнутый электрод аппарата «LigaSure». Проводится электролигирование основания узла при интенсивности в 2 или 3 светодиода, после чего внутренний геморроидальный узел удаляется над зажимом без прошивания сосудистой ножки. Захватывается наружный узел. Кожа над узлом окаймляюще очерчивается скальпелем, проводится электролигирование основания, узел удаляется. На кожную рану накладываются кетгуттовые швы. Так же удаляются узлы на 7 и 11 часах.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При изучении структуры осложнений в раннем послеоперационном периоде выявлено, что значительно реже в основной группе, по сравнению с контрольной, встречались отек периаанальной области и дизурические явления (в 1,9 и в 3 раза, соответственно), случаев кровотечения в основной группе не было. Обильные кровотечения в контрольной группе встречались в 3 (2,9%) случаях, в основной группе – в 1 (0,58%) случае.

При изучении отдаленных результатов лечения в сроки от 3 месяцев до 2 лет случаев рецидива заболевания нами не выявлено. Вместе с тем в позднем послеоперационном периоде, через 10 месяцев после операции в основной группе было 5 (2,9%) случаев стеноза анального канала, в 3 случаях производилось бужирование анального канала с полным излечением, в 2 случаях потребовалось оперативное вмешательство. Все случаи стеноза анального канала наблюдались при геморрое 4 стадии, и, видимо, связаны с чрезмерным радикализмом при геморроидэктомии на стадии внедрения метода. В контрольной группе поздних осложнений не было.

При изучении потребности в обезболивании наркотическими анальгетиками в послеоперационном периоде выяснилось, что в основной группе на 1 больного использовано, в среднем, около 1-го мл, а в контрольной группе – около 2-х мл 2% раствора омнопона. Наркотические анальгетики после геморроидэктомии использовались в основной группе, в среднем, на протяжении 3,4 суток, а в контрольной группе – в течении 5,6 суток.

В основной группе после операции происходило раннее восстановление функции запирающего аппарата прямой кишки. На 3 сутки после операции тоническое напряжение анального сфинктера достигало 38 мм рт. ст. (65,5% от напряжения до операции). На 5 сутки функция запирающего аппарата начинает восстанавливаться, тоническое напряже-

ние составляет 94,8% от напряжения до операции, на 10 сутки функция анального сфинктера практически возвращается к дооперационному уровню. В контрольной же группе восстановление функции запирающего аппарата протекало значительно медленней, на 10 сутки функция только начинает восстанавливаться и составляет тоническое напряжение 68,4% от дооперационного уровня. Волевое сокращение в обеих группах после операции практически не страдает.

Продолжительность геморроидэктомии при применении генератора для электролигирования значительно сократилась по сравнению с традиционной методикой по Миллигану-Моргану во 2 модификации НИИ проктологии и уменьшилась в 2 раза вследствие отсутствия необходимости в прошивании сосудистой ножки геморроидального узла, осуществления гемостаза и наложения швов на края ран слизистой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование показало, что геморроидэктомия, выполняемая генератором «LigaSure», позволяет уменьшить как интенсивность болевого синдрома (в 1,8 раза), так и длительность (в 2,2 раза), достоверно снизить число дизурий (в 2,4 раза), кровотечений (в 5 раз), отека периаанальной области (в 3 раза). Наряду с тем в позднем периоде было 5 (2,9%) случаев стеноза анального канала. Полученные данные говорят о том, что геморроидэктомия, выполняемая аппаратом «LigaSure», является удобным в применении способом лечения геморроя, позволяющим уменьшить число ранних послеоперационных осложнений, но требующим осторожности при распространенном процессе с соблюдением принципа максимального сжатия ткани.

ДОПЛЕРКОНТРОЛИРУЕМАЯ ДЕАРТЕРИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С МУКОПЕКСИЕЙ И ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ (СРАВНИТЕЛЬНОЕ, РАНДОМИЗИРОВАННОЕ, ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Титов А.Ю., Абрицова М.В.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ

Сравнительное изучение отдаленных результатов лечения геморроя двумя методами.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний человека. В России удельный вес геморроя в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34 до 41%, а в Европе – от 39% до 64%. В настоящее время отмечается стойкая тенденция к более широкому применению малоинвазивных методов лечения 3 и даже 4 стадии геморроя. В последние годы, доплерконтролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией, становится операцией выбора при поздних стадиях заболевания. Согласно литературным данным, пациентам с 4 стадией заболевания достаточно часто рекомендуют выполнять геморроидэктомию (до 30%). Однако, данная операция достаточно травматична и тяжело переносится пациентами. В мировой литературе приведено достаточное количество рандомизированных исследований, направленных на сравнение малоинвазивных хирургических методов лечения геморроя с геморроидэктомией у пациентов с 3 и 4 стадией заболевания. Но, несмотря на весь опубликованный материал, нет убедительных данных по эффективности использования доплерконтролируемой дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с мукопексией у больных с 3 и 4 стадией заболевания по сравнению с геморроидэктомией в отдаленном послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

При установлении диагноза использовалась классификация геморроя, с учетом дифференцированного подхода к 4 стадии заболевания. Нами предложено выделять 4А и 4В стадии. При 4А стадии между наружным и выпавшим внутренним компонентом геморроидального узла определяется граница, которая представлена зубчатой линией. При 4В стадии – граница между наружным и выпавшим внутренним компонентом визуально отсутствует. В проспективное исследование включено 190 пациентов с геморроем 3 и 4А ст. У 124/190 (65,3%) больных установлен диагноз геморроя 3 ст., у 66/190 (34,7%) – геморрой 4А ст. заболевания. Пациентам первой

группы выполнена доплерографируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией (ДДМ) (103/190), второй группы – геморроидэктомия аппаратом Ultracision (ГЭ) (87/190).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Длительность операции в группе ДДМ была значительно меньше и составила $18,0 \pm 6,4$ мин., по сравнению с ГЭ – $34,0 \pm 10,7$ мин. ($p < 0,01$). Уровень боли в послеоперационном периоде так же был статистически достоверно выше во второй группе, и составил, в среднем, 4,7 балла, по сравнению с 2,7 баллами в первой группе ($p < 0,01$). Наркотические анальгетики использовались реже в группе ДДМ (в среднем, 1,3 дозы), по сравнению с группой ГЭ (в среднем, 6,1 дозы) ($p < 0,01$). Послеоперационный койко-день в первой группе составил $4,6 \pm 1,3$, во второй группе – $7,3 \pm 1,2$ ($p < 0,01$). Период нетрудоспособности в группе ДДМ составил $14,4 \pm 5,0$ дней, по сравнению с $30,3 \pm 5,4$ днями в группе ГЭ ($p < 0,01$). Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 5/103 (4,9%) пациентов в группе ДДМ, и у 12/87 (13,8%) больных во второй группе. Рецидив заболевания возник в первой группе лишь у одного больного на 34 день после операции, и составил 0,9%. Через 6 мес. после операции анализ результатов лечения проведен у 29/103 (28,2%) в первой группе и у 31/87 (35,6%) в группе ГЭ. Эффективность ДДМ через 6 мес. наблюдения составила 86,2%, ГЭ – 87,1%.

ВЫВОДЫ

Допплерографируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией является надежным, малоинвазивным методом лечения геморроя 3 и 4А стадии заболевания, сопоставимым по эффективности с ГЭ в отдаленном послеоперационном периоде.

РЕКТОЦЕЛЕ: ПРЕДИКТОРЫ ИЗЛЕЧЕНИЯ

Титов А.Ю., Бирюков О.М., Мудров А.А.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В литературе, посвященной хирургическому лечению ректоцеле, прослеживается четкая тенденция к снижению показателей хороших и удовлетворительных результатов лечения с 80-90%, зарегистрированных в первые месяцы после операции, до 50% в отдаленные сроки наблюдения (Roman H., 2005; Voccasanta P., 2008; Chung C.S., 2012).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление факторов-предикторов результатов хирургического лечения ректоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 41 пациентка, оперированные в ГНЦК по поводу ректоцеле в период с 2008 по 2012 гг. Возраст больных варьировал от 42 до 68 лет ($56,95 \pm 9,09$). Ректоцеле 2 степени было у 16 (39,0%) пациенток, ректоцеле 3 степени – у 25 (61,0%). Анамнестические данные указывали на одни роды у 12 (29,3%) женщин, у остальных 29 (70,7%) было зарегистрировано двое и более родов. Всем больным была выполнена пластика ректовагинальной перегородки с использованием имплантата. Послеоперационных осложнений отмечено не было. Результаты хирургического лечения ректоцеле оценивались в сроки от 6 до 60 месяцев после операции. Медиана прослеженности – 36 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным контрольного обследования, 35 (85,4%) женщин отмечали значительное улучшение своего состояния в первые месяцы после операции (группа 1). У 6 (14,6%) больных не отмечено улучшения функции опорожнения кишки после хирургического вмешательства (группа 2).

При динамических осмотрах в сроки с 12 до 24 месяцев было выявлено постепенное ухудшение эвакуаторной функции прямой кишки у 44% пациенток, отмечавших ранее хороший результат. Тем не менее, по данным анкетирования, большинство из этих пациенток характеризовали свое состояние как лучшее по сравнению с дооперационным периодом.

Для выявления причин, оказывающих влияние на результаты лечения, был проведен сравнительный анализ в группах по следующим факторам: возраст больных, количество родов в анамнезе и длительность запоров. Также были сравнены результаты дефекографии (размер ректоцеле, наличие опущения промежности) и профилометрии (среднее давление в анальном канале в покое, среднее давление при волевом

сокращении) полученные при первичном обследовании больных.

Статистически значимые различия были получены в показателях среднего давления в анальном канале при волевом сокращении ($99,35 \pm 28,74$ – 1 группа; $77,13 \pm 4,31$ – 2 группа; $p < 0,01$) и градиента между этими показателями и давлением покоя ($46,33 \pm 11,89$ – 1 группа; $19,07 \pm 8,91$ – 2 группа; $p < 0,01$), что может свидетельствовать о лучшей контрактильной способности мышц тазового дна у пациенток, отметивших улучшение функции прямой кишки в послеоперационном периоде. По другим параметрам статистически значимых различий выявлено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Градиент давления в анальном канале при волевом усилии и в покое может рассматриваться в качестве предиктора результатов хирургического лечения ректоцеле.

ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

Титов А.Ю., Бирюков О.М., Фоменко О.Ю., Зароднюк И.В., Войнов М.А.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Для лечения ректального пролапса было предложено множество методов его оперативной коррекции, однако до сих пор «золотого стандарта» в лечении данной нозологии нет. Рецидивы после операции достигают 44%, а частота запоров варьирует от 15% до 75%. В последнее время среди фиксирующих трансабдоминальных операций наибольший интерес вызывает метод ректосакропексии, предложенный D'Hooge и соавт. в 2004 г. Особенностью этого метода, выгодно отличающей его от других вариантов ректопексий, является сохранение боковых прямокишечных связок при мобилизации прямой кишки. При этом, по данным литературы, частота рецидивов после ректосакропексии составляет, в среднем, 5%, а запоры развиваются не более чем у 8% оперированных больных.

При анализе литературы нам не встретилось источников, изучающих факторы, влияющие на возникновение рецидивов ректального пролапса, динамику изменения степени анального держания и моторно-эвакуаторной функции толстой кишки после оперативной коррекции выпадения прямой кишки. Это послужило основанием для изучения собственного опыта хирургического лечения ректального пролапса и выявления факторов, влияющих на эти результаты.

ЦЕЛЬ

Выявить предикторы эффективности лечения выпадения прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 122 пациента, оперированных по поводу выпадения прямой кишки в ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» МЗ РФ с 2007 по 2014 гг. 60 (49,2%) пациентам для лечения ректального пролапса была выполнена ректосакропексия, а остальным 62 (50,8%) – заднепетлевая ректопексия. В ходе нашей работы мы изучили факторы, влияющие на возникновение рецидивов прямокишечного выпадения, на моторно-эвакуаторную функцию толстой кишки, а также на улучшение анального держания после операции. Статистический анализ был выполнен с использованием стандартного пакета статистических программ SPSS 20.0 for Windows. Для однофакторного анализа мы использовали сравнительно-корреляционный анализ, для многофакторного – бинарный логистический регрессионный анализ. Уровень значимости был принят равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Контрольное обследование выполнено у 94 (77%) пациентов. Среднее время наблюдения составило $22,6 \pm 16,5$ мес. Было выявлено 5 (5,3%) пациентов с рецидивом заболевания (4 после заднепетлевой ректопексии, 1 после ректосакропексии). Возможные предикторы, полученные в результате однофакторного анализа: степень компенсации функции мышц тазового дна и изменение времени транзита по ЖКТ. Многофакторный анализ показал, что лишь ухудшение времени транзита по ЖКТ влияет на развитие рецидивов пролапса – относительный риск: 5,7; 95% доверительный интервал: 1,4-29,9. Статистический анализ также выявил, что степень удлинения анального держания напрямую зависит от тяже-

сти основного заболевания. На возникновение запоров после операции оказывает влияние характер выполненного вмешательства: после заднепетлевой ректопексии они развились у 69,6% ($p=0,001$), тогда как после ректосакропексии лишь у 8,3% пациентов ($p=0,401$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рецидивы прямокишечного выпадения развиваются в результате ухудшения моторной функции толстой кишки. Улучшение анального держания зависит от тяжести основного заболевания. Ректосакропексия незначительно влияет на моторную функцию толстой кишки в отличие от заднепетлевой ректопексии, которая достоверно ухудшает транзитную функцию толстой кишки.

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

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

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

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

ЦЕЛЬ

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты лечения 41 пациентов, страдающих хроническим воспалением ЭКХ, которым было выполнено подкожное иссечение ЭКХ из небольших овальных разрезов в области первичных и вторичных отверстий (синусэктомия). В исследование были включены пациенты, которым ранее не выполнялось радикальное вмешательство по поводу ЭКХ, без активного воспалительного процесса в крестцово-копчиковой области, с наличием не более одного вторичного свищевого отверстия. Мужчин было 31 (75%), женщин – 10 (25%). Возраст пациентов колебался от 17 до 47 лет ($M=26,8\pm7,2$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Период наблюдения за пациентами после операции составил от 1 до 28 месяцев ($M=7,3\pm3,7$). Осложнение отмечено у 1 (3,3%) пациента, у которого в раннем послеоперационном периоде произошло кровотечение из раны, для остановки которого потребовалось пересечение кожного мостика и прошивание кровотокающего сосуда. Интенсивность болевого синдрома по VAS в течение первых 7 дней после операции составляла от 0 до 3,3 баллов ($M=1,7\pm2,2$). Период нахождения пациента в стационаре составил от 3 до 7 дней ($M=5,4\pm1,7$). На момент оценки результатов полное заживление ран зафиксировано у 38 (92%) пациентов. Сроки заживления ран составили от 35 до 55 дней ($M=45\pm7,4$). Полное восстановление трудоспособности произошло в сроки от 12 до 16 дней ($M=13,3\pm1,8$). За период наблюдения в 3 случаях зафиксирован рецидив заболевания (7,3%). Под рецидивом мы подразумевали возврат клинической картины заболевания через 2-3 месяца после операции (появление болезненности в межъягодичной области, открытие свищевых отверстий в области послеоперационных рубцов с гнойным отделяемым). В этих случаях

потребовалось повторное оперативное вмешательство – иссечение ЭКХ с дальнейшим ведением раны открытым способом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТОДОМ УШИВАНИЯ ВНУТРЕННЕГО СВИЩЕВОГО ОТВЕРСТИЯ С ВИДЕОАССИСТИРУЕМОЙ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЕЙ СВИЩЕВОГО ХОДА

Титов А.Ю., Костарев И.В.,
Фоменко О.Ю., Мудров А.А., Мусин А.И.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

В течение последних 15 лет, на фоне развития медицинских технологий, стали появляться и активно использоваться методы лечения свищей прямой кишки, основной направленностью которых, кроме ликвидации самого свищевого хода является максимальное сохранение сфинктерного аппарата прямой кишки. Для хирургической коррекции сложных свищей прямой кишки, интерес представляет методика ликвидации свищевого хода с использованием видеоассистенции, предложенная колопроктологом из Италии Meinego P. в 2006 году.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности метода ушивания внутреннего свищевого отверстия с видеоассистируемой электрокоагуляцией свищевого хода в лечении высоких транссфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С мая 2013 года по февраль 2015 года, в проспективное одноцентровое исследование включено 19 пациентов, которым были выполнены видеоассистируемые операции с ушиванием внутреннего свищевого отверстия. У 14 (73,7%) пациентов имелись экстрасфинктерные свищи различной степени сложности, у 4 (21%) – высокие транссфинктерные свищи и в 1 (5,3%) случае – посттравматический свищ прямой кишки высокого уровня. Ранее, до обращения в центр, у 11 (57,9%) пациентов однократно и у 7 (36,8%) двукратно происходило самопроизвольное или хирургическое вскрытие острого парапроктита. В 14 (73,7%) случаях выполнялось ушивание внутреннего свищевого отверстия со стороны ушивающей кишки, в 5 (26,3%) случаях данный этап операции производился со стороны межсфинктерного пространства.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Метод фистулоскопии позволил точно локализовать внутреннее свищевое отверстие в 68,4% случаев, в остальных наблюдениях при экстрасфинктерных свищах с «клюшкообразно»-изогнутой проксимальной частью хода точно подойти к зоне расположения внутреннего свищевого отверстия не удалось. Всего, независимо от варианта ушивания внутреннего свищевого отверстия, полное заживление свищевого хода отмечено у 13 (68,4%) пациентов, в 6 (31,6%) случаях сообщение наружного свищевого отверстия с просветом прямой кишки сохранялось, что расценивалось как рецидив заболевания. У пациентов в случаях полного заживления свищевого хода, рецидива за период дальнейшего наблюдения не возникло ни в одном случае. При оценке частоты благоприятных результатов в зависимости от варианта ушивания внутреннего свищевого отверстия обнаружена достаточно сходная картина. Так в случаях, когда свищевое отверстие ушивалось со стороны просвета прямой кишки, заживление свища произошло у 10 (76,9%) больных, рецидив отмечен в 3 (23,1%) наблюдениях. При ушивании внутреннего свищевого отверстия со стороны межсфинктерного пространства заживление свища зафиксировано в 3 (60%) случаях, рецидив – в 2 (40%).

Ни в одном случае после операции не отмечалось каких-либо нарушений функции держания кишечного содержимого.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Опыт лечения 19 пациентов показал, что с помощью данной методики удается достичь хорошего результата в 68,4% случаев у этой непростой категории пациентов. При этом методами аноректальной манометрии и субъективной оценки функции держания кишечного содержимого по Wexner подтверждено, что операция не оказывает отрицательного влияния на функцию анального сфинктера. Значимых различий частоты благоприятных исходов от варианта ушивания внутреннего свищевого отверстия на данный момент не выявлено, однако, учитывая малые выборки, этот вопрос требует дальнейшего изучения.

НЕЗАЖИВАЮЩИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ РАНЫ ПРОМЕЖНОСТИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА – ЧТО ДЕЛАТЬ?

Титов А.Ю., Нехрикова С.В.,
Абрицова М.В., Маркова Е.В., Корнева Т.К.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Длительно незаживающие (хронические) раны – актуальная проблема для систем здравоохранения во всем мире. По нашим данным, послеоперационные раневые дефекты, существующие от 45 и более дней, можно расценивать как хронические. В ранах промежности встречаются ассоциации условно-патогенных бактерий и возбудителей, вызывающих ЗППП (заболеваний, передающихся половым путем).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов лечения больных с длительно незаживающими ранами анального канала и промежности, разработкой комплекса лечебных мероприятий в зависимости от характера раневой инфекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование, проводимое с 2011 по январь 2015 гг., включено 196 человек, оперированных по поводу геморроя, хронических анальных трещин и свищей прямой кишки. Основная группа – 97 пациентов с незаживающими ранами (со дня операции прошло от 46 до 175 дней, в среднем, 81,3±49,3). Контрольная группа – 99 больных, у которых отклонений в течении раневого процесса не было, раны зажили, в среднем, на 37±9,5 день ($p<0,05$). Но у 41 (42,3%) больного основной группы имелись указания на наличие в анамнезе ЗППП и заболеваний, которые могли быть обусловлены инфекциями, передающимися половым путем, тогда как у пациентов контрольной группы указаний на такие заболевания не было ($p<0,001$). У всех больных в послеоперационном периоде проводились цитологические, бактериологические, бактериоскопические, патоморфологические исследования и ПЦР.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При цитологическом исследовании у 91,8% больных основной группы наблюдалась картина извращенной репарации. У всех больных контрольной группы к 25 дню наблюдалась активная репарация ($p<0,001$).

Частота обнаружения таких клинически значимых микроорганизмов, как *Acinetobacter*, *Streptococcus hemolyticus* и *Staphylococcus aureus*, *Proteus mirabilis* у больных основной группы составила 54,6% и только у 2 (2,0%) больных контрольной группы высевался *Staphylococcus aureus*. ($p<0,001$). Ассоциации микроорганизмов были обнаружены у 95,9% пациентов основной и лишь у 9,1% больных контрольной группы ($p<0,001$).

У всех пациентов основной группы были обнаружены инфекции, передающиеся половым путем, и в 97,9% наблюдений эти инфекции являлись облигатными патогенными микроорганизмами (*Chlamidiya trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Cytomegalovirus*, *Herpes genitalis*). У больных контрольной группы, в отличие от основной, были выявлены только условно-патогенные ЗППП в 23,2% наблюдений (*Candida albicans*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Gardnerella vaginalis*) ($p<0,01$).

У большинства больных с длительно незаживающими ранами *Trichomonas vaginalis* (у 30,9% больных), *Chlamidiya trachomatis* (у 45,3%), *Cytomegalovirus* (у 17,5%), *Herpes genitalis* (у 6,1%) выявлялись только в раневом отделяемом и не были обнаружены в соскобах из гениталий. Таким образом, наличие раневого дефекта является провоцирующим фактором, позволяющим

при хронической, латентной инфекции активизироваться. Всем пациентам, наблюдавшимся по поводу длительно незаживающих ран, была назначена соответствующая терапия в зависимости от выделенного возбудителя ЗППП. В результате проведенного лечения у всех пациентов основной группы отмечено выздоровление, в среднем, через 17±7,3 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По нашим данным, патогенные микроорганизмы, передающиеся половым путем (*Trichomonas vaginalis*, *Chlamidiya trachomatis*, *Cytomegalovirus*, *Herpesvirus*) в ассоциациях с условно-патогенными, клинически значимыми микроорганизмами, поддерживают хронический воспалительный процесс, в результате которого формируются длительно незаживающие раны.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКТОЦЕЛЕ И НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТАЗОВОГО ДНА

Тотилов В.З., Дзанаева Д.Б., Тотилов З.В.

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

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Настоящее исследование основано на анализе данных различных методов диагностики и лечения 351 женщины с опущением внутренних половых органов и ректоцеле.

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

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

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

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

4 группе выполнено восстановление тазовой диафрагмы с использованием сетчатого материала. В 4 группу включено 83 больных с теми же вариантами сочетаний ректоцеле, опущения половых органов. Средний возраст – 65,3 лет.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ

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

Отдаленные результаты отслежены у 48 пациенток 1 группы, 43 – второй, 49 – третьей и 47 – четвертой. Отличные результаты получены у 12,5% первой группы, 18,6% – второй, 12,3% – третьей и 25% – четвертой группы. Хорошие – у 41,7% пациенток первой группы, 60,5% – второй, 55,1% – третьей и 63,5% – четвертой группы. Удовлетворительные результаты

получены у 37,5% – первой группы, 20,9% – второй, 16,3% – третьей и 10,5% – четвертой группы. Неудовлетворительные результаты выявлены у 8,3% больных первой и 14,3% третьей групп, во второй и четвертых группах неудовлетворительных результатов не выявлено.

ВЫВОДЫ

1. У женщин сексуально активного возраста при опущении гениталий 1-2 степени в сочетании с ректоцеле 2-3 степени, лучшие результаты получены после выполнения переднезадней кольпоррафии, передней леваторопластики. Пластика ректовагинальной перегородки собственными тканями позволяет при небольшом количестве рецидивов (8,3%), уменьшить вероятность развития диспареунии (7,4%).
2. Пожилым больным, страдающим опущением гениталий 2-3 степени в сочетании с ректоцеле 2-3 степени, а так же, имеющим резкую атрофию леваторов, аллопластика по разработанному способу дает возможность минимизировать развитие рецидивов.
3. При тотальном пролапсе тазового дна, при сочетании ректоцеле 3 степени с осложненными формами ОиВВПО, операцией выбора является восстановление тазовой диафрагмы с использованием синтетического материала. Данный способ позволяет выполнить одновременную фиксацию и репозицию уретровезикального сегмента, стенок влагалища, матки, прямой кишки и одновременную ликвидацию ректоцеле, профилактику развития энтероцеле. Кроме того, не требуется выполнение второго этапа операции – кольпоперинеолеваторопластики.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Тян Л.В., Сергазин Б.Ш., Тажикова А.М., Сулейменов А.С.

ГКП на ПХВ «Городская больница №2 I»
Акимата, г. Астана, Казахстан

АКТУАЛЬНОСТЬ

В Казахстане за последние годы уделяется особое внимание внедрению высокотехнологичных методов хирургического лечения. В соответствии с программой развития здравоохранения РК, Центр амбулаторно-клинической колопроктологии Городской больницы №1 г. Астана широко внедряет стационароразмещающие технологии в лечении больных.

Такие заболевания, как геморрой, анальная трещина, эпителиально-копчиковый ход и простые формы хронического парапроктита составляют не менее 50% больных любого колопроктологического стационара. Можно с уверенностью говорить о целесообразности выполнения несложных, но вместе с тем высокоэффективных и безопасных операций на промежности и крестцово-копчиковой области в амбулаторных условиях.

В современных условиях, начавшаяся реорганизация здравоохранения привела к тому, что госпитализация в специализированные отделения сократилась на 1/3. Поэтому во многих медицинских учреждениях оперативные вмешательства, выполняемые в амбулаторных условиях, по-прежнему производятся в стационаре, что, естественно, тормозит развитие. Решение этой задачи, прежде всего, связано с усилением роли поликлиники в лечении проктологических больных и созданием центров амбулаторной помощи с суточным стационаром, привлечением квалифицированных хирургов-колопроктологов.

ЦЕЛЬ

Показать возможность и эффективность хирургического лечения проктологических больных в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 1 января по 31 декабря 2014 года было осмотрено 3034 пациента, из них: на платной основе – 1513 (48,5%), на бюджетной основе – 1607 (51,5%). Возраст пациентов варьировал от 18 до 60 лет, основная масса (73%) молодого и среднего возраста.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выполнено 364 оперативных вмешательства: геморроидэктомия открытая с применением ультразвукового диссектора – 132 (36,3%), лигирование геморроидальных узлов – 48 (13,2%), иссечение свищей (интра- и трансфинктерных) – 50 (13,7%), иссечение хронической анальной трещины – 50 (13,7%), полипэктомия – 15 (4,1%), кондилломэктомия – 8 (2,2%), пластика анального канала – 3 (0,8%), иссечение эпителиально-копчиковых кист – 25 (6,9%), вскрытие острого парапроктита

29 (8%), сфинктеролеваторопластика – 2 (0,5%), иссечение дермоидной кисты перианальной области – 2 (0,5%). При выполнении выше перечисленных операций осложнений не было.

ВЫВОДЫ

1. Амбулаторное лечение проктологических больных с применением высокотехнологичных методов на нашем опыте, показывает эффективность проводимого хирургического лечения. Практика показала, что амбулаторное лечение комфортно для проктологических пациентов и дает выраженный экономический эффект для медицинских учреждений, что немаловажно на современном этапе.
2. Для успешного хирургического лечения необходимо: наличие высококвалифицированного медицинского персонала (от врачебного состава до среднего и младшего медперсонала), очень тщательный подбор пациентов (возраст, наличие сопутствующих заболеваний, бытовые условия, желание пациента), отработанный логистика движения пациентов (возможность госпитализации пациентов в экстренном порядке в круглосуточном режиме), наличие мобильной связи с пациентами.

ОПЕРАЦИЯ HAL RAR В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

Фатхутдинов И.М.

ГБОУ ВПО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Начало 21 века ознаменовалось широким внедрением различных малотравматичных методов лечения геморроидальной болезни. К сожалению, не каждая методика позволяет добиться хорошего результата в лечении больных с хроническим геморроем и далеко не всегда может служить альтернативным методом лечения этого недуга. Наиболее оптимальным малоинвазивным методом в лечении больных с хроническим геморроем является операция HAL RAR.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность метода HAL RAR в амбулаторном лечении больных с геморроидальной болезнью.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В период с октября 2013 г. по февраль 2015 г. пролечено 107 больных с различными стадиями геморроя, на оборудовании компании А.М.И. (Австрия), с проктоскопом RAR – 2013 для выполнения дезартеризации и мукопексии. Мужчин – 60, женщин – 47. Больных со II стадией – 42, с III стадией – 50 и с IV стадией – 15. Все операции проводились в амбулаторных условиях, под местной анестезией. В 14 случаях проводились симультанные операции – иссечение анальной трещины – 3, иссечение свища – 2, иссечение анальной бахропки – 1, геморроидэктомия наружного узла – 1, иссечение гипертрофированного анального сосочка – 4, иссечение крипты – 1, трансанальная полипэктомия – 2.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя длительность оперативного вмешательства составила 30 минут. Неприятные ощущения и позывы на стул сохранялись, в среднем, 3 дня. 103 пациента отметили исчезновение патологических симптомов геморроя на первых двух консультациях через 14 дней и 21 день. В 4 наблюдениях больные отмечали сохранение выпадения одного коллектора. В раннем послеоперационном периоде развились следующие осложнения: кровотечение – 3 случая (потребовалось повторное вмешательство у 2 больных, в одном наблюдении – консервативное лечение), острый геморроидальный тромбоз – 3 наблюдения (во всех – консервативная терапия с хорошим эффектом), выраженный болевой синдром – 1 больной (вследствие распространения отека от швов на зубчатую линию, потребовалось трижды проведения блокады анального сфинктера). Через 3 месяца после первичного вмешательства у 3 больных произведена геморроидэктомия выпадающего узла. Один пациент от повторного вмешательства отказался. На отдаленных сроках (более 3 месяцев) у 3 больных отмечалась кровь на туалетной бумаге после твердого кала, которая разрешилась после консервативного лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Операция HAL RAR – является наиболее оптимальной малоинвазивной технологией, не уступающей по радикальности традиционной геморроидэктомии, позволяющей так же выполнять симультанные вмешательства, с более легким послеоперационным периодом.

РОЛЬ ДИСФУНКЦИИ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА В ПАТОГЕНЕЗЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАНОМЕТРИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ

Фоменко О.Ю., Титов А.Ю.,
Ачкасов С.И., Алешин Д.В., Белоусова С.В.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Распространенность функциональной недостаточности анального сфинктера (F 1, Римские Критерии III) среди взрослого населения колеблется от 3% до 15% у лиц старше 65 лет, достигая 50% у престарелых пациентов. Выявление патогенеза нарушения держания кишечного содержимого представляет трудную задачу.

ЦЕЛЬ

Оценить роль дисфункции внутреннего сфинктера в патогенезе функциональной недостаточности анального сфинктера.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 20 больных анальной инконтиненцией функционального генеза (11 женщин), средний возраст – 45,7±18,3 лет. Пациенты предъявляли жалобы на недержание газов – 9 (45,0%) человек, жидкого кала и газов – 11 (55,0%) человек. Был использован метод аноректальной манометрии высокого разрешения (HRAM) с 3D реконструкцией давления в анальном канале в цветовом режиме (HRAM) на комплексе для аноректальной манометрии Solar GI фирмы MMS, Голландия. Оценивались показатели давления в покое, при волевом сокращении анальных сфинктеров, тест на выносливость, кашлевая проба и проба с натуживанием. Также производилась запись ректоанального ингибиторного рефлекса внутреннего сфинктера (РАИР) в цветовом режиме с on-line переходом на запись РАИР в двухмерном режиме. Рассчитывались средний коэффициент релаксации внутреннего сфинктера (К вн ср) как отношение средней амплитуды релаксации внутреннего сфинктера к величине базального давления в покое.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При оценке результатов HRAM у 12 (60,0%) пациентов все изучаемые показатели были в пределах физиологических норм, несмотря на то, что пациенты предъявляли жалобы на инконтиненцию. Так, среднее давление в анальном канале в покое были равно 51,8±18,2 мм рт. ст. при норме (31–114 мм рт. ст.), а К вн ср составлял, в среднем, 41,2±3,2% (при норме 39,6±2,7%). У 8 (40,0%) больных на фоне нормальных показателей давления в анальном канале, в том числе, и давления покоя (42,5±10,5 мм рт. ст.), регистрировалась изолированная дисфункция внутреннего сфинктера. Это проявлялось увеличением К вн ср, в среднем, до 69,4±7,6%. При цветном картировании в момент рефлекторной релаксации о визуальном определялась практически сплошная синяя полоса провала по сравнению с нормальным зеленым уровнем заполнения виртуального распределения давления в покое до инсuffляции. Аналогично, 3D модель представляла сплошной синий цилиндр по всем плоскостям измерения, что свидетельствовало о выраженном падении давления в анальном канале.

ВЫВОДЫ

Использование метода манометрии высокого разрешения у больных функциональной недостаточностью анального сфинктера в 60,0% не позволяет выявить причину анальной инконтиненции.

Изолированная дисфункция внутреннего сфинктера, как одна из возможных причин недержания, регистрируется в 40,0% случаев. Она проявляется выраженным увеличением коэффициента релаксации внутреннего сфинктера, что отражает падение давления в анальном канале в момент его РАИР до минимума.

Исследование РАИР при аноректальной манометрии является обязательным в диагностическом алгоритме функциональных исследований при анальной инконтиненции, но должно сочетаться с использованием других функциональных методов исследования для выявления патогенеза анального недержания.

НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРА- И ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

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

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Лечение экстрасфинктерных и транссфинктерных свищей является актуальным вопросом для врачей-колопроктологов, что обусловлено высокой частотой развития послеоперационной недостаточности анального сфинктера, достигающей 80% и высоким процентом рецидивов свища, варьирующим от 12 до 60%.

ЦЕЛИ

Улучшить результаты лечения экстрасфинктерных и транссфинктерных свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Разработан новый метод лечения экстрасфинктерных и транссфинктерных свищей прямой кишки, при котором ликвидируется внутреннее свищевое отверстие и выполняется пломбировка иссеченного свищевого хода биопластическим материалом, представляющим собой коллагеновый субстрат с нереконструированной структурой.

В ГНЦК по предложенной методике оперировано 70 пациентов со свищами прямой кишки, среди них был 51 (72,9%) мужчина и 19 (27,1%) женщин, средний возраст – 43±10 лет. В основной группе у 14 (20,0%) пациентов выявлены транссфинктерные свищи и у 56 (80%) пациентов – экстрасфинктерные свищи. В контрольную группу включено 90 пациентов, которым была выполнена сегментарная проктопластика. Среди них 61 (67,8%) мужчина и 29 (32,2%) женщины, средний возраст составил 45±12 лет. Экстрасфинктерные свищи выявлены у 81 (90,0%) пациента, и у 9 (10,0%) пациентов – транссфинктерные свищи с охватом более 2/3 наружного сфинктера.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Интраоперационных осложнений не было, отторжения импланта не выявлено ни у одного пациента. В основной группе в раннем послеоперационном периоде в 1 (1,4%) случае отмечено кровотечение из послеоперационной раны. В срок от 5 месяцев до 4 лет, прослежены 48 (68,6%) пациентов основной и 44 (48,9%) пациента контрольной группы, медиана наблюдения составила 25 и 23 месяцев, соответственно. Рецидив заболевания выявлен у 4 (8,3%) пациентов в основной и у 3 (6,8%) пациентов в контрольной группе. В основной группе, с целью оценки функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки, 17 (35,4%) пациентам выполнена анальная манометрия в до- и послеоперационном периоде, при этом, спустя 3 месяца после операции, не отмечено снижения показателей функции анального сфинктера. В контрольной группе обследовано 15 (16,6%) пациентов, при этом у 3 (20,0%) выявлено значительное снижение показателей анальной манометрии в сравнении с дооперационными величинами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение биопластического материала сопровождается низким числом рецидивов заболевания, сопоставимым с числом рецидивов в контрольной группе. Однако, применение коллагенового материала «Коллост» позволяет минимизировать интраоперационное повреждение анального сфинктера, что существенно снижает риск развития анальной инконтиненции.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН С РЕКТОЦЕЛЕ II-III СТЕПЕНИ

Хитарьян А.Г., Дульеров К.А.,
Прокудин С.В., Стагниева Д.В., Ковалев С.А.

РостГМУ, НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный» ОАО «РЖД», г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным различных авторов, при обследовании женщин в проктологическом кабинете, явления заднего тазового пролапса и ректоцеле встречаются до 35,5% случаев, что, соответственно, может вносить коррективы в тактику лечения проктологических заболеваний и создает актуальность дан-

ной проблеме.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшить результаты хирургического лечения ректоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы обследовали 2374 пациентки, страдающей различной проктологической патологией, из них у 522 (21,98%) диагностирован задний тазовый пролапс и ректоцеле. Хирургическое лечение ректоцеле за период с декабря 2010 г. по октябрь 2014 г. выполнено 79 пациенткам со II-III степенью заболевания, II степень наблюдалась у 15 пациенток, III степень – у 64 пациенток. Возраст больных колебался от 40 до 67 лет, в среднем, составил $58,3 \pm 1,9$ лет. Длительность заболевания, в среднем, была $28,3 \pm 1,5$ лет. Всем больным проводили обследование, включающее: клинический осмотр, определение стадии пролапса по системе POP-Q, эвакуаторную рентгеновскую проктодефекографию, дополнительно проводили тоноперинеометрию, ультразвуковое исследование тазового дна в области centrum tendineum perinei с функциональной пробой при натуживании, УЗИ органов брюшной полости, колоноскопию. При эвакуаторной рентгеновской проктодефекографии уточняли наличие и степень ректоцеле. При эзографии органов малого таза оценивали состояние тазового дна в области сухожильного центра промежности путем определения его эхоплотности и измерения высоты. Ультразвуковыми критериями недостаточности тазового дна считали уменьшение высоты тазового дна в области сухожильного центра промежности менее 10 мм. При перинеометрии оценку силы сокращения мышц промежности проводили по величине прироста давления при напряжении мышц тазовой диафрагмы с помощью влагалищного датчика перинеометра Peritron 9600 (Австралия). При недостаточности тонического усилия мышц промежности уточняли его степень: значения градиента давления 5-20 мм вод.ст. (в среднем, $12,6 \pm 2,7$ мм вод. ст.) отражает умеренную недостаточность; волевое сжатие мышц промежности, при котором давление повышалось на 5 мм вод. ст. и менее (в среднем, $2,6 \pm 0,7$ мм вод. ст.), расценивалось как выраженная недостаточность тазового дна. В норме прирост давления на 20-50 мм вод.ст. и выше (в среднем $37,2 \pm 5,3$ мм вод. ст.) свидетельствовал об отсутствии недостаточности тазового дна. Данные проведенного клинико-инструментального обследования учитывали при выборе метода пластики тазового дна. В зависимости от результатов клинического и инструментального обследования определяли выраженность морфофункциональной недостаточности тазового дна и, исходя из этого, принимали решение о выполнении либо трансвагинальной пластики тазового дна сеткой без натяжения с установкой системы Prolift – 7 пациенток, либо сакроспинальную кольпопексию с задней кольпорафией, дополнительной трансректальной «11 часовой» мукопексией – 72 пациентки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У больных интраоперационных осложнений не наблюдалось. Кровопотеря не превышала 150 мл. В раннем послеоперационном периоде у 2 пациенток отмечалось формирование гематом промежности, в позднем послеоперационном периоде у 4 женщин возникли явления диспареунии, в 2 случаях сформировались лигатурные свищи послеоперационного рубца, которые зажили вторичным натяжением после удаления лигатур и у 2 больных возникли эрозии слизистой задней стенки влагалища.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При выборе метода хирургического лечения ректоцеле целесообразно учитывать морфофункциональное состояние тазового дна, что позволило использовать технику Tension-free transvaginal mesh только у 9% больных.

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРИНОУЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ЭКСТРЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Хитарьян А.Г., Праздников Э.Н., Ковалев С.А., Болочков А.С., Ромодан Н.А.

РостГМУ, НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный», г. Ростов-на-Дону, Россия

Острый парапроктит (ОП) является актуальной проблемой в современной неотложной колопроктологии, занимает 4 место после геморроя, анальных трещин, колита и составляет до 50% от общего числа больных с экстренной колопроктологической патологией.

При диагностике ОП применяют как клинические, так

и инструментальные методы исследования: ректороманоскопия, аноскопия, осмотр ректальными зеркалами, методы эндоректальной электротермометрии, абсцессография, хромоабсцессография, компьютерная и магнитно-резонансная томография. В рутинной скорпомощной ситуации возникают определенные сложности в проведении указанных методов исследования как вследствие инвазивности и выраженной болезненности одних, так из-за их дороговизны, отсутствия специалистов и оборудования, работающих в круглосуточном режиме – других.

В нашей клинике с 2012 года, наряду со стандартными клиническими исследованиями используется перинеоультрасонографии (ПУСГ) в экстренной диагностике ОП. ПУСГ имеет ряд преимуществ: исследование не требует дополнительного оборудования, обладает высокой информативностью, доступностью и относится к неинвазивным методам, способным работать в экстренном режиме.

ЦЕЛЬ

Показать опыт использования и современные возможности перинеоультрасонографии в экстренной диагностике ОП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 52 пациента, обратившихся за медицинской помощью в Дорожную клиническую больницу на ст. Ростов-главный с предварительным диагнозом ОП.

Все пациенты были прооперированы. У 26 пациентов по результатам ПУСГ был диагностирован подкожный острый парапроктит, 9 – подслизистый, 19 – ишиоректальный, 2 – пельвиоректальный, 4 – межсфинктерный. Всем пациентам проводилось трансректальное УЗИ с использованием линейного ректального датчика 7,5-10 МГц.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При сканировании линейным датчиком на пальце, введенном в прямую кишку, лоцируются мышцы, поднимающие анальный канал и наружный сфинктер, которые похожи по своей экзогенности, отличаются друг от друга разделительной эхо-негативной линией. Далее лоцируется зона желез Морганьи, которые в норме не визуализируются. Наличие включений в области желез Морганьи с эхопозитивными теньями является патогномоничным признаком для поиска основной кривизны, вызывающей парапроктит. Диагностическое сканирование подозрительной зоны проводят в различных плоскостях. При незначительном воспалении железы Морганьи визуализируются как более эхоплотные включения размером 2-3 мм, которые нужно дифференцировать с гипертрофическими сосочками анального канала, что не вызывает технических сложностей при ПУСГ с дигитальным контролем. Свищевой ход визуализируется как эхопозитивная тень в стороне от основного очага ОП. Жидкостные структуры (абсцедирующий парапроктит) обычно визуализируются как жидкостные включения более 0,5 см в диаметре. Сканирование проводится по 4 секторам перианальной области: 1-3, 4-6, 7-9 и 10-12, что позволяет диагностировать распространение парапроктита более 1 сектора (при подковообразном парапроктите). При сканировании также можно определить глубину распространения процесса. При глубине до 4 см можно расценивать как ишиоректальный, более 4 см – пельвиоректальный.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование позволяет в режиме ургентной хирургии на предоперационном этапе уточнить данные клинического обследования, маркировать абсцесс (судить о расположении гнойного очага – его линейных и объемных размерах, характере содержимого, вовлечения патологических стенок прямой кишки и структур анального канала, о наличии первичного свищевого хода, дополнительных очагов) и определить тактику оперативного лечения, выбрать адекватную анестезию.

ВНУТРИПРОСВЕТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ И СТОИМОСТИ

Хубезов Д.А., Серебрянский П.В., Огорельцев А.Ю., Семинкин Е.И., Пучков Д.К., Родимов С.В.

ГБОУ ВПО «Рязанский Государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства Здравоохранения РФ, г. Рязань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Малоннвазивные вмешательства при геморрое привлекают все больше внимания, как пациентов, так и врачей стационаров и амбулаторий. В наши дни имеется широкий набор методик внутривидеоскопического лечения геморроя.

ЦЕЛЬ

Провести сравнительный анализ непосредственных и отдаленных результатов различных методик малоинвазивного лечения хронического внутреннего геморроя, а также их стоимости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное рандомизированное исследование результатов внутрипросветного хирургического лечения больных хроническим внутренним геморроем 2-3 стадии. Пациенты были разделены на группы в соответствии с характером произведенного вмешательства. Первую группу составили пациенты, которым выполнялась внутрипросветная геморроидэктомия биполярным коагулятором LigaSure (51 человек). Во второй группе то же вмешательство выполнялось ультразвуковым скальпелем Harmonic (53 человека). Пациентам третьей группы выполнялось трансанальное доплер-контролируемое лигирование геморроидальных артерий с мукопексией и лифтингом слизистой HAL-RAR (44 человека). В группу сравнения вошли больные, перенесшие латексное лигирование геморроидальных узлов (48 человек). Группы были сравнимы по полу и возрасту.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Продолжительность вмешательства в первой группе составила 15 ± 2 мин., во второй группе – 17 ± 3 мин., в третьей – 32 ± 4 мин. и в четвертой группе – 13 ± 2 мин. В первых трех группах интенсивность боли была сравнима, однако во второй группе в первые сутки она была достоверно ниже, но к десятым суткам достоверно выше, чем в первой и третьей. В группе латексного лигирования выраженность болевого синдрома была достоверно выше на протяжении всего периода наблюдения. Воспалительные изменения в области вмешательства наименее были выражены в первых двух группах, а в четвертой группе признаки воспалительной реакции сохранялись после десятых суток. Среди осложнений кровотечения отмечены достоверно чаще в третьей и четвертой группах (4,5% и 6,3%, соответственно), чем в первой и второй (2 и 1,9%, соответственно), а тромбоз наружных геморроидальных сплетений наблюдался только в третьей (9%) и четвертой (10,4%) группах. Острая задержка мочи наблюдалась у 11,4% пациентов третьей группы. Геморроидэктомия Harmonic и LigaSure, а также латексное лигирование выполнялись амбулаторно, а операция HAL-RAR требовала двухдневной госпитализации. В первых двух группах за период наблюдения (до 5 лет) рецидивов заболевания отмечено не было. После операции HAL-RAR рецидивы (кровотечения, выпадение узлов) зарегистрированы в 13,6% случаев, а после латексного лигирования – в 18,8%. Большинство этих случаев не требовало повторного вмешательства и корригировалось консервативно. По стоимости самым малозатратным было латексное лигирование. При сравнимой стоимости аппаратов Harmonic, LigaSure и HAL-Doppler II, расходы в пересчете на одно вмешательство оказываются выше при доплер-контролируемой дезартеризации.

ВЫВОДЫ

Экономически более выгодным представляется латексное лигирование, однако его применение сопряжено с относительно большим количеством осложнений и частотой рецидивов. Трансанальное доплер-контролируемое лигирование геморроидальных артерий с мукопексией и лифтингом слизистой приносит хорошие результаты, характеризуется низким послеоперационным болевым синдромом, но требует большего времени и обладает наибольшей стоимостью процедуры. Внутрипросветная геморроидэктомия LigaSure и Harmonic доказала свою эффективность, комфортность послеоперационного периода, невыраженность местных изменений. При этом использование гармонического скальпеля сопряжено с наименьшей интенсивностью послеоперационной боли в первые сутки.

ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОЛЛАГЕНОВОГО БИОМАТЕРИАЛА

Черданцев Д.В.,^{1,2} Поздняков А.А.,^{1,2} Литвинов И.В.,² Махотин Д.А.,² Славбин С.Г.²

¹ КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО,

² КГБУЗ Краевая клиническая больница, г. Красноярск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эффективное лечение свищей прямой кишки продолжает

оставаться актуальной проблемой колоректальной хирургии. Если при интрасфинктерном расположении свищевого хода операция Габриеля остается «золотым стандартом» сочетая радикализм вмешательства и отсутствие травмы анального сфинктера, то при транссфинктерном и экстрасфинктерном расположении свищевого хода выполняемые пластические вмешательства высокотравматичны, а частота рецидива после их выполнения по разным оценкам колеблется от 8 до 16%.

Основой формирования и последующего существования свища прямой кишки является патологически измененная анальная крипта. Отечественными авторами уже предложен ряд методик, направленных на механическую обработку свищевого хода или иссечение его до анального жома, ликвидацию внутреннего отверстия и заполнения оставшегося фрагмента свищевого хода биопластическим материалом или клевыми композициями. Результаты этих работ отражают низкую травматичность и высокую надежность предложенных вмешательств.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить эффективность малоинвазивного метода лечения свищей прямой кишки с применением коллагенового биоматериала.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами использован коллагеновый биоматериал, состоящий из коллагена I типа в виде жгута «Коллост»[®]. У всех больных в предоперационном периоде проводили санацию свищевого хода 0,5% раствором диоксида в течение 5-7 суток. Перед планированием оперативного вмешательства в обязательном порядке выполняли фистулографию для исключения возможного наличия промежуточной гнойной полости. Операцию выполняли под спинальной анестезией. Хирургическое вмешательство заключалось в иссечении внутреннего отверстия свища, кюретаже фрагмента свищевого хода, расположенного в толще сфинктера, заполнении свищевого хода со стороны прямой кишки коллагеновым биоматериалом. Консистенция биоматериала в виде жгута такова, что может быть легко введена в просвет свищевого хода из шприца. Дефект мышечной стенки анального канала ушивали атравматической абсорбируемой нитью, пластику слизистой выполняли со смещением линии швов.

В исследуемую группу включено 34 больных с транссфинктерными свищами прямой кишки, оперированных по предложенной методике. Контрольная группа – 42 больных с транссфинктерными свищами прямой кишки, оперированных по методике Рыжих. Мужчин – 41 (53,9%), женщин – 35 (46,1%), средний возраст – $46,2 \pm 12,4$ лет. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Всем больным проводилась идентичная предоперационная подготовка, за 30 мин. проводилась антибиотикопрофилактика, в послеоперационном периоде антибактериальные препараты планово не применялись. Из исследования исключены больные с рецидивными свищами, больные с тяжелой сопутствующей соматической патологией и больные с промежуточными гнойными полостями по ходу свища.

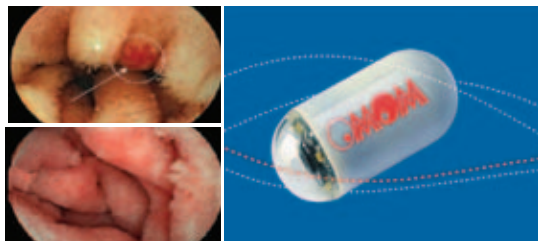
РЕЗУЛЬТАТЫ

Длительность оперативного вмешательства в исследуемой группе составило $17,3 \pm 6,1$ мин. против $38,4 \pm 12,5$ мин. – в контрольной группе. Течение послеоперационного периода в исследуемой группе принципиально отличалось от контрольной. Болевой синдром был незначительным и сохранялся на протяжении 1-2 суток послеоперационного периода, потребности в назначении наркотических анальгетиков не было. Послеоперационный койко-день составил $5,4 \pm 1,5$ дней. Фактически больные могли быть выписаны на 3-4 сутки после операции. Облитерация свищевого хода отмечалась к моменту выписки из стационара. Послеоперационных осложнений не было.

В контрольной группе потребность в анальгетиках сохранялась на протяжении 4-6 суток. Послеоперационный койко-день составил $8,1 \pm 2,5$ дня. В 2 случаях отмечено нагноение послеоперационной раны.

Отдаленные результаты прослежены в исследуемой группе в сроки от 3 месяцев до 1,5 лет с медианой наблюдения 11 месяцев. Нарушений функции опорожнения прямой кишки не отмечено. У 3 (8,8%) больных развился рецидив свища прямой кишки. В контрольной группе отдаленные результаты прослежены за тот же период времени, медиана наблюдения 12 месяцев. У 16 (38,1%) больных на протяжении 3-6 месяцев после операции отмечались явления недостаточности анального сфинктера разных степеней тяжести, у 3 (7,1%) больных

КОМПАНИЯ «ИНФОМЕД» ПРЕДЛАГАЕТ ШИРОКИЙ СПЕКТР ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА



Видеокапсульная система ОМОН (Китай)

обеспечивает получение четких изображений и позволяет обследовать тонкую и толстую кишку с помощью опции дистанционного отключения/включения видеокапсулы.

EndoFlip (Crospon, Ирландия)

предназначен для динамических измерений биомеханических свойств сфинктеров. Позволяет получить изображение рельефа с использованием баллонного катетера с внутрибаллонной импедансометрией.



Solar GI (MMS, Нидерланды)

манометрическая система для исследования ЖКТ стандартного/высокого разрешения, а так же исследования запирающего аппарата прямой кишки.



Электромиограф Nemus (EBNeuro, Италия)

с функцией исследования проводимости по пудендальному нерву, сакрального рефлекса, исследования потенциалов двигательных единиц и вызванных потенциалов.



Сфинктерометр Solar GI (MMS, Нидерланды) с функцией анимационной биофидбэк-терапии по давлению и ЭМГ.

ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ И МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА



Серия электростимуляторов MTR+ (Германия)

для терапии различных форм недержания.

Универсальное оборудование NeuroTrac (Verity Medical, Великобритания) с возможностью

комбинации ЭМГ - Биологической Обратной Связи и классической нервно-мышечной стимуляции.



Кресло магнитной стимуляции BioCon-2000 (MCube, Корея)

для эффективного неинвазивного лечения запоров, болей в тазовой области, фекального недержания и др. Лечение не требует применения ректальных электродов, является бесконтактным и воздействует через одежду. Это единственное лечение недержания, которое проводится в приятной атмосфере.

Для получения полной информации по всему ассортименту оборудования позвоните по тел. 8 (495) 787 09 80.

OLYMPUS

Your Vision, Our Future



NEW

THUNDERBEAT

Впервые в мире одновременная подача к тканям биполярной и ультразвуковой энергии.

- Надежный гемостаз сосудов до 7 мм
- Минимальный риск термического латерального повреждения
- Максимальная скорость лигирования и резекции
- Уменьшение паро- дымообразования улучшает качество визуализации
- Точная диссекция благодаря конструкции бранш

явления недостаточности сохраняются через 1 год после оперативного лечения. Рецидивы свища прямой кишки развились у 4 (9,5%) больных в сроки до 3 месяцев после операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Малоинвазивный метод лечения свищей прямой кишки с применением коллагенового биоматериала характеризуется минимальным количеством послеоперационных осложнений. Возникающие в послеоперационном периоде снижения тонуса анального сфинктера связаны с его дивульсией во время выполнения операции и не требуют дополнительного лечения. Частота рецидивов в отдаленном послеоперационном периоде не выше, чем при пластических операциях. При возникновении рецидива, вновь образующийся свищевой ход повторяет прежнее расположение, без вовлечения в воспалительно-рубцовый процесс неизмененных тканей анального жома и параанальной клетчатки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Черданцев Д.В.,¹ Поздняков А.А.,^{1,2} Соляников С.Н.,²
Шпак В.В.,² Рябков Ю.В.,² Батуров Е.А.²

¹ КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО,

² КГБУЗ «КМКБ №20 им. И.С. Берзона», г. Красноярск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Острый парапроктит по праву занимает одно из первых мест среди заболеваний в ургентной колопроктологии и составляет от 20% до 40% всех болезней прямой кишки. В общей структуре колопроктологических больных этот показатель достигает 6,1-22,4%. Основную группу больных с парапроктитом составляют молодые лица трудоспособного возраста, не имеющие сопутствующих заболеваний, способных осложнить течение гнойного процесса. Однако, в специализированных колопроктологических отделениях, концентрирующих таких больных, четко выделяется наиболее тяжелая группа с глубокими формами острого парапроктита на фоне сахарного диабета, сердечно-сосудистой недостаточности, вторичного иммунодефицита и других тяжелых заболеваний.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести сравнительный анализ результатов лечения больных с острым парапроктитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты хирургического лечения 2351 больного острым парапроктитом в возрасте от 15 до 84 лет. Из них мужчин – 1579 (67,6%), женщин – 762 (32,4%). Наибольшее количество больных госпитализированы в сроки от 2 до 4 суток с момента начала заболевания – 1524 (64,82%), в период до 2 суток госпитализировано 387 (16,46%) больных, 440 (18,72%) больных госпитализированы по прошествии 4 и более суток с момента начала заболевания. Оперативное вмешательство выполняли в сроки от 2 до 4 часов с момента поступления.

Подкожно-подслизистый парапроктит диагностирован у 1458 (62,0%) больных, седлищно-прямокишечный гнойник – у 743 (31,6%) больных, в 150 (6,4%) случаях гнойная полость была расположена в тазово-прямокишечном пространстве. Подковообразные формы гнойника при седлищно-прямокишечном парапроктите выявлены в 9,8% (73 больных), при тазово-прямокишечном парапроктите – в 45,3% (68 больных).

Расположение свищевого хода и локализация внутреннего отверстия интраоперационно выявлены у 1484 (63,1%) больных. При подкожно-подслизистом парапроктите у 1144 (78,5%) больных при выявленном свищевом ходе, вскрытие гнойника выполнено с устранением свищевого хода и внутреннего отверстия по Габриелю. При седлищно-прямокишечном парапроктите выявленный свищевой ход был иссечен по Габриелю у 169 (22,6%) больных, у 140 (18,8%) больных, при глубоком трансфинктерном расположении свищевого хода, была выполнена криптэктомия с проведением лигатуры. У 31 (20,7%) больного тазово-прямокишечном парапроктитом выявлен свищевой ход и внутреннее отверстие, этим больным так же была выполнена криптэктомия и проведение лигатуры через свищевой ход.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наиболее благоприятно послеоперационный период протекал у больных с подкожно-подслизистым парапроктитом. В этой группе больных гнойная рана быстро очищалась от некроти-

ческих тканей, и с 3-4 суток отмечалось появление грануляций. У 8 (0,55%) больных гнойный процесс имел запанкообразную форму, дополнительная гнойная полость во всех случаях располагалась в тазово-прямокишечном клетчаточном пространстве.

У 39 (5,25%) больных с седлищно-прямокишечным парапроктитом потребовались повторные вмешательства при выявлении дополнительных гнойных затеков или при распространении воспалительного процесса на соседние области. При тазово-прямокишечном парапроктите в аналогичных случаях повторные операции выполнены у 25 (16,67%) больных. У всех больных при повторных вмешательствах отмечали выделение гноя с резким запахом, количество гноя не соответствовало обширности воспалительного очага, стенки гнойной полости были выстланы некротическими тканями черного или грязно-черного цвета, отмечалось значительное расслоение тканей. В бактериологических посевах во всех случаях обнаруживалась *Escherichia coli*, наиболее часто в ассоциации, с которой высевались *Proteus*, *Bacteroides*, *Enterobacter cloacae*, *Klebsiella oxytoca*, *Streptococcus*. Таким образом, в микробных ассоциациях во всех случаях выявлены анаэробные или факультативно-анаэробные микроорганизмы.

Летальность в группе больных с острым парапроктитом составила 0,64% – 15 больных. В группе больных с подкожно-подслизистым парапроктитом умер 1 (0,07%) больной, направленный для хирургического лечения гнойного процесса на фоне острого лейкоза. Из 743 больных седлищно-прямокишечным парапроктитом умерло 3 (0,40%), при тазово-прямокишечном парапроктите летальность составила 7,33% – 11 больных.

У всех умерших больных острый парапроктит протекал на фоне тяжелой соматической патологии. Сахарный диабет был выявлен у 6 (40%) больных, ожирение у 7 (46,7%) больных, гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца – у 11 (73,3%) больных, в 6,7% случаев (по 1 наблюдению) – острый лейкоз, рак ободочной кишки, цирроз печени, острый пиелонефрит.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Высокая летальность у больных с острым гнойным тазово-прямокишечным парапроктитом должна вызывать настороженность еще на этапе планирования хирургического лечения, особенно в группе больных с тяжелой сопутствующей соматической патологией. Высокая вероятность участия в ассоциации патогенных микроорганизмов анаэробной микрофлоры побуждает при лечении больных выполнять широкое вскрытие полости гнойника для оптимального оттока гнойного отделяемого и хорошей аэрации тканей, обязательно включать антианаэробные препараты в программу лечения. Серьезного отношения требует и лечение сопутствующей патологии, особенно у возрастных больных с тазово-прямокишечным парапроктитом, ведение таких больных следует осуществлять мультидисциплинарной командой специалистов.

ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Черкасов М.Ф., Галашокян К.М., Старцев Ю.М., Глушников В.А.
ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) имеет довольно широкое распространение и встречается у 5-7% взрослого населения и составляет 1-2% от количества всех хирургических заболеваний. Пик заболеваемости приходится в возрасте от 15 до 30 лет с преобладанием мужского пола над женским в 2-4 раза. Радикальное лечение ЭКХ – только хирургическое. Тактика хирургического лечения направлена на ликвидацию эпителиального канала со всеми первичными и вторичными отверстиями. В последнее время ведется поиск и разработка новых технологий с применением различных физических факторов, влияющих на процесс заживления ран в крестцово-копчиковой области. Несмотря на все положительные эффекты вакуум-терапии, ее редко используют в лечении ЭКХ, при этом, по данным литературы, срок заживления раны крестцово-копчиковой области составил от 8 до 22 недель.

ЦЕЛЬЮ исследования является улучшение результатов лечения больных ЭКХ путем разработки эффективного способа лечения с применением вакуум-терапии, который позволяет сократить сроки полного заживления раны, предупредить рецидивы заболевания и развитие послеоперационных осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами анализированы результаты лечения 11 пациентов с ЭКХ в возрасте от 18 до 31 года, которым в послеоперационном периоде проводилась вакуум-терапия по разработанному оригинальному способу (заявка на патент РФ, приоритетная справка №2014142876). Длительность заболевания эпителиальным копчиковым ходом составила от одного месяца до 11 лет. У всех больных установлен диагноз ЭКХ в стадии хронического воспаления. Сроки послеоперационного мониторинга составили около 12 месяцев. Для диагностики применяли клинические, рентгенологические, лабораторные, цитологические и морфологические методы исследования. Всем больным выполняли радикальное иссечение ЭКХ, рану не ушивали. Затем, спустя 24 часа после операции, проводили круглосуточную вакуум-терапию по схеме: в течение первых 8 суток при начальном отрицательном давлении 50 мм рт. ст. с интервалом 2 минуты и конечном отрицательном давлении 125 мм рт. ст. с интервалом 5 минут. В последующем вакуум-терапию выполняли по схеме: при начальном отрицательном давлении 75 мм рт. ст. с интервалом 7 минут и конечном отрицательном давлении 125 мм рт. ст. с интервалом 2 минуты. Смену дренажной повязки выполняли каждые 4 суток после начала вакуум-терапии. В исследовании использовали систему Suprasorb CNP фирмы L&R.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При применении вакуум-терапии отмечали более быстрое снижение экссудации раны, уменьшение перифокального отека, сокращение площади и глубины раны, слипание краев раны, более раннее появление активных грануляций, чем при традиционном открытом ведении раны под повязками. При этом ни в одном случае не отмечено присоединение госпитальной инфекции. Отсутствие ежедневных болезненных перевязок благоприятно сказывалось на психоэмоциональном состоянии больных, а также снижало нагрузку на медицинский персонал. Больных выписывали из клиники на 10-12 сутки с момента госпитализации на амбулаторное лечение, средние сроки полного заживления раны составили 24-25 дней, что в 1,5-2 раза меньше, чем при традиционном открытом ведении раны. За время наблюдения рецидивов заболевания отмечено не было.

ВЫВОДЫ

1. Предложенный оригинальный способ вакуум-терапии в лечении ЭКХ является эффективным.
2. Предлагаемый способ позволяет сократить длительность лечения, сроки полного заживления раны крестцово-копчиковой области и сроки временной нетрудоспособности больных.

СПОСОБ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ТРАНС- И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ РЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФАСЦИО-МИОПЛАСТИЧЕСКОГО КУТУРА

Черкасов М.Ф., Татьяначенко В.К., Грошили В.С., Черкасов Д.М., Старцев Ю.М., Меликова С.Г.

ГБОУ ВПО Ростовский Государственный Медицинский Университет Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Свищи прямой кишки являются одним из наиболее распространенных колопроктологических заболеваний, их частота в структуре колоректальной патологии колеблется от 15% до 30%. На результаты хирургического лечения сложных транс- и экстрасфинктерных свищей оказывают влияние локализация внутреннего отверстия свищевого хода, степень выраженности рубцового процесса по протяженности свищевых ходов и в стенке прямой кишки, характер ветвления свищевых ходов и выраженность ишемических изменений стенки кишки.

ЦЕЛЬ

Повышение эффективности хирургического лечения полных экстрасфинктерных ректальных свищей путем предотвращения развития недостаточности анального сфинктера, местных гнойно-воспалительных осложнений и послеоперационных рецидивов заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данный способ основан на использовании несвободного фасциально-мышечного трансплантата на сосудисто-нервной ножке на основе медиальной порции большой ягодичной мышцы с ягодичной фасцией, погружаемого в остаточную

полость операционной раны и фиксируемого к фасциальному футляру прямой кишки под углом 90° к горизонтальной оси, при симфизопетальном типе тазовой топографии под углом 120° к горизонтальной оси, при сакропетальном типе тазовой топографии над внутренним отверстием свища, в сочетании иссечения свища с мерами, направленными на ликвидацию остаточной полости, купирование воспаления и реваскуляризации зоны пластики и закрытием внутреннего отверстия свища.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По сравнению с традиционными методиками, в исследуемой группе отмечена более ранняя активизация больных, снижение интенсивности болевого синдрома, что подтверждается уменьшением количества использованных анальгетиков, при этом сроки послеоперационного пребывания в стационаре составили от 6 до 9 суток. Нагноительных осложнений в раннем послеоперационном периоде не было. Больным амбулаторно проведено контрольное обследование спустя 1,3 и 6 месяцев после операции. Рецидивов свища не было, электромиография и сфинктероманометрия не выявили признаков недостаточности замыкательного аппарата.

ВЫВОДЫ

Наш опыт применения разработанной новой радикальной хирургической методики лечения больных хроническим парапроктитом, сложными транс- и экстрасфинктерными свищами прямой кишки 3-4 степени сложности, позволил избежать ранних послеоперационных осложнений, рецидивов заболевания, развития недостаточности анального сфинктера и, как следствие, инконтиненции.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ КЛЕТЧНОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Шахрай С.В., Гаин Ю.М., Гаин М.Ю., Коленченко С.А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

УЗ «11-я клиническая больница», г. Минск, Республика Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ

Вопросам лечения высоких свищей прямой кишки в литературе посвящено большое количество публикаций. Это связано с отсутствием до сих пор в проктологической практике надежного способа устранения данной патологии, гарантирующей функциональную состоятельность сфинктерного аппарата. Существующие малоинвазивные способы деструкции и «пломбировки» свищевого хода безуспешны более чем в 50% случаев. Поэтому поиск и внедрение новых методик лечения свищей прямой кишки является актуальным вопросом современной хирургии аноректальной области.

ЦЕЛЬ

Изучить результаты лечения свищей прямой кишки с использованием аутологичных мезенхимальных стволовых клеток из жировой ткани.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Методика лечения предусматривала два этапа: доклинический (лабораторный) и клинический (оперативный). На первом этапе у пациента производился забор жировой ткани. В лабораторных условиях выполнялась сепарация и селекция мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани и приготовление клеточной суспензии. Процесс сепарации и подготовки клеточной массы для трансплантации занимал от 14 до 20 дней.

На втором этапе производилась однократная санация свищевого хода под инфльтрационной парафистулярной анестезией лазерным излучением длиной волны 1560 нм. Предварительно на внутреннее отверстие свищевого хода под контролем индикации пилотного лазера накладывали кистетный или П-образный шов. Подкожная порция свищевого хода иссекалась блоком с кожным лоскутом и наружным отверстием для устранения «жемчужного» эффекта в процессе склерозации свищевого хода. Затем интрафистулярно и парафистулярно инъекционно вводилась подготовленная суспензия аутологичных мезенхимальных стволовых клеток. На одни сутки накладывался провизорный шов на дистальное отверстие свища с целью герметизации.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Методика нами применена в клинике у тридцати семи пациентов с высокими трансфинктерными и экстрасфинктерными

свищами, что подтверждалось до операции рентгенологически и эзокопически. Заживление раны у всех пациентов проходило без осложнений. Раневой процесс завершился рубцеванием в сроки от трех до шести недель, что зависело от толщины подкожной клетчатки и, соответственно, размера кожно-подкожного раневого дефекта. Наблюдение за пациентами в течение 3-х лет выявило рецидив у четырех пациентов.

ВЫВОДЫ

Использование у пациентов с высокими свищами прямой кишки технологии аутоотрансплантации мезенхимальных стволовых клеток из жировой ткани, дифференцированных в фибробластном направлении, является эффективным малоинвазивным лечебным методом.

ПРИМЕНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА В КОМПЛЕКСНОЙ МЕТОДИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОА

Шахрай С.В., Гаин Ю.М., Гаин М.Ю., Коленченко С.А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
УЗ «11-я клиническая больница», г. Минск, Республика Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ

В Республики Беларусь ежегодно оперируется около 3000 пациентов с хроническим геморроем, при этом в 92% случаев применяется геморроидэктомия в модификациях, использование малоинвазивных методик при этой патологии составляет не более 2-3% за последние пять лет, что требует разработки и внедрения современных малоинвазивных методик лечения пациентов с хроническим геморроем, направленных на уменьшение финансовых расходов государства и на улучшение конечных результатов лечения.

ЦЕЛЬ

Изучить результаты и провести клинический анализ комплексной хирургической методики лечения пациентов с хроническим геморроем, включающей использования лазерного излучения 1,56 мкм и трансанальную лигатурную мукопексию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 183 пациента, качественный состав групп сравнения определен методом случайной выборки. В контрольную группу вошло 30 человек с III-й стадией заболевания, из которых 23 мужчины и 7 женщин, средний возраст в группе составил 41[36-44] год (Me[25-75%]). Всем пациентам этой группы выполнена геморроидэктомия с ушиванием перианальных ран. Вторую, основную, группу составили 32 пациента также с III-й стадией хронического геморроя, из них 26 мужчин и 8 женщин в среднем возрасте 42[35-47] года (Me[25-75%]), которым произведена субмукозная лазерная деструкция геморроидальных узлов излучением в инфракрасном диапазоне длиной волны 1560 Нм и лигатурная мукопексия. Анализ категориальных переменных осуществлялся с использованием критерия Фишера и χ^2 , U-теста Манн-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе состояния пациентов после вмешательства основное внимание уделялось субъективной оценке пациентом болевых ощущений в покое и при дефекации. Сравнивали также скорость заживления раневого дефекта, наличие местных гнойно-воспалительных изменений, кровотечений, развитие дисурических расстройств в послеоперационном периоде. Сравнение среднестатистических объективных и субъективных показателей в результате мониторинга операции и послеоперационного периода показывает преимущества предлагаемой комбинированной методики с использованием лазерной деструкции геморроидальных узлов и мукопексией над закрытой геморроидэктомией. Статистически значимые различия наблюдались между группами сравнения, при этом и индуцированные дефекацией боли и болевая реакция в покое в послеоперационном периоде были значительно меньше в группе с лазерной деструкцией. В этой же группе короче были сроки послеоперационной реабилитации.

ВЫВОД

Разработанный комбинированный хирургический способ лечения хронического геморроя является малоинвазивной альтернативой геморроидэктомии и может рекомендоваться к применению в условиях амбулаторной операционной или отделения стационара с краткосрочным пребыванием пациентов.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАВИГАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Эктов В.Н., Соколов А.Н.,
Мельников Ю.Ю., Попов Р.В., Воллис Е.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Постоянно расширяющиеся объемы миниинвазивных вмешательств с использованием навигационных делают актуальной проблему внедрения этих методов лечения в колоректальную хирургию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы располагаем опытом лечения 59 колопроктологических больных, которым были выполнены чрезкожные пункционные и дренирующие вмешательства с использованием навигационных технологий. Показаниями к выполнению миниинвазивных вмешательств были клинические признаки гнойно-септических заболеваний или осложнений с наличием выявленных различными лучевыми методами диагностики отграниченных жидкостных образований. Причины развития данных образований были обусловлены острым парапроктитом (12 больных), осложненным течением дивертикулярной болезни толстой кишки (6 больных) и местнораспространенных форм колоректального рака (3 больных), развитием осложнений после различных операций на толстой кишке. Всем больным были произведены различные виды чрезкожных вмешательств под контролем ультразвука или спиральной компьютерной томографии. При наличии небольших образований (диаметром до 3 см и объемом до 15 мл) использовали пункционный метод лечения гнойников под ультразвуковым контролем. При средних размерах абсцессов (диаметром 3-6 см или объемом до 100 мл) применялось одномоментное дренирование абсцессов брюшной полости одним дренажом. При больших размерах абсцессов (объемом более 100 мл) проводилось одномоментное дренирование полости двумя дренажами. При локализации абсцессов в гипогастриальной области 3 пациентам выполнены хирургические вмешательства с использованием пассивной локализирующей системы на основе метода 2D КТ-флюороскопии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В раннем послеоперационном периоде осложнений, связанных с выполнением миниинвазивных вмешательств, не отмечено. При выявлении дополнительных очагов гнойного воспаления у 3 пациентов произведены повторные миниинвазивные вмешательства. Продолжительность дренирования составляла от 7 до 35 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Миниинвазивные чрезкожные вмешательства с использованием различных методов навигации являются эффективным методом лечения отграниченных гнойно-воспалительных заболеваний или осложнений в колоректальной хирургии. Выбор операционного доступа и варианта дренирования зависит от локализации, размеров и особенностей конфигурации полости абсцесса. Подобного рода дренирующие операции целесообразно осуществлять врачам-хирургам, имеющим подготовку по лучевой диагностике.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАТЕКСНОГО ЛИГИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОА

Эктов В.Н., Сомов К.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Латексное лигирование геморроидальных узлов является одним из наиболее распространенных вариантов миниинвазивных хирургических вмешательств в лечении хронического геморроя. Снижение результативности данной методики при 3 и 4 стадии заболевания и существующие риски развития рецидивов болезни в отдаленном периоде делают актуальным поиск возможных путей совершенствования технологии выполнения латексного лигирования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении колопроктологии Воронежской областной клинической больницы №1 различные варианты латексного лигирования были применены для лечения 432 больных хроническим геморроем с различными стадиями заболевания. В качестве нового варианта лечения хронического геморроя нами разработана методика латексного лигирования слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки. Методика осуществляется следующим образом. Мягким зажимом по оси выявленного при аноскопии геморроидального узла захватывается слизистая нижнеампулярного отдела прямой кишки на 4-5 см выше зубчатой линии. Механическим лигатором производится наложение латексной лигатуры на слизистую нижнеампулярного отдела прямой кишки таким образом, чтобы высота лигированного участка слизистой составляла не менее 1,5 см. При этом в зону лигирования попадает округлой формы участок слизистой и подслизистой оболочкой нижнеампулярного отдела прямой кишки диаметром около 3 см с подлежащими сосудами. Наряду с дезартеризацией, данная процедура обеспечивает одномоментное подтягивание вверх (лифтинг) внутреннего геморроидального комплекса и фиксацию слизистой оболочки прямой кишки в зоне лигирования. При 4 стадии хронического геморроя мы применяли одномоментное комбинированное вмешательство – латексное лигирование внутренних геморроидальных узлов и латексное лигирование слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки с лифтингом и мукопексией.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После применения различных вариантов латексного лигирования в раннем послеоперационном периоде у 2 пациентов отмечалась задержка мочеиспускания, в 2-х случаях – кровотечение, остановленное консервативными мероприятиями, у одного больного – тромбоз наружного геморроидального узла.

Отдаленные результаты лечения методом анкетирования изучены у 110 пациентов в сроки от 6 мес. до 6 лет. Хорошие результаты лечения отмечены у 87,3% больных. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности различных вариантов латексного лигирования в лечении хронического геморроя, в том числе, при третьей и четвертой стадии заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АНАЭРОБНОЙ ФЛЕГМОНЫ ПРОМЕЖНОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГАНГРЕНОЙ ФУРЬНЕ

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

БУ «Городская клиническая больница №1»
МЗ и СР Чувашской республики, г. Чебоксары, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Гангрена Фурнье (флегмона промежности, некротизирующий фасциит половых органов и др. синонимы) – тяжелое урологическое заболевание, характеризующееся быстро прогрессирующим некрозом кожного покрова в области половых органов. Летальность наблюдается в 30-40% случаев, если поражены яички – 60-90%.

По данным литературы, при этом заболевании часто имеется ассоциация анаэробного и аэробного возбудителя. Чаще всего это гемолитический стрептококк с клостридиальной флорой (Cl. Oedimatiens, Cl. Septicum, Cl. Histolyticum), а также Enterococcus и Escherichia coli.

Не так часто мы в своей практике сталкиваемся с этим патологическим состоянием. В терминологии данного заболевания имеется много разночтений, но, тем не менее, согласно номенклатуре Clinical Manual Urology (2006 г.) любой распространённый процесс острого некроза полового члена, мошонки и промежности является гангреной Фурнье.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение результатов лечения пациентов с анаэробным парапроктитом, осложненным гангреной Фурнье.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За время наблюдения 2007-2014 гг. в колопроктологическом отделении проходили лечение 5 пациентов с анаэробным парапроктитом, осложненным гангреной Фурнье. Возраст

больных от 45 до 63 лет. Все больные поступили после 24 часов от начала заболевания. Всем пациентам после кратковременной предоперационной подготовки проведены экстренные оперативные вмешательства под наркозом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проводилось оперативное лечение в несколько этапов:

Первый этап – широкое вскрытие гангрены и радикальное иссечение некротических масс мошонки и промежности;

Второй этап – санирование гнойников, некрэктомиа вновь образовавшихся зон некроза и санирование ран промежности. Ревизии ран выполнялись под наркозом.

Послеоперационный период протекал соответственно тяжести перенесенной операции и срокам послеоперационного периода. Проводилась инфузионная терапия, трансфузии эритроцитосодержащих сред, СЗП, комбинированная антибактериальная терапия в объеме – цефалоспорины 3 поколения + метронидазол, профилактика тромбообразования, обезболивание, туалет ран, перевязки с антисептиками.

Третий этап оперативного лечения в плановом порядке – пластические оперативные пособия, направленные на восстановление ран промежности и мошонки.

4 пациента выписаны с выздоровлением (средние сроки стационарного лечения составили 41 сутки). Один летальный исход у пациента с наибольшей площадью некротического поражения тканей (причина смерти – полиорганная недостаточность, септический шок). У выживших пациентов – перенесенное заболевание не повлияло на качество жизни, рецидивов инфекции не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Экстренное хирургическое пособие должно быть оказано как можно раньше, возможно этапное. До получения результатов посева на флору и антибиотикограммы необходимо назначение антибактериальных препаратов широкого спектра и комбинированной антибактериальной терапии, проведение интенсивной дезинтоксикационной терапии и мероприятий, направленных на устранение возникших нарушений гомеостаза в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

ПРОБЛЕМА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА И СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА РАННИХ ФОРМ РАКА В РЕСПУБЛИКЕ МАРИЙ ЭЛ

Аллахвердиева А.А.

Республиканский Онкологический диспансер, г. Йошкар-Ола, Россия

ЦЕЛЬ

Оценить возможности современной дифференциальной диагностики ранних форм злокачественных опухолей толстой кишки.

Колоректальный рак является вторым по распространенности онкологическим заболеванием в мире. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется почти 1 млн. случаев рака прямой и ободочной кишки, а ежегодное количество смертей превышает 500 тысяч. По прогнозам экспертов, в следующие два десятилетия абсолютное число случаев колоректального рака в мире увеличится в 2 раза. Хотя колоректальный рак может возникнуть в любом возрасте, более чем у 90% пациентов рак манифестирует в возрасте старше 40 лет, при этом каждые 10 лет риск развития заболевания удваивается.

Современные подходы к проведению эндоскопических исследований, направленных на диагностику ранних форм рака, предполагают проведение тотальной колоноскопии и специальных диагностических методик, позволяющих выявить патологические образования даже самых небольших размеров. Наиболее эффективной и недорогой методикой является хромокопия – в качестве красителя используется индиго кармин 0,2% раствора, этот краситель не поглощается клетками эпителия, а растекается по поверхности слизистой, подчеркивая все ее неровности, и позволяет наилучшую визуализацию между неизмененными тканями и патологическими участками.

Узкоспектральная эндоскопия (Narrow band imaging) – это новая оптическая диагностическая методика, основанная на использовании специальных оптических фильтров, суживающих спектр световой волны. Эта технология позволяет собой визуальную коррекцию изображения, которая позволяет улучшить дифференцировку сосудистых структур слизистой оболочки толстой кишки.

Биопсия на морфологическое исследование обнаруженной опухоли. Биопсия – процедура получения образцов патологического образования для последующего гистологического изучения. Это наиболее простые и доступные способы диагностики раннего рака, которые должен соблюдать эндоскопист для проведения диагностики образования.

Выявляемость раннего рака толстой кишки в Онкологическом диспансере в городе Йошкар-Ола за 2014 год: За 2014 год в диспансере было осмотрено 517 пациентов, из них у 375 пациентов было подозрение на рак толстой кишки в направлении документа, 142 пациентам была назначена профилактическая колоноскопия после резекции либо по собственному желанию, у 61 (11,8%) пациентов был обнаружен ранний рак толстой кишки, у 38 (7,4%) пациентов рак был подтвержден гистологически.

Эффективность ранней диагностики рака толстой кишки возрастает при формировании групп риска заболевания раком желудочно-кишечного тракта. В качестве стартовой позиции может быть анкетирование лиц старше 40 лет, в ходе которого будут указаны такие риски, как характер питания, вредные привычки, эндокринные нарушения, ожирение и др., а также некоторые симптомы со стороны кишечника (метеоризм, боль, запор, понос, патологические выделения и др.). Лица, у которых имеются факторы риска, подлежат специальному обследованию (ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия). Если в программу диспансеризации лицам старше 40 лет будет введена колоноскопия, то процент больных раком толстой кишки значительно уменьшится.

Анищенко В.В., Басс А.А., Архипова А.А.

Кафедра хирургии ФПК и ППВ НГМУ, г. Новосибирск, Россия

Представлен опыт 44 операций по поводу опухолевой патологии прямой кишки комбинированным доступом с использованием SILS-port – трансанальной мобилизации. Трансанальная техника с применением мягкого монопорта представлена как малоинвазивная альтернатива существующим хирургическим методам. Монопорт обеспечивает хороший обзор операционного поля, не ограничивает движения и не вызывает конфликт инструментов. Хорошая визуализация позволяет выполнить бескровную диссекцию, согласно онкологическим принципам. Малоинвазивная техника обеспечивает короткий реабилитационный период.

Для операции использовался SILS-port (COVIDIEN) среднего размера, трипорт. Инструментальная поддержка – широкоформатный 5-ти мм лапароскоп и инструменты для монопорта, видеостойка (KARL STORZ), УЗ-скальпель (ETHICON), биполярный эндоскопический инструмент с хирургической станцией ERBE – 300. Инсуффляция углекислым газом, рабочее давление 10-11 мм рт. ст.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Выполнено 44 операций. Из них: 8 низких передних резекций прямой кишки по поводу рака, 4 наданальных, 3 трансанальных «экстирпации» прямой кишки, 5 полнослойных резекций стенки кишки (с-rincito), 24 резекции ворсинчатых опухолей прямой кишки. Средняя продолжительность операции 140 минут, средняя кровопотеря при выполнении ТМЕ < 100 мл. Осложнений – 2 (4,5%). В одном случае развитие массивной подкожной эмфиземы мошонки и передней брюшной стенки, что воспрепятствовало наложению коланального анастомоза. Во втором случае – острая задержка мочи в раннем послеоперационном периоде, продолжавшаяся 3 суток. Несостоятельности швов, летальных исходов не было. Рецидивов не отмечено. Сроки наблюдения от 2 до 20 месяцев. Недостатком традиционной лапароскопии является ограниченность свободы движений рабочего инструмента в условиях ожирения, большой опухоли или неудобной конфигурации таза. Представленная техника операции с использованием мягкого монопорта позволяет полноценно решать проблему ТМЕ в этих условиях. Благодаря мягкому монопорту, мы получили хороший обзор и доступность операционного. Мягкий порт практически не ограничивает движения и не вызывает конфликта инструментов.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВАМИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Ачкасов С.И., Москалёв А.И., Филон А.Ф., Жданкина С.Н., Назаров И.В.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение результатов лечения больных с местными рецидивами рака ободочной кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 1999 по 2015 гг. в исследование было включено 106 больных с местными рецидивами рака ободочной кишки без признаков отдаленного метастазирования. Из них у 74-х пациентов выполнены операции по удалению рецидивной опухоли – резектабельность составила 69,8%. Остальным 32 (30,2%) больным были произведены симптоматические или эксплоративные операции. У 68 (91,9%) пациентов рецидивная опухоль имела местнораспространенный характер роста. При морфологическом исследовании удаленных препаратов истинное прорастание в смежные органы было зарегистрировано в 65 (87,8%) наблюдениях. Удаление рецидивной опухоли в объеме R0 выполнено у 55 (74,3%) больных. В 19 (25,7%) наблюдениях были отмечены позитивные границы резекции (R1). Из 74-х пациентов внутрибрюшная интраоперационная химиотерапия была применена у 40 (54,0%) больных, у 34 (46,0%) было проведено только хирургическое лечение.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана наблюдения у больных, которым были выполнены операции по удалению рецидивов рака ободочной кишки, составила 48,6 месяцев. Выбыло 7 (9,5%) больных. Из 67 про-

слеженных пациентов пятилетняя выживаемость отмечена у 34 (50,7%). Возврат заболевания был зарегистрирован у 18 (45,0%) из 40 пациентов, которым проводилась внутрибрюшная интраоперационная химиотерапия, и у 15 (44,1%) из 34 больных, у которых лечение было ограничено хирургическим вмешательством ($p > 0,05$).

Повторные местные рецидивы развились у всех 19 (100%) пациентов, которым были выполнены операции с позитивной границей резекции, наряду с этим, карциноматоз брюшины возник у 4 (21,1%) больных. У больных, которым проводилась интраоперационная внутрибрюшная химиотерапия, и операция была завершена в объеме R0 актуаральная 5-летняя выживаемость составила 56,2%. У пациентов, которым было предпринято только хирургическое лечение, актуаральная 5-летняя выживаемость была 46,6% ($p = 0,15$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выполнение хирургических вмешательств по поводу рецидивов рака ободочной кишки с соблюдением негативных границ резекции позволяет добиться 5-летней выживаемости у 46,6% больных. Применение внутрибрюшной химиотерапии приводит к возрастанию показателя выживаемости до 56,2%.

СИНДРОМ ЛИНЧА В ПРАКТИКЕ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Ачкасов С.И., Цуканов А.С., Семенов Д.А., Шубин В.П., Поспехова Н.И.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В Российской Федерации в 2013 году зарегистрировано около 60 000 случаев колоректального рака (КРР) и 39000 смертей в результате прогрессирования этого заболевания. Около 90% КРР является спорадическим, 5% – семейным и 5% – наследственным. Наследственный неполипозный рак толстой кишки (ННПТК, Синдром Линча) составляет от 1 до 3% всех случаев заболевания колоректальным раком в мире. Данный синдром вызван наследственными мутациями в генах системы репарации ДНК. Учитывая эти данные, можно предположить, что в России только за один год синдром Линча проявляется, в среднем, у 1800 человек. Установление соответствующего диагноза в корне меняет подход к лечению больного КРР, позволяет определить оптимальный объем операции и послеоперационного наблюдения. Также наследственная природа данного заболевания диктует необходимость обследования кровных родственников.

ЦЕЛЬ

Выявление клинических особенностей синдрома Линча с целью дальнейшего формирования принципов скрининга пациентов, создания алгоритмов их лечения и послеоперационного ведения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании, проводимое в ГНЦК им. А.Н. Рыжих с сентября 2012 года по февраль 2015 года, вошли пациенты, подходящие под критерии, разработанные в ГНЦК им. А.Н. Рыжих с наличием мутации одного из генов системы репарации ДНК (MMR).

Таковыми критериями являются – возраст больных КРР до 42 лет с наличием высокого уровня микросателлитной нестабильности (MSI-H) в образце опухоли и/или наличии 2 кровных родственников с раком толстой кишки в анамнезе с MSI-H в образце опухоли.

Молекулярно-генетическое исследование на наличие микросателлитной нестабильности (MSI) в биоптатах опухоли выполнялось по 5 мононуклеотидным маркерам (BAT25, BAT26, D2S123, D5S346 и D17S250). В случае положительного результата на MSI, выполнялось исследование на наличие наследственной мутации в генах MLH1, MSH2, MSH6 системы репарации ДНК.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 22 пациентов, подходящих под критерии отбора, генетически подтвержден синдром Линча. В опухолевых образцах 20 (91%) из 22 больных микросателлитная нестабильность выявлена по 5 маркерам из 5, в 1 образце – в 3 из 5 (4,5%), и в 1 (4,5%) случае исследование не проводилось, по причине отсутствия образца опухоли.

Мутация в гене MLH1 выявлена в 12 (54,5%), MSH2 – в 8 (36,5%), а MSH6 – в 2 (9%) случаях.

Средний возраст пациентов при выявлении первичного рака

составил 38,9 (24-46) лет.

После установки диагноза синдром Линча хирургическое вмешательство проведено 18 пациентам из 22 (4 больных отказались от дальнейшего обследования и лечения по различным причинам).

У 4 пациентов диагноз синдром Линча установлен при обнаружении первичной опухоли толстой кишки, в то время как у 14 человек – при выявлении метакронного рака. Период от выявления первичной до появления метакронной опухоли составил 130,9 (9-336) месяцев.

Первичный или метакронный рак слепой кишки обнаружен в 6 случаях, восходящей ободочной кишки – в 8, правого изгиба ободочной кишки – в 1, поперечной ободочной кишки – в 6, левого изгиба ободочной кишки – в 5, нисходящей ободочной кишки – в 1, сигмовидной кишки – в 9, прямой кишки – в 7. Опухоли в других органах (простате, мочеточниках и желудке) выявлены в 3 случаях.

Лимфатические узлы при первичном и метакронном раке поражались в (11%) и 3 (17%) случаях, соответственно.

Отдаленные метастазы диагностированы у 5 (28%) из 18 пациентов, в 2 (40%) случаях при первом раке и в 3 (60%) случаях при метакронном раке.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Используемые нами критерии скрининга значительно упрощают диагностику синдрома Линча. Из особенностей клинической картины данного синдрома стоит отметить более молодой возраст пациентов при выявлении первичного рака, чем по данным мировой литературы. Период до развития метакронного рака, в среднем, составляет 11 лет, что диктует необходимость выбора большего объема резекции толстой кишки. Все варианты хирургического лечения необходимо индивидуально обсуждать с пациентами, так как это существенно влияет на качество их жизни. Дальнейший набор данных позволит сформулировать более четкие критерии для выбора объема операции.

ВЛИЯНИЕ NPWT НА ДИНАМИКУ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Безмозгин Б.Г., Суров Д.А., Бабков О.В., Соловьев И.Л., Ястребов И.П., Святенко А.В., Унгурия В.М., Мартынова Г.В.

ГБУ СПб НИИ им. И.И. Джанелидзе, клиника колопроктологии, Военно-медицинская Академия им. С.М. Кирова, кафедра военно-морской хирургии, г. Санкт-Петербург, Россия

Более ¼ больных осложненными формами колоректального рака составляют пациенты с распространенным перитонитом вследствие распада и перфорации опухоли.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить влияние NPWT (Negative Pressure Wound Therapy) на динамику внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде у больных колоректальным раком, осложненным распространенным перитонитом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование были включены больные колоректальным раком, осложненным распространенным перитонитом с индексом брюшной полости больше либо равным 13 баллов на момент первой операции. Все больные проходили лечение в 2008-2013 гг. в ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. И.И. Джанелидзе». В основную группу вошли 32 пациента, проходивших лечение с 2011 по 2013 года по разработанной в клинике тактике этапных санаций брюшной полости с использованием метода NPWT. Контрольную группу составили 34 пациента, проходивших лечение с 2008 по 2010 г. Лечение больных контрольной группы осуществлялось традиционным способом. Средний возраст больных основной группы составил 78,5±5,0 лет, контрольной – 77,4±4,5 года. Хирургическая тактика лечения больных обеих групп включала следующие основные компоненты: интенсивная терапия в условиях отделения реанимации, оперативное вмешательство с санацией очага инфекции, декомпрессия желудочно-кишечного тракта. Принципиальным различием между обеими группами являлся способ окончания оперативного вмешательства: в контрольной группе выполняли ушивание передней брюшной стенки, а в основной – формировали лапаростому методом NPWT, а через 48-72 часа осуществляли этапную санацию брюшной полости. Больным обеих групп перед операцией и на

1,2,3,5,7,9,10 сутки послеоперационного периода проводилось измерение уровня внутрибрюшного давления (ВБД) при помощи системы UnoMeterAbdo-Pressure™.

РЕЗУЛЬТАТЫ

До операции у больных обеих групп выявлены высокие показатели ВБД: $20,6 \pm 0,8$ мм рт. ст. в основной группе и $21,2 \pm 1,2$ мм рт. ст. в контрольной. Различия статистически не достоверны ($p > 0,05$). В 1 сутки послеоперационного периода отмечено существенное снижение ВБД в обеих группах. Однако, у пациентов основной группы выявлены достоверно более низкие значения ВБД ($8,2 \pm 1,4$ мм рт. ст.), по сравнению с больными контрольной группы, у которых сохранялась внутрибрюшная гипертензия ($18,7 \pm 2,1$ мм рт. ст.). Дальнейший мониторинг ВБД показал, что интраабдоминальная гипертензия сохранялась в контрольной группе вплоть до 7 суток послеоперационного периода ($11,3 \pm 2,5$ мм рт. ст.), в то время как в основной группе нормализация ВБД происходила уже на 1 сутки после оперативного лечения, незначительно повышаясь ко 2 суткам ($9,4 \pm 1,2$ мм рт. ст.), что, по-видимому, связано с ушиванием лапаротомной раны. Статистически значимых различий в показателях ВБД на 9 и 10 сутки в исследуемых группах выявлено не было.

ВЫВОДЫ

Применение NPWT у больных колоректальным раком, осложненным распространенным перитонитом, в послеоперационном периоде приводит к достоверно более быстрому снижению ВБД. Данный факт, очевидно, имеет принципиальное значение с точки зрения профилактики абдоминального компартмент-синдрома, во многом определяющего динамику развития множественной органной дисфункции.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ (МРТ) В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИТАЗОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Березовская Т.П., Невольских А.А.,
Рухадзе Г.О., Шавладзе З.Н., Бердов Б.А.

ФГБУ МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал НМИРЦ
Минздрава России, г. Обнинск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Диагностика послеоперационных осложнений при хирургическом лечении колоректального рака остается достаточно сложной проблемой, как в госпитальном периоде, так и после выписки из стационара. Особенности возникающих внутритазовых осложнений во многом определяются видом хирургического вмешательства. При передней резекции прямой кишки (ПРПК) основной проблемой является несостоятельность колоректального анастомоза; после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки (БПЭПК) часто возникают гнойные осложнения, локализующиеся как в ложе удаленной кишки, так и в области таза; включение в объем операции тазовой лимфаденэктомии может осложниться формированием лимфатических кист (лимфоцеле). При трансанальной резекции опухоли возможна перфорация стенки прямой кишки с развитием тазовой флегмоны или абсцесса. Для диагностики внутритазовых осложнений используют комплекс диагностических методов, важное место в котором занимают лучевые исследования: фистулография, ректография, УЗИ таза. Методом выбора при уточненной диагностике осложнений в области таза в настоящее время считается СКТ. Возможности МРТ в диагностике послеоперационных осложнений изучены недостаточно.

ЦЕЛЬЮ нашего исследования было изучение возможностей МРТ в выявлении и мониторинге послеоперационных тазовых осложнений у больных колоректальным раком.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно проанализированы результаты МРТ таза у 26 больных колоректальным раком, получивших хирургическое лечение в объеме ПРПК(18), БПЭПК(5), брюшно-анальной резекции ПК(2) трансанальной резекции опухоли ПК(1). У 4 больных хирургическое лечение включало расширенную тазовую лимфодиссекцию. В предоперационном периоде 10 больных получили химиолучевое лечение с пролонгированным курсом лучевой терапии, 3 больным проведен интенсивный курс дистанционной лучевой терапии.

МРТ таза проводилась на 1,5Тл МР томографе с многоканальной гибкой поверхностной катушкой для таза в режимах T1, T2, STIR (T2-контраст с подавлением сигнала от жира), с тол-

щиной среза 3-5 мм, в трех проекциях. Для визуализации жидкости в полости таза использовали режим МР-гидрографии, при необходимости применяли внутривенное контрастирование препаратами гадолиния. Показаниями к проведению обследования были клинические признаки несостоятельности анастомоза, наличие функционирующих свищей, а также необходимость исключения продолженного роста опухоли. У 7 больных исследования проводились повторно для оценки динамики процесса. В объем исследования, помимо МРТ таза, входили ректо/сигмоскопия, фистулография, ректография, УЗИ и СКТ таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате комплексного клинико-инструментального и лабораторного обследования у 13 больных диагностирована несостоятельность колоректального анастомоза (у 6 больных в госпитальном периоде до выписки из стационара, и 7 больных в отдаленном послеоперационном периоде от 3 до 14 мес. после операции). Несостоятельность анастомоза при МРТ характеризовалась визуализацией дефекта в стенке кишки с более или менее выраженным диастозом, скоплениями жидкости у стенок кишки на уровне анастомоза и затеками в клетчатку и полость таза, наличием околокишечных абсцессов, ректовагинальных и наружных свищей. Использование контрастного усиления препаратами гадолиния позволяло оценить кровоснабжение стенки кишки и улучшало визуализацию ее дефектов. По данным МРТ, абсцессы таза и параректальной клетчатки выявлены у 13 больных, они визуализировались как ограниченные скопления жидкости с высоким или средним МР сигналом в режиме T2, часто с пузырьками газа, окруженные толстыми стенками с нечетким наружным контуром, и кольцевидным контрастированием. Наружные свищи были выявлены у 5 больных. Функционирующие свищи визуализировались как линейные структуры с высоким сигналом в режимах с T2 контрастом, окруженные по периферии низким сигналом от фиброза и грануляций. При контрастировании наблюдалось усиление стенок свищевого хода. МРТ позволила визуализировать направление свищевого хода, его длину, количество и характер ответвлений, связь с патологическим очагом. У 4 больных МРТ позволила диагностировать или заподозрить наличие внутренних свищей с вовлечением уретры и влагалища. Кроме того, при МРТ были диагностированы псевдокисты брюшины (2), гематомы в области таза (3), лимфоцеле (2) и одна текстилома (инородное тело).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

МРТ – высокочувствительный метод для выявления послеоперационных осложнений в области таза, способный обеспечить прямую визуализацию дефектов кишечной стенки, эффективный для выявления и характеристики скопленной жидкости в области таза, визуализации свищей и позволяющий контролировать динамику репаративного процесса. Использование контрастного усиления позволяет оценить кровоснабжение стенок низведенной кишки и улучшает визуализацию дефектов стенки в области анастомоза.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

Богомолов Н.И., Иванова О.В., Гончарова М.А.
ГБОУ ВПО ЧГМА; ГУЗ ККБ; г. Чита, Россия

Опухоли кишечной трубки, развивающиеся из стромы, гладкомышечных структур и нервных элементов (клеток Кахала) с 1983 года называют GIST (gastrointestinal stromal tumors). Анализирован материал двух клиник и Краевого патологоанатомического бюро за 29 лет (1984-2013 гг.). Наблюдалось 53 пациента в возрасте от 42 до 73 лет, мужчин было 29, женщины – 24. На последние 12 лет (2003-2014 гг.) приходится 44 случая. Опухоль локализовалась: в пищеводе – у 7, в желудке – у 34, в 12-перстной кишке – у 2, в тощей кишке – у 2, в толстой кишке – у 6 и в прямой кишке – у 2 пациентов. Желудочно-кишечное и (или) внутриопухолевое (внутриканальное) кровотечение имело место у 28, в том числе, сочетание с перфорацией желудка было у 1, инвагинацией опухоли желудка на ножке в 12-перстную кишку – у 1, обтурацией просвета тощей кишки – у 2. Все 44 наблюдения подтверждены маркером CD 117(+). В 26 случаях GIST диагностирована на операционном материале, в 5 – опухоль явилась находкой при другой фатальной патологии (инфаркт миокарда, мозговой инсульт и др.), приведшей к смерти больного, и у 2 человек это заболевание явилось основным, сопровождалось распадом опухоли (размером 6-7 см) и смертельным кишечным кровотечением, оба

погибли дома. Тридцать три клинических случая успешной диагностики и лечения GIST нами уже опубликованы.

При гистологическом исследовании опухолей смешанный вариант встретился в 4-х наблюдениях, в остальных случаях примерно в равном отношении были веретенноклеточный и эпителиоидноклеточный варианты. Химиотерапию в послеоперационном периоде получили 2 человека.

В стационаре умерло 6 больных, из которых только у 1 причиной смерти была стромальная опухоль и ее осложнения, 5 пациентов привели к гибели заболевания сердечно-сосудистой системы, а GIST-процесс оказался секционной находкой. На дому умерло 2 человека от фатальных осложнений стромальных опухолей, обнаруженных при патологоанатомическом исследовании. В отдаленном периоде (свыше 5 лет) зафиксирована смерть одного пациента от прогрессирования процесса, несмотря на радикальность операции (проксимальная резекция желудка) и получения трех курсов химиотерапии. Данные примеры показывают эволюцию взглядов хирургов, онкологов и патологоанатомов на патологические процессы, прогресс в диагностике и лечении заболеваний, за счет развития методик инструментальной диагностики, гистологической и гистохимической верификации процесса.

ЛЕЧЕНИЕ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Богомолов Н.И., Иванова О.В., Пикулина Л.Г.
ГБОУ ВПО ЧГМА, ГУЗ ККБ МЗ Заб. Края, г. Чита, Россия

По материалам двух клиник, с 1976 года располагаем опытом диагностики и лечения 163 больных с ворсинчатыми опухолями. Только за последние 14 лет в отделении колопроктологии ГУЗ ККБ ежегодно лечилось от 6 до 13 (9,86±2,3) человек с этой патологией. Ворсинчатые аденомы (опухоли) встречали на протяжении кишечной трубки от желудка до прямой кишки. Эндоскопическая полипэктомия и трансанальное иссечение при таких опухолях – достойная альтернатива резекционным традиционным хирургическим пособиям. При осложнениях эндоскопических операций, малигнизации опухоли, «трудной» её локализации прибегаем к первичным и повторным операциям, но уже в традиционном открытом варианте. В желудке опухоль локализовалась у 7, в 12-перстной кишке – у 9, в ободочной кишке – у 68 и в прямой – у 79 человек. Двойная локализация опухоли отмечена в 11 случаях, чаще это были желудок и прямая или ободочная кишка (3), 12-перстная и ободочная (2), ободочная и прямая (6 человек). Две опухоли в одном органе встретились у 3-х пациентов. До операции малигнизация установлена (заподозрена) у 19 человек, им выполнены радикальные операции по онкологическим принципам, после эндоскопической полипэктомии малигнизация выявлена у 6, они оперированы традиционным способом. У 3 больных с опухолью большого дуоденального соска выполнено её иссечение с соском и реплантацией протоков в 12-перстную кишку. В остальных случаях предпринята эндоскопическая полипэктомия, трансанальное иссечение опухоли, либо колотомия с удалением полипа. Кровотечение из культи ножки после полипэктомии отмечено у 12, эндоскопический гемостаз эффективен – у 10, у 2 пациентов пришлось выполнить лапаротомию и иссекать кровоточащий участок. Перфорация кишки (по 1 случаю 12-перстная, ободочная и прямая) отмечена у 3-х человек, предпринята лапаротомия и ушивание кишки. От операций отказались трое, малигнизация наступила в ближайшие 3 года, доставлены в инкурабельном состоянии. Для полипэктомии использовали двухканальные эндоскопы (TGF- 2D, 2S и др.). Ножку полипа коагулировали шаровым электродом, использовали для пересечения игольчатый папиллотом или петлю. Культю ножки обрабатывали аргонплазменной установкой. Результат эндоскопической полипэктомии всецело зависит от локализации, размера опухоли и выраженности ножки опухоли. Выбор метода операции строго индивидуален.

ФОРМИРОВАНИЕ БОКОКОНЦЕВОГО АНАСТОМОЗА ПРИ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Будтуев А.С., Пикунов Д.Ю., Фоменко О.Ю., Рыбаков Е.Г.
ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

Выполнение низкой передней резекции прямой кишки сопряжено с функциональными потерями, которые могут быть настолько выражены, что качество жизни больных после сфинктеросохраняющих операций сопоставимо или даже хуже, чем после операций с формированием постоянной колостомы. Для улучшения качества жизни пациентов в послеоперационном периоде предложено формирование различных толстокишечных резервуаров и, в частности, анастомота бок-в-конец.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 2012 по 2014 гг. в ФГБУ ГНЦК проводилось проспективное рандомизированное исследование, целью которого являлось сравнение функциональных результатов формирования прямой (контрольная группа) и бококонецвых (основная группа) анастомозов при низкой передней резекции прямой кишки. В каждую группу включено по 40 пациентов, оперированных по поводу новообразований среднеампулярного отдела прямой кишки.

Все больные, включенные в исследование, до операции были континенты. По данным профилометрии, в основной группе медиана среднего давления в покое составила 54 мм рт. ст. и 56 мм рт. ст. в контрольной (p=0,3), а при волевом сокращении – 185 и 179 мм рт. ст., соответственно (p=0,26).

В основной и контрольной группе анастомозы формировались с помощью циркулярных сшивающих аппаратов. При анастомозе по типу бок-в-конец длина слепой культи составляла 4 см. Во всех случаях формировались превентивные илео/трансверзостомы. Проведен анализ непосредственных и функциональных результатов, а также физиологических исследований через 1, 3 и 6 месяцев после закрытия стомы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота послеоперационных осложнений составила 20% в основной и 32,5% – в контрольной группе (p=0,3), в том числе, несостоятельность анастомоза у 4 (11,8%) и 3 (8,6%) пациентов в группах, соответственно.

После восстановительной операции через 1 месяц медиана частоты стула за сутки составила 6 раз в основной и 7 раз в контрольной группах (p=0,02). Через 6 месяцев – 2 и 4 раза за сутки, соответственно (p=0,07). Кроме того, у пациентов основной группы по результатам опросника Wexner Score отмечено улучшение функции держания, так через 1 месяц после восстановительной операции медиана составила 5 баллов – в основной группе и 7 баллов – в контрольной (p=0,03), а через 6 месяцев медиана составляла 2 и 4 балла, соответственно (p=0,05).

Медиана среднего давления в анальном канале в покое через 1 месяц после восстановительной операции составила 28 мм рт. ст. в основной группе и 22 мм рт. ст. – в контрольной (p=0,03), а при волевом сокращении – 143 и 140 мм рт. ст., соответственно (p=0,1). К 6-ти месяцам отмечается повышение внутрианального давления: в покое – 38 и 30 мм рт. ст. (p=0,02) в основной и контрольной группах, при волевом сокращении – 173 и 179 мм рт. ст. (p=0,5), соответственно. Полученные результаты исследования резервуарной функции свидетельствуют о более высокомаксимально-переносимом объеме у больных основной группы: медиана составляла – через месяц 120 см³ – в основной и 110 см³ – в контрольной группах (p=0,7), через 6 месяцев – 180 см³ и 140 см³ (p=0,02), соответственно.

ВЫВОДЫ

Применение бококонецвого анастомоза при низких передних резекциях позволяет снизить проявление синдрома низкой передней резекции, что выражается урежением частоты стула и улучшением функции держания.

РАННЯЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЭНТЕРАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Васильев С.В., Попов Д.Е., Семенов А.В.

ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова, Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии, СПбГБУЗ «Городская больница №9», Городской колопроктологический центр, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

У больных раком толстой кишки имеет место белково-энергетическая недостаточность, прогрессирующая на фоне алиментарного дефицита и развития синдрома мальабсорбции. Расширенно-комбинированные операции, характерные для современной онкоколопроктологии, отличаются травматичностью и приводят к значительному усилению катаболических процессов в послеоперационном периоде. В комплексном лечении онкологических больных с целью профилактики развития ранних послеоперационных осложнений большое значение придается использованию энтеральной нутриционной поддержки.

ЦЕЛЬ

Улучшение результатов лечения больных раком толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 143 пациента с колоректальным раком, оперированных в Санкт-Петербургском колопроктологическом центре в период 2013-2014 гг., и отобранных методом случайной выборки. Все пациенты распределены в статистически однородные, репрезентативные группы: основная (n=72) и контрольная (n=71). Всем больным были выполнены открытые сфинктеросохраняющие операции с формированием внутриабдоминальных первичных толстокишечных анастомозов: правосторонняя гемиколэктомия (n=32), левосторонняя гемиколэктомия (n=20), резекция сигмовидной кишки (n=22), передняя аппаратная резекция прямой кишки (n=69). Все пациенты с первых суток послеоперационного периода получали необходимый, рассчитанный индивидуально, суточный калораж при помощи парентеральных энергетических растворов, а также обычного питания. Дизайн исследования заключался в использовании у больных основной группы в качестве дополнительного раннего энтерального питания специализированной питательной смеси (сплинг со 2-х по 14-е сутки – Nutridrink Compact Fibre (125 мл*3=900 ккал/сутки)). Всем пациентам проводилась периоперационная антибиотикопрофилактика.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Показатель средней длительности пребывания больных основной группы в стационаре составил 10,9 к/дней, в то время как этот показатель у контрольной группы – 14,2 к/дня. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 7 (9,7%) больных основной и у 14 (19,7%) пациентов из контрольной группы (p<0,05). У 4 (5,6%) больных из контрольной группы возникла несостоятельность анастомоза: один больной после левосторонней гемиколэктомии был повторно оперирован – выполнено разобщение анастомоза и формирование проксимальной колостомы; у 2 больных после передней резекции прямой кишки объём повторного вмешательства – разгрузочная колостомы. Несостоятельность анастомоза в основной группе отмечена нами у 1 (1,4%) больного после низкой резекции прямой кишки. Наличие превентивной колостомы, в данном случае, сделало возможным купирование воспалительных явлений, связанных с несостоятельностью анастомоза, при помощи местного консервативного лечения.

ВЫВОДЫ

Исследование показало преимущества использования ранней энтеральной поддержки у онкоколопроктологических больных, перенесших сфинктеросохраняющие первично-восстановительные хирургические вмешательства: снижение частоты ранних послеоперационных осложнений, длительности пребывания больных в стационаре, а также уменьшение затрат на лечение и реабилитацию.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ ФОРМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Васильев С.В., Попов Д.Е., Семенов А.В., Смирнова Е.В., Савичева Е.С.

ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова, Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии, СПбГБУЗ «Городская больница №9», Городской колопроктологический центр, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Доля I-II стадий рака прямой кишки среди больных с впервые установленным диагнозом составляет около 30%. В последние годы стали широко внедряться скрининговые программы, направленные на активное выявление раннего рака прямой кишки (РРПК) у людей из определённых групп риска. РРПК, согласно ESMO Guidelines, включает в себя все формы первичной опухоли от злокачественной внутриэпителиальной карциномы (Tis) до новообразований с инвазией в мышечный (T2) и субсерозный (T3a) слой. Современный подход к лечению больных с РРПК подразумевает использование как малоинвазивных методов лечения – трансанальных эндоскопических операций (ТЭО), так и стандартного объёма радикального хирургического вмешательства – тотальной мезоректумэктомии (ТМЭ).

ЦЕЛЬ

Улучшение результатов лечения больных с ранними формами рака прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проанализированы результаты хирургического лечения 64 больных с РРПК, которые были оперированы в СПб ГБУЗ «Городская больница №9» в период с 2010 по 2012 гг. Критерии отбора пациентов: лица обоих полов без ограничения возраста, нижне-среднеампулярный рак, высоко/умереннодифференцированная аденокарцинома, степень инвазии – Tis-T1-T2, N0 (MRI, ERUS), отсутствие лимфоваскулярной инвазии (EMVI-), негативный край резекции (R0). Все пациенты, в зависимости от выбранного объёма операции, распределены в 2 группы: ТЭО – 26 (41%) и ТМЭ – 38 (59%). Результаты лечения больных оценивались, исходя из анализа послеоперационных осложнений, госпитальной летальности, показателей 3-х летней безрецидивной и общей выживаемости, а также сроков пребывания в стационаре и времени реабилитации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ранние послеоперационные осложнения встречались в 7,7% случаев у больных РРПК после ТЭО, и у 23,7% пациентов после ТМЭ (p<0,05). Возникшие осложнения носили, преимущественно, раневой гнойно-воспалительный характер. Несостоятельность анастомоза после сфинктеросохраняющих первично-восстановительных вмешательств имела место у 4 (10,5%) пациентов. Сравнение больных по тяжести послеоперационных осложнений не дало достоверной разницы по признаку возраста и пола, однако наличие сопутствующих заболеваний и продолжительность операции явились достоверными предикторами ранних послеоперационных осложнений (p=0,02). Госпитальной летальности нами не отмечено. Средний койко-день: 6,9 (ТЭО) и 13,2 (ТМЭ) (p<0,05). Показатель 3-х летней безрецидивной выживаемости в группе больных РРПК после ТЭО составил 88,5%, после ТМЭ – 89,5% (p>0,05); показатель общей выживаемости – 96,1% и 94,7% (p>0,05), соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате исследования нами не выявлено достоверных различий в показателях безрецидивной и общей выживаемости больных после ТЭО и ТМЭ, однако, низкий уровень частоты послеоперационных осложнений после ТЭО по сравнению с ТМЭ, снижение сроков пребывания в стационаре и времени реабилитации пациентов, а также удовлетворительные долгосрочные функциональные исходы лечения, свидетельствуют о преимуществах использования ТЭО в лечении больных РРПК. Широкое внедрение скрининговых программ позволит выявлять ранние формы рака прямой кишки, что усилит внимание и обсуждение потенциальной роли малоинвазивных методов удаления опухоли, и, в свою очередь, улучшит непосредственные и отдалённые результаты лечения больных.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОХИМИЧЕСКОГО ТЕСТА В ДИАГНОСТИКЕ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Васильев С.В., Смирнова Е.В., Дудка В.В., Попов Д.Е., Семенов А.В., Васильев А.С.

ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова, Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии, СПбГБУЗ «Городская больница № 9», Городской колопроктологический центр, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Полипы и, как следствие, их дальнейшее злокачественное перерождение, являются важным изучаемым звеном в развитии скрининга колоректального рака толстой кишки. Рост впервые зарегистрированных случаев колоректального рака отмечается в последнее десятилетие, что приводит к увеличению смертности от данной патологии. Одним из методов, который отвечает критериям скринингового теста, является исследование кала на скрытую кровь. В основе тестов лежит определение пероксидазной активности молекулы гемоглобина крови. В нашей стране исторически используется модифицированная бензидиновая проба, реакция Грегерсена. В странах Европы – это реакция на основе гваяковой смолы. Однако эти тесты обладают недостаточной чувствительностью и специфичностью.

ЦЕЛЬ

Определение эффективности различных лабораторных методик выявления скрытой крови и её производных в образцах кала в рамках диагностики пролиферативных заболеваний толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании проводилась сравнительная оценка двух различных методик: теста на скрытую кровь на основе гваяковой смолы – FOB-теста (Hemoccult SENSА, США) и иммунохимического теста – FIT-теста (Biohit Colon View, Финляндия). Обследовано 300 человек (187 женщин и 113 мужчин).

Сбор образцов осуществлялся пациентами в домашних условиях, далее в течение 3-х дней образцы доставлялись в лабораторию клиники.

Всем пациентам было проведено эндоскопическое исследование – тотальная колоноскопия. При необходимости выполнялась биопсия новообразований толстой кишки. Все пациенты, у которых не было выявлено патологии толстой кишки, вошли в контрольную группу.

Интерпретация используемых тестов принципиально различалась. Для FOB-теста – это была визуальная оценка положительного или отрицательного результата анализа. Для иммунохимического теста использовался не только визуальный метод, но и автоматическое считывание количественного результата.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 300 обследованных у 85 не выявлено никакой патологии. У 22 пациентов выявлены неопухольевые причины появления скрытой крови в кале. Две основные группы исследуемых пациентов включили 91 пациент (диагностировано злокачественное поражение толстой кишки) и 94 пациента (доброкачественные неоплазии).

По данным статистического анализа выявлено преобладание чувствительности и специфичности иммунохимического теста по сравнению с FOB тестом. При наличии у пациента только аденомы или сочетания аденомы и аденокарциномы, эффективность иммунохимического теста оказалась весьма значимой ($p=0,0001$). А при диагностике злокачественных неоплазий толстой кишки тесты не показали различий.

Также можно отметить, что определение гемоглобина и гемоглобин/гаптоглобинового комплекса является более чувствительной методикой, чем определение только гемоглобина. Это касается диагностики новообразований в проксимальных отделах толстой кишки ($p=0,0001$), достигая 100% чувствительности и 95% специфичности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование иммунохимического теста в программах скрининга колоректального рака показывает хорошие результаты не только при диагностике злокачественных неоплазий, но и является эффективным средством обнаружения доброкачественных пролиферативных изменений слизистой толстой кишки, что крайне важно с профилактической точки зрения.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ТРАНСАНАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ

Велиев Т.И.

Алтайский колопроктологический центр, отделение эндоскопической хирургии, г. Барнаул, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

После трансанального удаления ворсинчатые опухоли прямой кишки склонны к рецидивированию.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Показать эффективность профилактики рецидивов ворсинчатых опухолей прямой кишки после трансанального удаления, путем обработки ложа 2%-ным раствором протаргола.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Проанализировано 2 группы больных по 17 человек, у которых трансанально были удалены ворсинчатые опухоли прямой кишки. В первую группу вошли больные, которым после трансанального удаления ворсинчатых опухолей прямой кишки проводилась обработка ложа 2%-ным раствором протаргола. Во вторую группу вошли больные, которым эта обработка не проводилась.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первой группе больных в результате динамического наблюдения от 6 мес. до 10 лет рецидивирования опухолей не наблюдалось. Во второй группе у 7 (30%) больных в различные периоды после операции возник рецидив заболевания, что привело к повторной операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обработка ложа ворсинчатой опухоли прямой кишки после трансанального иссечения 2%-м раствором протаргола приводит к отсутствию рецидива заболевания.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРФОРАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ

Велиев Т.И.

Алтайский колопроктологический центр, отделение эндоскопической хирургии, г. Барнаул, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Перфорация толстой кишки при эндоскопическом удалении ворсинчатых опухолей часто возникает у лиц пожилого возраста.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Показать целесообразность создания водяной «подушки» между подслизистой оболочкой и ворсинчатой опухолью с целью профилактики перфорации кишки во время эндоскопической электрорезекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 1999 по 2013 год у 319 больных в возрасте от 60 до 87 лет с ворсинчатыми опухолями толстой кишки применялся метод создания водяной «подушки» перед эндоскопической электрорезекцией слизистой оболочки вместе с опухолью. Водяная «подушка» создавалась путем введения инжектором 0,9%-ного физиологического раствора между подслизистой оболочкой и опухолью. У всех больных гистологически имелась ворсинчатая аденома с дисплазией II и III степени. Размеры опухоли были от 2 см и более в диаметре.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Случаев перфорации кишки у данных больных не наблюдалось ни во время операции, ни в послеоперационном периоде.

ВЫВОДЫ

Наши наблюдения позволяют рассматривать создание водяной «подушки» 0,9%-ным физиологическим раствором между подслизистой оболочкой и ворсинчатой опухолью, как метод профилактики перфорации кишки.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ УДАЛЕНИИ АДЕНОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ С МАЛИГНИЗАЦИЕЙ

Велиев Т.И.

Алтайский колопроктологический центр, отделение эндоскопической хирургии, г. Барнаул, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Возникновение кишечных кровотечений после эндоскопических операций у лиц пожилого возраста, по данным различных авторов, имеет тенденцию к увеличению.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение эффективности эндоскопических методов остановки кровотечений при удалении малигнизированных новообразований толстой кишки. При эндоскопическом удалении 46 аденом толстой кишки с малигнизацией различной анатомической формы в период с 1992 по 2013 год интенсивные кровотечения возникли в 12 случаях: 6 артериальных, 4 венозных, 2 паренхиматозных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

При артериальном кровотечении из ножки удалённого новообразования производился повторный захват и коагуляция ножки петлевым электродом на малых режимах коагулирующего тока с последующим её отсечением. Если ножка короткая и её не удаётся захватить петлёй, с целью гемостаза использовалась подслизистое введение этилового спирта через игольчатый иньектор. При умеренной интенсивности венозных кровотечений применялась монополярная коагуляция или гидротермокоагуляция.

При паренхиматозных кровотечениях использовалась гидротермокоагуляция и лазерная фотокоагуляция.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С использованием этих методик удалось остановить кровотечение сразу после его возникновения у 10 больных. У 2 человек с интенсивными артериальными кровотечениями после проведения эндоскопических мероприятий была проведена кровезамещающая терапия, очистительные клизмы холодной водой, однако кровотечение не было остановлено. Предпринято повторное эндоскопическое вмешательство с проведением всего комплекса эндоскопической остановки кровотечения. У всех больных кровотечение было остановлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что для остановки кровотечений, возникающих при удалении аденом с малигнизацией толстой кишки различной анатомической формы, комплекс эндоскопических методов эффективен у всех пациентов.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ РАКОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Велиев Т.И.

Алтайский колопроктологический центр, отделение эндоскопической хирургии, г. Барнаул, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

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

ЗАДАЧА ИССЛЕДОВАНИЯ

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

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Проведен динамический анализ группы больных с ранними раками толстой кишки, у которых была выполнена эндоскопическая электроэксцизия в период с 1992 по 2013 год. Отдаленные результаты оценивались на основании контрольных колоноскопий со взятием биопсий в порядке динамического наблюдения.

Всего под наблюдением находилось 46 больных. Мужчин – 26, женщины – 20. Возраст пациентов составил 60-86 лет. Все больные находились под диспансерным наблюдением в связи с наличием компенсированной и субкомпенсированной форм сердечно-сосудистой патологии, заболеваний органов дыхания. У всех больных была выполнена эндоскопическая электроэксцизия опухолей.

ВЫВОДЫ

Эффективность эндоскопической электроэксцизии ранних раков толстой кишки у лиц пожилого возраста с сопутствующей

патологией составила 100%. Отсутствие рецидивов после эндоскопической электроэксцизии позволило ограничиться эндоскопической операцией у пожилых больных. Дальнейшая лечебная тактика у больных, перенесших эндоскопическую электроэксцизию с ранним раком толстой кишки, должна основываться на результатах динамического эндоскопического наблюдения со взятием биопсии: 1 раз в три месяца в течение первого года, затем 2 раза – второй год и один раз – в последующие годы.

ДИАГНОСТИКА ЭНДОФИТНОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Велиев Т.И., Худолей Д.В.

Алтайский краевой колопроктологический центр, г. Барнаул, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление эндофитного рака.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Заболеваемость злокачественными новообразованиями ободочной кишки у мужчин составляет 12,6, у женщин – 9,4 на 100 тыс. взрослого населения. Увеличение частоты случаев эндофитного рака толстой кишки с выраженным внутрестеночным компонентом повышает роль ирригоскопии как важного метода в диагностике этой патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование эндофитного рака проводили классическим трёхэтапным методом по Фишеру с обязательным применением двойного контрастирования. Для подготовки к ирригоскопии применяли препарат «Фортранс».

РЕЗУЛЬТАТЫ

При ирригоскопии эндофитный рак толстой кишки выявлен у 28 пациентов. При этом выявлено неравномерное сужение просвета, неровность контуров, ригидность стенок поражаемого отдела ободочной кишки, злокачественный рельеф слизистой на участке. Важное значение для постановки правильного диагноза имело двойное контрастирование. Оно дало возможность выявить опухоль и в случаях воротничковой инвагинации, когда при тугом наполнении раковый канал перекрывался соседними здоровыми участками кишки (7 пациентов).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все случаи подтверждены на операции и при последующем морфологическом изучении препаратов. Таким образом, ирригоскопия позволила не только выявить опухоль, но и определить протяжённость и границы раковой инфильтрации, что не всегда возможно при колоноскопии.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП В ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Воздвиженский М.О., Савинков В.Г., Фролов С.А., Козлов А.М., Князев Р.А.

ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер, г. Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние несколько лет в рутинную практику онкологических отделений активно внедряются миниинвазивные хирургические технологии для лечения рака ободочной кишки.

ЦЕЛЬ

Изучить и сопоставить результаты лечения больных раком ободочной кишки, прооперированных лапароскопически и открытым доступом на базе отделения колопроктологии ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» с 2013 по 2014 гг.

МЕТОДЫ

Проанализированы ближайшие результаты лечения 2 групп пациентов. Первая группа – 71 пациент с раком ободочной кишки, при лечении которых использовался лапароскопический доступ. Вторую группу составили 70 пациентов, прооперированных традиционным способом. Обе группы сопоставимы по возрасту, полу, индексу массы тела, локализациям опухоли, стадиям. Во всех случаях регистрировались следующие параметры: интраоперационная кровопотеря, продолжительность операции, длительность анальгезии, структура и частота развития послеоперационных осложнений, койко-день.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У пациентов, прооперированных лапароскопическим методом, средняя кровопотеря составила 122,3 мл, что меньше, чем в контрольной группе пациентов (155,6 мл). Частота конвер-

сий составила 5 (7%) случаев. В послеоперационном периоде интенсивность болевого синдрома в исследуемой группе была ниже, чем в контрольной и, следовательно, потребовала менее длительного назначения наркотических анальгетиков (1,2 дня против 2,7 дней). В обеих группах при гистологическом исследовании препаратов выделено не менее 12 лимфатических узлов. Послеоперационные осложнения: у 2 (2,8%) пациентов, прооперированных лапароскопически, диагностирована несостоятельность швов анастомоза, что потребовало выполнение повторных операций. В контрольной группе наблюдалось 6 (8,5%) осложнений: 5 нагноений послеоперационных ран, 1 частичная кишечная непроходимость, разрешившаяся консервативным лечением. Средний койко-день в исследуемой группе больных составил 15,2 день, в контрольной – 17,4 дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лапароскопический доступ при раке ободочной кишки позволяет добиться меньшей кровопотери, меньшей потребности в анальгезии, менее продолжительного периода госпитализации, лучших результатов качества жизни больных, чем традиционный метод.

КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Гатауллин И.Г., Городнов С.В.

ГБОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Казань, Россия
Ульяновский областной онкологический диспансер, г. Ульяновск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Большинство послеоперационных осложнений при хирургическом лечении больных колоректальным раком связано с гемореологическими нарушениями.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение непосредственных результатов лечения больных колоректальным раком.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положены данные обследования и лечения 122 больных верифицированным колоректальным раком. Первая группа 62 больных, которым выполнено оперативное вмешательство без инфузии озонированных растворов (контрольная), вторая группа включала 60 больных, которым интраоперационно проводились инфузии озонированных кристаллоидов (основная группа). В процессе работы проводили оценку нарушений системы гемостаза по следующим показателям коагулограммы: протромбиновый индекс, время рекальцификации, количество фибриногена, тромботест.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

После введения озонированных кристаллоидов отмечена стабилизация протромбинового индекса, на уровне дооперационного, что препятствует развитию гиперкоагуляции. Наибольшим изменениям был подвержен уровень фибриногена. У больных контрольной группы отмечался рост уровня фибриногена, что свидетельствует о гиперкоагуляции, возникшей в ответ на перенесенное оперативное вмешательство. При введении озонированных растворов уровень фибриногена достоверно уменьшался, несмотря на операционную травму. Введение озонированных растворов при проведении операции нивелирует изменения тромботеста на операционную травму, стабилизируя показатель на прежнем уровне.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при введении озонированных растворов наблюдаются изменения в коагулограмме пациентов, выражающиеся в нормализации показателей свертывающей системы крови.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ В ПЕЧЕНЬ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Гатауллин И.Г., Шакиров Р.К.

ГБОУ ДПО «Казанская Государственная медицинская академия» МЗ России, г. Казань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

До 50% больных колоректальным раком при первичном обра-

щении уже имеют метастазы в печени.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оптимизация методов прогнозирования метастазов колоректального рака в печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа основана на анализе результатов лечения 96 пациентов колоректальным раком. Больные были разделены на две группы: 1 группа – после операции на кишке и погибших от метастатического поражения печени (23 больных – 24%). 2 группа больных, проживших 5 и более лет после операции на кишке (73 больных – 76%). Был проведен дискриминантный анализ обеих групп больных. В качестве клинико-морфологических и иммуногистохимических критериев были использованы: возраст больного, локализация опухоли, макроскопическая форма новообразования, морфологический вариант и степень ее дифференцировки, глубина поражения кишечной стенки, наличие или отсутствие метастазов в регионарные лимфатические узлы, стадия заболевания и экспрессия иммуногистохимических маркеров (тканевой раково-эмбриональный антиген (РЭА), мутантный белок гена p53, маркер клеточной пролиферации Ki-67, фактор неоплазии CD31, цитокератин № 7, онкобелок HER-2/neu, ген апоптоза Bcl-2).

РЕЗУЛЬТАТЫ

По нашим данным, сила корреляции исследуемых прогностических параметров в зависимости от коэффициента корреляции (r) распределилась следующим образом. У 11 параметров в прогностическом значении выявлена достоверная корреляция с метастазированием в печень. Это: p53 (r-0,810), РЭА (r-0,706), показатель N (r-0,694), вид операции на кишке (r-0,676), локализация опухоли в кишке (r-0,667), стадия заболевания (r-0,0630), Ki-67(r-0,558), HER-2/neu (r-0,493), цитокератин 7 (r-0,460), CD31(r-0,422), показатель T (r-0,299). Результатом проведения дискриминантного анализа является создание математической модели индивидуального прогноза метастазирования в печень для больных колоректальным раком, которая с вероятностью 86,4% позволяет определить исход заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексный подход к изучению прогностических факторов, позволит построить эффективную математическую модель индивидуального прогноза, поможет правильно выстроить лечебную тактику и выбрать наиболее адекватный режим диспансеризации для каждого больного.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МУТАЦИИ ГЕНА K-RAS У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Гатауллин И.Г., Шакиров Р.К., Гордиев М.Г., Гатауллин Б.И.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер», г. Казань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В развитии колоректального рака существенную роль играют мутации в гене K-RAS, в котором наиболее часто происходят генетические изменения. Данные мутации, в основном, встречаются в соматическом варианте, обладают высоким онкогенным потенциалом.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить частоту мутации в гене K-RAS у пациентов с колоректальным раком. Провести сравнительный анализ пациентов с колоректальным раком по мутантному и «дикому» типу.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 120 больных колоректальным раком, получивших комбинированное лечение в ГАУЗ «Республиканский онкологический диспансер» МЗ РТ. Пациентам был проведен генетический анализ на наличие мутаций в гене K-RAS опухолей, полученных в результате оперативного вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из 120 пациентов у 35 выявлена мутация в гене K-RAS, у 85 пациентов имелся «дикий» тип гена K-RAS (частота мутаций составила 26,7%). При этом 25 мутаций обнаружено в 12 и 13 кадонах, 7 мутаций – в 61 кадоне и 3 – в 146 кадоне. Мутация в гене K-RAS чаще встречалась у женщин, чем у мужчин (37,7% и 20,3%, соответственно). У больных раком прямой кишки мутации встречались в 54,3% наблюдений, раком сигмовидной кишки и ректосигмоидного отдела – в 25,7%, раком ободочной кишки – в 20%. Опухоли толстой кишки с мутант-

GIST ТОЛСТОЙ КИШКИ: ЧТО НАМ ИЗВЕСТНО НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ?

Забелин М.В., Серяков А.П., Сафонов А.С.
ГБУЗ МО «МООД», г. Балашиха, Россия

ВВЕДЕНИЕ

Гастроинтестинальные стромальные опухоли (GIST), описанные в 1983 г. Mazur М.Т. и Clark Н.В., относят к группе редких опухолей желудочно-кишечного тракта мезенхимального происхождения с характерной морфологической и иммуногистохимической картиной, частота встречаемости 10-20 случаев на миллион. Тем не менее, самая распространенная саркома желудочно-кишечного тракта, до 82% мезенхимальных опухолей. GIST может встречаться в любой части желудочно-кишечного тракта: желудок – 60-70%, тонкий кишечник – 25-30%, толстый кишечник – 5-10% и пищевод – до 1%. Встречаемость GIST в прямой кишке составляет до 4% от всех случаев. Прогноз зависит от множества различных факторов, включая клинические и иммуногистохимические особенности опухоли. Правильное понимание проблемы и комплексный подход в лечении данной группы больных являются главными приоритетами в онкологической практике.

ЦЕЛЬ

Оценка непосредственных и отдаленных результатов комплексного лечения больных GIST толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Была проведена ретроспективная оценка опыта лечения 232 750 госпитальных случаев онкологических заболеваний в ГБУЗ МО «МООД» и ФГУ «ГВКГ им. Бурденко» в период с 2004 по 2014 гг. Из выявленных в исследуемые годы, на долю GIST пришлось 0,029 (n=69). Мужчин было 41 (59,4%), женщины – 28 (40,6%). У 14 (20,3%) пациентов диагностирована II стадия, у 3 (4,3%) – III стадия и у 52 (75,4%) – IV стадия заболевания. Медиана возраста пациентов – 64,5 года (от 54 до 73 лет). Первичная локализация GIST составила: желудок – 42 (60,9%), тонкая кишка – 17 (24,6%), толстая и прямая кишка – 6 (8,7%), забрюшинная локализация – 4 (5,8%), пищевод – 0%. Обследование больных включало эндоскопическое исследование, КТ и МРТ брюшной полости с болюсным контрастированием, морфологическое исследование биоптатов и удаленной опухоли. С последующим иммуногистохимическим исследованием опухоли с определением экспрессии с-KIT (CD117), определение мутационного статуса, митотической активности. Комплексная терапия включала оперативное лечение, с последующей химио- и таргетной терапией. Медиана наблюдения составила 63,4 (5-118) месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оперативное лечение больных GIST толстой и прямой кишки проведено всем больным в объеме: гемиколэктомия – у 1 пациента и у 5 – передняя резекция прямой кишки с ТМЭ, с обязательным удалением большого сальника. Высокий уровень экспрессии тирозинкиназы с-KIT (CD117) отмечен в 5 случаях (+++), умеренный – в одном (++) Таргетная терапия иматинибом проводится (или ранее проводилась) всем больным. Начальная суточная доза у всех пациентов составляла 400 мг. При прогрессировании болезни доза была увеличена до 800 мг/сут. у 1 (16,67%) больного. Средняя длительность лечения – 48 мес. (от 7 до 89 мес). На фоне терапии достигнуто 3 (50%) полных и 1 (16,7%) – частичных ремиссий. Стабилизация заболевания отмечена также у 1 (16,7%) больного. Прогрессирование опухолевого процесса без летального исхода – 1 (16,7%) пациента. Таким образом, общий объективный ответ составил 83,3%, медиана общей выживаемости – 65 мес., медиана выживаемости без прогрессирования составила – 41 мес. Побочные эффекты (редко миелосупрессия, диарея, усталость, судороги мышц, отеки периорбитальных областей, раздражение глаз, кашель) купировались временной отменой препарата, назначением диуретиков, глюкокортикостероидов и других препаратов симптоматической терапии. Госпитальное когортное исследование продолжается.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Только полное хирургическое удаление GIST толстой кишки позволяет увеличить общую безрецидивную выживаемость. Адекватная таргетная терапия иматинибом позволяет добиться высокого общего объективного ответа. В целом, проблема лечения GIST толстой кишки далека от своего окончательного решения и требует дальнейшего тщательного изучения и объективной оценки всех технических и тактических подходов в свете отдаленных результатов.

ным геном K-RAS более склонны к лимфогенному метастазированию, чем опухоли с «диким» типом (в 45,8%), что косвенно свидетельствует о более агрессивном течении опухолевого процесса при мутантном типе гена. Больные с мутантным типом гена чаще имеют отдаленные синхронные метастазы (в 63,6%), чем больные с «диким» типом (в 36,4%). Данная зависимость является статистически значимой. Таким образом, опухоль с мутантным типом гена обладает агрессивным течением и высоким потенциалом к метастазированию. Годичная выживаемость пациентов с «диким» типом гена K-RAS составила 96,5%, с мутантным типом гена 88,6%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мутация в гене K-RAS является значимым прогностическим признаком. Генетические исследования нужно включить в стандарты диагностики колоректального рака в качестве предиктивных маркеров для оценки течения и прогнозирования результатов лечения.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Ерохина Е.А., Топузов Э.Г., Топузов Р.Э.,
Кислицына О.Н., Ерохина А.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

Одной из актуальных проблем хирургии колоректального рака являются послеоперационные внутрибрюшные осложнения (ВБО), которые развиваются, как правило, на 3-5 сутки послеоперационного периода. Частота их у ряда авторов достигает 30-40%. Тяжелое состояние оперированных, кишечный парез, раздражение брюшины в раннем послеоперационном периоде обуславливают трудности диагностики осложнений.

Целью исследования явилось изучение динамики клинических проявлений и значимость инструментальных методов в диагностическом алгоритме послеоперационных ВБО.

В работе анализированы клинические проявления и данные инструментальных методов у 1355 больных, оперированных по поводу рака толстой кишки, из которых у 139 (10,2%) выявлены послеоперационные ВБО. Для диагностики применялись клинические, биохимические, лучевые методы исследования, а также лапароскопия. Чаще встречалась несостоятельность кишечных швов – 38,8%. Кишечная непроходимость отмечена в 15,6%, абсцессы в 9,5%, кровотечения – в 7,5%, перфорации острых язв – в 7,5%, перитонит – в 7,5%, несостоятельность колостомы – в 5,5%, некроз низведенной кишки – в 3,4%, мезентериальный тромбоз – в 2% наблюдений.

Основными клиническими признаками ВБО были: усиление или появление самостоятельных болей, вздутие живота, замедление перистальтики, задержка стула и газов, тахикардия, лихорадка. Следует особо отметить, что перитонеальные симптомы отчетливо определялись только у половины больных, также как выделения из дренажа с примесью кишечного содержимого, что затрудняло диагностику и приводило к отсрочке хирургической коррекции. Особенно настораживало в пользу диагностики осложнения совокупность симптомов, что всегда свидетельствовало о неблагоприятном течении послеоперационного периода.

Данные ультразвукового исследования и компьютерной томографии способствовали выявлению абсцессов брюшной полости у большинства больных. Несостоятельность кишечных швов и распространенный перитонит были подтверждены УЗИ в 17% наблюдений, сведения рентгенологического метода помогли подтвердить наличие ранней послеоперационной кишечной непроходимости в 72% наблюдений. Важными оказались данные лапароскопического метода. У 9 больных с несостоятельностью кишечных швов во время послеоперационной лапароскопии был выявлен инфильтрат в зоне анастомоза и отсутствие распространенного перитонита, что позволило скорректировать объем повторного вмешательства. Таким образом, включение в диагностический алгоритм динамики клинических данных и сведений инструментальных методов способствовали раннему распознаванию послеоперационных ВБО и их своевременной коррекции.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛАТЕРАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ У БОЛЬНЫХ РЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

Захаренко А.А., Беляев М.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Лимфогенное метастазирование представляет одну из основных причин возникновения местных рецидивов при раке прямой кишки. Существующие методы дооперационного стадирования опухолевого процесса не являются абсолютными в отношении оценки регионарного метастазирования, что свидетельствует о необходимости поиска новых методов диагностики, выявления факторов риска и неблагоприятного прогноза в отношении латерального метастазирования.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

– изучить индивидуальные особенности кровоснабжения и лимфооттока прямой кишки,

– провести анализ между анатомическими особенностями кровоснабжения прямой кишки и частотой встречаемости метастатического поражения латеральных лимфатических узлов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Используя рентгенологические методы, изучены индивидуальные особенности кровоснабжения прямой кишки на пациентах, страдающих раком прямой кишки (n=175) и на здоровых пациентах (n=150). Проанализированы факторы прогноза латерального метастазирования у больных, страдающих злокачественными заболеваниями прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя прямокишечная артерия визуализирована в 34,1% (n=51) в группе здоровых пациентов и у 30,3% (n=53) больных раком прямой кишки, имелась вариабельность ее отхождения от внутренней подвздошной артерии. Частота ее выявляемости и варианты ветвления достоверно не отличались в двух группах (P>>0,05). Факторы пола и возраста были статистически достоверно не значимы в возникновении индивидуальных особенностей.

Частота латерального метастазирования достоверно связана с такими факторами как степень местного распространения опухоли, наличие средней прямокишечной артерии на стороне поражения латеральной группы лимфатических узлов, поражение мезоректальных лимфатических узлов, локализация опухоли в нижеампулярном отделе прямой кишки (p<0,05)

Комплексная модель оценки риска появления латеральных метастазов, сделанная на основе полученной модели логистической регрессии с использованием выделенных показателей обладает чувствительностью – 91,9%, специфичностью – 97,8%, диагностической точностью – 96,6%.

ВЫВОД

Выявление средней прямокишечной артерии рентгенологическими методами может служить важным прогностическим фактором развития латерального метастазирования у пациентов со злокачественными опухолями прямой кишки.

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ЛАТЕРАЛЬНОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Захаренко А.А., Беляев М.А., Трушин А.А., Тен О.А., Данилов И.Н., Натха А.С.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, НИИ хирургии и неотложной медицины, отдел абдоминальной онкологии, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Лимфогенное метастазирование представляет одну из основных причин возникновения местных рецидивов при раке прямой кишки. Существующие методы дооперационного стадирования опухолевого процесса не являются абсолютными в отношении оценки регионарного метастазирования, что свидетельствует о необходимости поиска новых методов диагностики, выявления факторов риска и неблагоприятного прогноза в отношении латерального метастазирования. Для улучшения результатов лечения данной категории больных были изучены индивидуальные особенности кровоснаб-

жения и лимфооттока прямой кишки и проведен анализ между анатомическими особенностями кровоснабжения прямой кишки и частотой встречаемости метастатического поражения латеральных лимфатических узлов.

МАТЕРИАЛОМ ИССЛЕДОВАНИЯ явились здоровые пациенты (n=150) и больные, страдающие раком прямой кишки (n=175). В работе использовались клинические, рентгенологические и статистические методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя прямокишечная артерия, сопровождающая латеральный путь лимфооттока, визуализирована в 34,1% (n=51) в группе здоровых пациентов и у 30,3% (n=53) больных раком прямой кишки, имелась вариабельность ее отхождения от внутренней подвздошной артерии. Частота ее выявляемости и варианты ветвления достоверно не отличались в двух группах (P>>0,05). Факторы пола и возраста были статистически достоверно не значимы в возникновении индивидуальных особенностей.

Частота латерального метастазирования достоверно связана с такими факторами как степень местного распространения опухоли, наличие средней прямокишечной артерии на стороне поражения латеральной группы лимфатических узлов, поражение мезоректальных лимфатических узлов, локализация опухоли в нижеампулярном отделе прямой кишки (p<0,05)

Комплексная модель оценки риска появления латеральных метастазов, сделанная на основе полученной модели логистической регрессии с использованием выделенных показателей, обладает чувствительностью 91,9%, специфичностью 97,8%, диагностической точностью 96,6%.

ВЫВОД

Выявление средней прямокишечной артерии рентгенологическими методами может служить важным прогностическим фактором развития латерального метастазирования у пациентов со злокачественными опухолями прямой кишки, что существенно может влиять на выбор тактики лечения, особенно пациентов с начальными стадиями заболевания.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ: РАДИОЧАСТОТНЫЕ РЕЗЕКЦИИ И ХИМИОТЕРАПИЯ

Захарченко А.А., Галкин Е.В., Винник Ю.С., Кузнецов М.Н., Попов А.В.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ», г. Красноярск, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить результаты комплексного лечения больных с метастазами колоректального рака в печень (мКРР) при использовании радиочастотных (РЧ) резекций и химиотерапии (ХТ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализируются результаты комплексного лечения 79 пациентов с мКРР в печень. Общее состояние по шкале ECOG – 0-II. Стадии мКРР по Gennari – H₂-H₃. Синхронное поражение печени – у 44/79 (55,7%) больных, метакхронное – у 35/79 (44,3%). Билобарное – у 51 (64,6%), унилобарное – 28 (35,4%). Наиболее частый вариант по количеству МТС: от 2 до 4 – 63,3%.

РЧ вмешательства – у 52/79 (65,8%) пациентов: РЧ абляции – у 17/52 (32,7%), РЧ резекции – у 35/52 (67,3%). РЧ резекции: сегментарная – 6 (17,1%) случаев, бисегментарная – 9 (25,7%), трисегментарная – 8 (22,9%), резекция+абляция – 12 (34,3%). При синхронных мКРР, унилобарном поражении, V<50%: удаление первичной опухоли+РЧ резекция печени – у 12/35 (34,3%) больных. При билобарном поражении (V<50%) – удаление первичной опухоли+РЧ резекция МТС – у 7/35 (20%). При метакхронных мКРР, унилобарное поражение, V<50%: неоадьювантная химиоэмболизация печеночных артерий (ХЭМ ПА, 5-ФУ, 2000 мг)+системная ХТ (Иселода, 2000 мг/м², 2 цикла)+РЧ резекция печени – у 16/35 (45,7%) пациентов. У всех больных (35) после РЧ резекции печени – адьювантная системная ХТ в режиме XELOX (до 8 циклов). РЧ резекции печени (генератор «Cool-tip® RF Ablation System») – по методике Milicevic.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Время удаления первичной опухоли ТК – 135 (90-180 мин.), время резекции печени – 115 (50-200 мин.), лигирование сегментарных сосудов – 0 случаев, лигирование долевых сосудов –

1, временное пережатие ГДС (в воротах печени) – 0, холецистэктомия – 9/35 (25,7%), объем кровопотери – 74,5±23,4 мл. Ранние послеоперационные осложнения после РЧ резекции печени зарегистрированы у 4/35 (11,4%) пациентов. При синхронных МТС осложнения развились в 3/19 случаях (15,7%): поддиафрагмальный абсцесс после резекции доли (2), профузное кровотечение из пострезекционной поверхности (1). В последнем случае – летальный исход. При метасинхронных МТС с проведением неoadьювантной ХЭМ ПА 5-ФУ и последующей системной ХТ кселодой+атипичной РЧ резекции печени – эмпиема плевральной полости 1/16 (6,3%). Летальных исходов не было. Отдаленные результаты прослежены у всех 35 пациентов. Общая трехлетняя выживаемость составила 62,8%. При синхронных мКРР (без проведения неoadьювантной ХТ) – трехлетний рубеж пережили 10/19 больных (52,6%), при метасинхронных мКРР (неoadьювантная регионарная+системная ХТ) – 12/16 пациентов (75%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резекция печени – решающий метод лечения мКРР. Атипичные РЧ резекции печени – относительно безопасные оперативные вмешательства, при синхронных МТС позволяют совмещать их с одномоментным удалением первичной опухоли ТК. Комплексное лечение с проведением неoadьювантной регионарной и системной ХТ способствует увеличению абластичности РЧ резекции печени. Использование современных цитостатиков и режимов ХТ в комплексном лечении мКРР увеличивает эффективность резекции печени, способствует увеличению продолжительности жизни пациентов и улучшает ее качество.

НЕОАДЬЮВАНТНАЯ МАСЛЯНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ РЕКТАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Захарченко А.А., Галкин Е.В.,
Винник Ю.С., Кузнецов М.Н., Попов А.В.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ»,
г. Красноярск, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить результаты комбинированного лечения рака прямой кишки (РПК) при использовании в предоперационном периоде масляной химиоэмболизации ректальных артерий (МХЭ РА-процедура RACHEL).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Анализируются результаты комбинированного метода лечения у 37 больных резектабельным РПК II и III стадии. В предоперационном периоде выполняли МХЭ РА 5-ФУ (1000 мг) на липиодоле (8-10 мл). Оперировали пациентов через 72 часа после эндоваскулярной процедуры.

До операции оценивали течение постэмболизационного периода (в т. ч., наличие специфических сосудистых осложнений). Изучали интраоперационную микроскопическую диссеминацию раковых комплексов и результаты лечебного (лекарственного) патоморфоза в аденокарциномах (удаленный препарат). Факт присутствия 5-ФУ в ткани опухоли, его концентрацию и скорость элиминации определяли методом флуоресцентной микроскопии и спектрофотометрии. Исследовали степень апоптоза и экспрессию пролиферации (иммуногистохимия), частоту послеоперационной гнойной хирургической инфекции (ГХИ), показатели летальности.

Сфинктеросохраняющие операции (ВБР ПК/БАР ПК) выполнены в 75,7% случаев. Функционально-сохраняющие вмешательства – БПЭ ПК/интерсфинктерная БАР ПК с формированием неоректума, неосфинктера, промежностного неануса – у 24,3% пациентов.

Отдаленные результаты прослежены у 32/37 больных (86,5%) в сроки до 3 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выраженные явления постэмболизационного болевого синдрома отсутствовали, гематома в месте пункции бедренной артерии – 1/37 случаев (2,7%). Лекарственный патоморфоз III степени выявлен в 81,1% случаев, II степени – в 18,9%. Частота интраоперационной микроскопической диссеминации составила 13,6%. При этом клетки свободных раковых комплексов были с сублетальными и летальными повреждениями. Средняя концентрация 5-ФУ в ткани опухоли через 72 часа составила 218,7 мкг/г. При визуализации клеточной

фракции опухоли выявлено активное включение 5-ФУ как в цитоплазме, так и в структурах ядра. Быстрой элиминации препарата препятствовала окклюзия локального артериального кровотока и липиодол. Показатель апоптоза (ИМ TdT) составил 7,0±0,2 (контроль – 0,78±0,12), пролиферации (ИМ PCNA) – 39,1±0,15 (контроль – 82,08±0,28). МХЭ РА привела к усилению апоптоза в 9 раз, а угнетение пролиферации было эффективнее в 2,1 раза. ГХИ при МХЭ РА составила 5/37 (13,5%) случаев. Послеоперационная летальность – 1 случай (2,7%). Частота местного рецидивирования – у 1/32 пациента (3,1%). Общая и безрецидивная 3-летняя выживаемость (вне зависимости от стадии), соответственно – 100% и 90,6%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предоперационная МХЭ РА (процедура RACHEL) обладает достаточно высокой туморцидной эффективностью, относительно безопасна, позволяет выполнять сфинктеро- и функционально-сохраняющие вмешательства, не увеличивает риск развития послеоперационной ГХИ, обеспечивает приемлемую частоту местного рецидивирования и достаточно высокую 3-летнюю выживаемость и может конкурировать с известными методами предоперационной лучевой терапии в комбинированном лечении рака прямой кишки.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Захарченко А.А., Галкин Е.В.,
Винник Ю.С., Кузнецов М.Н., Попов А.В.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ»,
г. Красноярск, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить результаты комбинированного лечения больных резектабельным раком прямой кишки (РПК) при различных режимах неoadьювантной лучевой терапии (ЛТ).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Анализируются результаты хирургического и комбинированных методов лечения (ХЛ и КЛ) 142 больных РПК II и III стадии. Группа клинического сравнения (ГКС): 52 пациента – радикальное ХЛ. Исследуемая группа 1 (ИГ 1): 42 больных – предоперационная КЛ СОД 25 Гр + радикальная операция. Исследуемая группа 2 (ИГ 2): 48 пациентов – предоперационная эндоваскулярная радиомодификация метронидазолом (РМ МЗ) + ВЛТ РОД 13 Гр + радикальная операция. В группе ХЛ сфинктеро-сохраняющие операции – в 71,1% случаев, в группах КЛ (1, 2) – в 73,9% и 66,4%. Функционально-сохраняющие вмешательства с реконструктивно-восстановительным этапом (формирование неоректума, неосфинктера, промежностного неануса) – соответственно, у 28,9%, 26,1% и 33,3% пациентов. Все операции – с использованием технологии ТМЕ. Отдаленные результаты прослежены у 128/142 больных (90,1%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У пациентов при ВЛТ РОД 13 Гр с РМ МЗ лучевой патоморфоз III степени – в 5 раз чаще (83,3%), чем II степень (16,7%), в 1,7 раза чаще по сравнению с КЛТ СОД 25 Гр (52,4%) ($p < 0,01$). Частота лучевых реакций – меньше на 4,7% ($p < 0,05$), частота внутрибрюшной и тазовой микроскопической диссеминации – в 1,5 раза ниже ($p < 0,05$). Частота местного рецидивирования при II стадии снизилась с 7,7% до 0%, при III стадии – с 7,4% до 3,5%, во всей группе – с 7,5% до 2,6% (в 2,8 раза) ($p < 0,05$). Гнойная хирургическая инфекция (ГХИ) при ХЛ – 13,5% случаев, при ВЛТ РОД 13 Гр с РМ МЗ – 14,6% ($p > 0,05$), при КЛТ СОД 25 Гр – 19,0% ($p < 0,05$). При ВЛТ РОД 13 Гр с РМ МЗ нагноение раны промежности – на 5,7% реже, чем после КЛТ СОД 25 Гр ($p < 0,05$). Нагноение в полости таза – чаще в группах КЛ (1, 2) по сравнению с ГКС (3,3 и 2,5%). Частота ГХИ в области срединной лапаротомной раны не зависела от метода лечения: в группе ХЛ – 3,8%, в группах КЛ (1, 2) – 4,8 и 4,2% ($p > 0,05$). Несостоятельность швов неоректума, коланальных анастомозов в группах сравнения не зарегистрировано. Послеоперационная летальность – 2 случая (1,4%); по 1 случаю – в группе ХЛ и в ИГ 1. Безрецидивная 3-летняя выживаемость после ХЛ, КЛТ СОД 25 Гр и ВЛТ РОД 13 Гр с программой эндоваскулярной РМ МЗ, соответственно – 70%, 82,5% и 89,5%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Неoadьювантная ВЛТ РОД 13 Гр с эндоваскулярной РМ МЗ по сравнению с КЛГ СОД 25 Гр увеличивает абластичность операции, обладает более высокой туморицидной эффективностью (в 1,7 раза), большим профилем безопасности (в 1,3 раза). В сочетании с технологией ТМЕ позволяет значимо уменьшить риск развития местных рецидивов (в 2,8 раза), увеличить безрецидивную 3-летнюю выживаемость (на 7%), не создает дополнительных интраоперационных технических трудностей, не ухудшает течение послеоперационного периода, не ограничивает показания к выполнению сфинктеротомии и функционально-сохраняющих оперативных вмешательств на прямой кишке.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТОКСИКОЗА И ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ОБТУРИРУЮЩЕМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ ДИСТАЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ: ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ, ПЕРВИЧНЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ

Захарченко А.А., Соляников А.С., Винник Ю.С., Кузнецов М.Н., Попов А.В.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ», г. Красноярск, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить динамику эндотоксикоза и внутрибрюшного давления (ВБД) на фоне опухолевого стеноза дистальных отделов толстой кишки (ТК) после интраоперационной декомпрессии и формирования первичного бесшовного позадипрямокишечного (ППК) колоректального анастомоза (КРА).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализируются показатели эндотоксикоза (ЛЛИИ и МСМ) и ВБД у 121 пациента с ОТКН на фоне обтурирующего рака дистальных отделов ТК (сигмовидная кишка, средний и в/ампулярный отдел ПК) II и III стадии. Субкомпенсированная ОТКН – у 88 (72,7%) больных, декомпенсированная – у 33 (27,3%). Сроки непродолжительности: субкомпенсированной – $4,2 \pm 0,8$ месяца, декомпенсированной – $1,9 \pm 0,7$ суток. У всех больных, после обструктивного этапа и проведения интраоперационной декомпрессии ТК, сформированы первичные КРА: в группе клинического сравнения (ГКС, $n=35$) – интраоперационный лаваж ТК гиперосмолярным раствором NaCl (450 осмоль/л) + прямой КРА с протекцией ТахоКомбом. В исследуемой группе 1 (ИГ 1, $n=31$) – мануальная декомпрессия ТК + бесшовный ППК КРА с избытком низведенной ободочной кишки. В исследуемой группе 2 (ИГ 2, $n=55$) – интраоперационный лаваж ТК (аналогично, как в ГКС) + бесшовный ППК КРА (как в ИГ 1).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Показатели эндотоксикоза (ЛЛИИ и МСМ) имели недостоверную тенденцию к росту в первые $28,8 \pm 4,3$ часа послеоперационного периода (соответственно, $1,30 \pm 0,08$ ед. и $0,266 \pm 0,04$ у.е.) по сравнению с преоперационными показателями ($1,27 \pm 0,6$ ед. и $0,264 \pm 0,05$ у.е.), как при суб-, так и при декомпенсированной ОТКН и достоверно не отличались в группах сравнения. Нормализовались к 3-4 суткам после операции. У 88 (72,7%) пациентов с явлениями субкомпенсированной ОТКН уровень ВБД составил, в среднем, $12,8 \pm 1,2$ мм рт. ст. (I степени СИАГ). У 23 (19,0%) больных с декомпенсированной непродолжительностью – $17,6 \pm 1,3$ мм рт. ст. (II степень). У 10 (8,3%) пациентов в той же группе – $23,4 \pm 2,4$ мм рт. ст. (III степень). В раннем послеоперационном периоде (1-2 сутки) у больных при субкомпенсированной ОТКН (88) уровень ВБД, в среднем, $3,8 \pm 0,5$ мм рт. ст., что находилось в рамках физиологической нормы. У пациентов при явлениях декомпенсации (33) нормализация ВБД после операции наступала позже – к 3-4 суткам (в среднем, $5,1 \pm 0,2$ мм рт. ст., по мере восстановления полноценной перистальтики). Послеоперационные осложнения в ГКС, ИГ 1 и ИГ 2, соответственно, 4/35 (11,5%), 1/31 (3,2%) и 3/55 (5,4%). Несостоятельности ППК КРА с избытком не зарегистрировано (0/86).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Интраоперационная декомпрессия ободочной кишки (лаваж/мануальная декомпрессия) приводит к быстрому устранению синдрома интраабдоминальной гипертензии и способствует сокращению сроков купирования явлений эндотоксикоза. Технология формирования ППК КРА с избытком минимизирует риск его несостоятельности, избавляет больного от абдоми-

нальной колостомы и перспективы отсроченного реконструктивно-восстановительного вмешательства.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ РЕГИОНАРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Ивануса С.Я., Литвинов О.А., Соловьев И.А., Алентьев С.А., Абраменков Д.П., Кишларь Р.В.

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, кафедра общей хирургии, кафедра военно-морской хирургии, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последнее время отмечается рост заболеваемости раком прямой кишки в России и в мире. Этим обусловлена необходимость повышения эффективности лечения больных путем поиска новых и совершенствованием уже существующих методов комбинированного лечения.

ЦЕЛЬ

Оптимизация комбинированного лечения больных местно-распространенным раком прямой кишки с применением неoadьювантной регионарной химиотерапии в зависимости от локализации опухоли в прямой кишке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике общей хирургии ВМедА в 2004 году предложен новый способ неoadьювантной регионарной химиотерапии в комбинированном лечении больных раком прямой кишки в виде эндоваскулярной масляной химиоэмболизации верхней прямокишечной артерии (ЭМХЭВПА). В исследовании использованы результаты лечения 36 больных местно-распространенным раком прямой кишки. По степени распространения опухоли больные распределились следующим образом: II стадия (Dukes B) – 13 больных, III стадия (Dukes C) – 23 больных. У 8 пациентов опухоль располагалась в нижнеампулярном, у 11 – в среднеампулярном и у 17 больных – в верхнеампулярном отделах прямой кишки.

ЭМХЭВПА (оксалиплатин 100 мг в сверхжидком липидоле 6-8 мл) осуществляли за 3 суток до операции. Эмболизацию осуществляли до полной редукции кровотока. Осложнений, связанных с редукцией кровотока в бассейне верхней прямокишечной артерии, выявлено не было.

У шести больных выполнялось определение концентрации платины в ткани опухоли, параректальной клетчатке и лимфоузлах при локализации опухоли в нижне-, средне- и верхнеампулярном отделах прямой кишки после ЭМХЭВПА. Также измерялась концентрация платины в периферической крови этих больных после ЭМХЭВПА в течение 14 дней ежедневно. Ткани для исследования в количестве 1 грамма получали из удаленного макропрепарата. Определение платины в тканях и сыворотке крови выполняли методом масс-спектрометрии на спектрометре ICP-MS X Series фирмы Thermo Elemental (США).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наибольшая концентрация платины в тканях опухоли ($8,7 \pm 2,1$ мкг/г) определялась при локализации опухоли в среднеампулярном отделе прямой кишки. Значительно ниже концентрация платины была при локализации опухоли в верхнеампулярном отделе – $3,09 \pm 1,17$ мкг/г и $1,87 \pm 0,31$ мкг/г при ее локализации в нижнеампулярном отделе. Концентрация платины в параректальных лимфоузлах составила: $0,99 \pm 0,22$ мкг/г при локализации опухоли в верхнеампулярном, $1,05 \pm 0,16$ мкг/г – в среднеампулярном и $0,69 \pm 0,29$ мкг/г – в нижнеампулярном отделах прямой кишки. В параректальной клетчатке концентрация платины составила: $0,3 \pm 0,08$ мкг/г при локализации опухоли в верхнеампулярном, $1,08 \pm 0,11$ мкг/г – в среднеампулярном и $0,51 \pm 0,10$ мкг/г – в нижнеампулярном отделе прямой кишки.

В периферической крови всех групп больных отмечалось нарастание концентрации платины в первые сутки после ЭМХЭВПА до $2,09 \pm 0,78$ мкг/мл. В течение последующих трех суток концентрация платины постепенно снижалась до $0,12 \pm 0,03$ мкг/мл. С четвертых до тринадцатых суток определялись небольшие концентрации платины $0,05-1,1$ мкг/мл.

ВЫВОДЫ

Проведенное исследование показало наибольшую эффективность ЭМХЭВПА при локализации опухоли в средне- и верхнеампулярном отделах прямой кишки. Установлено наличие помимо регионарного еще и пролонгированного системного

действия оксалиплатина в периферической крови больных раком прямой кишки после неадекватной регионарной химиотерапии в виде ЭМХЭВПА.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ И ОБЪЕМА МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ивануса С.Я., Соловьев И.А., Дзидзава И.И., Литвинов О.А., Игнатович И.Г., Арутюнян О.А., Черкезян Д.С.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра общей хирургии, военно-морской хирургии, госпитальной хирургии, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В структуре онкологических заболеваний рак толстой кишки занимает 2-3 место. При этом 15-30% случаев диагностируются синхронные метастазы в печень. Одним из определяющих факторов для выбора оптимального метода комбинированного лечения больного является объем здоровой и пораженной паренхимы печени.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение функционального состояния печеночной паренхимы при колоректальном раке с синхронными метастазами в печень.

МАТЕРИАЛЫ МЕТОДЫ

В работе проанализированы результаты оценки функционального состояния в зависимости от объема пораженной паренхимы печени 42 пациентов колоректальным раком с синхронным метастатическим поражением печени, которые находились на лечении в клинике общей хирургии ВМедА им. С.М. Кирова с 2008 по 2014 гг. В анализируемую группу вошли пациенты в возрасте от 36 до 73 лет.

Всем пациентам для определения объема печени выполняли компьютерную волнометрию (программой «Volume» рассчитывали объем поражения печени). Объем метастатического поражения печеночной паренхимы варьировал от 1,1% до 78,4%.

Распределение пациентов на группы проводили по объему поражения печени. В первую группу вошли пациенты с объемом поражения печени до 25% (n=11). Во вторую группу вошли пациенты с объемом поражения от 25 до 50% (n=15). Пациенты с объемом поражения более 50% вошли третью группу (n=16).

С целью оценки функционального состояния печени исследовали глобальную функцию печени (индоцианин зеленый), по данным биохимических показателей оценивали выраженность цитолитического (АлТ и АсТ) и холестатического (ГГТП, ЩФ) синдромов, белок синтетическую функцию печени (альбумин, фибриноген и протромбин). Наряду с лабораторными методами оценки функционального состояния печени, исследовали элиминацию из периферической крови диагностического красителя индоцианина зеленого (ИЦЗ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С увеличением объема поражения печени отмечалось повышение показателей, характеризующих выраженность цитолитического и холестатического синдромов. Так, при объеме метастатического поражения более 50% наблюдалось повышение уровня данных ферментов выше нормальных значений у подавляющего большинства больных. Выявлены достоверные статистические различия значений цитолитического и холестатического синдромов между первой и третьей группами больных (p<0,05). Показатели элиминации индоцианина зеленого при объеме поражения печени до 50% не отличались от нормальных значений. В группе больных с объемом поражения печеночной паренхимы более 50% выявлено снижение функции печени, однако данные изменения незначительные (субкомпенсированные).

При изучении белоксинтетической функции в зависимости от объема поражения достоверных статистических отличий в исследуемых группах не установлено (p>0,05).

У всех пациентов в послеоперационном периоде после циторедуктивных операций не сопровождался развитием печеночной недостаточности.

ВЫВОДЫ

При объеме поражения печени до 50%, по данным компьютерной волнометрии, показано выполнение циторедуктивных операций на первичной опухоли без применения специальных методик оценки степени гепатодепрессии. С прогресси-

рованием объема метастатического поражения печени (при объеме поражения более 50%) наблюдается достоверное увеличение ряда биохимических параметров (АлТ, АсТ, ГГТП, ЩФ), сопровождающееся нарушением глобальной функции печени (снижение элиминации ИЦЗ). При объеме поражения печеночной паренхимы более 50% с целью оценки функционального состояния печени и выполнения циторедуктивной операции на первичной опухоли показано исследование элиминации индоцианина зеленого.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННЫХ ПЕРЕДНИХ РЕЗЕКЦИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Ивануса С.Я., Хохлов А.В., Литвинов О.А., Онницев И.Е., Игнатович И.Г., Житихин Е.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (кафедра общей хирургии), г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время в клинической практике все чаще используются эндовидеохирургические методы лечения рака прямой кишки. В большинстве случаев выполняются передние и низкие передние резекции прямой кишки (культя прямой кишки меньше 5 см) с формированием степлерных сигмо-ректоанастомозов. В связи с высоким уровнем послеоперационных осложнений в данной группе больных (более 20%), как правило, операцию дополняют формированием превентивных стом (илео- или трансверзостомы).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение функциональных результатов лечения рака верхне- и среднеампулярного отделов прямой кишки при выполнении лапароскопически-ассистированных операций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2011 по 2014 гг. по поводу рака прямой кишки с использованием эндовидеохирургической техники оперировано 14 пациентов. Критериями включения пациентов в исследование считали: отсутствие в анамнезе оперативных вмешательств на органах брюшной полости, предоперационное стадирование заболевания T2-3NxM0. Признаки прорастания опухоли в соседние органы и структуры являлись противопоказанием к проведению лапароскопически-ассистированной операции. Большое внимание уделяли предоперационной подготовке кишечника. Хорошую подготовку толстой кишки мы считаем одним из главных факторов, которые позволяют отказаться от выполнения превентивных стом и способствуют сокращению частоты ранних послеоперационных осложнений. Макропрепарат удалялся через минилапаротомный разрез. Анастомоз накладывался циркулярным сшивающим аппаратом (29 мм или 33 мм). Операция заканчивалась пресакральным дренированием полости малого таза. Обязательным условием отказа от наложения стомы являлась отрицательная интраоперационная гидропневмопроба. При локализации опухоли на уровне переходной складки брюшины и ниже (нижний край опухоли ниже 10 см от аноуганной складки) для определения адекватного клиренса дистальной резекции интраоперационно проводили пальцевое исследование прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность операции – 208±14,8 минут. Интраоперационная кровопотеря составила 70±30 мл. Случаев конверсий доступа, а так же показаний к формированию превентивных стом не было. Операции выполнялись с соблюдением принципов онкологического радикализма: подвздошно-тазовая лимфодиссекция, мезоректумэктомия. Клиренс дистальной резекции составил 2-3 см. Признаков опухолевого роста в краях аппаратной резекции выявлено не было. По данным послеоперационного патоморфологического исследования, у 6 пациентов выявлена T2-3N0M0 стадия, у 8 – T2-3N1-2M0 стадия онкологического процесса. Осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде не зарегистрировано. Летальных исходов не было. Длительность стационарного этапа лечения составила 9,4 суток.

ВЫВОДЫ

Выполнение лапароскопически-ассистированных резекций прямой кишки не сопровождается увеличением частоты послеоперационных осложнений и летальности. Адекватная подготовка толстой кишки и уверенность в герметичности сформированного степлерного анастомоза (отрицательная

интраоперационная пневмогидропроба) позволяют избежать наложения превентивных стом, которые удлинит сроки лечения и реабилитации больных раком прямой кишки.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ КОЛОСТОМИРУЮЩИХ И СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Каганов О.И., Мешков А.В.

ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер, г. Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последнее время отмечается рост количества радикальных резекций с сохранением кишечного пассажа. Обоснованием этой тенденции является стремление сохранить замыкательный аппарат прямой кишки с целью улучшения качества жизни (КЖ) больных (Delaini G.G., 2005). В специализированных центрах до 80% всех радикальных вмешательств по поводу рака прямой кишки составляют сфинктеросохраняющие операции (Chuwa E.W. et al., 2006). Накопленный опыт заставляет более критично оценить функциональные результаты некоторых видов сфинктеросохраняющих резекций, в том числе, брюшно-анальной резекции прямой кишки (БАРПК) с низведением (Андреев А.В., 2010; Pachler J., 2006, Cornish J.A., 2007).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнить качество жизни пациентов, перенесших радикальные колостомирующие и сфинктеросохраняющие операции по поводу рака прямой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Выполнено ретроспективное исследование КЖ у 39 пациентов, перенесших брюшно-промежностные экстирпации прямой кишки (БПЭПК), обструктивные резекции прямой кишки с формированием постоянной забрюшинной колостомы (1 группа больных – 24 человека) и БАРПК с низведением по поводу рака средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки (2 группа больных – 15 пациентов) в 2009-2010 гг. в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере (СОКОД) по шкалам SF – 36 и FIQL. Группы сопоставимы по возрасту, полу, стадии рака прямой кишки. Исследование проводилось через 6-12 мес. после выполнения операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По основным шкалам SF-36 показатели КЖ в 1 и 2 группах исследуемых пациентов сравнимы, значимых различий в показателях физического и психического здоровья нет. С помощью опросника FIQL получены данные о самочувствии пациентов 1 и 2 групп в послеоперационном периоде. Значимых различий по 4 пунктам (образ жизни, поведение, депрессия/самовосприятие, смущение) в 1 и 2 группах не получено. Полученные показатели КЖ по шкалам FIQL объясняются уровнем фекальной инконтиненции. Показатель калового недержания у пациентов 2 группы (БАРПК) оказался максимальным (14 баллов), превышая границу социально приемлемого значения, равную 9 баллам. 11 (73,3%) пациентов 2 группы (БАРПК) абсолютно не удовлетворены частотой стула. В 1 группе (стомированные пациенты) этот показатель оказался меньшим – 10 (41,6%), а заявления опрошенных больных менее категоричными. Большое влияние на послеоперационное КЖ оказывает доступность обеспечения гигиены тела. При наличии в настоящее время качественных одно- и двухкомпонентных дренируемых калоприемников и средств ухода за колостомой данная проблема успешно решается у стомированных больных. 7 пациентов 2 группы (БАРПК) отметили существенное ухудшение социальных контактов, что превысило данный показатель у стомированных больных. В отделении колопроктологии СОКОД предложен и применяется способ формирования одностольной забрюшинной колостомы (патент РФ на изобретение №2374995 от 10.12.09.), который ведет к появлению у больного устойчивого условного рефлекса в виде позыва на опорожнение дистального отдела кишки, обеспечивает удовлетворительную функцию держания, уменьшает выделение слизи, раздражающих кишечных соков на перистомальную кожу.

ВЫВОДЫ

Трансанальная мобилизация прямой кишки является решающим фактором в снижении функциональных результатов после БАРПК. Предположение о более высоком качестве жизни пациентов после БАРПК с низведением сигмовидной кишки

в анальный канал зачастую оказывается необоснованным и может быть даже худшим, чем после БПЭПК и обструктивной резекции прямой кишки с формированием постоянной забрюшинной одностольной колостомы по предложенному способу.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ С ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

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

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Трансанальная эндоскопическая тотальная мезоректумэктомия – новая методика в хирургии рака прямой кишки, разработанная с целью улучшения качества удаляемых препаратов и, соответственно, онкологических результатов у пациентов с узким и глубоким тазом, висцеральным ожирением, передней локализацией опухоли и неoadьювантной химиолучевой терапией.

ЦЕЛЬ

Оценка качества удаленных препаратов при трансанальной эндоскопической тотальной мезоректумэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациенты с морфологически верифицированным раком прямой кишки cT2-3N1-2M0, с дистальным полюсом опухоли на 4-9 см от края ануса.

РЕЗУЛЬТАТЫ

13 пациентам (7 мужчин), средний возраст которых составил 58 лет (43-75 лет), была выполнена трансанальная эндоскопическая тотальная мезоректумэктомия с лапароскопической ассистенцией. Средний индекс массы тела колебался в пределах 21-28 кг/м² (в среднем 23 кг/м²).

12 пациентам была осуществлена брюшно-анальная резекция прямой кишки с ручным колоанальным анастомозом, в одном случае – низкая передняя резекция прямой кишки с использованием степлерного шва. При этом у 12 пациентов был сформирован анастомоз по типу «конец-в-конец», 1 пациентке выполнен резервуаро-ректальный анастомоз по типу «бок-в-конец».

Интраоперационные осложнения развились в двух случаях и были представлены недостаточным кровоснабжением низводимой кишки, потребовавшим конверсии в открытую операцию с резекцией ишемизированного участка, в другом случае – повреждением уретры, при котором было выполнено ушивание дефекта мочеиспускательного канала и эпицистостомия.

Длительность операции колебалась от 240 до 400 мин., в среднем, 333 минуты. При этом медиана длительности непосредственно трансанального этапа составила 140 минут (80-200 мин.). Объем кровопотери был минимален.

Послеоперационный период осложнился несостоятельностью анастомоза у 4 пациентов, у 4 развился парез ЖКТ. У 2 пациентов была выявлена гематома малого таза, в одном случае – атония мочевого пузыря. Все возникшие осложнения, за исключением последнего, потребовавшего эпицистостомии, были купированы без повторного оперативного вмешательства. Летальности в сроки до 30 дней отмечено не было. Средний койко-день составил 12 дней.

Качество удаленного препарата в 2 случаях оценено как Grade 1, в 8 случаях – как Grade 2, в 3 – как Grade 3 (по Ph. Quirke).

7 пациентам в сроки от 3 до 7 месяцев были выполнены реконструктивно-восстановительные операции с восстановлением непрерывности кишечника.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Методика трансанальной эндоскопической тотальной мезоректумэктомии требует дальнейшего изучения для оценки ее преимуществ, определения показаний к применению и выявлению группы пациентов, которым ее выполнение будет наиболее целесообразно.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТМЕ – ОПЫТ 100 ОПЕРАЦИЙ И ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ

Карачун А.М., Петрова Е.А., Петров А.С., Пелипас Ю.В., Самсонов Д.В., Козлов О.А., Сапронов П.А.

ФГБУ «НИИ Онкологии им. Н.Н. Петрова», г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Выполнение тотальной мезоректумэктомии (ТМЕ) является «золотым стандартом» хирургического лечения рака прямой кишки. Одно из наиболее интенсивно развивающихся направлений – лапароскопическая ТМЕ. Тем не менее, внедрение в клиническую практику данной методики требует значительных изменений не только в работе профильного отделения, но и усовершенствования подходов оценки результатов лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить непосредственные результаты выполнения лапароскопической ТМЕ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представлен опыт выполнения 116 лапароскопических операций при раке прямой кишки – 73 передних резекций и 43 брюшино-промежностные экстирпации за пятилетний период. Проведен детальный анализ 43 случаев с использованием разработанного протокола оценки результатов лечения, включающего, в том числе, предоперационное и патоморфологическое стадирование.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За время развития лапароскопической хирургии рака прямой кишки в условиях крупного онкологического стационара были значительно изменены подходы к предоперационному стадированию, работе в операционной и послеоперационному ведению больных. Была выявлена необходимость создания специализированного протокола для адекватной оценки результатов лечения больных раком прямой кишки.

По протоколу были оценены 43 операции – 26 лапароскопических и 17 «открытых». Различий в частоте послеоперационных осложнений получено не было. Частота положительного края резекции составила 15% в группе лапароскопических операций и 23% – в группе «открытых» вмешательств. При оценке качества выполнения тотальной мезоректумэктомии в 88,5% лапароскопических и в 65% открытых операций ТМЕ была признана хорошей, удовлетворительной – в 11,5% лапароскопических вмешательств и в 29,4% «открытых» операций, неудовлетворительная ТМЕ была в одном случае в группе открытых операций. Перфорация опухоли была выявлена в 3,8% лапароскопических операций и в 17,6% открытых операций. Частота конверсий составила 7,7%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, развитие лапароскопической хирургии рака прямой кишки в условиях крупного онкологического центра возможно лишь при значительной модификации многих аспектов работы отделения.

РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ БИЛОБАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

Козлов А.М., Каганов О.И., Козлов С.В.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»,

ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», г. Самара, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить результаты и обосновать применение радиочастотной термоабляции (РЧА) в лечении больных с множественными билобарными метастазами колоректального рака (КРР) в печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОД

В программу исследования вошли 116 пациентов с билобарными множественными метастазами КРР в печени. В основную группу (n=54) вошли больные, которым выполнялись циторедуктивные операции с РЧА метастазов в печени. Больным контрольной группы (n=62) выполнялась только операция по удалению первичной опухоли без хирургического воздействия на метастатические очаги в печени. Всем пациентам в последующем проводилась химиотерапия по схеме FOLFOX. Для сравнительной оценки результатов лечения про-

водилось исследование общей и безрецидивной выживаемости. Сравнительный анализ результатов лечения проводился в основной и контрольной группах так же и по общехирургическим показателям.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выполнение РЧА метастазов в печени при циторедуктивном хирургическом лечении не повлияло на увеличение объема интраоперационной кровопотери, длительность операции, частоту возникновения послеоперационных осложнений по сравнению с группой больных, которым выполнялось циторедуктивное удаление первичной опухоли без воздействия на метастатические очаги. В свою очередь, показатели трехлетней безрецидивной выживаемости в основной группе достигли 11%, по сравнению с контрольной группой, где были получены лишь одногодичные результаты – 6,0%, а пятилетние показатели общей выживаемости в основной группе достигли 2%, тогда как в контрольной группе были достигнуты лишь трехлетние показатели – 14% (p=0,002). Кривые безрецидивной и общей выживаемости в группах исследования различались значимо. [Статистика логрангового критерия 3,71, p=0,002].

ВЫВОД

Таким образом, выполнение радиочастотной термоабляции множественных билобарных метастатических образований колоректального рака в печени при циторедуктивных операциях не ухудшает ближайшие результаты хирургического лечения, при этом значимо улучшает безрецидивную и общую выживаемость, по сравнению с пациентами, которым проводилась операция без воздействия на метастатические очаги.

РОЛЬ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Коротких Н.Н., Ольшанский М.С., Казарезов О.В.

БУЗ ВО Воронежская областная клиническая больница № 1, г. Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Доля рака прямой кишки в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями составляет до 14%. При этом у большинства пациентов к моменту постановки диагноза уже имеются явления толстокишечной непроходимости, что ограничивает применение предоперационной лучевой терапии. Было предложено выполнение предоперационной эндоваскулярной одномоментной селективной масляной химиоэмболизации ректальных артерий эмульсией сверхжидкого липиодола и химиопрепарата (процедура «RACHEL»). Для оптимального выполнения эндоваскулярного вмешательства необходима селективная катетеризация максимального числа приводящих артерий, что требует тщательного анализа индивидуальных особенностей кровоснабжения прямой кишки.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оптимизация эндоваскулярной процедуры «RACHEL» и улучшение результатов комбинированного лечения больных раком прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для оценки вариантной анатомии прямокишечных артерий был проведен анализ данных ангиографий 108 пациентов: 94 (87,8%) мужчин и 14 (13%) женщин (средний возраст 56,9±0,92 лет), обследованных по поводу атеросклеротического поражения сосудов нижних конечностей. Основную группу составили 19 пациентов (средний возраст – 57,3±2,1 лет) с гистологически подтвержденным диагнозом «аденокарцинома прямой кишки и обтурационная толстокишечная непроходимость в стадии субкомпенсации».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Верхняя прямокишечная артерия (ВПКА) была хорошо развита в 71,4% наблюдений, средний диаметр её составил 3,22±0,15 мм. В 2 (1,9%) случаях ВПКА отсутствовала, а у 26,7% пациентов – была слабо развита. Рассыпной тип деления мы наблюдали в 7,4%. Правая средняя прямокишечная артерия (СПКА) в 80,8% наблюдений отсутствовала или была слабо развита, средний диаметр ее равнялся 1,81±0,11 мм. С другой стороны, слева СПКА была хорошо развита в 59,3% случаях, средний диаметр ее составил 2,31±0,16 мм. Имелось достоверно значимое преимущественное развитие левой СПКА (p<0,05). Нижние прямокишечные артерии (НПКА) визуализировались только в трети случаев (30,8%) как мелкие ветви внутренней половой артерии диаметром от 0,4 до 1,5 мм (0,89±0,04 мм), а в остальных

наблюдениях кровоснабжение дистальных отделов прямой кишки осуществлялось посредством терминальных ветвей средней (23,1%) или верхней прямокишечной артерии (46,1%). Благодаря полученным данным о прижизненной вариантной анатомии ректальных артерий, мы выбрали оптимальный объем рентгенэндоваскулярной масляной химиоэмболизации, выполняя вмешательство не только в бассейне ВПКА, но и левой СПКА. Осложнений отмечено не было. Во всех наблюдениях толстокишечная непроходимость разрешилась в течение 24-36 ч. после вмешательства. В 14 (73,7%) случаях через 24-48 ч. после вмешательства отмечена редукция опухоли более чем на 1/3 первоначального объема (34,6%). Полученные в 100% наблюдений положительные результаты одномоментной селективной масляной химиоэмболизации доминантных прямокишечных артерий явились предпосылкой более раннего выполнения последующих радикальных хирургических вмешательств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Индивидуальные особенности кровоснабжения прямой кишки имеют большое значение при выборе оптимального метода эндоваскулярного вмешательства. Процедура «RACHEL» приводит к редукции опухолевой ткани и разрешению толстокишечной непроходимости, при этом последующее радикальное хирургическое лечение проводится в минимальные сроки после эндоваскулярного вмешательства. Полученные результаты доказывают безопасность и достаточно высокую эффективность комбинированного лечения рака прямой кишки с использованием предоперационной селективной масляной химиоэмболизации доминантных ректальных артерий и последующим хирургическим лечением.

РЕГИОНАРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМБИНИРОВАННОМ ПОДХОДЕ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Котив Б.Н., Алентьев С.А., Ивануса С.Я., Дзидзава И.И., Игнатович И.Г., Литвинов О.А., Мужаровский А.Л.

Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность и отдаленные результаты комбинированного лечения метастазов колоректального рака в печень, включающего резекцию печени и проведение пред- и послеоперационной регионарной химиотерапии с использованием оксалиплатина.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 226 пациентов с выявленным изолированным метастатическим поражением печени при колоректальном раке. У 64 (28,3%) пациентов при обследовании опухолевое поражение печени признано резектабельным. В 162 (71,7%) случаях опухоль была первично нерезектабельной из-за множественных метастазов, однако на фоне проведения регионарной химиотерапии удалось добиться резектабельности у 20 пациентов. Всего было проведено 712 процедур эндоваскулярного лечения.

Резекции печени различного объема выполнены у 84 пациентов. В 22 случаях проведено simultанное оперативное лечение с удалением первичной опухоли и в 62 случаях резекция печени выполнена после удаления опухоли толстой кишки с проведением предоперационной регионарной химиотерапии. Всего было выполнено 88 резекций, из них 4 случая резекции. При этом у 20 пациентов резектабельность установлена после частичного ответа на регионарную химиотерапию оксалиплатином.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 145 пациентов, которым выполнена регионарная химиотерапия без резекции печени (неоперабельная опухоль) прослежены отдаленные результаты, тяжелых осложнений не выявлено. При селективной регионарной химиоинфузии в печеночную артерию у 26 больных с нерезектабельными метастазами в печень применяли фарморубин, медиана выживаемости составила 18,5 месяцев. Использование в качестве химиопрепарата оксалиплатина у 105 пациентов увеличивало выживаемость до 24,2 месяцев. При этом у 12 пациентов отмечена пятилетняя выживаемость. Полный ответ на химиотерапию отмечен у 6 (5,7%) пациентов, частичный ответ – у 66 (62,9%), стабилизация – у 27 (25,7%), прогрессирование – у 6 (5,7%) больных. Таким образом, применение для регионарной химиотерапии оксалиплатина значительно

увеличивало частоту полных и частичных ответов. При применении комплексной регионарной химиотерапии с использованием оксалиплатина и бевацизумаба у 31 пациента медиана выживаемости увеличилась до 27,9 месяцев. Рецидив заболевания отмечен у 4 пациентов из 6 с полным ответом на регионарную химиотерапию.

У всех 84 пациентов, которым проведена резекция печени, прослежены отдаленные результаты лечения. При этом у 29 больных выявлено развитие метастазов в единственной доле печени через 3-26 месяцев, исходя из чего формулировали показания к проведению регионарной химиоинфузии с использованием иринотекана. В 4 случаях выполнена перерезекция печени с хорошим результатом, а у 12 пациентов выявлены внепеченочные вторичные изменения, что требовало проведения системной химиотерапии с использованием иринотекана. При этом медиана выживаемости при комбинировании эндоваскулярного лечения и резекции печени составила 54,1 месяц.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение регионарной химиотерапии возможно в качестве самостоятельной терапии неоперабельных опухолей печени, а так же для проведения предоперационной подготовки перед выполнением резекции печени. Использование оксалиплатина в качестве химиопрепарата увеличивает медиану выживаемости у пациентов с метастазами колоректального рака в печень. В 16,8% случаев применение оксалиплатина позволяет добиться резектабельности при изначально признанных неоперабельными опухолями печени.

ОДНОМОМЕНТНЫЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С СИНХРОННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ

Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Игнатович И.Г., Алентьев С.А., Федун О.В.

Кафедра госпитальной хирургии, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить результаты операции комбинированного вмешательства, включающей удаление первичной опухоли толстой кишки и резекцию печени.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 162 больных колоректальным раком с синхронным метастатическим поражением печени. Синхронными считали метастазы, диагностированные до или в первые 3 месяца после удаления первичной опухоли. Выполнение комбинированных вмешательств считали возможным в случае нерасширенного, стандартного объема операции в области первичной опухоли и солитарных или единичных синхронных метастазах печени с поражением не более 50% ее объема. Абсолютными противопоказаниями являлись наличие внепеченочных отдаленных метастазов и низкие функциональные резервы печени. Всего выполнено 31 simultаннных вмешательств. Различные по объему вмешательства на толстой кишке сочетались у 8 больных с левосторонней каваальной лобэктомией, у 2 – левосторонней гемигепатэктомией, у 6 – правосторонней гемигепатэктомией, у 14 пациентов с бисегментэктомией и полисегментарные резекции печени.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Объем кровопотери, частота послеоперационных осложнений и летальности при simultаннных резекциях печени значительно не отличались от вмешательств выполненных последовательно при синхронных метастазах или резекциях по поводу метакронных очагов. Отдаленный период наблюдения составил от 6 до 60 месяцев. Все больные в послеоперационном периоде получали химиотерапевтическое лечение. В 15 случаях проводилась системная химиотерапия. В остальных наблюдениях применяли регионарное введение цитостатиков в режиме 4-6 курсов селективной артериальной химиоинфузии или масляной химиоэмболизации. Рецидив заболевания развился у 21 больного через 16±4 мес. Данной группе пациентов возобновлено химиотерапевтическое лечение. Трехлетняя выживаемость больных колоректальным раком составила 47,2±12,2%, пятилетняя – 33,7±11,9%.

ВЫВОДЫ

У больных колоректальным раком в случаях стандартного объема операции в области первичной опухоли и унилобарном

синхронном метастатическом поражении печени при отсутствии признаков гепатодисфункции возможно выполнение симультанной резекции печени, что в сочетании с послеоперационной регионарной химиотерапией, как этапа комбинированного лечения, способствует улучшению результатов лечения больных данной категории.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КАРЦИНОИДНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Кохнюк В.Т., Михнюк Д.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», г. Минск, Беларусь

Опухоли червеобразного отростка наиболее часто обнаруживаются при аппендэктомии по поводу острого аппендицита. Чаще всего обнаруживают карциноидную опухоль, реже выявляют аденокарциному.

Карциноидные опухоли представляют собой небольшие (1-2 см) плотные желтовато-коричневые образования, располагающиеся в дистальной трети червеобразного отростка. Опухоль исходит из энтерохромафильных клеток (клетки Кульчитского), секретирующих серотонин. Симптомы карциноида обусловлены наличием самой опухоли и карциноидным синдромом, развивающимся вследствие значительного выделения клетками опухоли серотонина, брадикинина, гистамина, простагландинов. Местное проявление опухоли – локальная болезненность и другие признаки, напоминающие острый или хронический аппендицит. Наиболее характерными симптомами карциноидного синдрома являются внезапное кратковременное покраснение кожи лица, верхней половины туловища, сопровождающееся слабостью, ощущением жара, тахикардией, гипотензией, схваткообразной болью в животе, тошнотой и рвотой. Особенностью опухоли является ее медленный рост и сравнительно редкое метастазирование, вследствие чего средняя продолжительность жизни больных составляет 4-8 лет. Наиболее часто метастазы обнаруживаются в регионарных лимфатических узлах и печени.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить результаты лечения пациентов с карциноидной опухолью червеобразного отростка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно изучены истории болезни 41 пациента с карциноидной опухолью червеобразного отростка, получавших лечение в Республике Беларусь с 1993 г. по декабрь 2014 г. Возраст пациентов с карциноидной опухолью червеобразного отростка был от 26 до 82 лет, среди них было 28 женщин и 13 мужчин. У 29 пациентов с клиникой острого аппендицита в общехирургических стационарах была проведена аппендэктомия, при морфологическом исследовании удаленного аппендикса выявлена карциноидная опухоль. Всем им было предложено хирургическое вмешательство – выполнение правосторонней гемиколонэктомии, однако эта операция была выполнена только 25 пациентам. Четверо пациентов от проведения правосторонней гемиколонэктомии отказались. Двое из этих пациентов умерли в течении первых двух лет от прогрессирования опухолевого процесса, двое наблюдаются 12 и 9 лет без признаков прогрессирования.

Одиннадцать больных с жалобами на боли в животе были обследованы в онкологических стационарах Республики Беларусь. Всем им выполнена правосторонняя гемиколонэктомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У пациентов с карциноидными опухолями червеобразного отростка после правосторонней гемиколонэктомии при последующем наблюдении локорегионарный рецидив не выявлен ни в одном случае. Пятилетняя выживаемость составила $86,6 \pm 7,2\%$.

ВЫВОДЫ

Карциноидные опухоли червеобразного отростка являются редкой локализацией опухолей желудочно-кишечного тракта. Выполнение правосторонней гемиколонэктомии у пациентов с карциноидными опухолями аппендикса позволили добиться $86,6 \pm 7,2\%$ пятилетней выживаемости.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕОРГАНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ТАЗА

Кузьминов А.М., Фролов С.А., Бородкин А.С., Чубаров Ю.Ю., Королик В.Ю., Борисов И.Ф.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Опухоли таза представляют интерес для колопроктологов, так как именно при этой локализации пациенты направляются в специализированные колопроктологические учреждения. Однако в настоящее время отсутствует систематизированный подход к диагностике и тактике лечения подобных больных.

ЦЕЛЬ

Оценить опыт лечения пациентов с внеорганными опухолями таза.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В ФГБУ «ГНЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России в период с 2003 по 2013 гг. накоплен опыт хирургического лечения 212 пациентов с опухолевыми образованиями таза, из которых 191 (90,1%) являлись пресакральными тератомами, то есть врожденными пороками развития, а истинные внеорганные опухоли, имевшие различное гистологическое строение, были диагностированы лишь в 21 (9,9%) наблюдении.

В представленной группе больных было 16 (76%) женщин и 5 (24%) мужчин. Средний возраст пациентов составил $46,3 \pm 15,1$ лет.

Основным проявлением заболевания являлся болевой синдром, нарушение опорожнения прямой кишки, дизурия. У ряда пациентов заболевание протекало бессимптомно.

Трудности дифференциальной диагностики, несмотря на проведение комплексного клинко-инструментального обследования (эндоректальная ультрасонография, компьютерная томография или магнитно-резонансная томография), позволили установить диагноз «внеорганные опухоли таза» до операции лишь у 5 (23,8%) из 21 пациентов, у остальных 16 (76,2%) пациентов окончательный диагноз был поставлен лишь после патоморфологического исследования удаленного препарата.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех больных с новообразованиями таза предпринято хирургическое лечение с использованием различных доступов. Выбор доступа зависел от уровня распространенности верхнего полюса опухоли в проксимальном направлении относительно позвоночного столба.

Наиболее распространенными доступами для удаления внеорганных опухолей таза являются абдоминальный, абдоминосакральный, парасакральный, промежностный, трансректальный, межсфинктерный, а также комбинированный.

При патоморфологическом исследовании установлено, что преобладали нейrogenные и миогенные опухоли. В течение первого года наблюдения за 18 больными рецидив опухоли выявлен у 4 (5,6%) пациентов, двое из них погибли в течение 2-х лет после хирургического вмешательства вследствие генерализации злокачественного процесса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Накопленный опыт позволяет считать хирургический метод адекватным способом лечения внеорганных опухолей таза.

Выбор хирургического доступа, в первую очередь, определяется локализацией новообразования.

Наибольшее число рецидивов наблюдается при злокачественном характере опухоли и требует комбинированного лечения в условиях специализированного онкологического стационара.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОХИРУРГИИ У БОЛЬНЫХ С ВОРСИНЧАТЫМИ ПОЛИПАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Куликовский В.Ф., Ефремов А.Б.

ОГБУЗ «Областная клиническая больница Святителя Иоасафа», г. Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Аденомы прямой кишки занимают одно из ведущих мест в общей структуре заболеваний этого органа и подвергаются малигнизации в 19,5-90% случаях. При этом вероятность малигнизации напрямую зависит от общего размера аденом

и их основания, особенно у лиц старше 50 лет. Это вызвало в последние десятилетия возрастающий интерес к их раннему выявлению и радикальному лечению с использованием современных малоинвазивных методов.

ЦЕЛЬ

Обобщение и анализ накопленного за это время клинического опыта и оценка эффективности применения трансанальной эндоскопической микрохирургии при лечении ворсинчатых полипов прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 36 больных с ворсинчатыми полипами прямой кишки (более 3 см и стелющиеся) с использованием метода трансанальной эндоскопической микрохирургии (ТЭМ) за период с 2012 по 2014 годы. Среди пациентов было 19 женщин и 17 мужчин в возрасте 43-82 лет. У всех пациентов диагноз подтвержден гистологически с помощью биопсии с периферии полипа и его основания. Ворсинчатые аденомы в 24 случаях находились в нижеампулярном, в 12 – в среднеампулярном отделах прямой кишки. Предоперационное клинико-лабораторное и инструментальное обследование больных обязательно включало пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию, биопсию, колоноскопию, трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ), исследование онкомаркеров сыворотки крови (РЭА, СА 19-9). Все ТЭМ-вмешательства выполняли в плановом порядке под эпидуральной анестезией с внутривенным потенцированием, кишку готовили накануне с помощью препарата «Фортранс». Использовали операционный проктоскоп с набором инструментов для ТЭМ компании Richard Wolf (Германия). Всех пациентов укладывали на операционном столе в положении для выведения ворсинчатой опухоли в проекцию 4-8 часов по основному циферблату.

При локализации ворсинчатого полипа в нижеампулярном отделе прямой кишки до уровня 1,5-2,0 см выше зубчатой линии использовали упрощенную методику ТЭМ – использование операционного проктоскопа без инсуффляции газа и выполнение операции под прямым контролем глаза. При расположении ворсинчатых опухолей от зубчатой линии выше 2 см применяли классический ТЭМ метод.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выполнено 17 оперативных пособий с использованием открытой «безгазовой» ТЭМ под прямым визуальным контролем, у 19-ти пациентов применялась классическая методика с инсуффляцией газа и выведением изображения на монитор. Средняя продолжительность ТЭМ составила 52 минуты (42 мин. при безгазовой ТЭМ и 62 – при классической). Ни в одном случае опухоль не была фрагментирована. Интраоперационных осложнений не было, послеоперационные осложнения возникли в 3 наблюдениях и составили 8,3%: у 1 (2,8%) пациента развился парапроктит, потребовавший вскрытия, дренирования у 2 (5,6%) пациентов в послеоперационном периоде возникло ректальное кровотечение из швов, которое остановлено консервативно. Отдаленные результаты прослежены за период от 3 месяцев до 3 лет. Рецидивы полипов выявлены у 3 (8,3%) пациентов, у которых были стелющиеся опухоли (2 случая в группе оперированных безгазовым методом, 1 – классическим).

ВЫВОДЫ

Полученные предварительные результаты позволяют нам оценить методику ТЭМ как достаточно эффективный способ лечения крупных доброкачественных опухолей прямой кишки. Открытая «безгазовая» методика может быть использована в ряде случаев как альтернатива трансанальному иссечению опухоли, а классическая – как альтернатива травматичных резекций прямой кишки.

ЛАТЕРАЛЬНЫЙ КРАЙ РЕЗЕКЦИИ КАК ФАКТОР МЕСТНОГО РЕЦИДИВА ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Литвинова У.А.,¹ Муравьев А.В.,² Соловьев И.Е.¹

¹ БУЗ СК «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер»,

² МБУЗ «Городская клиническая больница №2», г. Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Тотальная мезоректумэктомия (ТМЕ) – принятый стандарт хирургического лечения средне- и нижеампулярного рака прямой кишки. Она создает оптимальные условия для выполнения органосохраняющих оперативных вмешательств, спо-

собствует снижению частоты интраоперационных и послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, увеличивает безрецидивную выживаемость. Морфологическое исследование латерального края резекции играет важную роль в оценке качества хирургического лечения и определения факторов риска развития локального рецидива.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Повышение эффективности лечения и качества жизни больных раком прямой кишки путем улучшения непосредственных и отдаленных результатов хирургического и комбинированного лечения, за счет оптимизации хирургического вмешательства, совершенствования патоморфологической оценки латерального края резекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании были включены 61 пациент с раком прямой кишки за период с ноября 2013 года по настоящее время. Группа исследования включала 23 женщин и 38 мужчин в возрасте от 32 до 81 года. 23 была выполнена низкая передняя резекция прямой кишки, 36 – брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, 1 – брюшно-анальная резекция прямой кишки, 1 – задняя экзентерация малого таза. У 36 опухолей локализовалась в среднеампулярном отделе, у 25 – в нижеампулярном отделе. Всем пациентам была выполнена ТМЕ с расширенной лимфаденэктомией. В 53 случаях качество удаленного препарата было оценено как хорошее (Grade-3), в 4 – как удовлетворительное (Grade-2), и в 4 – как неудовлетворительное (Grade-1). Инвазия опухоли в мезоректальную клетчатку (pT3) отмечалась у 48 больных. Метастатические очаги (опухолевые депозиты) в клетчатке мезоректума были обнаружены у 3 больных. Метастатическое поражение лимфоузлов выявлено 23 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведенной морфологической оценки качества хирургического лечения позитивный циркулярный край резекции был выявлен в 10 удаленном препарате, наиболее часто при локализации опухоли в нижеампулярном отделе (13,8%) прямой кишки. Циркулярный край резекции мы считали позитивным, если опухоль определялась на расстоянии 1 мм и менее от него. При морфологическом исследовании во всех препаратах позитивный край резекции был обусловлен распространенностью опухолевого процесса и глубокой инвазией опухоли в мезоректальную клетчатку.

ВЫВОДЫ

Исследование латерального края резекции позволяет наиболее полно оценить качество и полноту проведенного хирургического лечения, выявить наличие морфологических, неблагоприятных, прогностических факторов и выявить больных с высоким риском местного рецидива и прогрессирования опухолевого процесса.

ОПЫТ ОРГАНСОБЕРЕГАЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОБШИРНОМ ПОРАЖЕНИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Лихтер М.С., Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Современная хирургическая стратегия многокомпонентного лечения больных колоректальным раком с поражением мочевого пузыря заключается в выполнении различных комбинированных операций, включая эвисцерацию органов малого таза. Онкологическую целесообразность агрессивного хирургического подхода подтверждают цифры 5-летней выживаемости, составляющие, по данным различных клиник, от 20 до 60%. Наряду с этим, частота урологических осложнений продолжает оставаться стабильно высокой (60-70%), а качество жизни – низким. Поэтому одним из центральных вопросов, который приходится решать при лечении и реабилитации данного контингента больных, является поиск путей снижения частоты урологических осложнений и повышения качества жизни, сохранения при этом принцип онкологического радикализма.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить функциональные результаты лечения больных колоректальным раком с обширным поражением мочевого пузыря при опухолевом процессе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследуемую группу составили 58 больных колоректальным раком с обширным вовлечением мочевого пузыря в опухолевый процесс. Всем за период с 2002 по 2014 гг. были произведены комбинированные операции по удалению пораженного отдела толстой кишки с субтотальной резекцией мочевого пузыря en block. Под субтотальной резекцией мочевого пузыря мы понимаем удаление двух или более сегментов мочевого пузыря по схеме Полянничко М.Ф. (1980). Мужчин было 46 (79,3%), женщин – 12 (20,7%). Медиана возраста составила 57,4 года. Первичная опухоль локализовалась в сигмовидной кишке у 41 (70,7%), а в прямой – у 17 (29,3%). Вовлечение мочевого пузыря в опухолевый процесс у 13 (22,4%) больных сопровождалось формированием коловезикальных свищей. При этом у 7 из этих 13 больных развились предпузырные абсцессы, дренировавшиеся на переднюю брюшную стенку с образованием наружных свищей. У 26 пациентов операция на мочевом пузыре сопровождалась резекцией мочеоточников (у 16 – одно-, у 10 – двухсторонней). У 49 (84,5%) пациентов операция завершилась формированием первичного межкишечного анастомоза. От формирования первичного межкишечного соустья было решено воздержаться у 9 (15,5%) больных в связи с выраженностью осложнений опухолевого процесса. Истинное прорастание в мочевой пузырь отмечено в 20 (34,5%) наблюдениях. А у 38 (65,5%) причиной вовлечения мочевого пузыря явилось перифокальное воспаление.

Опухоли были представлены аденокарциномами различной степени дифференцировки. Метастатическое поражение лимфоузлов выявлено у 21 (36,5%), у 1 пациентки выявлен солитарный метастаз в большой сальник. У оставшихся пациентов отдаленных метастазов на момент операции выявлено не было. Средняя продолжительность операции составила 450±45 мин. Объем интраоперационной кровопотери колебался от 400 до 2500 мл. Целостность мочевого пузыря восстанавливалась за счет собственных тканей. У 52 пациентов мочевого пузыря дренировался эпицистостомой, а 6 – уретральным катетером (в связи со значительным объемом резекции). В раннем, послеоперационном периоде умерло 2 (3,4%) больных (1 – фибринозно-гнойный перитонит, 1 – острая недостаточность кровообращения).

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана наблюдений составила 58,7 мес. В исследуемой группе из 56 пациентов, у 25 (44,6%) были выявлены признаки возврата болезни. У 12 (21,4%) рецидив носил местный характер (при этом лишь у одной пациентки имелся рецидив в области мочевого пузыря), а у 13 (23,2%) были диагностированы отдаленные метастазы. Средняя продолжительность жизни составила 45,1 мес. Трехлетняя выживаемость – 61,2%, пятилетняя – 42,2%. Установлено, что достоверных различий в показателях выживаемости пациентов исследуемой группы сравнительно с группами больных, перенесших большие по объему вмешательства (цистэктомия) или меньшие (секторальные резекции), не было ($p=0,17$).

Функциональные результаты лечения. Все 56 пациентов были выписаны на амбулаторное лечение. Самопроизвольное мочеиспускание восстановилось у 53 (94,6%) пациентов. Емкость мочевого пузыря при выписке составляла 55,2±17,1. Частота мочеиспускания – 19±4,4. Для увеличения объема мочевого пузыря проводилась разработанная нами аутогидротренировка с фармакологической поддержкой (патент РФ №22494669), после проведения которой емкость мочевого пузыря составляла 230±31,2, а частота мочеиспускания – 7±1,3. При этом явления недержания мочи ни в одном из наблюдений отмечено не было. Объем мочевого пузыря увеличивался на 316,7%, а частота мочеиспускания снижалась на 63,2%. Увеличение объема мочевого пузыря достоверно снижало частоту мочеиспускания ($p=0,008$).

Следует отметить, что восстановление физиологической емкости мочевого пузыря сопровождается истинным увеличением его объема за счет растяжения тканей. Это создает вполне приемлемые условия для проведения эндоурологического пособия, а при невозможности выполнения последнего – позволяет произвести резекцию мочевого пузыря и неоперативную мочеточника. Последующее проведение повторной аутогидротренировки восстанавливает самопроизвольное мочеиспускание.

У 3 пациентов восстановить самопроизвольное мочеиспускание не удалось. Причиной этого явилось формирование сигмовезикального свища у двух пациентов (выполнены колостомии) и везиковоагинальной фистулы у одной пациентки (произведена операция Бриккера). Восстановление непрерывности

толстой кишки выполнено у 7 из 9 пациентов с колостомой. Средний балл качества жизни (69,6±4,8) был выше аналогичного показателя у пациентов, перенесших цистэктомию при энтеростомии органов малого таза (40±5,2) ($p=0,008$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Субтотальная резекция мочевого пузыря, при обширном вовлечении последнего в опухолевый процесс при колоректальном раке, является онкологически радикальной и функционально приемлемой операцией. Эффективность органосберегающего лечения подтверждается приемлемым уровнем социальной активности: 33 (58,9%) пациентов из 56 в исследуемой группе вернулись к прежней трудовой деятельности.

ВОВЛЕЧЕНИЕ МОЧЕТОЧНИКОВ В ОПУХОЛЕВЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Лихтер М.С., Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И., Москалев А.И.
ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Местнораспространенные формы колоректального рака (МРКР) с поражением соседних органов малого таза составляют от 20 до 30%, по данным различных авторов. В 50-60% случаев в опухолевый процесс вовлекаются различные отделы мочевыделительной системы, в первую очередь, мочевого пузыря. Подавляющее большинство публикаций, посвященных этой проблеме, касаются поражения мочевого пузыря. При этом вопросы, связанные с лечением и реабилитацией пациентов с изолированным вовлечением мочеточников в опухолевый процесс не нашли должного освещения в медицинской периодике, что и определяет актуальность данного исследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить результаты лечения больных с изолированным вовлечением мочеточников в опухолевый процесс при МРКР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под изолированным вовлечением мочеточников в опухолевый процесс при МРКР мы понимаем такой характер поражения, при котором остальные отделы мочевыделительной системы остаются интактными, но при этом не исключено вовлечение других органов брюшной полости в опухолевый инфильтрат. За период с 1996 по 2014 гг. комбинированные хирургические вмешательства при вовлечении мочеточников в опухолевый процесс выполнены у 43 больных. Мужчин было 23 (53,5%), женщин – 20 (46,5%). Медиана возраста составила 53,4 года. Локализация первичного опухолевого процесса была следующей: восходящая ободочная кишка – 9 (20,9%) больных, нисходящая – 5 (11,6%), сигмовидная – 11 (25,6%), прямая – 18 (41,9%). Причиной вовлечения мочеточников в опухолевый процесс у 2 (4,7%) явилась не первичная опухоль, а метастатическое поражение лимфоузлов в области пересечения мочеточников с подвздошными сосудами. У 16 (37,2%) пациентов, кроме мочеточников, в опухолевый процесс вовлекались: тонкая кишка – у 9 больных, матка и придатки – 5, семявыносящие протоки – 2. Всем пациентам были выполнены различные комбинированные операции с удалением сегмента мочеточника en block. Правосторонняя гемиколэктомия произведена в 9 (20,9%) наблюдений, левосторонняя гемиколэктомия – 5 (11,6%), резекция сигмовидной кишки с анастомозом – 10 (23,6%), брюшно-анальная резекция – 14 (32,5%), передняя резекция прямой кишки – 4 (9,4%), операция Гартмана – 1 (2,4%). Оперативное вмешательство на толстой кишке было завершено формированием первичного межкишечного анастомоза у 42 из 43 пациентов. При этом у 41 (95,3%) пациента была произведена резекция мочеточника, а у 2 (4,7%) выполнена нефрэктомия. Поводом для выполнения последней явилось развитие терминального уретерогидронефроза с атрофией почечной паренхимы. В целях восстановления пассажа мочи после резекции мочеточников произведены следующие оперативные пособия: уретероцистоанастомоз – у 26 больных (левосторонний – 14, правосторонний – 9, двухсторонний – 3); уретероуретероанастомоз – 13 (левосторонний – 4, правосторонний – 9). Наибольшие трудности представляло восстановление протяженных дефектов мочеточников после их резекции. У одной пациентки была выполнена уретерокутанеостомия слева (удалено 15 см), у другой – дефект мочеточника длиной 18 см заменен изолированным сегментом подвздошной кишки.

Средняя продолжительность комбинированной опера-

ции составляла 270±45 мин. Средний объем кровопотери – 370±40 мл. По гистологическому строению опухоли были представлены аденокарциномами различной степени дифференцировки. Метастатическое поражение лимфоузлов выявлено у 26 (60,5%) пациентов. Причиной вовлечения мочеточников в опухолевый процесс у всех 43 больных было перифокальное воспаление. В раннем послеоперационном периоде летальных исходов не было.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана наблюдения составила 56,8 мес. В течение указанного срока у 10 (23,2%) из 43 пациентов анализируемой группы, возник рецидив заболевания. При этом у 7 (16,3%) он носил местный характер, а у 3 (6,9%) были диагностированы отдаленные метастазы. У одного из этих трех пациентов имелось сочетание обоих патологических процессов. Трехлетняя выживаемость составила 70,5%, пятилетняя – 43,1%. Проведен анализ зависимости возникновения местных рецидивов и отдаленных метастазов от степени дифференцировки опухоли и поражения регионарных лимфоузлов. Изучение влияния перечисленных факторов на риск возникновения возврата заболевания позволило констатировать, что ни один из них не был достоверно значим ($p=0,29$, $p=0,46$ при отдаленных метастазах; $p=0,68$ и $p=1$ – при местных рецидивах).

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Нарушение функции верхних мочевых путей отмечено у 5 из 43 пациентов. Развитие нарушений пассажа мочи не было связано с рецидивом основного заболевания. В связи со стриктурой уретероуретероанастомоза двум пациентам произведено стентирование мочеточников. После удаления стентов пассаж мочи восстановился. У трех пациентов развились стриктуры уретероцистонеоанастомозов. У одного пациента стриктура была ликвидирована эндоскопически, у двух пациентов – произведена реимплантация мочеточников в связи с безуспешностью эндоурологического пособия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ результатов лечения пациентов с вовлечением мочеточников в опухолевый процесс позволяет констатировать, что их поражение не может служить поводом для отказа от комбинированной операции. В подавляющем большинстве случаев удается выполнить резекцию мочеточников с последующим восстановлением их целостности. Наиболее сложной является проблема восстановления протяженных дефектов мочеточников. Одной из целей динамического наблюдения за данными пациентами является раннее выявление нарушений уродинамики, что позволяет своевременно оказывать помощь, в том числе, и выполнять эндоурологические пособия для их ликвидации.

РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ. НУЖНА ЛИ ОПЕРАЦИЯ? ВЗГЛЯД ОНКОЛОГА

Майстренко Н.А.¹, Манихас Г.М.², Хрыков Г.Н.¹, Зорина Е.Ю.², Орлова Р.В.², Миллер А.Е.², Ханевич М.Д.², Фридман М.Х.²

¹ Военно-медицинская академия,
² Городской клинический онкологический диспансер, г. Санкт-Петербург, Россия

Рак ободочной кишки (РОК) занимает лидирующие позиции по заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований. Среди лиц с первично установленным диагнозом РОК отдаленные метастазы синхронно диагностируются у 30-35% больных, еще у 35-50% вторичные изменения в органах выявляются при дальнейшем лечении. За последние 5 лет критерии резектабельности метастазов РОК в печень существенно пересмотрены, а показания расширены. Взгляды на тактику лечения больных РОК с нерезектабельными метастазами остаются противоречивыми. Известно, что в процессе патогенеза первичная злокачественная опухоль, выделяя ангиостатины, сдерживает ангиогенез и, как следствие, рост метастазов. Хирургическое удаление первичной опухоли ведет к бурному росту вторичных очагов. Период, когда ангиостатины, тормозящие развитие собственных сосудов, уже не действуют, а рост вторичных очагов еще не начался, составляет до 8 недель и создает так называемое «химиотерапевтическое окно». Учитывая теорию генетической гетерогенности РОК (Simon I. et al., 2012), назначение в эти сроки индивидуализированного химиотерапевтического лечения (ХТ) на основе молекулярно-генетического анализа предиктивных маркер-

ров позволяет улучшить результаты лечения этой категории пациентов. Доказано, что у больных с диссеминированным колоректальным раком на показатели выживаемости достоверно влияет наличие циторедуктивной операции в анамнезе, ECOG, локализация метастазов, а также биологические характеристики опухолевой ткани (Зорина Е.Ю., Орлова Р.В., 2014).

ЦЕЛЬ

Определить тактику лечения больных с нерезектабельными метастазами РОК с учетом биологических характеристик опухолевого процесса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты комплексного лечения 328 пациентов с нерезектабельными метастазами РОК. Больные разделены на 2 группы: первая группа индивидуализированного подбора ХТ ($n=72$), вторая группа эмпирического назначения ХТ ($n=256$). В первой группе всем пациентам выполнено молекулярно-генетическое исследование опухолевой ткани, где определялись прогностические факторы: уровень экспрессии TS, TP, DPD, Ercc-1, COX-2, k-RAS-мутация, а также MSI. Больные были разделены на 3 подгруппы по прогнозу заболевания: в подгруппе благоприятного прогноза – 21 (30%), промежуточного прогноза – 41 (57%) и неблагоприятного прогноза – 10 (13%) человек. В зависимости от сочетания молекулярно-генетических показателей назначалась индивидуализированная химиотерапия на основе имеющегося спектра современных противоопухолевых препаратов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В подгруппе неблагоприятного прогноза проведение химиотерапии значимо не влияло на время до прогрессирования заболевания, которое зафиксировано в сроки от 2 до 6 месяцев. Медиана выживаемости (МВ) составила 6,4 мес. У всех пациентов объективного ответа на ХТ не было. В подгруппе промежуточного прогноза у 2/3 больных, получивших индивидуализированную ХТ МВ составила 20,7 месяцев. В подгруппе благоприятного прогноза МВ составила 40 месяцев. Во второй группе больных, где ХТ назначалась эмпирически, МВ составила 14,2 месяцев (макс. 23 мес., мин. 7 мес.)

ВЫВОДЫ

У больных РОК с нерезектабельными метастазами в печень целесообразно выполнение первичной (циторедуктивной) операции с проведением индивидуализированной химиотерапии на основе оценки предиктивных молекулярно-генетических факторов.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ НЕОПЛАЗИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Митраков А.А.¹, Терехов В.М.¹, Комаров Д.В.², Палагин С.Е.¹

¹ ГБУЗ НО Нижегородский Областной Онкологический Диспансер,
² Приволжский Окружной Медицинский Центр ФМБА России, г. Нижний Новгород, Россия

Увеличение заболеваемости колоректальным раком во всем мире обратило внимание специалистов на проблему профилактики и лечения предраковой патологии и ранних форм рака толстой кишки. Основная роль в решении данной проблемы принадлежит эндоскопическим методам диагностики и лечения неоплазий толстой кишки. В последние годы отмечается значительный прогресс в развитии различных эндоскопических методов, как диагностики, так и лечения неоплазий толстой кишки. К ним относятся различные уточняющие методики оптической эндоскопии и хромоскопии, методика петлевой биопсии, петлевые и аспирационные методики резекции слизистой, эндоскопические методики при помощи двухканального эндоскопа, метод эндоскопической резекции слизистой, использующий трехканальный эндоскоп с множественными щипцами, метод четырехточечной фиксации, методика эндоскопической резекции слизистой с использованием лигатур, резекции слизистой с диссекцией подслизистого слоя, аргонплазменная коагуляция, ФДТ и пр. ЦЕЛЬЮ работы является улучшение результатов лечения пациентов с неоплазиями толстой кишки на основе комплексного применения современных методов диагностической и лечебной колоноскопии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За два года нами произведено 160 эндоскопических вмешательств у 138 пациентов с неоплазиями толстой кишки размером более 2 см. Использовались следующие методики:

петлевая э/эксцизия – 38, ЭРСО – 49, ЭРСО с АПК – 41, диссекция – 23, гибридная – 9. При выборе метода эндоскопического вмешательства мы учитывали форму и размер образования, данные морфологического заключения, локализацию образования. В послеоперационном периоде радикальность выполненной операции оценивалась по глубине инвазии и краям резекции, морфологической структуре опухоли, степени дифференцировки, наличию/отсутствию инвазии в лимфатические и кровеносные сосуды.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дифференцированный подход к выбору варианта эндоскопического лечения пациентов с неоплазиями толстой кишки и тесное взаимодействие эндоскопистов, морфологов и хирургов позволяет выбрать наиболее эффективное ведение пациентов с неоплазиями толстой кишки.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШИХ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ИМЕЮЩИХ РАЗЛИЧНУЮ ФОРМУ РОСТА

Муковозова И.Л., Амелъченя О.А., Рычагов Г.П.

З городская клиническая больница им. Е.В. Клумова, Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Ворсинчатые опухоли выделены в самостоятельное заболевание уже более 150 лет, но до сих пор существует ряд вопросов диагностического и лечебного характера. Постоянный интерес к проблеме лечения ворсинчатых опухолей толстой кишки обусловлен увеличением частоты выявления и высоким индексом их малигнизации. Во многих случаях данный вид опухолей достигает значительных размеров, нередко с явлениями злокачественной трансформации. Основной причиной поздней диагностики является скудная клиническая картина, не побуждающая пациента к своевременному обращению за медицинской помощью.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить критерии выбора способа эндоскопического лечения пациентов с ворсинчатыми опухолями толстой кишки больших размеров (более 3,0 см) в зависимости от их формы роста и дать оценку ближайшим результатам их лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2004 по 2014 гг. в эндоскопическом отделении З ГКБ г. Минска было оперировано 268 пациентов с ворсинчатыми опухолями толстой кишки больших размеров. В зависимости от макроскопической формы, учитывая самую распространенную классификацию, мы всех пациентов разделили на 3 группы. В первую включены узловые формы ворсинчатых опухолей с четко сформированной ножкой, во вторую вошли узловые формы опухоли на широком основании и третью составили опухоли с латеральным ростом. Перед тем как произвести эндоскопическое удаление опухоли, всем больным выполнялась диагностическая видеоколоноскопия с множественной биопсией для исключения малигнизации. При этом окончательно о природе опухоли судили на основании гистологического исследования удаленного препарата. По морфологической картине это были тубулярно-папиллярные или папиллярные аденомы.

Пациентам с первой группой выполняли электроэксцизию опухолей диатермической петлей. Во второй группе сравнивались между собой два метода удаления опухолей: эндоскопическое фрагментарное удаление опухоли диатермической петлей с резекцией слизистой в пределах неизменной ткани и комбинированный метод – эндоскопическая электроэксцизия в сочетании с лазерной вапоризацией.

В третьей группе, также как и во второй, использовали два метода удаления ворсинчатых опухолей с латеральным ростом – резекция слизистой с опухолью с помощью диатермокоагуляции и комбинированный метод – резекция слизистой с опухолью в сочетании с лазерной вапоризацией. Качество иссечения опухоли во всех группах контролировалось с помощью электронной хромоэндоскопии. Лазерная вапоризация проводилась JAG-неодимовым лазером.

Все пациенты после удаления ворсинчатых опухолей толстой кишки, независимо от методов удаления, находились на диспансерном наблюдении в течение первого года после оперативного вмешательства с обязательным морфологическим контролем из участка слизистой на месте ранее расположен-

ной опухоли.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 268 оперированных нами пациентов узловая форма ворсинчатой опухоли была у 175 (65,3%), латерально растущая – у 93 (34,7%). Среди узловых форм выраженная ножка имела место в 40 (22,9%) случаях. В остальных наблюдениях опухоль имела широкое основание. Возраст пациентов варьировал от 31 до 84 лет.

Опухоль наиболее часто располагалась в сигмовидной кишке и ректосигмоидном отделе. Анализу подлежали образования, размеры которых, как правило, были более 3,0 см и визуально закрывали просвет кишки более чем наполовину при узловом, а при латеральном росте половину или более окружности кишки. При таких размерах опухоли, как правило, пациентов направляют на традиционную операцию для иссечения опухоли посредством колотомии или парциальной резекции кишки.

Пациентам первой группы (40 набл.) во всех случаях проведения электроэксцизия опухоли в чистом виде.

Во второй группе у 51 (37,8%) пациента опухоль удалена с помощью диатермической петли без и у 84 (62,2%) – в сочетании с лазерной вапоризацией ее ложа. В третьей группе, при латеральном росте опухоли, электроэксцизия была проведена у 32 (34,45%), а у остальных 61 (65,6%) пациентов она сочеталась с лазерной вапоризацией. При гистологическом исследовании удаленных и извлеченных фрагментов доброкачественная природа опухоли была у 266 (99,2%) наблюдений. Лишь у 2 (0,74%) пациентов отмечена малигнизация опухоли, представленная высокодифференцированной аденокарциномой. Они были успешно оперированы в онкологическом стационаре. Интра- и послеоперационных осложнений у оперированных пациентов мы не наблюдали.

При контрольных эндоскопических исследованиях в течение первого года после удаления ворсинчатых опухолей с забором материала для морфологического исследования у 29 (13,1%) выявлен рецидив заболевания на месте ранее расположенной опухоли. Это были пациенты второй и третьей групп, у которых для удаления опухоли применялась только электроэксцизия. В первой группе рецидивов не было отмечено ни в одном случае, что указывает на достаточную радикальность электроэксцизии при данной форме заболевания.

Также не отмечено рецидивов заболевания в течение года наблюдения у пациентов, которым проводилось комбинированное использование электроэксцизии и лазерной вапоризации для удаления ворсинчатой опухоли.

ВЫВОДЫ

1. Применение электроэксцизии для эндоскопического лечения пациентов с ворсинчатыми опухолями узловой формы с наличием выраженной хорошо структурированной ножки является радикальным методом лечения и может рассматриваться как операция выбора.

2. Для эндоскопического удаления ворсинчатых опухолей с узловой формой на широком основании и с латеральным ростом без признаков малигнизации целесообразно применять комбинированный метод лечения, включающий электроэксцизию диатермической петлей с последующей лазерной вапоризацией ложа опухоли. Использование только электроэксцизии в качестве монометода в 13,1% случаев сопровождалось рецидивом опухоли в течение года наблюдения.

3. Дифференцированное применение методов эндоскопического удаления ворсинчатых опухолей является малоинвазивным оперативным вмешательством, позволяющим получить хорошие результаты и в большинстве случаев избавлять пациентов от необходимости выполнения травматичных интраабдоминальных вмешательств.

О РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Мустафин Р.Д., Есин В.И.

Астраханский государственный медицинский университет, Александро-Мариинская областная клиническая больница, г. Астрахань, Россия

Нами с 2009 по 2014 гг. оперированы 52 больных колоректальным раком с метастатическим поражением печени (31 мужчина и 21 женщина в возрасте от 38 до 78 лет). 19 пациентам выполнены одномоментные операции. У 38 больных произведены стандартные право- и левосторонняя гемигепатэктомии, у девяти пациентов произведены операции повышенной

сложности: дважды выполнена субтотальная гепатэктомия с сохранением S1-2 и S5-8, трижды – резекция хвостовой доли, дважды – тангенциальная резекция нижней полой вены. В одном случае выполнена центральная (S4-5-8) резекция печени. Одному больному через 1,5 года после правосторонней гемигепатэктомии в связи с локальным рецидивом и механической желтухой выполнена резекция S4 с тригепатикоаноанастомозом. Паренхиму разделяли методом Kelly (44) и аппаратом En Seal (4). Экстралисонный подход использовали 4 раза, хангинг-маневр – 2.

У 23 (47,9%) больных были зарегистрированы осложнения III-IV степени по Dindon-Clavier. Из интраоперационных осложнений наиболее значимыми были соскальзывание лигатуры с проксимальной культи правой печеночной вены (1) и проксимальной (1) и дистальной (1) культи правой ветви воротной вены. В первом случае гемостаз был достигнут ушиванием устья вены с кровопотерей 1,2 литра, во втором случае – повторным лигированием, в третьем случае – наложением сосудистого зажима en masse с форсированным удалением препарата правой доли. Из послеоперационных осложнений отмечены желчеистечение (4), желчный затёк, потребовавший релапаротомии (3), экссудативный плеврит (6) и пневмония (7), илеофemorальный флелботромбоз (1), наружный желчный свищ (1). Умерло двое (4,2%) пациентов после операций, выполненных одновременно с передней резекцией прямой кишки – от панкреонекроза (1) и острой печеночной недостаточности (1).

Анализируя осложнения, мы выделили ряд существенных, по нашему мнению, технических деталей операции. При обработке правой печеночной вены следует использовать обвивной шов либо сосудистый степлер. При короткой правой портальной ветви при мобилизации достаточно ограничиться ее перевязкой, на резекционном этапе ее пересечение будет более безопасным. Учитывая, что наружный желчный свищ возник вследствие несостоятельности тригепатикоконтероанастомоза после раннего (на 9-е сутки) удаления превентивного транспеченочного дренажа (несмотря на то, что через 3,5 недели свищ самостоятельно закрылся), считаем, что при резекции протоков следует применять временное наружное чрескишечное дренирование. Что же касается вопроса о целесообразности выполнения резекции печени одновременно с операцией на толстой кишке, мы с особой осторожностью относимся к пациентам, которым показана низкая передняя резекция прямой кишки.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ С ИММУНОМОДУЛЯТОРАМИ И АНТИОКСИДАНТАМИ В ТЕРАПИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Набатова О.С., Кит О.И., Павленко С.Г., Ивановский С.О.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Россия
НОЧУ ВПО «Кубанский медицинский институт» Минобрнауки России, г. Краснодар, Россия

В последние годы отмечается неуклонный рост онкологической заболеваемости, в целом, и колоректальным раком (КРР), в частности. Только за последние 5 лет заболеваемость КРР выросла на 12%. В Российской Федерации доля КРР в структуре злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) достигла 42% (Давыдов М.И., Аксель Е.М., 2008). Основным методом лечения КРР остается хирургический, однако современная концепция лечения предусматривает использование полихимиотерапии (ПХТ) на различных этапах. Наиболее часто в предоперационном периоде используется химиолучевое лечение, однако лучевая терапия несет в себе массу нежелательных побочных эффектов и имеет ряд противопоказаний.

Нами разработана и используется неоадъювантная ПХТ, дополненная иммуномодуляторами и антиоксидантами. Обследовались две группы больных. Основная группа из 50 больных получала неоадъювантную ПХТ (5-ФУ+ЛВ) в сочетании с галавитом и мексидолом. После операции больные получали адъювантную ХТ с оксалиплатином. Контрольную группу составили 30 больных КРР, получавших только неоадъювантную ПХТ (5-ФУ+ЛВ).

К окончанию курса НПХТ (5 дней) боли в малом тазу и пря-

мой кишке отмечены лишь у 2 (4,0%) больных основной и у 12 (40,0%) – контрольной группы; учащение стула, нарушения его характера, тенезмы и кровотечения из прямой кишки у больных основной группы не зарегистрированы, напротив в контрольной группе эти показатели отмечены у 6 (20,0%), 8 (26,7%), 3 (10,0%) и 7 (23,3%) больных, соответственно. Повышение температуры тела отмечено у 3 (6,0%) больных основной группы и у 9 (30,0%) – контрольной. На слабость и отсутствие аппетита предъявляли жалобы 9 (18,0%) и 8 (16,0%) пациентов основной группы и 21 (70,0%) и 26 (86,7%) больных контрольной группы. Можно сделать вывод, что в результате проведенной НПХТ наступало полное купирование основных клинических проявлений КРР. Трое больных из основной группы высказали мнение о том, что дальнейшее оперативное лечение им не потребуется, однако после разъяснения они согласились на второй этап лечения – операцию. Лейкопения I степени встречалась в контрольной группе у 7 (23,3%) больных, в основной группе значительно реже – у 3 (6,0%) пациентов. Гастроинтестинальные реакции в контрольной группе отмечены у 4 (13,3%) больных, в основной же группе они встретились лишь у 2 (4,0%) пациентов. Таким образом, неоадъювантная ПХТ, дополненная галавитом и мексидолом, улучшает клиническую картину у больных КРР, уменьшает явления непроходимости, интоксикации и, в целом, способствует снижению послеоперационных осложнений.

СТЕЛЮЩИЕСЯ ВОРСИНЧАТЫЕ АДЕНОМЫ ПРЯМОЙ КИШКИ. КАК УДАЛЯТЬ?

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

Отделение колопроктологии СПбГБУЗ №40, кафедра ПДМО СПбГУ, г. Санкт-Петербург, Россия

ВВЕДЕНИЕ

Доказано, что ворсинчатые полипы прямой кишки имеют высокий риск малигнизации. Степень этого риска увеличивается с размером образования [Bond, 2000 г.]. Наибольшие трудности возникают при выборе оптимального метода лечения ворсинчатых аденом стелющемся типа роста (LST) и на широком основании. Такие образования могут занимать значительную площадь кишки и иметь разную степень интраэпителиальной неоплазии в отдельных участках. Поэтому способы удаления этих образований должны быть радикальными, безопасными и органосохраняющими.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 25 пациентов с гистологически подтвержденными тубуло-ворсинчатыми и ворсинчатыми аденомами прямой кишки стелющемся типа роста (LST), проходивших лечение в отделении колопроктологии СПбГБУЗ №40 с 2011 по 2014 гг. В исследуемой группе участвовало 11 (44%) женщин и 14 (56%) мужчин, в возрасте от 47 до 80 лет. До операции всем больным проводилось обследование: пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, колоноскопия, МРТ с контрастированием, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография грудной полости, анализы крови и мочи. LST, располагающиеся в нижнеампулярном отделе прямой кишки, удаляли путем трансанального иссечения с использованием аноректатора. Аденомы, локализовавшиеся в средне- и верхнеампулярном отделе, удаляли через операционный проктоскоп фирмы Karl-Storz, с помощью набора специальных инструментов. Всем пациентам выполнено полнослойное иссечение кишечной стенки с опухолью с последующим ушиванием раны. В 1 (4%) случае возникло осложнение в виде кровотечения из раны – остановлено прошивание сосуда в условиях операционной. Всего удалено 25 образований, из них: LST-G 0-Is – 12; LST-G 0-Isp – 1; LST-G 0-Is + IIa – 9; LST-GIIa – 3 (По Парижской классификации, 2002 г). По результатам патоморфологического исследования удаленных препаратов в 2 (8%) случаях была определена высокодифференцированная аденокарцинома (T1sm3). В последующем, эти пациенты получали лучевую терапию и находятся под нашим наблюдением. Интраэпителиальная неоплазия высокой степени диагностирована в 8 (32%) случаях, средней степени – в 8 (32%), низкой степени – в 7 (28%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Отдаленные результаты оценены у 20 пациентов, у которых с момента операции прошло не менее 12 месяцев. У 2 (10%) пациентов диагностирован рецидив. В одном случае, у пациента через 6 месяцев после ТЭО возник рецидив ворсинчатой

опухоли среднеампулярного отдела прямой кишки в зоне послеоперационного рубца – 0-Is. Пациенту выполнена эндоскопическая полипэктомия. Во втором случае рецидив выявлен у пациентки после трансанального иссечения ворсинчатой опухоли нижеампулярного отдела прямой кишки – 0-Is. Проведено повторное трансанальное иссечение.

ВЫВОДЫ

Трансанальное иссечение опухоли с использованием аноректора и операционного проктоскопа на жесткой платформе (ТЭО) являются наиболее безопасными и эффективными методами хирургического лечения стелющихся ворсинчатых опухолей прямой кишки (LST). Частота рецидивирования составила 10%, послеоперационные осложнения – 4%.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПРЕССИОННОЙ СОНОЭЛАСТОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Орлова Л.П., Давидян К.В.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка качественных и количественных соноэластографических признаков рака прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 15 пациентов с предварительным диагнозом «опухоль прямой кишки», из них женщины – 9 (60%), мужчины – 6 (40%). Всем пациентам было выполнено эндоректальное ультразвуковое исследование, дополненное проведением соноэластографии. Исследование проводили на ультразвуковом сканере Hitachi Hi Vision Preirus линейным датчиком частотой 10 МГц, эластограммы оценивались по цветовой и количественной шкале жесткости. Жесткость тканей отображается различными цветами на экране, более плотные ткани картируются оттенками синего цвета, а более мягкие ткани – в зеленый и красный цвета. Количественная шкала жесткости вычислялась автоматически с помощью сравнения жесткости измененной и неизмененной ткани. Полученные данные сопоставлены с данными гистологического исследования биопсийного и операционного материалов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Рак нижеампулярного отдела прямой кишки выявлен у 8 (53,3%) пациентов, среднеампулярного отдела – у 6 (40%), верхнеампулярного – у 1 (6,7%) пациента. Средний возраст пациентов составлял – 67,1 лет (от 38 до 87 лет). Характерными признаками опухоли прямой кишки было нарушение пятислойной структуры кишечной стенки, наличие в просвете кишки образования различной экзогенности. При эндоректальном ультразвуковом исследовании оценивалась структура кишечной стенки, которая в 100% была нарушена. В 20% случаев опухоль ограничивалась пределами кишечной стенки, в 80% выявлено прорастание в мезоректум. Всем пациентам было проведено доплерографическое исследование: в 40% была выявлена повышенная васкуляризация опухоли с элементами древовидности, что характерно для опухоли, развившейся из ворсинчатой, что было подтверждено гистологически, где на фоне аденокарциномы имелись фрагменты ворсинчатой аденомы. В 40% определялась повышенная васкуляризация в виде отдельных цветковых локусов (более 10), в 13,3% – умеренная васкуляризация в виде отдельных цветковых локусов (менее 10), в 6,7% – определялись лишь единичные цветковые участки. Оценивая цветовую шкалу жесткости рака прямой кишки, было выявлено, что в 46,7% в выявленных новообразованиях преобладали участки синего цвета с наличием единичных локусов зеленого цвета, в 53,3% выявлен смешанный тип цветового картирования с преобладанием участков синего цвета (занимающих более 50% S всей опухоли). В результате анализа с использованием описательной статистики для количественных признаков установлено, что коэффициент жесткости рака прямой кишки составил 44 (15,05-97,1) (медиана, 2,5 – 97,5 процентиля). В 100% случаях гистологически была подтверждена аденокарцинома различной степени дифференцировки.

ВЫВОДЫ

1) применение компрессионной соноэластографии повышает диагностическую значимость ультразвукового метода при раке прямой кишки.

2) дальнейшее изучение этого метода имеет важное диа-

гностическое значение в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных образований прямой кишки.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Орлова Л.П., Самсонова Т.В., Абашина Е.М.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

Дифференциальная диагностика неэпителиальных опухолей прямой кишки в предоперационном периоде представляет большие сложности. На основании комплекса диагностических методов правильный диагноз удается установить лишь у небольшого числа больных.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить информативность ультразвукового исследования в диагностике неэпителиальных опухолей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты УЗИ 52 больных, направленных на лечение в ГНЦ колопроктологии с диагнозом опухоль прямой кишки. Всем больным проводилось эндоректальное ультразвуковое исследование с использованием линейного датчика частотой 10 МГц и энергетической доплерографии. Все пациенты оперированы. Результаты УЗИ сравнивали с данными патоморфологического исследования макропрепарата.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным патоморфологического исследования, выявлена аденокарцинома различной степени дифференцировки в 32 случаях, лейомиома в 3 наблюдениях, карциноид в – 3, злокачественная пигментированная меланома в – 1, лейомиосаркома в – 1, неврилеммома в – 1, злокачественная фиброзная гистиоцитома – 1, гастроинтестинальная стромальная опухоль в – 5, плоскоклеточный неороговевающий рак анального канала – 2, плоскоклеточный ороговевающий рак – 3. При комплексном ультразвуковом исследовании рак прямой кишки диагностирован у 32 больных, в 20 наблюдениях высказано предположение о наличии неэпителиальной опухоли прямой кишки. В 5 случаях получен ложноположительный результат. Анализ ложноположительных результатов указывает на сложности дифференциальной диагностики неэпителиальных опухолей прямой кишки и плоскоклеточного рака анального канала с наличием прорастания опухолевого узла, располагающегося в параректальной клетчатке, в стенку прямой кишки. Общая точность диагностики неэпителиальных опухолей прямой кишки составила 90,4% при чувствительности – 100%, специфичности – 8,9%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что комплексное ультразвуковое эндоректальное исследование дополняет и уточняет данные клинического обследования больных. С помощью этого метода с большой достоверностью возможна дифференциальная диагностика эпителиальных и неэпителиальных опухолей прямой кишки, что, в свою очередь, влияет на лечебную тактику ведения больного в современных условиях.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАЛЕВАТОРНОЙ ЭКСТРАФАСЦИАЛЬНОЙ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Пегов Р.Г.^{1,2}, Терентьев И.Г.²

¹ ГБУЗ НО «Нижегородский областной онкологический диспансер»;

² Кафедра онкологии ФПКВ ГОУ ВПО НжГМА Минздрава России, г. Нижний Новгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

На сегодняшний день хирурги используют несколько методик БПЭ ПК больным раком ниже-ампулярного отдела прямой кишки и анального канала. В 2007 г. Holm T. представил ближайшие и отдаленные преимущества выполнения экстралевавторной экстрафасциальной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить результаты применения экстралеваторной экстрафасциальной брюшно-промежностной экстирпации (ЭБПЭ) прямой кишки (ПК) в комбинированном лечении рака нижнеампулярного отдела прямой кишки и анального канала.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В период 2010-2014 гг. в головном филиале ГБУЗ НО «Нижегородский областной онкологический диспансер» выполнено 32 ЭБПЭ прямой кишки, по методике, предложенной Т. Holm. Контрольную группу составили 33 больных, которым была выполнена стандартная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Средний возраст больных 1 группы составил $66,9 \pm 9,2$ лет, в контрольной группе $63 \pm 13,2$ лет. Соотношение женщин к мужчинам 21 к 11 в группе ЭБПЭ, против 21 к 12 – в контрольной группе. 40,6% больных обеих групп была проведена предоперационная ХЛТ. Средний послеоперационный койко-день в первой группе составил $12,4 \pm 2,3$, в контрольной группе – $14,9 \pm 1,5$. Средняя продолжительность операции в 1 группе – $142,6 \pm 37,3$ мин., в контрольной – $145 \pm 34,4$ мин. Стоит отметить, что в 1 группе не было случаев непреднамеренной перфорации кишки и опухоли.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ближайшие осложнения (кровотечение, непреднамеренная перфорация кишки и опухоли) чаще возникали в контрольной группе (25%), чем в группе больных ЭБПЭ (5%). Вторичное заживление промежностной раны, формирование тазового абсцесса, послеоперационные кровотечения также чаще присутствовали в контрольной группе (41%), чем в 1 группе (11,9%, $p < 0,05$). Средняя продолжительность операции достоверно не отличалась. Средний послеоперационный койко-день в группе ЭБПЭ достоверно ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,05$).

ВЫВОДЫ

Внедрение в практику ЭБПЭ ПК позволило значительно снизить количество интра- и послеоперационных осложнений, уменьшить послеоперационный койко-день. Необходимость переворота больного на живот не увеличивает продолжительность операции.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСАНАЛЬНАЯ МИКРОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Погосян А.А., Григорян С.М., Камчаткина Т.И., Терпугов А.Л., Митюрин М.С., Штогрин С.М.

МБУЗ «Городская больница № 6» Городской колопроктологический лечебно-диагностический центр, г. Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Повышение эффективности хирургического лечения новообразований ампулярного отдела прямой кишки путем внедрения технологий трансанальной эндоскопической микрохирургии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выполнен анализ результатов хирургического лечения 37 больных (2013-2014 гг.) с новообразованиями ампулярного отдела прямой кишки, оперированных с использованием метода трансанальной эндомикрохирургии (ТЭМХ) в условиях специализированного колопроктологического стационара. Удаление опухоли прямой кишки производили с помощью операционного проктоскопа производства фирмы «Karl Storz» (Германия), адаптированного к стандартной лапароскопической стойке.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенные исследования показали технические преимущества и возможность получения стабильных непосредственных и отдаленных результатов за счет внедрения указанной методики. Полученный опыт позволил выявить следующие необходимые этапы оперативного вмешательства: интраоперационную оптическую ревизию, маркировку линии резекции (электрохирургическая маркировка), визуальный контроль удаления новообразования в пределах макроскопически неизмененных тканей (до мышечного слоя, адвентиции), трансанальную установку трубчатого дренажа. У 3 больных опухоль локализовалась в нижнеампулярном отделе, у 18 – в средне-, у 13 – в верхнеампулярном отделах прямой кишки. У 3 пациентов опухоль локализовалась на расстоянии свыше 18 см, удаление опухоли производилось с помощью ассистирован-

ной видеолaparоскопии. Анализ препаратов удаленных опухолей показал отсутствие опухолевого поражения по линии резекции. Морфологические исследования: у 35 пациентов диагностированы доброкачественные эпителиальные опухоли (у 34 – ворсинчатые опухоли (аденомы), в 1 наблюдении лейомиома. Кроме того, однократно установлен диагноз рака прямой кишки *insitu* (высокодифференцированная аденокарцинома). Отмечен выраженный фармакологический эффект применяемой технологии – сокращение потребности в анальгетиках, НПВС, ранняя активизация больных. Средний послеоперационный койко-день составил 4,5. В одном наблюдении отмечено локальное выделение крови по дренажу, при ревизии источник визуализирован, выполнен гемостаз точечной электрокоагуляцией. Других осложнений не отмечено.

ВЫВОДЫ

Применение технологии ТЭМХ позволяет улучшить результаты оперативного лечения доброкачественных новообразований прямой кишки за счет четкого оптического контроля за манипуляциями, хорошей визуализации мелких объектов и, как следствие, меньшей травматичности вмешательства. Сокращение сроков лечения и реабилитации пациентов при соблюдении принципов радикального вмешательства позволяет рекомендовать широкое клиническое внедрение метода при доброкачественных новообразованиях указанной локализации.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ПЕРЕНЕСШИХ БРЮШНО-АНАЛЬНУЮ РЕЗЕКЦИЮ ПРЯМОЙ КИШКИ С НИЗВЕДЕНИЕМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ С СОХРАНЕНИЕМ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Погосян А.А.^{1,2}, Погосян А.К.², Попова М.А.², Камчаткина Т.И.², Григорян Л.М.², Лигай Д.В.¹

¹ ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кафедра хирургических болезней № 2,

² МБУЗ «Городская больница № 6», «Городской лечебно-диагностический колопроктологический центр», Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Выбор метода оперативного вмешательства при раке прямой кишки является сложной и актуальной проблемой колоректальной хирургии. Он во многом зависит от локализации, распространенности опухолевого процесса, формы роста, морфологии опухоли, наличия или отсутствия метастазов. На сегодняшний день наиболее актуальной проблемой является лечение больных, у которых опухоль располагается в пределах 1,0-2,0 см от края ануса. Это особенно актуально, так как многих больных очень пугает возможность наложения стомы, тем более, пожизненно. Сейчас во многих клиниках с успехом применяется брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки и сохранением запирающего аппарата.

ЦЕЛЬ

Улучшение результатов лечения и качества жизни больных с ультразвуковой локализацией рака прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе представлены случаи успешного лечения 5 больных, с ультразвуковой локализацией рака, которым была выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки и сохранением запирающего аппарата, в период с ноября 2014 по февраль 2015 года. Во всех представленных случаях опухоль располагалась на расстоянии 1,0 см от периаанальной кожи. Всем больным было выполнено комплексное лабораторно-инструментальное исследование. Обязательным стандартом являлось выполнение МРТ малого таза, а также ТРУЗИ, по результатам которых определялись показания для выполнения данного оперативного вмешательства. Критерием возможности проведения операции являлось отсутствие прорастания опухоли в сфинктерный аппарат прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Во всех приведенных клинических случаях послеоперационный период протекал без осложнений. Средний койко-день пребывания был от 14 до 20 дней. Во время наблюдения пациентов в стационаре ни в одном случае не наблюдалось таких осложнений как: некроз низведенной кишки, аналь-



VivanoTec / S 042 NPWT

Аппарат для лечения ран отрицательным давлением

Лечение ран отрицательным давлением – это инновационная методика, которая приводит к ускорению заживления ран и позволяет успешно лечить раны, которые невозможно вылечить другими методами. Данный вид лечения имеет множество показаний и особенно эффективен при лечении острых и хронических ран.



Цели лечения

- Снижение уровня микробной обсемененности тканей раны
- Уменьшение отека
- Усиление местного кровообращения
- Стимуляция заживления, посредством поддержания влажной раневой среды
- Ускорение роста грануляционной ткани
- Профилактика распространения раневой инфекции
- Защита раны от экзогенного инфицирования

Эргономично

Легкость, компактность и эргономичный дизайн делают использование аппарата очень удобным. Он подходит как для лежачих, так и для подвижных пациентов.

Удобно

Сенсорный дисплей с понятной навигацией по меню обеспечивает быстрый доступ ко всем рабочим функциям.

Надежно

Применение надежных высококачественных технологий обеспечивает длительную бесперебойную работу аппарата.

Преимущества VivanoTec / S 042 NPWT:

Один аппарат для различных показаний

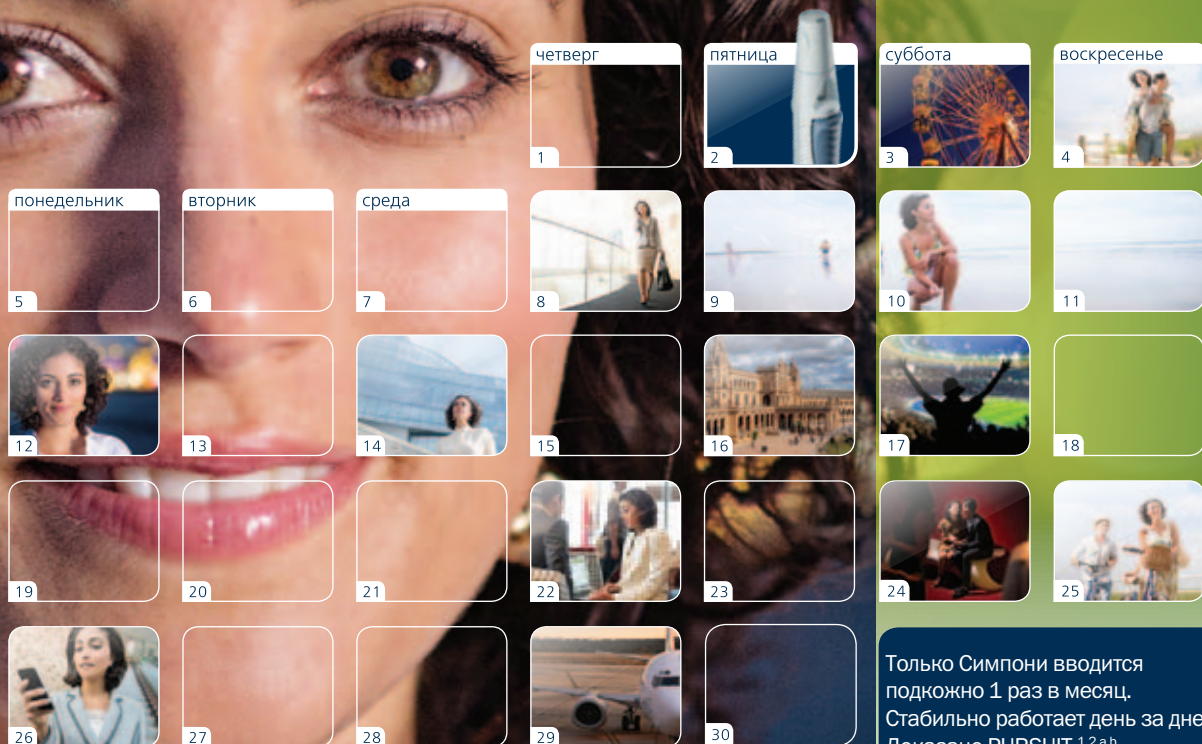
Компактный аппарат как для лежачих, так и для подвижных пациентов

Эффективное поддержание заданного уровня давления в области раны

Простое меню на русском языке

ПОКАЗАН ВЗРОСЛЫМ ПАЦИЕНТАМ СО СРЕДНЕТЯЖЕЛЫМ И ТЯЖЕЛЫМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ С НЕАДЕКВАТНЫМ ОТВЕТОМ НА СТАНДАРТНУЮ ТЕРАПИЮ, ВКЛЮЧАЯ КОРТИКОСТЕРОИДЫ И 6 МЕРКАПТОПУРИН ИЛИ АЗАТИОПРИН, ИЛИ С НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ ИЛИ НАЛИЧИЕМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ^а

**РАБОТАЕТ КАЖДЫЙ МЕСЯЦ.
ДЕНЬ ЗА ДНЕМ^{1,2,а}**



Только Симпони вводится подкожно 1 раз в месяц. Стабильно работает день за днем. Доказано PURSUIT^{1,2,a,b}

СИМПОНИ[®]
голимумаб

^аОсновано на результатах исследования PURSUIT Maintenance.

^бСимпони назначается в дозе 200 мг на 0 неделе, затем 100 мг на 2 неделе и далее по 100 мг каждые 4 недели

Ссылки: 1. Инструкция по применению лекарственного препарата Симпони[®] ЛП 001686-251213.
2. Sandborn WJ, Feagan BG, Marano C, et al. Subcutaneous Golimumab Maintains Clinical Response in Patients with Moderate-To-Severe Ulcerative Colitis, Gastroenterology. 2014;146:96-109.

СИМПОНИ[®] (голимумаб)

Регистрационный номер: ЛП 001686-251213

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: гиперчувствительность к действующему веществу или любому вспомогательному веществу; активный туберкулез или другие тяжелые инфекционные процессы, такие как сепсис и оппортунистические инфекции; умеренная или тяжелая сердечная недостаточность (III/IV функциональный класс по NYHA); беременность, период кормления грудью; детский возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не изучены).

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ. Очень частые побочные реакции (>10%): инфекции верхних дыхательных путей (назофарингит, фарингит, ларингит и ринит). Частые побочные эффекты (>1% – <10%): бактериальные инфекции (такие как флегмона), вирусные инфекции (грипп, герпес), бронхит, синусит, поверхностные грибковые инфекции, анемия, аллергические реакции (бронхоспазм, гиперчувствительность, крапивница), появление аутоантител, депрессия, бессонница, головокружение, парестезии, головная боль, артериальная гипертензия, запоры, диспепсические явления, боль в животе, повышение уровня АЛТ и АСТ, алоpecia, дерматит, зуд, сыпь, повышение температуры тела, астения, медленное заживление в месте инъекции, дискомфорт в области груди.

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ. Симпони[®] не следует назначать пациентам с клинически значимыми активными инфекциями. До начала терапии Симпони[®] пациента следует внимательно обследовать на предмет выявления как активного, так и латентного туберкулезного процесса. Препарат следует с осторожностью назначать пациентам, имеющим в анамнезе злокачественные опухоли, пациентам со злокачественными новообразованиями, у пациентов с легкой сердечной недостаточностью (класс I/II по NYHA).

Перед назначением Симпони[®] (голимумаба) необходимо ознакомиться с полной инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения. Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению.



000 «МСД Фармасьютикалс»
Россия, 115093, г. Москва, Павловская, д. 7, стр. 1
Тел.: +7 (495) 916 71 00, Факс: +7 (495) 916 70 94
www.merck.com
GAST-1126635-0000, 07.2014

ная инконтиненция. Больные после стабилизации общего состояния проходили курс лечебной физкультуры, направленной на укрепление мышц тазового дна и сфинктера. После консультации невролога, больные проходили курс электростимуляции сфинктера. После выписки из стационара осуществлялся мониторинг больных через 1,2,3 месяца, соответственно. Анального недержания не отмечалось. Пациенты самостоятельно оценивали степень недержания по шкале недержания по Wexner.

Анальной инконтиненции не наблюдалось ни в одном случае. Лишь у одной пациентки было отмечено наличие незначительной рубцовой стриктуры, которую удалось ликвидировать консервативным путем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки с сохранением запирающего аппарата прямой кишки может являться операцией выбора у пациентов с ультранизкой локализацией рака прямой кишки. Критерием выбора является отсутствие прорастания опухоли в запирающий аппарат прямой кишки. Данный вид оперативного вмешательства обеспечивает не только онкологическую радикальность, но и дает шанс на сохранение естественного акта дефекации.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Помазкин В.И.

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

Обтурационная толстокишечная непроходимость остается актуальной проблемой неотложной хирургии. Единого мнения по вопросам хирургической тактики при этой патологии до настоящего времени нет. Целью работы была оценка результатов двух тактических вариантов двухэтапного лечения обтурационной толстокишечной непроходимости при исключении перитонита вследствие деструкции стенки кишки. Первый вариант включал в себя традиционное выполнение операции Гартмана и последующей восстановительной операции с ликвидацией одноствольной колостомы. Второй вариант включал формирование разгрузочной двуствольной кишечной стомы на первом этапе лечения и выполнение радикальной операции на втором.

Летальность за 3 последних года в неотложных стационарах Свердловской области составила 17,1%. Вероятно, добавление такой операционной травмы к уже имеющимся нарушениям в организме больного в условиях кишечной непроходимости, неизбежно увеличивало риск неблагоприятного исхода. С 2008 г. проведено оперативное восстановительное лечение 160 больным с одноствольными колостомами, сформированными в результате неотложных обструктивных резекций толстой кишки по поводу ее обтурационной непроходимости. При ретроспективном анализе в этой группе у 5,6% пациентов первичная операция сопровождалась гнойно-воспалительными осложнениями со стороны брюшной полости и забрюшинного пространства. Послеоперационные раневые осложнения отмечались у 20% больных. Средний срок существования колостомы от момента формирования до ее ликвидации был достаточно продолжительным и составил 8,5 месяцев. У всех пациентов при восстановительном оперативном лечении был спаячный процесс брюшной полости. При до- и интраоперационном обследовании таких пациентов перед восстановительным лечением ранний местный рецидив опухолевого процесса был выявлен у 11,8% больных. У 4,4% пациентов при отсутствии рецидива опухоли в толстой кишке обнаружены неудаленные регионарные лимфоузлы с метастатическим поражением. Летальность при восстановительных операциях составила 1,8%. Общее количество осложнений при восстановительных операциях наблюдалось у 15,6% больных.

В группу пациентов с формированием двуствольной разгрузочной стомы на первом этапе и радикальной операции с удалением опухоли и ликвидации стомы на втором вошли 150 пациентов. Послеоперационная летальность составила 0,67% на первом этапе. Количество осложнений 6,2%. Средний срок между операциями составил 25,5 дня. На втором этапе летальность была 1,3%. Осложнения в ранний послеоперационный период развились у 7,6% больных. Формирование стомы на первом этапе, особенно из минидоступа, при последующем вмешательстве не приводило к серьезным техни-

ческим затруднениям, вызванным предыдущей операцией. При таком подходе создавалась возможность проведения комбинированных вмешательств при распространении опухоли на соседние органы, выполнение расширенных лимфаденэктомий, что должно приводить к лучшим отдаленным результатам, увеличению продолжительности жизни пациентов.

Таким образом, использование этапного лечения обтурационной толстокишечной непроходимости, включающее формирование декомпрессивной колостомы на первом этапе и радикальную операцию с одномоментной ликвидацией стомы на втором, позволяет снизить риск послеоперационной летальности, выполнить адекватный объем вмешательства, включая возможность проведения комбинированных и расширенных операций, а также повысить качество жизни таких больных за счет значительного сокращения сроков существования временной колостомы и, соответственно, сокращения сроков реабилитации.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТА ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Синюкова Г.Т., Данзанова Т.Ю., Гудилина Е.А., Лепедату П.И., Костякова Л.А., Аллахвердиева Г.Ф., Шолохов В.Н., Бердников С.Н.

ФГБНУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина», г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Метастазы в печени являются очень распространенной клинической ситуацией в онкологии. Исследования, основанные на результатах вскрытия, показали, что до 70% больных раком толстой кишки имеют метастазы в печени. Знание гистопатологических изменений, которые происходят с метастазами, обеспечивает лучший подход к точной интерпретации результатов и выбору соответствующего метода визуализации.

ЦЕЛЬ

Определим диагностические критерии и оптимальные сроки для ультразвукового исследования при оценке эффективности химиотерапии у больных с метастатическим поражением печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 410 пациентов с метастазами колоректального рака в печень, 97 из них получили перед операцией лекарственное лечение. Все пациенты прооперированы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Метастазы при положительном ответе на лечение изменяются при ультразвуковой визуализации двумя способами: первый – становятся нечеткими, размытыми, сливаются с окружающей паренхимой печени вплоть до полного исчезновения, второй – структура становится гиперэхогенной, размеры уменьшаются, контуры могут быть как четкими, так и нечеткими. При сравнении данных выяснено, что ложноположительные результаты в группе после лекарственного лечения превышают данные всех остальных групп. Это происходит в случае, когда при ультразвуковом исследовании в печени могут определяться метастатические очаги, далее проводится химиотерапия, за ней следует операция, а при дальнейшем морфологическом исследовании в печени может определяться меньшее количество очагов, либо они вовсе отсутствуют. У 15 больных, которым проводилось дооперационное лечение, после хирургического лечения даны гистологические заключения о достижении полного лечебного эффекта в виде патоморфоза 4 степени, причем при макроскопическом исследовании в 3 случаях образования в печени не определялись. При ультразвуковом исследовании могут продолжать визуализироваться гиперэхогенные или нечеткие очаги в печени, но судить о степени патоморфоза методом УЗИ в ряде случаев затруднительно. Точность всех методов визуализации в диагностике метастатического поражения печени достоверно ниже в группе больных, получивших дооперационную химиотерапию. В группе больных, не получивших дооперационное лекарственное лечение, чувствительность УЗИ, РКТ, МРТ в выявлении метастазов в печени составила 95,4%, 97%, 99,4%, соответственно. В группе больных, которым была проведена дооперационная химиотерапия, чувствительность УЗИ, РКТ, МРТ в выявлении метастазов в печени составила 93,8%, 98,5%, 93,7%, соответственно.

ВЫВОДЫ

Проведение химиотерапии может ухудшить результаты УЗИ.

Показатели информативности УЗИ у больных после химиотерапии, по сравнению с другими методами исследования, ниже как в определении количества метастазов, так и их размеров. Поэтому таким больным для оценки изменений в печени следует назначать другие методы лучевой диагностики (РКТ, МРТ). После химиотерапии следует проводить исследования непосредственно перед операцией.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ НА ДООПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ

Синюкова Г.Т., Данзанова Т.Ю., Гудилина Е.А.,
Лепедату П.И., Костякова Л.А., Аллахвердиева Г.Ф.,
Шолохов В.Н., Бердников С.Н.

ФГБНУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина», г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Хирургическое лечение метастазов в печени колоректального рака улучшает выживаемость больных. Точное знание количества, размеров и регионарного распространения метастазов в печени имеет важное значение для определения их резектабельности.

ЦЕЛЬ

Определение информативности ультразвукового исследования в диагностике метастазов колоректального рака перед оперативным лечением.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были проанализированы результаты обследования 410 больных с метастатическим поражением печени при колоректальном раке. Все больные были прооперированы, у всех диагнозы гистологически подтверждены. Помимо УЗИ и ИОУЗИ (100%) в диагностике метастазов часто применялись тонкоигольная аспирационная биопсия (83,8%), МРТ и РКТ (82,6%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Метастазы занимали, чаще всего, один и два сегмента (63,4%), а реже – пять и более сегментов (8,2%). Полученные данные сравнивались с данными хирургической ревизии и интраоперационного ультразвукового исследования. Оказалось, что у 150 (28,9%) пациентов сегменты печени, в которых при ультразвуковом исследовании обнаруживались метастазы, подвергались уточнению, а именно – либо было задействовано меньше сегментов, либо, наоборот, больше, либо описанные очаги находились в соседних сегментах.

Сложности в определении локализации метастазов возникали, если они находились в восьмом, четвертом и седьмом сегментах – 52,0%, 49,3% и 42,0%.

Чувствительность, специфичность и точность УЗИ в диагностике метастазов составила 95,2%, 26,8%, 89,8%, соответственно. Наиболее информативными из дооперационных методов обследования оказались методы МРТ (чувствительность и точность – 98,5% и 92,5%) и пункционной биопсии (чувствительность и точность – 97,6% и 96,8%). Информативный материал был получен при первой попытке пункции у 92,6% больных.

При интраоперационном ультразвуковом исследовании, по сравнению с дооперационным УЗИ, были выявлены дополнительные метастазы в 180 (34,7%) случаях. Почти в половине случаев (48,9%) размеры обнаруженных очагов не превышали 1,0 см. А самыми сложными для всех методов визуализации являются размеры новообразований печени до 2,0 см, которые при ИОУЗИ дополнительно определялись у 87,8% пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Точное знание количества, размеров и регионарного распространения метастазов в печени имеет важное значение для определения их резектабельности. Самые высокие показатели чувствительности наблюдались при интраоперационном ультразвуковом исследовании и хирургической ревизии, а из дооперационных методов обследования наиболее информативными в плане дифференциальной диагностики и локализации оказались методы МРТ и пункционной биопсии.

ОБОСНОВАНИЕ ПЛАСТИКИ ТАЗОВОЙ БРЮШИНЫ ПРИ МУЛЬТИВИСЦЕРАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ У БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Соловьев И.А., Васильченко М.В.,
Лычев А.Б., Савченков Д.К., Алексеев В.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Кафедра
военно-морской хирургии, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Опухоли малого таза в совокупности составляют более 25,0% от всех онкологических заболеваний. У 30% из них процесс носит местно- и регионарно-распространенный характер. При хирургическом лечении данной категории больных выполняют мультिवисцеральные резекции с полным или частичным иссечением тазовой брюшины, вследствие чего могут развиться спаечная кишечная непроходимость и эвентрация петель тонкой кишки, что часто приводит к повторному оперативному вмешательству.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 186 больных местно-распространенным раком органов малого таза, из них мультिवисцеральные резекции были выполнены 101 пациенту, расширенные оперативные вмешательства – 85 пациентам. Пластика тазовой брюшины выполнялась 54 пациентам, у которых операции сопровождалась нарушением целостности тазовой брюшины и иссечением мышц тазового дна вследствие удаления замыкательного аппарата прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После расширенных и комбинированных операций на органах малого таза в раннем послеоперационном периоде осложнения развились у 76 (40,2%) больных. Спаечная кишечная непроходимость развилась у трёх больных, что потребовало оперативного вмешательства в раннем послеоперационном периоде. Интраоперационно установлено, что основной спаечный процесс локализовался в полости малого таза, куда через дефект тазовой брюшины опустилась петля тонкой кишки. Эти больные входили в группу, которым пластику тазовой брюшины не выполняли. Также был проведен ретроспективный анализ историй болезней 136 больных, которым проводили лучевую терапию после операций брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки по поводу её местно-распространенного рака. По результатам этого анализа было выявлено, что в 90% случаев развивалась тонкокишечная диарея различной степени выраженности, обусловленная миграцией петель тонкой кишки в зону облучения через неустранимый дефект тазовой брюшины. Развитие лучевых осложнений приводило к перерывам в адьювантной терапии, что значительно затрудняло проведение комплексного лечения.

ВЫВОДЫ

Пластика тазовой брюшины показана во всех случаях комбинированных и расширенных операций, сопровождающихся обширным иссечением тазовой брюшины и удалением замыкательного аппарата прямой кишки. Это позволяет удерживать в естественном анатомическом положении петли тонкой кишки и препятствует развитию различных послеоперационных и постлучевых осложнений.

ВОЗМОЖНЫЕ КРИТЕРИИ ОТКАЗА ОТ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕВЕНТИВНЫХ СТОМ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ. ПУТИ ЗАЩИТЫ АНАСТОМОЗА

Соловьев И.А., Навматула А.Ю., Лычев А.Б.,
Васильченко М.В., Лебедев К.К.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Кафедра
военно-морской хирургии, г. Санкт-Петербург, Россия

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на развитие вспомогательных методов лечения рака прямой кишки, хирургический метод является основным радикальным методом лечения, а вопрос о необходимости формирования протективных стом у больных, не получавших предоперационную лучевую или химиолучевую терапию, по различным причинам, остается открытым.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить критерии, влияющие на снижение частоты разви-

тия несостоятельности сигморектоанастомоза, снизить риск повторных операций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для настоящего исследования послужили ретроспективные данные о 274 больных раком прямой кишки, прооперированных на кафедрах военно-морской хирургии, общей хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова за период с 2003 года по настоящее время. Во всех наблюдениях операцию завершали дренированием пресакрального пространства, как со стороны живота, так и со стороны промежности, формированием аппаратного сигморектоанастомоза ниже уровня тазовой брюшины, с восстановлением целостности тазовой брюшины, либо ее пластикой.

Несостоятельность сигморектоанастомоза возникла у 11 (4,3%) из 253 прооперированных больных без формирования превентивной стомы, при этом только в 2 (0,8%) случаях потребовалась релапаротомия для разрешения проблемы несостоятельности. Во всех остальных случаях явления несостоятельности разрешились с помощью консервативных методов лечения.

Интраоперационная тактика в нашей работе заключается в следующем: сохранение адекватного кровотока в проксимальном анастомозируемом участке толстой кишки путем низкой перевязки нижней брыжечной артерии, что позволяет увеличить индекс микроциркуляции на 8-10% (оценка индекса микроциркуляции осуществлялась при помощи аппарата ЛАКК-02), отграничение малого таза от брюшной полости, адекватное дренирование малого таза. В послеоперационном периоде пристальное внимание отводилось за наблюдением удовлетворительной функции пресакральных дренажей, сохранением адекватного пассажа кишечного содержимого.

ВЫВОДЫ

Современная методология выполнения передней резекции прямой кишки (оценка периферического кровотока проксимального анастомозируемого участка толстой кишки, мезоректумэктомия в пределах фасции, применение сшивающих аппаратов, проведение воздушной пробы, возможность укрепления скрепочного шва) требует дифференцированного подхода и четких показаний к наложению превентивной стомы.

ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Терещенко С.Г., Великанов Е.В., Лукина Е.М., Мечева Л.В.

ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Заболеваемость полипами толстой кишки (ТК) имеет тенденцию к возрастанию, это подтверждают массовые скрининговые исследования. Риск злокачественной трансформации полипов варьирует в пределах от 3 до 20%, возрастает с увеличением размеров образований. Полипэктомия позволяет предотвратить развитие опухоли на ранней стадии, что важно для профилактики рака и его лечения на ранних стадиях развития.

ЦЕЛЬ

Изучить эффективность эндоскопической полипэктомии и диагностические возможности внутриорганной оптической когерентной томографии в верификации изменений слизистой оболочки толстой кишки при полипах ТК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для оценки структуры слизистой оболочки ТК и полипов был использован оптический томограф ОКТ 1300-У ИПФ РАН, г. Нижний Новгород. Исследование в условиях *in vivo* проводили в процессе стандартной колоноскопии. В последующем, путем сопоставления данных визуального осмотра, гистологического и оптического исследования осуществлялась идентификация томограмм различных участков слизистой оболочки ТК и полипа. Изучаемая группа пациентов из 34 пациентов была выделена на основании данных эндоскопического осмотра и морфологического исследования. Окончательная морфологическая диагностика образования после эндоскопического удаления, завершала исследование.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Эндоскопическое удаление полипов ТК проведено у 34 больных. Женщин было 19, мужчин – 15. Возраст – от 45 до 59 лет, среднее значение возраста составило 63,8±3,1 года. Удалено 56 полипов. Одиночные полипы были у 20 пациентов, множественные – у 14. Локализация: слепая кишка – 2,

поперечно-ободочная – 11, сигмовидная – 35, прямая – 8. До 1 см было 33 полипа, от 1,0 до 1,5 см – 6, от 1,5 до 2,0 см – 2, до 3 см – 9, до 4 см – 2 более 4 см – 4, минимальный размер удаленного полипа – 6 мм, максимальный – 8,5 см, среднее значение размера удаленного полипа составило 18,4±2,2 мм. По структуре было следующее распределение: гладкая – у 36, дольчатое строение – 20. Эрозивный компонент имел место у 26 полипов. На ножке было 47 полипов, удалены электроэксцизией, на широком основании – 9 удалены коагуляцией. Аденом было 36, гиперпластических полипов – 19. Проведено ОКТ-исследование 52 полипов. На ОКТ-изображениях гиперпластических полипов определяется увеличение толщины поверхностного слоя изображения кишечной стенки; границы подлежащих слоёв смазаны. Для гиперпластических полипов характерно четырехслойное ОКТ-изображение. При этом отмечалось утолщение верхнего слоя (железистой слизистой) и четкая граница железистая слизистая – подслизистый слой. Для аденоматозных полипов характерно неслистое ОКТ-изображение. В случаях, когда размер полипа превышал глубину сканирования, независимо от его морфологического строения ОКТ-изображение чаще характеризуется потерей слоистой структуры, последнее затрудняло распознавание доброкачественности процесса и требовало обязательного гистологического исследования удалённой опухоли. Анализ ОКТ-данных слизистых оболочек различного строения позволил подтвердить три универсальных типа ОКТ-изображений, отражающих основные патологические процессы: «доброкачественный», «подозрительный», «злокачественный».

Все пациенты наблюдались в нашем отделении с осмотром каждые 3 месяца в течение года после удаления, и затем осмотр проводился каждые полгода. Рецидив заболевания констатирован у 2 (6%) больных, в сроки от 6 месяцев до 2 лет.

ВЫВОДЫ

Эндоскопическое удаление с использованием токов высокой частоты является методом выбора при лечении полипов ТК, имеет высокую эффективность, экономически обосновано. Данное вмешательство позволяет сохранить и извлечь материал для гистологического исследования, так как предварительная биопсия не всегда достаточно информативна. Диспансеризация больных при полипах толстой кишки с обязательным исследованием подозрительных участков слизистой оболочки методом оптической когерентной томографии является значимой и оправданной.

ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Терещенко С.Г., Мечева Л.В.,

Великанов Е.В., Лапаева Л.Г., Лапитан Д.Г.

ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Операцией выбора при полипах толстой кишки является эндоскопическая полипэктомия. С целью профилактики кровотечений после полипэктомии предложены различные методики, но они не имеют индивидуального подхода и патогенетического обоснования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оптимизировать применение эндоскопических методов профилактики кровотечений при удалении полипов толстой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для установления гемодинамического типа микроциркуляции пациента производится лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ) с помощью лазерного анализатора микроциркуляции крови ЛАКК-02, «ЛАЗМА» (г. Москва). Методами удаления полипов были электроэксцизия и коагуляция. Интенсивность кровотечения оценивали по классификации S.Asake: 0 – кровотечение отсутствует; I – медленное просачивание крови; II – кровотечение как после биопсии; III – средней интенсивности, образуется сгусток; IV – рвота кровью и дегтеобразный стул; V – кровотечение, требующее гемотрансфузии; VI – кровотечение невозможно остановить консервативно, требуется лапаротомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Эндоскопическое удаление полипов ТК проведено у 23 больных, которые составили основную группу. По результатам

ЛДФ исследования спастический тип установлен у 7 (30%) пациентов, нормоциркуляторный – у 11 (48%), гиперемический – у 5 (22%) больных. Для объективной оценки выбрана контрольная группа в количестве 25 больных. В основной группе мужчин было 8, женщин – 15. Среднее значение возраста составило 63,2±1,0 года. У 23 пациентов удалено 35 полипов толстой кишки. Размер полипов был следующим: до 5 мм – 3, от 0,6 см до 1 см – 5, от 1,1 см до 1,5 см – 10, 1,6 см до 2,0 см – 6, от 2,1 до 3,0 см – 8, от 3,1 до 4,0 см – 2, более 4 см – 1. Средний размер удаленного полипа составил 14,6±0,6 мм. Гистологически аденома верифицирована в 13 наблюдениях, гиперпластический полип – в 22.

Спастический тип микроциркуляции у 7 пациентов. Специфических мер профилактики не проводили. Удалено 10 полипов ТК. Гиперпластических – 6, аденом – 4. Осложненное течение отмечено у 1 пациента при удалении 2 полипов – была 1 степень кровотечения (S.Asake).

Нормоциркуляторный тип микроциркуляции – у 11 больных. Профилактика кровотечения – проведение подслизистых инъекций. Удален 21 полип, гиперпластических – 13, аденом – 8. В 1 наблюдении была 1 степень кровотечения, в 1 – 2 ст. (S.Asake).

Гиперемический тип микроциркуляции был у 4 больных, удалено 4 полипа (3 гиперпластических и 1 аденома). Профилактика кровотечения: при наличии ножки проводили ее лигирование, после полипэктомии – клипирование термического дефекта слизистой оболочки. Осложненное течение отмечено у 1 пациента – была 3 степень кровотечения (S.Asake).

У 25 больных контрольной группы не проводилась эндоскопическая профилактика кровотечений. При спастическом типе микроциркуляции: из 8 больных кровотечение 1 степени было у 1 пациента, что достоверно не отличалось от основной группы. У 13 больных при нормоциркуляторном типе микроциркуляции кровотечение у 3 пациентов при удалении 17 полипов. При этом 1 степень интенсивности кровотечения – 1, 2 ст. – в 2, что было достоверно больше, чем в основной группе. При гиперемическом типе у 4 больных при удалении 5 полипов 2 степень кровотечения была у 1, 3 ст. – у 2, что было достоверно больше, чем в основной группе.

ВЫВОДЫ

Значимой для профилактики кровотечения при эндоскопическом удалении полипов ТК является информация, полученная методом лазерной доплеровской флоуметрии. В случае нормоциркуляторного и особенно, гиперемического типа прогнозируется высокая вероятность кровотечения при полипэктомии. С учетом этого при нормоциркуляторном типе профилактически проводится эндоскопическая инъекционная терапия, при гиперемическом типе необходима надежная профилактика кровотечения: предварительное лигирование ножки полипа, клипирование термического дефекта после полипэктомии. Использование данных ЛДФ оптимизирует применение дополнительных эндоскопических мер профилактики кровотечения при эндоскопическом удалении полипов толстой кишки.

ВОЗМОЖНОСТИ ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНОГО АНАЛИЗА КРОВИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Терёхина Н.А., Зитта Д.В., Субботин В.М.

кафедра биохимии и кафедра факультетской хирургии № 1, ГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет имени ак. Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить возможность использования хемилюминесцентного анализа крови для прогнозирования осложнений раннего послеоперационного периода у больных колоректальным раком.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен хемилюминесцентный анализ эритроцитов и плазмы крови больных до начала лечения, в 1, 4 и 8 сутки после операции. Объектом исследования являлась кровь 108 больных колоректальным раком и 20 здоровых доноров. Использовали биохемиллюминетр БХЛ-07.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Течение послеоперационного периода осложнилось развитием

стрессовых гастродуоденальных язв у 4 пациентов, несостоятельностью анастомоза в 5 случаях и паралитической кишечной непроходимостью у 7 больных. До начала лечения у больных было обнаружено достоверное повышение интенсивности хемилюминесценции, по сравнению со здоровыми лицами: максимальная интенсивность I_{max} (в плазме 261,7±60,3 vs 159,3±24 мВ, эритроцитах 103±23,3 vs 63,2±14 мВ), светосумма S (в плазме 2280,6±443 vs 1378±140 мВ*сек, в эритроцитах 490±93 vs 360±27 мВ*сек). Показатель tg2 в плазме крови больных составил – 64,54±18, в эритроцитах – 35,2±12, тогда как у доноров, соответственно, 36,7±7 и 20,2±8. В плазме крови в 1 и 4 сутки послеоперационного периода отмечено повышение интенсивности хемилюминесценции, однако достоверной разницы между группами больных с осложнениями и без выявлено не было. В эритроцитах в 1 сутки после операции интенсивность вспышки и светосумма были несколько выше в группе больных, у которых в дальнейшем развились указанные осложнения, однако разница оказалась не достоверной. На 4 сутки после операции изученные показатели были достоверно выше в группе больных с осложнениями: I_{max} 147±17,4 vs 114±13 мВ, S 791±135 vs 512±110 мВ*сек, tg2 – 24,2±4,1 vs – 38,7±9,3. К 8 суткам после операции светосумма, интенсивность свечения и показатель tg2 в эритроцитах больных, не имевших осложнений нормализовались, в то время, как в группе пациентов с осложнениями эти показатели достоверно отличались от нормальных.

ВЫВОДЫ

Хемилюминесцентный анализ эритроцитов может быть использован для прогнозирования осложнений раннего послеоперационного периода.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИРКУЛЯРНЫХ СШИВАЮЩИХ АППАРАТОВ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Ахмеров Р.Р., Багаутдинов Ф.З.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО, ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Колоректальный рак занимает одно из ведущих мест в структуре онкологических заболеваний. Колоректальным раком в Российской Федерации заболевает ежегодно почти 50000 человек. По частоте и смертности среди онкологических заболеваний колоректальный рак занимает 3-е место у мужчин и 2-е место у женщин.

МЕТОДЫ

С 2010 по 2014 годы в отделении хирургии и колопроктологии БСМП оперировано 204 больных раком толстой кишки: 64 (31,4%) мужчин и 140 (68,6%) женщин. Большинство больных (82,2%) были старше 60 лет. 111 (54,4%) больных оперировано экстренно, 93 (45,6%) – в плановом порядке. Летальность составила 12,3% (25 больных). У 34 (16,7%) больных ввиду нерезектабельности опухоли или тяжести состояния больных проведено паллиативное лечение – колостомия. 170 (83,3%) больным проведены радикальные операции.

У 98 (48,0%) больных при наложении межкишечного анастомоза использовались одноразовые циркулярные сшивающие аппараты. Из них 60 (61,2%) больных оперировано в плановом и 38 (38,8%) больных – в экстренном порядке. В данной группе больных левосторонняя гемиколэктомия выполнена 20 (20,4%) больным, правосторонняя гемиколэктомия – 16 (16,3%), резекция сигмовидной кишки – 32 (32,6%), внутрибрюшная резекция прямой кишки – 30 (30,6%), больным. При наличии кишечной непроходимости операция дополнялась превентивной двухствольной колостомией.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Использование циркулярного сшивающего аппарата при наложении межкишечного анастомоза привело к уменьшению времени наложения анастомоза (с 25 до 10 мин), уменьшению трудоемкости наложения низких ректальных анастомозов.

У 13 (13,3%) больных после операций с использованием циркулярных сшивающих аппаратов возникли послеоперационные осложнения. Чаще развивалось нагноение операционной раны – 7 (7,1%), пневмония – 3 (13,3%), абсцесс брюшной полости – 1 (1,0%), ТЭЛА – 1 (1,0%), несостоятельность ана-

стомоза – 1 (1,0%) после правосторонней гемиколэктомии. При этом количество осложнений в группе со стандартными оперативными вмешательствами составило 17,1%, из них несостоятельность анастомоза возникла у 2 (2,7%) больных.

ВЫВОДЫ

Использование циркулярного сшивающего аппарата для наложения межкишечного анастомоза при оперативном лечении рака толстой кишки приводит к сокращению времени операции, уменьшению количества послеоперационных осложнений, в том числе, количества несостоятельности анастомоза.

ПОКАЗАНИЯ К РАДИКАЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Гареев Р.Н.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Более чем в 90% случаев острая толстокишечная непроходимость обусловлена злокачественной опухолью ободочной и прямой кишок. Послеоперационная летальность среди больных с данной патологией достигает 44%, а послеоперационные осложнения – 40%.

МЕТОДЫ

Нами пролечено 115 больных острой толстокишечной непроходимостью: 67 (58,3%) мужчин и 48 (41,7%) женщин. Большинство больных были старше 60 лет. Наличие острой толстокишечной непроходимости подтверждалось клиническими, рентгенологическими, ультразвуковыми, эндоскопическими методами исследования. Интраабдоминальное давление измерялось путем измерения давления в мочевом пузыре, желудке, прямой кишке. Степень внутрибрюшной ишемии оценивалась по уровню лактата и рН крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 94 (81,7%) случаях интраабдоминальное давление превышало 10 мм рт. ст. У 38 (33%) больных оно находилось в пределах 10-15 мм рт. ст., а уровень лактата и рН крови не превышали показатели нормы. Данные больные оперировались не позже 24 часов от момента поступления. У 36 (31,3%) больных интраабдоминальное давление находилось в пределах 16-25 мм рт. ст., в крови имел место слабо выраженный ацидоз, уровень лактата находился в пределах 2-8 ммоль/л. Из данных больных до операции 11 (9,6%) произведена лазерная реканализация толстой кишки, 12 (10,4%) зондовая декомпрессия, после чего у 17 (14,8%) больных в течение 6 часов интраабдоминальное давление снизилось на 4,5±0,48 мм рт. ст. При неэффективности дооперационной декомпрессии данные больные оперировались не позже 12 часов от момента поступления. У 20 (17,4%) больных уровень интраабдоминального давления превышал 25 мм рт. ст., в крови имели место выраженный ацидоз и повышение уровня лактата более 10 ммоль/л. Эти больные оперировались не позже 2 часов после предоперационной подготовки. Минилапаротомия с колостомией выполнены в 19 (16,5%), лапаротомия с колостомией – в 26 (22,6%), обструктивная резекция толстой кишки – в 15 (13%), резекция кишки с формированием межкишечного анастомоза – в 55 (47,9%) случаях. У 3 (2,6%) больных повышение интраабдоминального давления явилось индикатором несостоятельности швов анастомоза.

ВЫВОДЫ

Измерение интраабдоминального давления, рН и уровня лактата крови позволяют объективно оценить тяжесть острой толстокишечной непроходимости, эффективность консервативного лечения, своевременно выставить показания к тому или иному объему операции и определить сроки ее выполнения.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Тотиков З.В., Тотиков В.З.

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

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты лечения больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью путем совершенствования хирургической тактики и создания условий для проведения комбинированных и комплексных методов лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находился 442 больных, госпитализированных в экстренном порядке с клиникой острой непроходимости. Из них мужчин было 254 (57,5%), женщины 188 (43,5%). Средний возраст больных составил 65 лет. Из 442 больных у 250 (56,6%) опухоль локализовалась в различных отделах ободочной кишки и у 192 (43,4%) пациентов опухоль располагалась в прямой кишке. Из 442 больных у 380 (85,9%) выявлена аденокарцинома различной степени дифференцировки, у 29 (6,6%) – недифференцированный рак, у 25 (5,7%) – муцинозная аденокарцинома, у 8 (1,8%) – перстневидно-клеточный рак. У 192 (43,4%) больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью, имелись регионарные или отдаленные метастазы или имело место распространение опухоли на соседние органы.

Всем поступившим больным помимо общеклинических методов исследования, использовали обзорную рентгенографию брюшной полости, УЗИ, пальцевое исследование, колоноскопию (ректороманоскопию) или ирригографию. Компьютерную томографию выполнили 37 больным.

Обзорная рентгенография брюшной полости выполнялась не только для диагностики непроходимости, но и для прогнозирования исхода декомпрессионной терапии.

В клиническом течении острого обтурационного нарушения проходимости толстой кишки на фоне декомпрессионной терапии выделяем 4 стадии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

I стадия нарушения проходимости толстой кишки выявлена у 136 (30,8%) больных, II – у 160 (36,2%), III – у 99 (22,4%) и IV – у 47 (10,6%) пациентов.

При I стадии при любой локализации опухоли оперативные вмешательства выполнялись через 7-10 дней после разрешения непроходимости и проведения необходимой предоперационной подготовки с формированием первичного анастомоза. В том числе, у 6 пациентов – лапараскопический. При 2-3 стадиях на первом этапе выполнялась попытка реканализации ракового канала, в случае успеха тактика была аналогична I стадии. В случае неудачи в течение 24 часов при 2 стадии и 12 часов при 3 стадии выполнялось оперативное вмешательство. При локализации опухоли в правых отделах, невысоком анестезиологическом риске и не измененных петлях подвздошной кишки выполнялись первичные радикальные правосторонние гемиколэктомии с формированием анастомоза. При вовлечении в непроходимость тонкой кишки и невозможности интраоперационной ее подготовки, выполнялись правосторонние гемиколэктомии с наложением илео- и трансверзостом. У пациентов с тяжелым физическим состоянием на первом этапе выполнялись илеостомии из минидоступа, на втором – спустя 7-10 дней, производилась гемиколэктомия с наложением анастомоза. Илеостома через минидоступ на первом этапе накладывалась так же при раке поперечной ободочной кишки. Второй радикальный этап с наложением анастомоза выполнялся через 7-10 дней. При поражении левых отделов и прямой кишки выполнялись на первом этапе трансверзостомии или илеостомии из минидоступа. На втором этапе, как правило, спустя 7-10 дней после необходимой предоперационной подготовки, выполнялось радикальное вмешательство с формированием анастомоза и сохранением существующей стомы. В том числе, у 8 больных эти оперативные вмешательства были выполнены лапараскопически.

При необходимости проводилась предоперационная химиолучевая терапия (25 больных) или интраоперационная внутрибрюшная или внутритазовая химиотерапия (115 больных). Третий этап – закрытие стомы локальным доступом, чаще всего, проводился спустя 2-3 месяца.

У пациентов, у которых наряду с клиникой непроходимости имелись признаки перитонита (4 стадия) в экстренном порядке выполнялись первичные резекции с формированием стом.

в том числе, по разработанному в клинике способу. Различные послеоперационные осложнения выявлены у 80 (18,1%) больных, послеоперационная летальность составила 5,0% (22 больных).

ВЫВОДЫ

Предложенная классификация обтурационного нарушения проходимости толстой кишки и лечебно-диагностический алгоритм позволяют четко определить длительность предоперационной подготовки, объем и вид оперативного вмешательства, а так же снизить количество послеоперационных осложнений, летальных исходов и создать условия для проведения комбинированных и комплексных методов лечения. Внедрение трехэтапных оперативных вмешательств с укороченным межоперационным периодом позволяет отказаться от операции по типу Гартмана и избежать тяжелых реконструктивно-восстановительных этапов.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Тур Г.Е., Тур А.Г., Ролевич И.И.

Минский городской клинический онкологический диспансер, г. Минск, Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ

Печень является одной из наиболее частых локализаций отдаленных метастазов у пациентов с колоректальным раком. На момент установления диагноза у 20% пациентов выявляют метастазы в печень. Для лечения этой категории пациентов применяются различные методы, в т. ч., хирургический.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить непосредственные результаты резекции печени по поводу множественных метастазов колоректального рака.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 87 пациентов, которым за период с 1 января 2002 по 31 декабря 2011 года в Минском городском клиническом онкологическом диспансере было проведено хирургическое лечение по поводу колоректального рака с метастазами в печень.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди пациентов было 49 женщин и 38 мужчин (1,3:1). Средний возраст пациентов составил $60,3 \pm 10,2$ (37-78) лет. Первичная опухоль локализовалась в правом фланге ободочной кишки у 16 (18,4%) пациентов, в левом фланге – у 4 (4,6%), в сигмовидной кишке – у 26 (29,9%), в области ректо-сигмоидного соединения – у 16 (18,4%), и у 25 (28,7%) пациентов – рак прямой кишки. Средний максимальный размер первичной опухоли составил $7,6 \pm 2,4$ (3-15) см. Метастазы в лимфоузлы были верифицированы у 58 пациентов (66,7%). Метастазы в левой доле печени были выявлены у 13 (14,9%) пациентов, в правой доле – у 27 (31%), и в обеих долях – у 48 (55,1%) больных. Средний максимальный размер метастатических опухолей печени составил $3,7 \pm 5,2$ (0,5-9) см. Количество метастазов в печень варьировало от 2 до 12. Резекция печени была произведена синхронно с операцией по поводу первичной опухоли у 60 (68,9%) пациентов, метакронно – у 27 (31,1%). Два метастаза были резецированы у 44 (50,6%), 3 метастатические опухоли – у 21 (24,1%), и более 3 – у 22 (25,9%) пациентов. Атипичная резекция («метастазэктомия») была произведена у 48 (55,2%) пациентов, сегментарная резекция – 33 (37,9%) пациентам, и гемигепатэктомия – 6 (6,9%) пациентам. С целью абластики, во время резекции печени соблюдался принцип «радикальности», при котором стремились отступить не менее 2 см от макроскопически определяемых границ опухоли, однако, справедливости ради следует отметить, что это не всегда представлялось возможным. При синхронных операциях производилась срединная лапаротомия, а при метакронных резекциях печени – лапаротомия по Кохеру. Гемиколонэктомия справа синхронно была выполнена 14 пациентам, гемиколонэктомия слева троим. Резекция сигмовидной кишки синхронно с резекцией печени выполнена 19 пациентам, передняя резекция прямой кишки – 15, операция Гартмана – 4, экстирпация прямой кишки – 3, задняя тазовая экзентерация – 1, и реконструктивно-восстановительная операция – 1, пациентам, соответственно. Гемотранфузия потребовалась во время 39 (44,8%) операций, причем, при атипичных резекциях – только у 17,1% пациентов. Послеоперационные осложнения возникли у 12 (13,8%) пациентов. Печеночная недостаточность была выяв-

лена у 2,3%, гидроторакс – у 3,4%, гематома в зоне резекции печени – у 5,7%, несостоятельность кишечного анастомоза после синхронных операций – у 3,4%, воспаление раны – 6,9%, нарушение мозгового кровообращения – у 1,2% пациентов, соответственно. Послеоперационная летальность составила 2,3%.

ВЫВОДЫ

1. Резекция печени по поводу множественных метастазов колоректального рака не приводила к существенному повышению показателей послеоперационных осложнений и летальности.
2. Наличие множественных метастазов не является противопоказанием для хирургического лечения, в том числе, синхронно с удалением первичной опухоли.

ГАЛАВИТ И МЕКСИДОЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Фаустов Л.А., Набатова О.С., Павленко С.Г., Сычева Н.Л.

НОЧУ ВПО «Кубанский медицинский институт» Минобразования и науки РФ, г. Краснодар

На сегодняшний день единственным методом, позволяющим надеяться на радикальное излечение колоректального рака (КРР), остается хирургический. Однако после чисто хирургического лечения 5-летняя выживаемость не превышает 60%. В связи с этим, разработка и внедрение в клиническую практику новых эффективных методов химиотерапии, дополняющих хирургическое удаление злокачественных опухолей, представляется целесообразным. Руководствуясь этими соображениями, нами был разработан способ проведения лимфотропной химиотерапии (ЛХТ) путем лимфотропного введения химиопрепаратов (патент РФ за изобретение №2290184, 2005 г.). Ранее было показано (Ивановский С.О., 2009), что 5-дневный курс ЛХТ 5-фторурацилом и лейковорином вызывал регрессию опухоли в 57,9% (у 44 пациентов из 76); приводил к уменьшению симптоматики КРР в 84,6% (в 55 из 65 наблюдений). Вместе с тем отмечались общие токсические реакции у 15% больных, среди них миелосупрессия разной степени выраженности. Местные осложнения ЛХТ были отмечены у 50% больных.

Морфологическое исследование операционного материала больных КРР позволило охарактеризовать лекарственный патоморфоз в связи с проведением ЛХТ. Полученные результаты полностью подтвердили клинически установленный факт регрессии КРР под воздействием 5-ФУ и ЛВ. Морфологически установлена гибель разрастаний раковой ткани примерно на 1/5 территории, занятой опухолевой паренхимой. Ликвидируется отек перитуморозных тканей и другие проявления инвазивного опухолевого роста. Активизируется рост соединительной ткани, замещающей погибшие опухолевые структуры и инкапсулирующей сохранившие жизнеспособность участки опухолевой ткани. Отмеченный патоморфоз соответствует II ст. по Лавниковой Г.А. (1979) и Лушникову Е.Ф. (1993). Кроме того, при изучении лекарственного патоморфоза мы получили данные о появлении среди сохранивших жизнеспособность опухолевых структур новых гистологических вариантов аденогенного рака с возросшей злокачественностью (ранее описанный Nowell P.C. (1976) феномен клональной эволюции опухоли под воздействием химиотерапевтического лечения). Для устранения нежелательных сдвигов в иммунологическом (иммуносупрессия!) и биохимическом статусе организма больных КРР из-за токсических влияний из опухоли и воздействия избытка свободных кислородных радикалов нами 50 больным с местнораспространенным КРР был применен галавит и мексидол. При этом происходила нормализация показателей иммунологического статуса больных КРР, а также устранялся токсический эффект избытка свободных кислородных радикалов.

При дополнительном введении галавита и мексидола отмечен идентичный характер альтеративных изменений в опухолевой ткани (цитопатический эффект химиотерапии). Различия касались лишь изменений, обусловленных специфическими эффектами галавита как иммунокорректора и воздействием мексидола как ангиопротектора. Иммунокорректор галавит обусловил интенсивную диффузную лимфоцитарную инфильтрацию как молодой, так и созревающей грануляционной, а также зрелой волокнистой соединительной ткани, замещившей погибшие опухолевые структуры. Мексидол, за счет своего ангиопротекторного действия, активировал ангиоген-

нез, что привело к выраженной васкуляризации соединительнотканых структур. Спустя 2 недели после ЛХТ все больные были радикально прооперированы, и поэтому установить значение отмеченных эффектов галавита и мексидола для дальнейшего роста опухоли не представляется возможным, так как жизнедеятельность опухоли прекращается в удаленном операционном препарате.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Хитарьян А.Г., Праздников Э.Н., Глумов Е.Э., Провоторов М.Е., Мурычев А.С.

Кафедра общей хирургии РостГМУ, НУЗ «ДКБ на ст. Ростов-главный», г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Рак ободочной кишки остается одним из самых распространенных онкологических заболеваний и имеет неуклонную тенденцию к росту. Поздняя диагностика заболевания создает необходимость хирургического лечения его осложненных форм и способствует росту числа комбинированных вмешательств, которые по классификации ГНЦК предусматривают удаление или резекцию органов, вовлеченных в опухолевый процесс. Имеются так же сообщения о возможности использования лапароскопической техники для выполнения такого рода операций. Понятны аргументы и контраргументы для планирования комбинированных вмешательств на ободочной кишке. К первым относится желание уменьшить травматичность операции, кровопотерю, оптимизировать состояние противоопухолевого иммунитета в послеоперационном периоде, ко вторым можно отнести потерю тактильной чувствительности и др.

ЦЕЛЬ

Показать возможность лапароскопической техники при операциях на ободочной кишке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы располагаем опытом лапароскопических комбинированных операций при местнораспространенном раке ободочной кишки у 12 пациентов в возрасте от 58 до 76 лет. До операции все пациенты были стандартно обследованы с верификацией диагноза: аденокарцинома ободочной кишки T4NxM0-1. У 3-x пациентов были опухоли правой половины, у 9 – левой половины ободочной кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 3 случаях имело место прорастание опухоли в тонкий кишечник, в 2 – в тазовую брюшину, в 1 – в правый гипогастриальный нерв, в 1 – в левый мочеточник, в 2 – в желудочно-ободочную связку, в 6 – в переднюю брюшную стенку, в 1 – в матку и левые придатки, в 1 случае – в хвост поджелудочной железы. Конверсий было 2.

Продолжительность операций, законченных лапароскопически, не превышала 200 минут, кровопотеря составляла не более 250 мл. интраоперационных повреждений не было, серьезных осложнений, потребовавших повторных вмешательств в послеоперационном периоде, не отмечалось.

ВЫВОДЫ

Соблюдение онкологических принципов, тщательный отбор больных, низкий порог конверсий, делает в ряде случаев, лапароскопическую технику методом выбора при комбинированных операциях по поводу рака ободочной кишки.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Хоронько Ю.В., Шитиков И.В., Дмитриев А.В.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Городская больница № 20, отделение лучевых методов диагностики и интраскопии, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы эндоскопические методы лечения приобретают все большее распространение. Среди таких вмешательств далеко не последнее место занимает эндоскопическое удаление доброкачественных новообразований толстой кишки. Будучи миниинвазивной хирургической методикой,

эндоскопическое вмешательство позволяет не только в ряде случаев заменить традиционные трансабдоминальные хирургические операции, но и добиться стойкого положительного и безрецидивного результата с незначительным количеством осложнений.

ЦЕЛЬ

Оценка эффективности эндоскопического удаления доброкачественных новообразований ободочной и прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На стационарном лечении в МБУЗ «Городская больница № 20» города Ростова-на-Дону находились 78 пациентов с доброкачественными опухолями толстой кишки. Всем пациентам выполнено эндоскопическое удаление новообразований. Период наблюдения – с 2011 по 2014 гг. В исследуемой группе было 32 (41%) мужчин и 46 (59%) женщин в возрасте от 10 до 82 лет (45,2±5,4). Размеры опухоли были более 30 мм в диаметре. Максимальный размер составлял 65 мм. Всем больным в предоперационном этапе выполнялась диагностическая видеокколоноскопия с мультифокальной биопсией. Во всех случаях был установлен доброкачественный характер роста опухоли. Операцию выполняли колоноскопами Olympus 180-й серии (Япония), инъекторами и диатермическими петлями фирмы Olympus (Япония) и Endo-Flex (Германия), электрохирургическим блоком ЭХВЧ 350 (Россия). Подготовка пациентов проводилась препаратом натрия гидрофосфатадекагидрат/натрия дигидрофосфатадигидрат по стандартной методике или очистительными клизмами. Удаленный макропрепарат подвергался гистологическому и цитологическому исследованию. Ни в одном случае не выявлен злокачественный процесс. Всем больным в послеоперационном периоде назначался постельный режим, анальгетическая и гемостатическая терапия. С целью контроля зоны оперативного вмешательства проводились плановые эндоскопические обследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

За анализируемый период было выполнено 28 (35,9%) манипуляций в прямой кишке, 33 (42,3%) – в сигмовидной кишке и 17 (21,8%) – в остальных отделах толстой кишки. Все образования были удалены фрагментарно. У 11 (14,1%) пациентов были зарегистрированы осложнения в виде кровотечений с последующим эндоскопическим гемостазом (клипирование). В 4 случаях (5,1%) данное осложнение привело к приостановке дальнейшей манипуляции и, как следствие, к двухэтапному удалению образования. У 3 (3,8%) пациентов наблюдались рецидив новообразования в сроки от 3 месяцев до 1 года, в связи с чем, было произведено повторное эндоскопическое удаление. Считаем, что рецидив новообразований связан либо с широкой ножкой, либо с такой формой опухоли, которая представляла значительные технические сложности при оперативном вмешательстве. Динамическое наблюдение проводилось через 1, 3, 6 и 12 месяцев, 2-й год – каждые 6 месяцев, а в дальнейшем – 1 раз в год. Прицельная биопсия по своей точности и информативности получаемого материала значительно уступает тотальной биопсии в определении истинного морфологического строения полипов. Тем не менее, мы считаем целесообразным выполнение ее во всех случаях, так как она позволяет судить о строении полипов в целом, что имеет большое значение для определения лечебной тактики. Морфологические формы опухолей были представлены тубулярными, ворсинчатыми, тубуловорсинчатыми аденомами.

ВЫВОДЫ

Электрохирургическая полипэктомия при видеокколоноскопии является эффективным методом диагностики и лечения доброкачественных новообразований толстой кишки. Активное диспансерное наблюдение за пациентами, позволяет выявлять рецидивы на самых ранних стадиях развития.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Черкасов М.Ф., Groшили В.С., Помазков А.А., Перескоков С.В., Дмитриев А.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Колоректальный рак занимает 4 место в структуре онкологической заболеваемости и 2 место среди причин онкологической смертности в мире. Средняя продолжительность жизни

пациентов без специфического лечения составляет 2-6 месяцев. 5-летняя выживаемость после радикального хирургического вмешательства составляет около 60%. Только у 5-25% лиц удается выполнить радикальную операцию. Несмотря на значительный опыт в лечении данной патологии, многие вопросы, касающиеся выбора тактики лечения метастатического поражения печени, остаются дискуссионными.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить тактику лечения метастатического поражения печени при колоректальном раке.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В хирургической клинике РостГМУ с 2009 по 2014 гг. на стационарном лечении находились 276 больных колоректальным раком. У 110 (39,8%) пациентов диагностировано метастатическое поражение печени. Средний возраст составил 60,4±8,2 года (51-77), мужчин – 63, женщин – 47. Наличие метастазов в печени подтверждалось результатами ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) с ангиографией, магнитно-резонансной томографии (МРТ). Билобарные метастазы диагностированы у 63 (57,2%) пациентов, причем отмечено поражение более 50% паренхимы печени. Данным пациентам ввиду нерезектабельности процесса выполнены циторедуктивные операции с дальнейшим проведением курсов адъювантной химиотерапии. Первичный опухолевый субстрат располагался у 49 пациентов в прямой кишке, у 35 – в сигмовидной, а еще у 26 – в других отделах ободочной кишки. Во всех случаях выявлена аденокарцинома различной степени дифференцировки. 15 пациентам выполнены simultaneous операции: девятнадцать проведена изолированная радиочастотная термоабляция (РЧА) метастазов, четверть – резекции печени, и еще двоим – клиновидная резекция печени с локальной деструкцией оставшихся узлов. Диаметр опухоли составил от 1,1 см до 5,9 см (средний – 3,1±1,2 см). РЧА выполнялась с УЗ-сопровождением. Остальным пациентам (22 человека, 20%) с нерезектабельными опухолевыми поражениями печени и близостью их расположения к крупным протоковым и сосудистым структурам, мультифокальным метастатическим процессом в пределах, преимущественно, правой доли проводились сеансы селективной трансартериальной химиоэмболизации (ТАСЕ) сосудистого русла опухоли. В данной группе пациентов диаметр опухолевых узлов составлял от 7,8 до 13,4 см (в среднем, 11,1±2,1 см). В послеоперационном периоде проводились плановые контрольные осмотры с целью выявления рецидива основного заболевания и метастатического поражения печени.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Осложнения после вмешательства на печени по поводу метастазов колоректального рака выявлены в ряде случаев. У одной больной отмечен летальный исход, вследствие несостоятельности толсто-толстокишечного анастомоза после низкой резекции прямой кишки с последующим развитием разлитого калового перитонита и тяжелого абдоминального сепсиса. Показанием к выполнению РЧА являлось наличие четырех и менее метастазов диаметром до 3 см. Общее количество узлов, подвергнутых аппликациям РЧ-электродом, составило 23. У всех больных в постабляционном периоде мы наблюдали двух- трехкратное повышение уровня трансаминаз и незначительное повышение общего билирубина (до 45,6 мкмоль/л). Данные изменения были транзиторными. У одной больной при контрольном осмотре через 3 месяца выявлена локальная опухолевая прогрессия, в связи с чем выполнен повторный сеанс РЧА лапаротомным доступом. В группе пациентов с резекциями печени специфических осложнений не отмечено. Объем резекции был от атипичной резекции до гемигепатэктомии. С целью снижения интраоперационной кровопотери мы применяли технику для диссекции паренхимы печени: CUSA, RITA 1500x (HABIV). Средняя кровопотеря у данных больных составила 753,9±34,5 мл. При годичном наблюдении рецидивов не выявлено. В наших наблюдениях 3-х летняя выживаемость этих больных составила 3,5%, при медиане в 14 месяцев. У остальных пациентов в сроки наблюдения до 12 месяцев выживаемость составила 100%.

ВЫВОДЫ

1. Резекция печени по поводу метастатического поражения является потенциально радикальным методом лечения.
2. Применение РЧА является обоснованным методом лечения при размерах метастазов не более 3 см и в количестве не более 4.
3. ТАСЕ необходимо применять, как второй этап лечения пациентов после устранения первичного очага в том случае, когда выполнение резекции печени, либо использование РЧА

противопоказано.

4. При билобарном и мультифокальном поражении печеночной ткани обоснованным способом лечения является лишь проведение адъювантной химиотерапии.

РУЧНОЙ КОЛОАНАЛЬНЫЙ ИЛИ АППАРАТНЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ? СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Черниковский И.Л., Алиев И.И., Кочнев В.В., Комяк К.Н.

Клинический Научно-практический Центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический), г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Высокая заболеваемость раком прямой кишки, более чем у 35% больных локализуясь в нижнеампулярном отделе, высокая частота рецидивов, а также снижение качества жизни пациентов, перенесших соответствующее оперативное пособие, требуют все новых усилий в совершенствовании хирургических методов лечения указанной патологии. При локализации опухоли в нижнеампулярном отделе прямой кишки показания к ультразвуковой передней резекции (УНПРПК) и к интрасфинктерной резекции прямой кишки (ИСРПК) совпадают.

ЦЕЛЬ

Сравнение указанных лапароскопических хирургических методик.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представлены результаты хирургического лечения 42 больных, прооперированных в КНпЦСВМП(о) с 03.2014 по 01.2015. Критериями включения считали локализацию нижнего края аденокарциномы с T1-T3N0-TM0 на 2-5 см от зубчатой линии и отсутствие признаков инвазии в сфинктер и леваторы. 32 пациента получили неадъювантную химиолучевую терапию по показаниям. I группу составили 24 пациента, перенесшие лапароскопическую УНПРПК, в группу II вошли 18 больных, которым была произведена лапароскопическая ИСРПК. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, ИМТ, шкалам ASA и CR-POSSUM.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность вмешательства в группах достоверно не отличалась: 206±46 мин. против 216±24 мин. (p=0,72). По средней кровопотере, различия также были не достоверны: 85 мл против 113 мл (p=0,93). Во всех случаях циркулярный и дистальный края резекции были интактны. У 18 (75%) больных I группы и у 14 (77,7%) пациентов II группы качество ТМЭ было оценено как grade 3 (p=0,83). Осложнения после УНПРПК (20,8%) не потребовали хирургической коррекции. Зафиксировано 3 (12,5%) несостоятельности, 1 (4,2%) стриктура анастомоза и 1 (4,2%) задержка мочи. Частота послеоперационных осложнений в II группе составила 22,2%. Некроз низведенной кишки у 1 (5,6%) больной и несостоятельность колоанального анастомоза в одном случае (5,6%) потребовали повторной операции. Стриктура анастомоза зафиксирована у 2 (11,1%) пациентов, им выполнили бужирование анастомоза. Среднее значение функции анального недержания через месяц после операции по шкале Векснера оказалось достоверно выше во II группе и составило 9,3 против 6,2 в I группе больных. УНПРПК потребовала расходных материалов, в среднем, на 45 тыс. рублей больше, чем ИСРПК.

ВЫВОДЫ

По продолжительности хирургического вмешательства, объему интраоперационной кровопотери, качеству мезоректумэктомии обе хирургические методики сопоставимы. Частота осложнений также достоверно не отличалась, однако в группе больных, которым выполнялась ИСРПК, дважды потребовалась релапаротомия, что составило 11,1%. Возможно, такой высокий показатель связан с этапом освоения методики интрасфинктерной резекции, и в дальнейшем можно ожидать его снижения. Функционально УНПРПК с резервуаром является более предпочтительной, но значительно более дорогой. Использование методики резервуарного колоанального анастомоза и сохранение порции внутреннего сфинктера при выполнении ИСРПК дает результаты, сравнимые с УНПРПК.

РЕЗУЛЬТАТЫ 202 СЛУЧАЕВ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОМИКРОХИРУРГИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА

Чернышов С.В., Майновская О.А., Рыбаков Е.Г.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» МЗ РФ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В современной онкопроктологии наряду с достижением хороших онкологических результатов актуальным является сохранение качества жизни пациентов. Приоритетным направлением органосохраняющего лечения опухолей прямой кишки является применение трансанальной эндомикрoхирургии (ТЭМ/ТЭО). Данное исследование представляет опыт ТЭО в ГНЦ Колопроктологии.

МЕТОДЫ

В исследование были включены пациенты с гистологически подтвержденными аденомами, аденокарциномами, а также неэпителиальными новообразованиями прямой кишки. Предоперационное обследование включало: пальцевое исследование прямой кишки, ректоскопию с биопсией, колоноскопию, ЭРУЗИ, КТ (МРТ) брюшной полости и малого таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С сентября 2011 г. по февраль 2015 г. ТЭО выполнены 202 пациентам (130/202 (64,3%) – женщины), средний возраст $\pm 62,4 \pm 10,3$ (33–86) лет. Средний размер опухоли составил $3,2 \pm 1,4$ см (0,6–8,0). Среднее расстояние от нижнего полюса опухоли до анального канала и зубчатой линии составило $7,1 \pm 2,4$ (2,5–14,0) см и $4,6 \pm 2,6$ (0,5–12,0) см, соответственно. В большинстве наблюдений опухоли располагались в среднеампулярном отделе прямой кишки 128/202 (63,3%). По результатам биопсии в предоперационном периоде аденома выявлена у 156/202 (77,2%) больных, аденокарцинома – у 39/202 (19,3%), карциноид – у 7/202 (3,5%) больных. Медиана времени операции составила 40 (20–180) мин. Крайя резекции, свободные от опухоли были получены во всех операционных препаратах. В двух наблюдениях (1,0%) отмечена фрагментация опухоли. В 4 (2,0%) случаях образования удалены в пределах мышечного слоя стенки кишки, в остальных – выполнено полностенное удаление опухоли. Послеоперационные осложнения составили 7/202 (3,5%). При патоморфологическом исследовании удаленных препаратов выявлено: аденома у 109/202 (54,0%) больных, аденокарцинома в стадиях Tis, T1, T2 и T3 – в 86/202 (42,5%) случаях, карциноид – 6/202 (3%), неврилеммома – 1/202 (0,5%). Медиана наблюдения больных составила 20 (1–41) мес. Местный рецидив опухоли выявлен у 3/202 (1,5%) больных с аденокарциномой в аденоме и у 1/202 (0,5%) пациентки с аденомой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трансанальная эндомикрoхирургия является безопасным органосохраняющим методом в лечении новообразований прямой кишки, имеющим низкую частоту местных рецидивов. Вместе с тем, необходимость стадирования опухолей является основной составляющей в выборе тактики лечения.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАЗАМИ В ЛЕГКИЕ

Шакиров Р.К., Гатауллин И.Г., Халиков М.М., Тойчужев З.М.
ГБОУ ДПО КГМА, ГАУЗ «РКОД МЗ РТ», г. Казань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Проблема лечения пациентов с метастазами в легких, несомненно, актуальна. Однако, остаются нерешенными такие вопросы, как выбор оптимальной лечебной тактики при единичных и множественных метастазах и место хирургического метода в комбинированном их лечении. Разработка новых методик удаления метастатических образований, позволяющих снизить число послеоперационных осложнений и улучшить качество жизни оперируемых больных. Изолированное метастазирование КРР в легкие, встречается от 6,5 до 30% наблюдений, это подтверждает исследование Willis R.A. в 2007 году. По данным Tristan D. с соавт. (2007), более чем у 20% пациентов, перенесших радикальное лечение по поводу КРР, в последующем диагностируются метастатические образования в легких.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов комбинированного лечения больных

с отдаленными метастазами колоректального рака в легкие.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для работы послужил анализ результатов обследования и лечения 86 пациентов с метастазами КРР в легкие, находившихся на лечении в Клиническом онкологическом диспансере с 2007 года по 2014 годы. Пациенты с метастазами КРР в легкие были разделены на две группы: с синхронными метастазами (n=42) и пациенты с метастазами колоректального рака в легкие (n=45).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В нашем исследовании выполнялись, в основном, атипические резекции легких. При синхронном единичном поражении легких операция выполнялась двухэтапно: сначала хирургическое вмешательство на кишке, затем, через определенный промежуток времени, на легких. При наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах, при метастазном поражении легких, после операции на кишке при отсутствии противопоказаний, проводилась химиотерапия. После хирургического вмешательства использовались три схемы химиотерапии: схема Мейо, FOLFOX и FOLFIRI. При наличии противопоказаний к проведению химиотерапии в виде выраженной сопутствующей патологии или низких функциональных данных, пациент отправлялся на симптоматическое лечение по месту жительства.

ВЫВОДЫ

Общая выживаемость пролеченных больных КРР с метастазами в легких зависит от:

- а) Количества метастазов в легких. Медиана выживаемости больных КРР с единичными метастазами в легкие составила 75,5 мес., с множественными метастазами в легкие – 18,5 мес., $p < 0,05$.
- б) От этапности появления метастазов в легких. Медиана выживаемости при метастазах единичных метастазах – 115,5 мес., при синхронных единичных – 49,5 мес., $p = 0,041$. Медиана выживаемости при множественных метастазах КРР в легких составила 50 мес., при множественных синхронных – 32,5 мес., $p = 0,041$.
- в) От вида проведенного лечения. Медиана выживаемости больных КРР с единичными метастазами в легких, после хирургического вмешательства на легких составила: при синхронных метастазах с последующей химиотерапией – 70,5 мес., без последующей химиотерапии – 42 мес., $p = 0,046$; при метастазах с последующей химиотерапией – 96 мес., без химиотерапии – 64 мес., $p = 0,033$. Медиана выживаемости больных КРР с множественными метастазами в легких, после хирургического вмешательства на кишке составила: при синхронных метастазах с последующей химиотерапией – 32,5 мес., без химиотерапии – 16 мес., $p = 0,042$; при метастазах с последующей химиотерапией – 46 мес., без химиотерапии – 13 мес., $p = 0,035$.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАЗАМИ В ЯИЧНИКИ

Шакиров Р.К., Гатауллин И.Г., Халиков М.М., Тойчужев З.М.
ГБОУ ДПО КГМА, ГАУЗ «РКОД МЗ РТ», г. Казань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Метастазы в яичники возникают в 6 – 28% всех случаев КРР. Обнаружение метастазов в яичниках нередко предшествует выявлению источника метастазирования. Анализ целого ряда современных исследований метастазов КРР в яичники свидетельствует о необходимости систематического гинекологического обследования малого таза у всех пациентов, больных КРР. Во всех случаях метастазов в малый таз необходимо хирургическое удаление опухоли с последующей химиотерапией (Ktulik M., 2001). Прогноз жизни зависит от степени распространенности абдоминальных и экстраабдоминальных метастазов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов комбинированного лечения больных с отдаленными метастазами колоректального рака в яичники.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для работы послужил анализ результатов обследования и лечения 79 пациентов с метастазами КРР в яичники, находившихся на лечении в Клиническом онкологическом диспансере с 2007 года по 2014 годы.

КРР 4 стадии с метастатическими образованиями в яичниках

был диагностирован у 47 пациентов. Из них у 20 (42,5%) пациентов диагностированы синхронные метастазы в яичниках, у 27 (57,5%) пациентов – синхронный диссеминированный процесс. Прогрессия заболевания после радикального удаления опухоли толстой кишки в виде изолированных метастазов в яичниках была выявлена у 32 пациентов, из них у 20 (62,5%) пациентов диагностированы метастазы в яичниках, у 12 (37,5%) пациентов – метастазы диссеминированного процесса. По поводу метастатического процесса проведено следующее лечение: химиотерапия в качестве единственного метода воздействия на метастатические очаги и комбинация двух методов – хирургического и химиотерапевтического.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общая выживаемость пролеченных больных КРП с метастазами в яичники зависит от:

а) От наличия или отсутствия диссеминированного процесса. Медиана выживаемости больных КРП с метастазами в яичники без диссеминации составила 38 мес., с метастазами в яичники с диссеминацией – 11 мес., $p < 0,05$.

б) От этапности появления метастазов в яичниках. Медиана выживаемости при метастазах в яичники без диссеминации – 39 мес., при синхронных метастазах в яичники без диссеминации – 31 мес., $p = 0,028$. Медиана выживаемости при метастазах КРП в яичники с диссеминацией составила 25,5 мес., при синхронных метастазах в яичники с диссеминацией – 7,5 мес., $p = 0,001$.

в) От вида проведенного лечения. Медиана выживаемости больных КРП с метастазами в яичниках без диссеминации, после хирургического вмешательства на яичниках составила: при синхронных метастазах с последующей химиотерапией – 55 мес., без последующей химиотерапии – 11 мес., $p = 0,039$; при метастазах с последующей химиотерапией – 38 мес., без химиотерапии – 25 мес., $p = 0,047$. Медиана выживаемости больных КРП с метастазами в яичники с диссеминацией процесса, после хирургического вмешательства на кишке составила: при синхронных метастазах с последующей химиотерапией – 9 мес., без химиотерапии – 3,5 мес., $p = 0,035$; при метастазах с последующей химиотерапией – 16 мес., без химиотерапии – 15 мес., $p = 0,007$.

ВЫВОДЫ

При наличии метастазов колоректального рака в яичниках, выявленных после удаления первичной опухоли, показано проведение хирургического вмешательства, при условии стабилизации метастатического процесса на фоне проводимой химиотерапии.

Среди больных КРП с множественными синхронными и метастатическими метастазами в яичники с диссеминированным процессом показано хирургическое вмешательство на первичном очаге в кишке с последующим обязательным проведением полихимиотерапии.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЕРЕДНИХ РЕЗЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Шевелилов В.В., Ахапкин Н.В., Полещиков А.М., Ермаков М.Н., Бобров Б.Г., Суровегин Е.С., Филон А.Ф.

ГБУЗ ЯО «Ярославская областная клиническая онкологическая больница», г. Ярославль, Россия

ЦЕЛЬ

Изучить непосредственные результаты выполнения передних резекций прямой кишки без формирования превентивных стом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2010 по 2014 годы включительно в клинике у 265 больных были выполнены передние резекции прямой кишки по поводу рака. Превентивные стомы у них не формировались. Стадия Т3-Т4 была у 192 (72,5%) больных, стадия Тis-Т2 – у 73 (27,5%) пациентов. Метастазы в регионарных лимфатических узлах были выявлены в 72 (27,2%) случаях, при этом N1 наблюдалась в 63 наблюдениях, а N2 – в 9 случаях. Отдаленные метастазы имелись у 22 (8,3%) больных. Средняя высота расположения опухоли составляла $13,2 \pm 2,5$ см. У 184 (69,4%) пациентов выполнены передние резекции прямой кишки, в 81 (30,6%) наблюдениях – низкие передние резекции прямой кишки. В 30 (11,3%) случаях были выполнены комбинированные вмешательства. У 36 (13,6%) пациентов сформирован степлерный колоректальный анастомоз, ручной анастомоз – у 229 (86,4%) больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения развились у 30 (11,3%) пациентов, общая летальность составила 7 (2,6%). Хирургические осложнения (несостоятельность анастомоза) были зарегистрированы в 21 (7,9%) наблюдениях, 7 (2,6%) из них потребовали повторных оперативных вмешательств: 2 – разобщения анастомоза, 5 – формирование стомы. 14 (5,3%) больных с несостоятельностью анастомоза лечились консервативно. В группе хирургических осложнений летальность составила 19,0% (умерло 4 больных). У 9 (3,4%) больных отмечались нехирургические осложнения (ТЭЛА, острый инфаркт миокарда). В 3 случаях наступил летальный исход.

ВЫВОДЫ

Выполнение передних резекций без формирования превентивных стом не ведет к ухудшению непосредственных результатов лечения больных раком прямой кишки.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРАВОСТОРОННИХ ГЕМИКОЛЕКТОМИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА С ПОМОЩЬЮ ОДНО- И МУЛЬТИПОРТОВЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНИК (ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И., Майновская О.А., Сушков О.И., Запольский А.Г.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В колоректальной хирургии, в основном, применяются три метода лапароскопических вмешательств: лапароскопически-ассистированные (ЛА), операции с ручной ассистенцией (РА), а также операции из единого лапароскопического доступа (ЕЛД). На настоящий момент нет исследований, посвященных сравнительной оценке ЛА операций и вмешательств из ЕЛД и не определено место операций из ЕЛД в оперативном лечении рака толстой кишки.

ЦЕЛЬ

Оценка непосредственных результатов правосторонних гемиколэктомий (ПГКЭ) у пациентов, оперированных по поводу рака правой половины ободочной кишки из ЕЛД и ЛА способом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С октября 2012 по январь 2015 гг. в проспективное сравнительное рандомизированное исследование включено 94 пациента. Больные первой группы оперированы ЛА способом ($n=48$), второй – из ЕЛД ($n=46$). Статистически достоверных различий по полу, возрасту, ИМТ между группами не было. Все операции выполнены хирургами, владеющими лапароскопическими технологиями. Данные представлены в виде $M \pm \sigma$, характер распределений показателей позволяет корректно использовать методы параметрической статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Длительность операции составила $178,2 \pm 36,9$ мин. в группе ЛА и $191,0 \pm 45,9$ мин. в группе ЕЛД ($p=0,15$). Длительность лапароскопического этапа составила $98,1 \pm 31,3$ мин. и $100,8 \pm 31,4$ мин. в 1-й и 2-й группах, соответственно ($p=0,69$). Длина разреза была меньше в группе ЕЛД и составила $4,7 \pm 1,1$ см, по сравнению с $7,2 \pm 1,9$ см в группе ЛА ($p < 0,0001$). Интраоперационных осложнений не было. У одной (2%) пациентки из 1-й группы была задержка мочеиспускания, потребовавшая проведения консервативных мероприятий. У одной (2,2%) пациентки из группы ЕЛД возник длительный парез ЖКТ, разрешившийся при помощи консервативных мероприятий и приведший к увеличению сроков госпитализации. Еще у одной (2,2%) пациентки 2-й группы скопление жидкости в животе, сочетавшееся с фебрильной гипертермией в течение 5 суток также потребовало проведения консервативных мероприятий и привело к увеличению длительности госпитализации. В группе ЕЛД в 1 (2,2%) наблюдении возникла несостоятельность анастомоза, потребовавшая релапаротомии и его разобщения. Интенсивность послеоперационных болей в области раны, сроки восстановления перистальтики и восстановления способности к самообслуживанию в группах достоверно не отличались ($p > 0,05$). Кровоточивость оказалась клинически незначимой во всех группах. Средний балл удобства выполнения хирургом операции по пятибалльной шкале был выше в 1-й группе и составил $4,6 \pm 0,4$ балла, по сравнению с $4,2 \pm 0,5$ балла во 2-й группе ($p=0,0002$). Послеоперационный

койко-день между группами существенно не отличался и составил $6,3 \pm 2,1$ дней в группе ЕЛД, по сравнению с $7,1 \pm 2,1$ дней в группе МЛА ($p=0,06$). Количество назначенных опиоидных ненаркотических анальгетиков между группами статистически значимо не различалось: медиана составила 0 доз в каждой из групп: 0-2 дозы – в 1-й группе и 0-12 доз – во 2-й группе ($p>0,05$).

В рамках исследования проведен анализ качества удаленных препаратов с целью оценки онкологической безопасности операций, выполненных из ЕЛД. Длина препарата составила $35,5 \pm 11,1$ см в 1-й группе, по сравнению с $33,8 \pm 6,8$ см – во 2-й группе, соответственно ($p=0,38$). Дистальная граница резекции была $12,6 \pm 5,4$ см в 1-й и $13,7 \pm 5,98$ см – во 2-й группе, соответственно ($p=0,35$). Проксимальная граница резекции составила $16,7 \pm 7,7$ см – в 1-й и $15,2 \pm 7,0$ см – во 2-й группе ($p=0,36$). Длина подвздошно-ободочного сосудистого пучка также не отличалась между группами и составила $11,2 \pm 1,7$ см в 1-й и $11,0 \pm 2,0$ см – во 2-й группе ($p=0,74$). Также не выявлено различий между группами по количеству удаленных лимфатических узлов. Медиана в группе ЛА составила 14 лимфатических узлов, и 16 – в группе ЕЛД ($p=0,44$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ результатов исследования показывает преимущество операций из ЕЛД только по длине кожного разреза при прочих равных. Таким образом, операции из ЕЛД обеспечивают косметический эффект, но являются менее удобными с точки зрения субъективной оценки хирургом по сравнению с традиционными мультипортовыми операциями. Проведенный анализ оценки патоморфологических критериев удаленных препаратов позволяет говорить о соблюдении онкологических принципов при выполнении лапароскопических операций по поводу рака правой половины толстой кишки, как ЛА, так и из ЕЛД, а соответственно об их онкологической безопасности.

ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ ПРОТОКОЛ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Лукашевич И.В.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Методики ведения пациентов по программам «быстрого пути» (fast track) и «быстрого восстановления» (enhanced recovery), применяющиеся в мире, по данным исследований, являются достаточно эффективными инструментами в аспекте быстрой реабилитации пациентов, оперированных на толстой кишке. В настоящее время в Российской Федерации опубликовано крайне мало исследований, посвященных оценке различных компонентов протокола и их влияния на скорость восстановления пациентов после хирургических вмешательств.

ЦЕЛЬ

Оценка непосредственных результатов применения оптимизированного протокола периоперационного ведения пациентов, оперированных по поводу различных заболеваний толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С марта 2013 по январь 2015 гг. в проспективное сравнительное рандомизированное исследование включено 114 пациентов. В первой группе ($n=60$) пациенты велись по предложенному оптимизированному протоколу, из них в подгруппе 1а пациенты ($n=29$), были оперированы лапароскопическим способом, в подгруппе 1б – открытым ($n=31$). Во второй группе ($n=54$) пациенты велись стандартно, в подгруппе 2а пациенты ($n=24$) оперированы лапароскопическим способом, в подгруппе 2б ($n=30$) операция выполнялась через лапаротомию. Статистически достоверных различий по полу, возрасту, ИМТ, классу по шкале ASA между группами не было. Основными элементами оптимизированного протокола являются максимально быстрая мобилизация пациента, раннее кормление в послеоперационном (п/о) периоде, отсутствие ограничений в приеме пищи и необходимости в механической подготовке толстой кишки перед операцией, ограничение продолжительности и объема инфузионной терапии после операции, ограничение показаний или отказ от постановки

дренажа в брюшную полость, медикаментозная профилактика послеоперационной тошноты и рвоты, адекватное и своевременное обезболивание.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний послеоперационный койко-день при сравнении подгрупп 1а и 2а составил $4,06 \pm 0,23$ и $7,17 \pm 0,51$, соответственно ($p<0,0001$). При сравнении подгрупп, в которых оперативным доступом была лапаротомия, также отмечено значительное уменьшение среднего значения у пациентов, пролеченных по оптимизированному протоколу: 1б – $5,0 \pm 0,1$; 2б – $12,4 \pm 2,12$ ($p<0,0001$). Длительность операций в подгруппе 1а была $205,17 \pm 9,7$ мин., в 1б – $162,9 \pm 6,39$ мин., в 2а – $204,78 \pm 11$ мин., в 2б – $198 \pm 19,6$ мин. Достоверных различий по длительности операции в подгруппах 1а–2а ($p=0,98$), подгруппах 1б – 2б ($p=0,27$) не выявлено. При сравнении уровня боли в п/о периоде по визуально-аналоговой шкале в баллах от 0 до 10 на пятые сутки в подгруппах 1а – 2а также отмечено уменьшение этого показателя у пациентов, оперированных лапароскопически с ведением по оптимизированному протоколу: $1,65 \pm 0,38$ и $2,82 \pm 0,29$, соответственно ($p=0,0082$). Также отмечается статистически достоверное снижение этого показателя в подгруппе оптимизированного протокола в сочетании с открытой операцией при сравнении его с подгруппой пациентов с лапаротомией и стандартным ведением: $2,0 \pm 0,3$ и $3,8 \pm 0,51$, соответственно ($p=0,0031$). Оценка самообслуживания по шкале Бартелла – 65 и выше баллов, у пациентов распределена следующим образом: в подгруппе 1а 100% пациентов имели соответствующие баллы на 4 п/о день, в подгруппе 2а – на 5 п/о день, в подгруппе 1б – также, как и в 1а подгруппе – на 4 п/о день, а в подгруппе 2б – 93,3% больных на 5 п/о день имели 65 баллов и выше. Послеоперационных осложнений в группе 1 не было. У одной (4,1%) больной из 2а подгруппы п/о течение осложнилось ТЭЛА мелких ветвей легочной, консервативные лечебные мероприятия были эффективны, пациентка в удовлетворительном состоянии выписана. У двух (13,3%) пациентов 2б подгруппы были осложнения в виде несостоятельности колоректального анастомоза, что потребовало выполнения релапаротомии, разобщения анастомоза и санации брюшной полости. Нагноение послеоперационной раны отмечено у одной (6,6%) больной в 2б подгруппе. Летальности во всех группах не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предварительные результаты исследования показывают преимущество применения оптимизированного протокола ведения пациента не только при выполнении лапароскопических, но и открытых вмешательств, о чем свидетельствует снижение послеоперационного койко-дня в группе оптимизированного протокола, снижение балла интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале на 5 послеоперационный день в группе оптимизированного протокола. Более быстрое восстановление, ассоциированное со снижением зависимости от окружающих, отраженное в показателе баллов по шкале Бартелла, также отмечено в группе оптимизированного протокола вне зависимости от оперативного доступа. Следует подчеркнуть, что в процессе исследования не было повторных госпитализаций ни в одной из подгрупп, пролеченных по оптимизированному протоколу. Для получения более объективных данных, а также для оценки влияния отдельных элементов предлагаемого протокола, необходимо дальнейшее накопление материала.

ЭПИТЕЛИАЛЬНО-МЕЗЕНХИМАЛЬНЫЙ ПЕРЕХОД КАК КРИТЕРИЙ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Поспехова Н.И., Цуканов А.С., Фролов С.А., Шубин В.П.
ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы наблюдается рост заболеваемости колоректальным раком (КРР), в том числе, и его распространенных форм. КРР, сперигонеальным карциноматозом (ПК), является наиболее неблагоприятной формой заболевания, где 5-летняя безрецидивная выживаемость пациентов при проведении комбинированного лечения в отдельных исследованиях достигает 20%. В то же время системная химиотерапия, проводимая с паллиативной целью, обеспечивает среднюю выжи-

ваемость на уровне 7-30 месяцев, а излечение вряд ли возможно. Учитывая тот факт, что некоторые больные демонстрируют отсутствие рецидива заболевания, это может являться следствием гетерогенности КРР. Инвазия опухолевых клеток во все слои кишечной стенки с последующей имплантацией по брюшине считается вероятным патогенетическим путем образования карциноматоза. Молекулярно-генетические механизмы развития ПК при КРР недостаточно изучены. Предполагается, что процесс эпителиально-мезенхимального перехода (ЭМП), приводящий к изменению фенотипа раковых клеток и приобретению ими инвазивных свойств, может лежать в основе развития ПК.

ЦЕЛЬЮ работы явилось изучение молекулярных характеристик и ЭМП в КРР, сперитонеальном карциноматозом и определение клинико-генетических ассоциаций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для исследования служили операционные образцы опухоли (Т), карциноматозного узла (КУ) и нормальной слизистой оболочки кишки, полученные от 26 больных КРР с ПК. Распространенность карциноматоза в брюшной полости оценивалась с учетом перитонеального ракового индекса (PCI). Прослеженность пациентов составила от 2 до 26 месяцев. Наличие ЭМП определяли на основе экспрессии 5 генов – ZEB1, ZEB2, CDH1, VIM, SNAI1 (5-gene signature). Уровень генной экспрессии анализировали методом ПЦР в реальном времени методом ΔΔCt. Мутации в генах KRAS/BRAF определены прямым секвенированием.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В целом, процесс ЭМП детектирован в 11 (42,3%) из 26 образцов первичной опухоли и в 22 (84,6%) из 26 образцов карциноматозных узлов. На основе ЭМП-статуса пациенты были разделены на 3 группы: 1-ая включала 10 случаев, в которых и опухоль и КУ были ЭМП-позитивны (Т+, КУ+), во вторую вошли 12 случаев, в которых фенотип опухоли и КУ отличались (11 случаев Т-, КУ+ и 1 случай Т+, КУ-), 3-ю группу составили 4 ЭМП-негативных образца (Т-, КУ-). Средние значения и диапазон PCI для этих групп составили –5,9 (1-18); 3,9 (2-12) и 2,8 (1-5), соответственно. Результаты общей выживаемости (ОВ): в 1 группе умерло 5 из 9 прослеженных больных, во 2 группе – двое из 7, в 3 группе умер один пациент из 4.

Суммарная частота KRAS/BRAF-мутаций в группах составила 80% (8/10), 67% (8/12) и 50% (2/4), соответственно. Причем 2 из 3 BRAF-мутаций определены в первой группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе ЭМП-статуса первичной опухоли и соответствующих карциноматозных узлов определены три прогностически различных группы больных КРР с ПК. Наиболее неблагоприятный прогноз предполагается для больных с ЭМП-позитивным статусом (Т+, КУ+), что подтверждается более высокими значениями PCI и снижением ОВ. Для этой группы характерно наличие соматической мутации, особенно BRAF, также являющейся фактором худшего прогноза. Группа с ЭМП-негативным статусом опухоли и КУ (Т-, КУ-) имеет наиболее благоприятный прогноз среди больных с ПК. Выявление процесса ЭМП в опухолевых образцах может стать подходом в оценке их агрессивности и метастатического потенциала.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ОБЛАСТНОМ ОНКОДИСПАНСЕРЕ

Шинкарев С.А., Латышев Ю.П., Ботов А.В., Клычева О.Н.

ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер», г. Липецк, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эффективность и безопасность малоинвазивных методик в колоректальной хирургии показана целым рядом РКИ, однако частота применения метода в различных лечебных учреждениях колеблется от 0 до 93%.

ЦЕЛЬ

Рассмотреть возможные организационные аспекты, ограничивающие распространение методики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Статистические данные популяционного канцеррегистра Липецкой области и результаты работы отделения онкопроктологии ГУЗ «ЛООД».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ранее помощь больным с КРР оказывалась в трех лечебных

учреждениях, процент выполнения операций лапароскопическим методом не превышал 3-8% в каждом из них. В 2013 г. в крупной городской многопрофильной больнице было закрыто отделение колопроктологии с переводом и организацией ЛООД отделения онкоколопроктологии. Это решение позволило сконцентрировать больных с КРР в стенах одного лечебного учреждения. Хорошее оснащение онкодиспансера, адекватное финансирование и наличие опытных лапароскопических хирургов позволило резко увеличить количество малоинвазивных операций.

За 13 месяцев работы в отделении онкоколопроктологии прооперировано 330 больных с колоректальным раком. Лапароскопические операции сделаны 74 (22,4%) больным. Из них при раке ободочной кишки 50 больным из 135 (35%); при раке прямой кишки – 24 больным из 195 (12,3%). Чаще всего производились правосторонняя гемиколэктомия – 30 больным из 63 (47,6%); резекция сигмовидной кишки – 13 больным из 22 (59%); брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки – 9 больным из 20 (45%). Передняя резекция прямой кишки выполнена 12 больным из 98 (12,2%). Больным с полным лучевым патоморфозом при нижнеампулярном раке выполнялась БАР прямой кишки с первичным колоанальным анастомозом и толстокишечным тазовым резервуаром. Мы считаем эту операцию альтернативой стратегии «жди и смотри». Из этих 4 больных двум сделана лапароскопическая резекция. Общая летальность составила 6 (1,8%) больных. В группе оперированных лапароскопическим способом летальность не зафиксирована. Повторные операции сделаны 8 (2,4%) пациентам. В группе больных с лапароскопическими вмешательствами реопераций не было. Послеоперационные осложнения зафиксированы у 65 (19,7%) больных, в группе лапароскопических операций – у 7 (9,5%) больных. Конверсии проведены 5 (6,3%) пациентам. Малый процент конверсий мы объясняем несколькими причинами: наличием в хирургов с опытом лапароскопических операций, симуляционного оборудования и отбором больных на начальном этапе.

ВЫВОДЫ

Для уверенного широкого применения малоинвазивных методов лечения в практическом здравоохранении, кроме желания отдельных хирургов, необходим ряд условий:

1. Хорошее оснащение стационара;
 2. Адекватное финансирование;
 3. Наличие хирургов, изначально владеющих лапароскопической техникой;
 4. Концентрация пациентов в стенах одного лечебного учреждения.
- Внедрение в жизнь государственной программы 3-х уровней здравоохранения и реализация нескольких целевых программ привело к серьезным структурным изменениям в системе оказания помощи больным КРР в Липецкой области и позволило сделать малоинвазивные операции воспроизводимыми для хирургов и доступными для пациентов.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ, ОСЛОЖНЕННОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Щаева С.Н., Соловьев В.И.

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

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить результаты радикальных операций при местно-распространенном колоректальном раке, осложненном обтурационной кишечной непроходимостью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены сведения о 339 больных с местно-распространенным раком толстой кишки, осложненным обтурационной кишечной непроходимостью, которые в период с 2001 по 2011 гг. были пролечены на территории Смоленска и Смоленской области и внесены в базу данных областного популяционного ракового регистра. Пациентам были выполнены радикальные хирургические вмешательства по поводу местно-распространенного колоректального рака. Средний возраст больных составил 61±1,2 года и колебался от 39 до 86 лет. Из числа всех оперированных женщин было 176 (51,9%), мужчин – 163 (48,3%). Диагноз устанавливался на основании обнаружения морфологически подтвержденной злокачественной опухоли толстой кишки. В качестве критерия исключения было

предоперационное или интраоперационное подтверждение отдаленных метастазов. В дооперационном периоде распространение опухоли на соседние органы и ткани было установлено в 21,6% наблюдений. Во время операции вращание злокачественного новообразования в ряд расположенные органы и ткани зафиксировано в 78,4% случаях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Были выполнены следующие радикальные хирургические вмешательства: правосторонняя гемиколэктомия – 82 (24,1%); резекция поперечно-ободочной кишки – 16 (4,8%); левосторонняя гемиколэктомия – 84 (24,9%); резекция сигмовидной кишки – 62 (18,2%); передняя резекция – 47 (13,9%); экстирпация прямой кишки – 48 (14,1%). Эти оперативные вмешательства комбинировали с удалением единым блоком вовлеченных в опухолевый процесс органов и тканей. Радикальность проведенных операций оценивалась на основании «чистоты» всех границ резекции в удаленном препарате. В 31,4% наблюдений (n=106) отмечалось наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах. При гистологическом исследовании наиболее распространенной формой злокачественного новообразования толстой кишки была аденокарцинома у 96,3% пациентов, слизистый рак – в 2,9% случаев, карциноидные опухоли – 0,8%.

Послеоперационные осложнения отмечены в 5,3% наблюдений и не были вызваны объемом и характером операции. В послеоперационном периоде отмечались нагноение послеоперационной раны – 12 (3,5%) случаях, пневмония – 8 (2,3%) и несостоятельность анастомоза – n=6 (1,8%). Летальность составила 1,1% (n=4) в раннем послеоперационном периоде, чем не отличалась от стандартных по объему операций. Основными причинами летальных исходов явились: тромбоэмболия основного ствола легочной артерии – 2, острая сердечная недостаточность – 1, полиорганная недостаточность у 1 больного.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В случае местно-распространенного рака толстой кишки, осложненного кишечной непроходимостью, показаны комбинированные операции с удалением единым блоком органов и тканей при состоянии пациента, позволяющего выполнить большое по объему хирургическое вмешательство. Летальность после комбинированных оперативных вмешательств достоверно не отличается от летальности при стандартных операциях.

СИНДРОМ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ И ЕГО ОЦЕНКА

Яновой В.В., Ходус С.В., Пустовит К.В.,
Аникин С.В., Симоненко А.А.

ГБОУ ВПО Амурская ГМА Минздрава России,
Амурский центр колопроктологии, г. Благовещенск, Россия

Адекватная оценка состояния больных перед операцией – залог успеха лечебного процесса. Наличие опухоли толстой кишки, перифокального воспаления, агрессивной флоры кишки осложняют течение заболевания, которое сопровождается синдромом эндогенной интоксикации (СЭИ). При отсутствии ее коррекции развиваются различные послеоперационные осложнения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выраженность интоксикационного синдрома у больных раком толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследован методом случайного отбора 51 пациент 60-65 лет, в основном, с распространенностью опухоли Т2-Т3. Учитывая различную функциональную значимость отделов толстой кишки, определены больные с преимущественной локализацией в левой ее половине (ободочная и прямая). На первый взгляд, при данной локализации опухоли, ее течение менее негативно воздействует на общее состояние пациентов, именно в силу анатомо-функциональных особенностей этого отдела кишки. Исключены лица, имеющие заболевания вне кишки, сопровождающиеся синдромом интоксикации. Для контроля, с целью определения средних величин клеточного состава крови, гематологических показателей интоксикации, обследовано 35 человек, не имеющих хронические заболевания, проходивших профилактические медицинские осмотры. Рассчитывались гематологические параметры интоксикации с помощью специально разработанной программы для ЭВМ «INTOXic» (свидетельство о государственной регистрации про-

грамм ЭВМ №2013616341). Использован гематологический анализатор «DREW D3» (Великобритания), анализ газового состава крови проводили на аппарате «RADIOMETER» AVL-995 Hb (Австрия). При этом показатели кислородного статуса изучали при поступлении в стационар, перед операцией и после экстубации трахеи. Дыхательные расстройства у пациентов оценивали путем анализа показателей кислородного статуса на этапе легочного газообмена (раО₂, раО₂/F_iO₂, раСО₂, D(A-a)/O₂, Q_s/Q_t, V/a), доставки кислорода к тканям (SaO₂, CaO₂, DO₂) и тканевой утилизации кислорода (ABP, VO₂, KYO₂).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявлено, что у больных с преимущественно левосторонней локализацией опухоли толстой кишки в предоперационном периоде имеются симптомы эндогенной интоксикации, соответствующие пСЭИ 1-2 степени, что подтверждается рядом показателей выраженности интоксикации. Это сопровождается дефицитом кислородной емкости крови, повышенными значениями потребления кислорода тканями, что является неблагоприятным фактором для течения послеоперационного периода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, большинство больных (52,9%) при раке левой половины толстой кишки в предоперационном периоде имеют симптомы ЭИ, соответствующие I и II степени СЭИ и ассоциирующих дыхательных расстройств, соответствующих ОДН I-II степени (по классификации Кассиль В.Л., 2004 г.).

ВЫВОДЫ

1. В результате проведенного корреляционного анализа выявлена статистически значимая связь параметров кислородного статуса и гематологических показателей интоксикации.
2. На основании полученных данных, нами разработан эксклюзивный метод предоперационной подготовки больных раком толстой кишки, осложнившимся СЭИ (патент №2526828 от 27.08.2014).

ГЛАВА 3. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАРЕКТУМ

Алешин Д.В., Ачкасов С.И., Фоменко О.Ю.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии
им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В случае хирургического лечения идиопатического мегаректума альтернативой проктэктомии или колпроктэктомии являются менее радикальные и травматичные вертикальная редукционная ректопластика (ВРР), описанная Williams N.S. с соавт. (2000) и продольная проктопластика, используемая в ГНЦК. В отличие от ВРР, при продольной проктопластике прямая кишка мобилизовалась по передней стенке до анального канала, а по задней и боковым стенкам – до среднеампулярного отдела с сохранением боковых связок. Затем, для уменьшения объема прямой кишки, она пересекалась на высоте 8-10 см от края анального канала, и из передней стенки культи прямой кишки иссекался треугольный лоскут с основанием на уровне резекции и вершиной на 2 см выше верхнего края анального канала. Далее полученный дефект стенки культи прямой кишки ушивался в продольном направлении и формировался циркулярный колоректальный анастомоз.

ЦЕЛЬ

Оценить результаты продольной проктопластики как метода хирургического лечения идиопатического мегаректума.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2006 по 2014 гг. оперировано 11 пациентов с идиопатическим мегаректумом. Средний возраст – 36,8 лет (от 20 до 65 лет), 6 мужчин. Запоры и затруднения при дефекации беспокоили 8 (72,7%) из 11 пациентов. При этом у 6 (54,6%) больных дефекация была возможна только после использования слабительных или клизм. Каломазанием страдали 4 (36,4%) пациента. Ширина прямой кишки (бариевая клизма) составила, в среднем, $11,4 \pm 2,2$ см (9-15 см). 1 пациент имел только мегаректум при нормальном размере ободочной кишки, 9 – мегаректум в сочетании с мегадолохосигмой и 1 – мегаректум и тотальный мегаколон. Общее время транзита у всех пациентов превышало 96 часов. В 9 наблюдениях – за счет дистальной задержки и замедления транзита по левым отделам ободочной кишки. У пациента с изолированным мегаректумом и еще 1 пациентки, имевшей сочетание мегаректум и мегадолохосигмы, транзит был замедлен по всей ободочной кишке. Максимально переносимый объем (MTV) был равен, в среднем, $806,7 \pm 363,1$ мл (340 – 1470 мл); среднее значение V_{MTV}/P_{MTV} составило $46,3 \pm 27,9$ мл/мм рт. ст.; рефлекторный сократительный ответ зарегистрирован только у одного пациента. Всем пациентам выполнена продольная проктопластика. У 8 из них ободочная кишка резецировалась в объеме левосторонней гемиколэктомии. У 3 больных (пациентке с тотальным мегаколом и двум пациентам с замедлением транзита по всей ободочной кишке) была выполнена субтотальная резекция с формированием асцендоректального анастомоза. Во всех случаях формировалась превентивная стома. У 9 пациентов в последующем стома была закрыта.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Смертности и осложнений в ближайшем послеоперационном периоде не было. В двух случаях были осложнения, манифестировавшие после закрытия стомы: недифференцированный язвенный проктит и ректовагинальный свищ (купированы консервативно). Субъективно 8 (88,9%) из 9 пациентов, которым стома была закрыта, отметили значительное улучшение и удовлетворение операций. Дефекация без помощи слабительных или клизм стала возможна у всех пациентов ($p < 0,05$). В 1 (11,1%) наблюдении отмечено сохранение запоров ($p < 0,05$), при этом интенсивность их уменьшилась. Каломазание продолжает беспокоить также 1 (11,1%) пациента ($p > 0,05$). MTV после операции варьировал от 170 до 490 мл воздуха, в среднем, $300,0 \pm 144,7$ мл ($p < 0,05$); среднее значение V_{MTV}/P_{MTV} составило $15,1 \pm 12,2$ мл/мм рт. ст. ($p < 0,05$); рефлекторный сократительный ответ зарегистрирован у всех пациентов. Ни у одного пациента после операции не выявлено нарушений функции органов мочеполовой сферы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Продольная проктопластика позволяет улучшить накопитель-

ную и эвакуаторную функцию прямой кишки и может быть использована в случае необходимости хирургического лечения идиопатического мегаректума.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Андреев А.Л., Морозов А.Б., Самойлов А.О., Чуйко С.Г.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ проблемы обусловлена тем, что в последнее время отмечается тенденция увеличения пациентов с дивертикулезом толстой кишки, осложненным абсцедированием, перфорацией и перитонитом. Кроме того, меняется тактика лечения этой категории пациентов.

В докладе представлены 22 пациента с осложненным дивертикулезом толстой кишки. Возраст пациентов колебался от 38 до 84 лет (2 – мужчин, 20 – женщин). У 15 пациентов дивертикулы локализовались изолированно в сигмовидной кишке, у 6 – в сигмовидной и нисходящей ободочной кишках, 1 – субтотальное поражение толстой кишки. Тактика лечения зависела от локализации, распространенности и осложнений дивертикулеза толстой кишки. В 6 случаях в связи разлитым перитонитом, абсцедированием, выраженными инфилтративными изменениями первым этапом выполнена лапаротомия, обструктивная резекция сигмовидной кишки по Гартману. Пяти стомированным пациентам, через 3-4 месяца после первой операции проведено лапароскопическое восстановление проходимости толстой кишки. В одном случае с субтотальным дивертикулезом толстой кишки от реконструктивной операции отказались по желанию пациентки. У 15 пациентов применено одно- или двухэтапное лапароскопическое лечение. Из них, в 8 наблюдениях после консервативной терапии, купирования острого периода заболевания и обследования выполнена лапароскопическая резекция сигмовидной кишки. Двум больным с серозным перитонитом вначале выполнена диагностическая лапароскопия с дренированием брюшной полости и консервативная терапия, а затем – лапароскопическая резекция сигмовидной кишки. У 5 пациентов первым этапом выполнили лапароскопическую обструктивную резекцию сигмовидной кишки по Гартману, вторым этапом – лапароскопическое восстановление непрерывности толстой кишки. Следует отметить, что если дивертикулы распространялись на нисходящую ободочную и прямую кишки (или ее культю), то при основном этапе лапароскопической операции дополнительно выполняли резекцию этих отделов. На традиционную операцию перешли трижды. У пациента при проведении экстренной операции на этапе диагностической лапароскопии выявлены выраженные инфилтративные изменения и разлитой каловый перитонит, поэтому перешли на традиционную операцию и выполнили обструктивную резекцию сигмовидной кишки по Гартману. У этого же пациента, через 4 месяца, при попытке лапароскопического восстановления проходимости толстой кишки, из-за спаек брюшной полости и малого таза, также перешли на лапаротомную операцию. В одном случае при проведении лапароскопического восстановления непрерывности толстой кишки из-за поломки циркулярного сшивающего аппарата серьезных интра- и послеоперационных осложнений не было.

Наш опыт свидетельствует, что лапароскопическая хирургия в скором времени может стать основным малотравматичным и эффективным методом лечения осложненного дивертикулеза толстой кишки. Необходимо проводить дальнейшее исследование по определению возможностей, одно- и двухэтапной лапароскопической хирургии осложненного дивертикулеза сигмовидной кишки.

КОНВЕРСИИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПЛАНОВЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ- АССИСТИРОВАННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ПОВОДУ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

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

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии
им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

Дивертикулярная болезнь в последние годы выходит на первые места по распространенности среди неопухолевых заболева-

ний толстой кишки. Хирургические вмешательства при этом сопряжены с достоверно большей частотой развития осложнений, чем при раке. Лапароскопические методы представляются одним из ведущих направлений в улучшении результатов хирургического лечения данной категории пациентов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Анализ особенностей применения лапароскопического метода в плановом хирургическом лечении осложненной дивертикулярной болезни.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Критерии включения в исследование – наличие дивертикулярной болезни с хроническими воспалительными осложнениями, формирование первичного толстокишечного анастомоза. Критерии исключения: признаки острого воспалительного процесса, в анамнезе – операции на толстой кишке, признаки выраженного и распространенного рубцово-спаечного процесса в брюшной полости, индекс массы тела ≥ 35 кг/м², противопоказания к пневмоперитонеуму.

За период с 2007 по 2013 гг. в ГНЦК были оперированы 113 больных, включенных в исследование. Основную группу составили 61 пациент, которым были выполнены лапароскопически-ассистированные вмешательства, контрольную – 52 пациента (традиционный доступ). Группы были сопоставимы по объему выполненной резекции, распространенности поражения дивертикулами ободочной кишки, индексу массы тела, способу формирования анастомозов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В основной группе конверсии выполнены 7 (11,5%) пациентам, причём у 4 (6,6%) – минилапаротомный разрез был увеличен до 10–12 см для выполнения оперативного приема в малом тазу. Превентивная кишечная стома была сформирована 5 (8,2%) пациентам основной и 9 (17,3%) – контрольной группы ($p=0,24$). Послеоперационные осложнения имели место у 4 (6,6%) пациентов основной группы и у 4 (7,7%) – контрольной. Летальности в обеих группах не отмечено.

Установлено, что существует достоверная связь между распространенностью воспалительного процесса и длительностью оперативного вмешательства (при протяженности воспалительных изменений 7 см и более – 212 мин.; менее 7 см – 157 мин., $p=0,03$). Во всех случаях причиной интраоперационных осложнений и конверсии было избыточное содержание жировой клетчатки в органах и тканях брюшной полости, препятствующей манипуляциям, причём в 5 случаях из 7 индекс массы тела был <30 кг/м². Во всех случаях расширения минилапаротомного доступа, а также во всех случаях осложнений имело место распространение воспалительного процесса на левую боковую стенку таза: это затрудняло идентификацию мочеточника и левых подвздошных сосудов и увеличивало риск их повреждения.

ВЫВОДЫ

При лапароскопически-ассистированных вмешательствах по поводу осложнений дивертикулярной болезни вероятность конверсии и интраоперационных осложнений выше при избыточном содержании жировой клетчатки в брюшной полости, даже при отсутствии формальных критериев ожирения. Риск послеоперационных осложнений выше при распространенности воспалительных изменений от 7 см и более, а также вовлечении в воспалительный процесс боковых стенок таза.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РИФАКСИМИНА В КОРРЕКЦИИ СРК-ПОДОБНОЙ СИМПТОМАТИКИ НА ФОНЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Белоус С.С., Халиф И.Л., Головенко О.В.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

Язвенный колит (ЯК) – хроническое заболевание толстой кишки, проявляющееся неспецифическим воспалением в ее слизистой оболочке. Атака ЯК характеризуется кишечными кровотечениями, диарей, болями в животе и тенезмами. В период ремиссии интенсивность симптоматики уменьшается, либо она полностью исчезает. Если у пациента с эндоскопической ремиссией ЯК сохраняется абдоминальная боль, диарея, метеоризм, то логично считать, что в генезе этой СРК-подобной симптоматики ключевую роль играет дисбиоз кишечника. Можно предположить, что не всасывающийся кишечный антибиотик рифаксимин, позитивно воздействуя на кишечную микрофлору, приведет к уменьшению или

исчезновению СРК-подобной симптоматики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 37 пациентов с эндоскопической ремиссией ЯК. Диагноз ЯК был подтвержден эндоскопическим и гистологическим методами. Возраст пациентов колебался от 18 до 65 лет, средний возраст был $33,51 \pm 11,36$ лет. Женщин было 20 (54%) чел., мужчин – 17 (46%) чел. Тотальный ЯК колит отмечался у 24 (65%) пациентов, левосторонний – у 13 (35%). Жалобы на боль в животе предьявляли 28 (76%) больных, вздутие живота – у 22 (59%) больных, наличие слизи в стуле – у 17 (46%) больных, чувство неполного опорожнения прямой кишки – у 3 (8%) больных.

Всем 37 пациентам проводилась терапия рифаксимином в дозе 800 мг в сутки в течение 9 дней.

С помощью специального опросника у всех больных оценивалась выраженность СРК-подобной симптоматики до и после курса лечения рифаксимином.

Также изучалось качество жизни с помощью опросника, оценивающего качество жизни пациентов с СРК – IBS-QOL. Для оценки уровня депрессии использовался опросник Бека – Beck Depression Inventory (BDI).

РЕЗУЛЬТАТЫ

После курса лечения рифаксимином частота дефекаций сократилась с $5,11 \pm 2,73$ раз до $2,52 \pm 1,29$ раз ($p < 0,05$). На фоне терапии значительно уменьшился метеоризм (с 59% до 35%), боль в животе (с 76% до 24%), наличие примеси слизи в стуле (с 46% до 32%) и чувство неполного опорожнения прямой кишки (с 8% до 5%). По опроснику IBS-QOL в исследуемой группе пациентов до терапии результат колебался от 20% до 65% (среднее значение – $35,29 \pm 11,13$), после терапии – от 20% до 62% (в среднем, $40,81 \pm 11,09$). По шкале BDI до терапии показатель варьировался от 2 до 31 балла. При этом, отсутствие депрессивных симптомов наблюдалось у 8 (22%) пациентов, легкая депрессия – у 15 (42%) пациентов, умеренная депрессия – у 13 (35%) пациентов, выраженная депрессия (средней тяжести) – не отмечалась, тяжелая депрессия – у 1 (3%) пациента. После терапии средний показатель варьировался от 7 до 24 баллов. При этом, отсутствие депрессивных симптомов наблюдалось у 17 (46%) пациентов, легкая депрессия – у 13 (35%) пациентов, умеренная депрессия – у 7 (19%) пациентов, выраженная депрессия (средней тяжести) и тяжелая депрессия не отмечались ни в одном случае.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Невсасывающийся кишечный антибиотик рифаксимин является эффективным лекарственным средством для коррекции СРК-подобной симптоматики у пациентов с эндоскопической ремиссией ЯК.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА

Бирг Т.М., Селиванова Л.С., Шароян Ж.В., Тертычный А.С.

Кафедра патологической анатомии им. академика А.И. Струкова, ГБОУ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Основными методами диагностики воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) и оценки активности воспалительного процесса являются эндоскопическое и морфологическое исследования. В связи с разработкой инновационной биологической терапии, которая требует постоянного контроля эффективности лечения, перед эндоскопистом и морфологом ставится задача, которая заключается не просто в установлении диагноза, но и в постоянной оценке активности воспаления.

ЦЕЛЬ

Проведение сопоставлений эндоскопической и морфологической активности, оценка и анализ сопоставимости эндоскопических и морфологических схем и возможности их применения в качестве руководства для дальнейшего ведения пациентов с ВЗК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучению были подвержены множественные колоно- и илеообоптаты от 53 пациентов, с направительными эндоскопическими диагнозами ЯК, БК или с подозрением на ВЗК. Морфологическую активность оценивали по шкале Райли. Оценку эндоскопической активности проводили на основании протоколов эндоскопического исследования по схеме Мейо

для больных ЯК, или использовали простой индекс БК – у больных БК, в случаях неклассифицируемого колита (НК) было использовано 2 шкалы одновременно.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам эндоскопического исследования диагноз ВЗК был подтвержден у 43 больных, из них ЯК был установлен в 16 наблюдениях, БК – в 12 случаях, НК – в 14 случаях. Отсутствие эндоскопических изменений наблюдалось в 11 случаях. После оценки обнаруженных гистологических изменений диагноз ВЗК был подтвержден у 31 больного, из них у 11 пациентов был установлен диагноз ЯК, у 9 – БК, в 12 случаях – НК. У 22 больных в биоптатах воспалительных и структурных изменений обнаружено не было. При сравнении морфологической и эндоскопической активности, было получено, что у больных ЯК совпадение индексов составило 45%, при этом наибольшее число расхождений наблюдалось среди 2 степени активности. У пациентов с БК и НК совпадение индексов было обнаружено лишь в 33% и 36% случаев, соответственно. Причем в большинстве случаев морфологический индекс превышал эндоскопический.

ВЫВОДЫ

При сравнении диагнозов, установленных в результате эндоскопического и морфологического исследований, по данным эндоскопии, чаще наблюдается переоценка результатов в пользу ВЗК, что может быть обусловлено субъективными причинами: принципами взятия материала для морфологического исследования, интерпретаций неспецифических признаков, как проявлений ВЗК при эндоскопической диагностике.

При оценке активности воспалительного процесса при ВЗК установлено, что морфологический индекс во всех исследуемых группах (кроме ЯК) превышает эндоскопический, процент совпадений индексов при БК и НК так же значительно ниже, чем при ЯК и составил менее 50%. Наиболее вероятной причиной данных отличий может послужить разница в критериях эндоскопического и морфологического индексов, что свидетельствует о невозможности сопоставления данных шкал и требует разработки новых схем.

ПРИМЕНЕНИЕ ОБТУРАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Богомолов Н.И., Томских Н.Н.

ГБОУ ВПО ЧГМА, г. Чита, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Необходимость создания обтураторов нового поколения и пломбировочной композиции для лечения сформированных, несформированных, трубчатых свищей и остаточных полостей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для лечения различных свищей разработаны охраноспособные технологии и устройства для их реализации, значительно улучшившие общие результаты лечения. Оценка лечения осуществлялась по продолжительности подготовки к радикальной операции, стоимости лечения, качеству жизни и другим общепринятым критериям. Созданы обтураторы нового поколения с использованием сорбционных и обтурационных технологий.

Для обтурации сформированных тонко- и толстокишечных свищей нами использовано устройство, созданное на основе вентили мотокамеры (патент РФ №2143285). Обтуратор готовится в условиях клиники, все материалы устройства, соприкасающиеся с тканями организма, имеют допуск для использования в медицине. Обтуратор применяли у 66 пациентов, одиннадцать из которых могли даже выполнять прежнюю работу. Обтуратор надежно герметизирует свищевой канал, удобно крепится на теле и практически не заметен за верхней одеждой. Все больные отметили повышение качества жизни при использовании этого устройства.

Для лечения несформированных и сформированных свищей и свищей, открывающихся в гнойную рану, нами разработано и применено у 63 больных «Устройство для обтурации и лечения кишечного свища» (патент РФ №2224554). Устройство повышает эффективность процесса герметизации свищевого хода за счет надувного баллона и контейнера с сорбентом в основании прозрачной сферы. В просвет кишки вводятся интубационные трубки с раздувными манжетами, из приводящего колена дозированно осуществляется аспирация, а в отводящее колено вводится собранный химус и питатель-

ные смеси. Установлено, что сроки подготовки к выполнению восстановительной операции были достоверно короче, чем в группе клинического сравнения.

Для лечения трубчатых свищей и остаточных полостей после удаления органа, вскрытия гнойной полости предложена композиция из лекарственных средств, формирующих пломбу и служащих основой для развития грануляционной ткани (Патент РФ №2262942). В состав композиции входит и рентгенконтрастное вещество, позволяющее в динамике контролировать процесс лечения. Разработанным способом пролечено 42 больных. Лечение оказалось эффективным у 87% больных. Достоинством метода является отсутствие раздражающего действия на ткани, проникновение композиции во все пространство, благодаря коллоидной консистенции. Способ позволяет избежать повторной операции у ослабленных больных.

Следовательно, в таком разделе, как хирургия свищей, есть прекрасное поле деятельности для новых технологий лечения и устройств для их реализации. Клиника и больные всегда будут заинтересованы в новых способах лечения, удобных обтураторах, повышающих качество жизни. Важно уметь и уместно совмещать новые материалы, обтурационные технологии, сорбенты, привносить в медицину достижения из машиностроения, технологии обогащения. Необходимо более тесное сотрудничество хирургов, инженеров, конструкторов, создателей новых материалов. Организационные структуры медицины и хирургии, в частности, должны взять на себя права на внедрение новых технологий и производство новых обтураторов.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ДИФFUЗНОМ СЕМЕЙНОМ ПОЛИПОЗЕ

Говорков Р.В., Юданов А.В., Кирилин Л.Н., Ганичева И.А., Лунев В.М., Токмаков И.А.

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Новосибирский областной центр колопроктологии, г. Новосибирск, Россия

ВСТУПЛЕНИЕ

Распространенность полипов толстой кишки в человеческой популяции, их длительное бессимптомное течение, явный потенциал малигнизации являются важной проблемой диагностики и лечения. В случаях диффузного полипоза частота малигнизации достигает 100%, что диктует необходимость применения агрессивной хирургической тактики и выполнения объемных вмешательств, часто приводящих к инвалидизации пациента.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить лечебную программу, позволяющую увеличить долю сфинктеросохраняющих операций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 1990 по 2013 год в колопроктологическом отделении ГБУЗ НСО «ГНОКБ» выполнено 37 оперативных вмешательств при диффузном полипозе толстой кишки. Объем резекции прямой кишки был обусловлен конкретной клинической ситуацией. Брюшно-промежностная экстирпация выполнена в 9 (24,3%) случаях при выявлении у пациентов рака прямой кишки до 4,0 см на фоне диффузного полипоза. Брюшно-анальная резекция прямой кишки, низкая передняя или передняя резекция прямой кишки с формированием анстомоза с прямой кишкой или анальным каналом выполнены у 24 (64,8%) пациентов. Минимально необходимым участком прямой кишки, свободным от полипов, считали 3,0 см, что достигалось выполнением многоэтапных эндоскопических санаций с применением электрокоагуляции, аргоноплазменной коагуляции. В отдаленном послеоперационном периоде в 12,5% случаев выявлены рецидивы полипов в культе прямой кишки, что потребовало повторных эндоскопических полипэктомий. В (4)10,8% случаев интраоперационно констатирован местнораспространенный опухолевый процесс в малом тазу, и объем вмешательства ограничивался формированием петлевой колостомы.

ВЫВОДЫ

Удаление прямой кишки показано во всех случаях при выявлении малигнизации полипов в прямой кишке, однако, необходимо стремиться к выполнению сфинктеросохраняющих операций. В остальных случаях необходимо стремиться к сохранению максимального возможного фрагмента прямой кишки, свободного от полипов, путем выполнения многоэтап-

ных эндоскопических санаций, с целью обеспечения удовлетворительной континенции. Важным условием для реализации подобной тактики является пожизненное диспансерное наблюдение пациента с эндоскопическим мониторингом состояния слизистой оболочки прямой кишки с выполнением полипэктомий при выявлении рецидива.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Грошин В.С., Черкасов М.Ф.,
Султанмурадов М.И., Цыганков П.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

По современным данным, кишечная непроходимость наблюдается в 3,5-9% случаев от всех экстренных операций брюшной полости. Наиболее грозным и требующим, как правило, повторного оперативного вмешательства осложнением является несостоятельность толстокишечных анастомозов (отмечаемая в 6-20% наблюдений), приводящая к развитию разлитого перитонита в 30-40% случаев, что подчеркивает необходимость профилактики осложнений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить эффективность комплексной профилактики осложнений при восстановительных операциях на ободочной кишке, обосновать возможность применения нового способа внутрипросветной санации и трансанальной декомпрессии зоны анастомоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнен многофакторный анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического и послеоперационного восстановительного лечения 57 пациентов, перенесших реконструктивные оперативные вмешательства, направленные на восстановление непрерывности толстой кишки перенесших операцию типа Гартмана. Пациенты составили две группы клинических наблюдений, сопоставимых по возрасту и полу. В основную группу вошли 26 больных, которым выполнялась профилактика несостоятельности анастомоза и декомпрессии кишечника оригинальным методом (патенты РФ №2523822, РФ №2523822). В контрольную группу вошел 31 пациент, которым профилактика несостоятельности анастомоза выполнялась стандартными антибактериальными препаратами.

Средний возраст больных – 48,9 лет. Пациенты представляли две группы клинических наблюдений. В обеих группах время после первичной операции составляло, в среднем, 2,7 месяцев. Обследовали не только оценку общих изменений состояния организма (проведены стандартные лабораторные и инструментальные исследования), но и провели изучение местных изменений состояния приводящей и отключенной кишки (по данным эндоскопии и биопсии). Проанализирован состав микрофлоры в приводящей и отключенной кишке, ее количественный и качественный состав.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате эндоскопического обследования слизистой культуры толстой кишки с полифокальной биопсией выявлено, что у 55 (96,5%) пациентов, из них – у 25 пациентов основной группы и 30 пациента в контрольной группе, обнаружен диверсионный проктит и проктосигмоидит, полученные изменения были подтверждены морфологическими исследованиями. Применение в основной группе созданного алгоритма и методик профилактики несостоятельности анастомоза позволило избежать развития ранней несостоятельности толстокишечных анастомозов. В течение не менее 6 месяцев наблюдения у 25 (96,2%) пациентов основной группы в отдаленные сроки отмечены хорошие функциональные результаты. В одном случае (3,8%), спустя 4 месяца после наложения анастомоза, проявился анастомозит, купированный консервативно. Послеоперационный койко-день – 7,23 суток.

При наблюдении у 28 (93,3%) пациентов контрольной группы в отдаленные сроки отмечены хорошие функциональные результаты. В двух случаях (6,7% случаев) развились послеоперационные осложнения. В одном случае, спустя 5 дней после наложения анастомоза, развилась несостоятельность анастомоза, потребовавшая релапаротомии и наложения колостомы. Единодневно отмечено развитие тубчатого непол-

ного кишечного свища, потребовавшее повторной операции. Послеоперационный койко-день – 9,49 суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанный метод трансанальной декомпрессии и внутрипросветной санации зоны толстокишечного анастомоза увеличивает эффективность профилактики несостоятельности анастомоза при реконструктивных вмешательствах при наличии диверсионного колита. Метод может быть использован в клинической практике при выполнении реконструктивных операций на дистальных отделах толстой кишки.

ХИРУРГИЯ ОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ: ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ, ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ

Дарвин В.В., Лысак М.М., Ильканич А.Я.,
Васильев В.В., Онищенко С.В., Бубович Е.В.

ГБОУ ВПО СурГУ, БУ ХМАО-Югры Сургутская
ОКБ, г. Сургут, ХМАО-Югра, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить результаты лечения больных с опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимостью при применении современных технических и технологических решений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ хирургического лечения 144 больных с острой обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимостью. Давность заболевания до времени поступления в стационар: до 12 часов – 9 (6,3%), от 12 до 24-27 (18,8%), 24-72 часа – 64 (44,4%), более 72 часов – 44 (30,5%). Сопутствующая патология имела место у 91 (63,2%) больного.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все больные оперированы: 9 – в течение первых 2 часов после поступления (при осложнении ОКН перитонитом), 112 – через 4-6 часов, 23 – в плановом порядке (эффективное стентирование). Объем оперативных вмешательств: правосторонняя гемиколэктомия – у 22 (15,3%), операция типа Гартмана (в объеме – резекция сигмовидной кишки, левосторонняя гемиколэктомия) – у 78 (54,2%), резекция сигмовидной кишки и левосторонняя гемиколэктомия с первичным анастомозом – у 29 (20,0%), резекция поперечно-ободочной кишки с двустольной колостомией – у 6 (4,2%), субтотальная колэктомия – у 4 (2,8%), двустольная илеостомия – у 1 (0,7%), обходной илеотрансверзоанастомоз – у 4 (2,8%). Радикальные операции имели место у 93 (64,6%), паллиативные – у 51 (35,4%). Выполнение правосторонней гемиколэктомии завершали формированием илеотрансверзоанастомоза «бок-в-бок». При выполнении левосторонней гемиколэктомии и резекции сигмовидной кишки у 29 больных сформирован первичный анастомоз: циркулярным аппаратом «Proximate» – у 18, ручной однорядный по разработанной методике – у 11. Метастатическое поражение печени отмечено у 57 (39,61%) пациентов, simultанное вмешательство на печени выполнено у 32 пациентов (сегментэктомия, перипухолевая резекция, РЧА метастазов). Стомы были сформированы 89 (61,8%) оперированным, 24 из них в раннем послеоперационном периоде произведено восстановление непрерывности толстой кишки. Послеоперационные осложнения отмечены у 20 (13,9%) больных. Длительность пребывания в стационаре $17,2 \pm 4,2$ койко-дня: при не осложненном течении – $13,0 \pm 2,0$, при выполнении восстановительной операции в раннем послеоперационном периоде – $18,0 \pm 3,2$, при осложнениях послеоперационного периода – $38,0 \pm 6,8$. Умерли в послеоперационном периоде 19 (13,2%) больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Применение разработанных принципов лечения позволило увеличить долю радикальных операций до 64,6%, снизить частоту осложнений более чем в 2 раза и в 1,6 раза – летальных исходов и уменьшить долю больных, выписанных с колостомой, до 39,2%. 2. Уровень внутрибрюшного давления более 20 см вод.ст. – объективный фактор прогноза неэффективности консервативных мероприятий, служащий предиктором целесообразности экстренной операции. 3. При операциях на левой половине толстой кишки по поводу обтурационной толстокишечной непроходимости выполнение первичного толстокишечного анастомоза – возможное тактическое решение при эффективном стентировании места обтурации, а также у строго ограниченной группы больных (при удовлетворительном состоянии стенки толстой кишки и при ур-

не дооперационного внутрибрюшного давления менее 10 см вод. ст.). 4. Выполнение ранних восстановительных операций (7-10 сут.) до выписки из стационара не увеличивает частоту послеоперационных осложнений и позволяет эффективно оптимизировать социальную адаптацию.

ЛЕЧЕНИЕ ОБТУРИРУЮЩЕГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРА

Денисенко В.Л.¹, Гаин Ю.М.², Фролов Л.А.³, Шаппо Г.М.³, Бухтаревич С.П.¹, Скудский М.М.⁴, Ерушевич А.В.⁴

¹ УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»;

² ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»;

³ УО «Витебский государственный медицинский университет»;

⁴ УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер», г. Витебск, Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ

В структуре онкологической заболеваемости колоректальный рак занимает третье место в большинстве развитых стран мира, при этом количество пациентов с запущенными формами заболевания в настоящее время достигает 70%. Одним из способов восстановления просвета кишки в зоне опухоли может стать лазерная вапоризация центральной её части.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать и внедрить в клиническую практику технологию лазерной реканализации опухоли при стенозирующем колоректальном раке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В лечении обтурирующего колоректального рака использовали высокоинтенсивное импульсное лазерное излучение длиной волны 1,06 мкм. В работе применён твёрдотельный импульсный лазер для эндоскопического применения «Фотэк ЛК-50» («Медиола-Эндо», ЧУП «Фотек» длина волны 1,064 мкм, частота повторения импульсов на максимальной мощности излучения – не более 50 Гц, Республика Беларусь). Проведено проспективное клиническое исследование с оценкой результатов лечения 204 пациента с обтурирующим колоректальным раком, находившихся на лечении в проктологическом отделении больницы на станции Витебск с 1995 (с 2008 года – Второй Витебской областной клинической больницы) по 2013 год и абдоминальном отделении Витебского областного онкологического диспансера. Пациенты разделены на 2 группы. В первую группу вошли 98 пациентов, лечение которых проводилось по общепринятым методикам. Только в 27% операции закончились наложением первичного анастомоза, восстанавливающего естественную проходимость кишечника. Во второй группе (106 пациентов) при поступлении пациентов в стационар (до 24 часов) производили лазерную вапоризацию внутренней части опухоли с восстановлением просвета пищеварительной трубки в зоне опухоли шириной не менее 0,8-1,5 см. 53 пациентам через 4-6 суток выполняли радикальную операцию с первичным восстановлением непрерывности пищеварительного тракта. 5 пациентам лазерная реканализация произведена с симптоматической целью, в 3 случаях – с последующей установкой саморасширяющегося нитинолового трубчатого протеза, покрытого силиконовой мембраной (CHOOSTENT M.I.Tech, Южная Корея [CY]).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В первой группе пациентов, оперированных по поводу обтурирующей опухоли толстой кишки стандартными методиками, в 74% случаев операции закончились выведением колостомы. У пациентов II группы во время эндоскопического обследования выявлено сужение просвета ободочной и прямой кишки от полного закрытия последнего до 8 мм (средний диаметр в зоне стеноза составил $7,32 \pm 0,21$ мм). Протяжённость зоны стеноза при этом колебалась от 5 до 100 мм (в среднем, $7,12 \pm 1,97$ мм). Во время лазерной вапоризации стенозирующей части опухоли использован импульсный режим, позволяющий произвести реканализацию стенозирующей опухоли с последующим купированием явлений обтурации кишечника. В одном случае произошла перфорация опухоли. Во втором случае пациент после реканализации умер от ТЭЛА.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лазерная реканализация опухоли толстой кишки позволяет в условиях обтурирующей опухоли кишечника выполнить раннюю антеградную декомпрессию пищеварительного тракта с быстрым восстановлением его моторно-эвакуаторной

функции и ранней клинико-метаболической компенсацией (без лапаротомии и формирования кишечного свища).

ДВУХЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЁННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТЕНТИРОВАНИЯ

Денисенко В.Л.¹, Гаин Ю.М.², Фролов Л.А.³, Шаппо Г.М.³, Бухтаревич С.П.¹, Скудский М.М.⁴, Ерушевич А.В.⁴, Хмельников В.Я.¹, Смирнов В.К.¹

¹ УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»;

² ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»;

³ УО «Витебский государственный медицинский университет»;

⁴ УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер», г. Витебск, Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ

Хирургическая тактика при стенозирующем колоректальном раке, осложнённом толстокишечной непроходимостью, продолжает оставаться предметом оживлённой дискуссии. Дискутабельным является выбор методов хирургического лечения и завершения операции, что требует дальнейшего научного поиска и изучения возможности реализации новых направлений решения проблемы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты хирургического лечения стенозирующего колоректального рака, осложнённого кишечной непроходимостью, путём комплексного использования колоректальных стентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 172 пациентов с колоректальным раком, осложнённым кишечной непроходимостью, находившихся в проктологическом отделении больницы на станции Витебск (с 2008 года – Второй Витебской областной клинической больницы) и абдоминальном отделении Витебского областного клинического онкологического диспансера за период с 1995 по 2014 года. В первой (контрольной) группе пациенты (98) оперированы по поводу колоректального рака, осложнённого кишечной непроходимостью, с использованием общепринятого подхода. Во второй группе пациентов (74) для лечения на первом этапе выполняли малоинвазивное «закрытое» стентирование стенозирующей опухоли с разрешением явлений непроходимости кишечника, после чего на втором этапе производили радикальную операцию с наложением первичного анастомоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В первой (контрольной) группе (98 пациентов) сельских жителей было 18 (18,4%), городских – 80 (81,6%). При этом рак левой половины ободочной и прямой кишки, осложнённый кишечной непроходимостью, составил 85%. В 76% случаев операция была завершена формированием концевой или петлевой кишечной стомы. Средняя продолжительность лечения в данной группе составила $25,2 \pm 4,31$ койко-дней. Вторую группу составили 74 пациента. У всех пациентов при последующем гистологическом исследовании выявлена умеренно-дифференцированная аденокарцинома. Выполняли инструментальное бужирование зоны опухолевого стеноза специальным проводником средней жесткости с мягким J-образным наконечником. Через дилатированную зону стеноза проводили доставочное устройство для саморасширяющегося трубчатого протеза. В дальнейшем через просвет манипуляционного катетера в кишку заводили жесткий проводник на расстояние не менее 10 см проксимальнее верхнего края стеноза. По жесткому проводнику в область сужения устанавливали саморасширяющийся покрытый силиконом нитиноловый стент диаметром 22 мм и длиной 140 мм, каркасно увеличивающий просвет кишки в зоне опухолевого стеноза (CHOOSTENT M.I.Tech, Южная Корея [CY]). В одном случае, после установки колоректального стента произошла перфорация ректосигмоидного отдела. В 2-х случаях наблюдалось выпадение колоректального стента. Все виды радикальных операций завершили формированием первичного анастомоза, без выведения колостомы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 4-5 суток, не выписывая пациента из стационара, выполняли радикальную операцию с первичным восстановлением непрерывности пищеварительного тракта.

ВЫВОДЫ

Разработанный подход позволяет оперативно осуществить подготовку пациента к радикальному хирургическому лечению с последующим выполнением первично-радикального вмешательства.

EFFECT OF SIMVASTATIN AND RECOMBINANT ANTAGONIST OF RECEPTORS OF INTERLEUKIN-1 ON EXPRESSION OF ARYL HYDROCARBON RECEPTORS IN EXPERIMENTAL COLITIS IN RATS

Zherebiatiev A., Kamyshnyi A.

Department of Microbiology, Virology, and Immunology, Zaporozhye State Medical University Zaporozhye, Ukraine

BACKGROUND AND AIM

The pathogenesis of inflammatory bowel disease is complex and multifactorial. Studies have led to the current concept that aryl hydrocarbon receptors have recently emerged as a critical physiological regulator of immune responses affecting both innate and adaptive systems. We studied the possibility of simvastatin and antagonist of receptors of interleukin-1 for pharmacological correction of colitis in rats with a focus on the expression intensity studies of AhR with lymphocytes of colon.

MATERIALS AND METHODS

Experiments were carried out on male Wistar rats aged 8 months (body mass 260-285 g). Rats were divided into four experimental groups: group 1 – control; group 2 – rats with oxazolone-induced colitis; group 3 – rats given simvastatin (20 mg/kg, for 5 days, intraperitoneally); group 4 – rats given antagonist of receptors of interleukin-1 (3 mg/kg, for 5 days, subcutaneously). Simvastatin was obtained from Sigma-Aldrich (St. Louis, MO). ARIL-1 was kindly provided by Resbio LLC (St. Petersburg, Russia). Substance ARIL-1 consists of 153 amino acids obtained by genetic engineering technology. The substance is lyophilized protein IL-1ra, which produced by a recombinant strain *E. coli* BL21. Formalin-fixed, paraffin embedded colon sections (5-7 µm) placed on coated slides were sequentially deparaffinized and rehydrated using xylene and ethanol, washed in PBS (twice, 5 min each). After rinsing in 0.1 M PBS, the sections were incubated overnight at 4°C with the respective primary antibody (dilution 1:50): Aryl hydrocarbon Receptor (H-211: sc-5579) – a rabbit anti-mouse polyclonal antibody, (Santa Cruz Biotechnology, INC, CA). On the second day, after washing, sections were incubated for 1 h with a mixture of FITC-conjugated goat anti-rabbit IgG (Santa Cruz Biotechnology, INC, CA, catalog numbers sc-2012). Fluorescent images were obtained with a fluorescence microscope PrimoStar (ZEISS, Germany) with a computer-assisted video system AxioCam 5c (ZEISS, Germany). The lamina propria of mucous layer (LAM PR) and tela submucosa (TELA SUBM) colon were studied. The Results were statistically treated with Student's t-test and presented as mean±SEM. Statistical differences were considered significant if the P value was <0.05.

RESULTS

Furthermore, histological observation showed inflammatory cell infiltration, including polymorphonuclear leukocytes and multiple erosive lesions in the large intestine. Occasionally, crypt abscess and regenerated epithelium were seen in the colonic mucosa. The study of serial sections of ileum showed that the development of colitis is not accompanied by changes of total number of AhR immunopositive lymphocytes (AhR⁺) in lymphoid structures of colon. But, the administrations of Simvastatin in experimental animals during the development of experimental pathology was accompanied by decrease of AhR⁺ cells by 38% (in LAM PR, p<0.05) in proximal colon; by 24% (in TELA SUBM, p<0.05) in distal colon in comparison with colitis. The administrations of ARIL-1 to experimental animals during the development of experimental pathology was accompanied by the decrease of AhR⁺ cells by 34% (in TELA SUBM, p<0.05) in proximal colon; by twice (in TELA SUBM, p<0.05) in distal colon in comparison with colitis.

CONCLUSIONS

Simvastatin and antagonist of receptors of interleukin-1 seemed to be beneficial in oxazolone-induced colitis rat model through modulate AhR expression with lymphocytes of colon.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ВЕРХНЕЙ МЕЗЕНТЕРИКОГРАФИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РЕКОНСТРУКТИВНОГО ЭТАПА

Захарченко А.А., Галкин Е.В., Винник Ю.С., Кузнецов М.Н., Попов А.В.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ», г. Красноярск, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить диагностическую ценность мезентериографии верхней брыжеечной артерии (ВБА) в прогнозировании реконструктивного этапа (РЭ) хирургического лечения язвенного колита (ЯК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Хирургическое лечение (ХЛ) ЯК выполнено 73 пациентам. Перед операцией 38 больным (52.1%) проведена диагностическая мезентериография бассейна ВБА. С учетом выявленных типов ангиоархитектоники ВБА прогнозировали принципиальную возможность выполнения РЭ. Выбор типа илеорезервуара (J/S) дополнительно зависел от интраоперационных возможностей удлинения брыжейки тонкой кишки (ТнК).

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным верхней мезентериографии рассыпной (Р) тип ветвления ВБА (неблагоприятный) – у 4/38 (10.5%) больных. Пациентам с таким анатомическим типом ветвления ВБА в проведении РЭ отказано – пожизненная илеостома Брука. Магистральный (М) тип ветвления ВБА (благоприятный) – в 34/38 случаях (89.5%). Позволяет достаточно удлинить брыжейку ТнК для создания J- или S-резервуаров. При этом принципиальное значение для определения вида резервуара имеет факт наличия или отсутствия ПОА после колпроктэктомии с илеостомой Брука (на 1 этапе). С учетом интраоперационных возможностей удлинения брыжейки ТнК РЭ выполнили по трем вариантам. 1 вариант – у 22/34 пациентов (64.7%): М-тип ветвления ВБА, ПОА сохранена. Мобилизация брыжейки ТнК в бассейне ПОА позволила удлинить ее на 9,2±0.8 см. У 12/22 больных (54.5%) сформирован S-резервуар, у 10/22 (45.5%) – J-резервуар.

2 вариант – у 9/34 пациентов (26.5%): М-тип ветвления ВБА, ПОА сохранена. Однако, мобилизация брыжейки в бассейне ПОА недостаточна для адекватного низведения резервуара. Дополнительная мобилизация в бассейне основного ствола ВБА на уровне 5-8-й сегментарных артерий, что позволило удлинить брыжейку на 10,3±0.9 см. Сформирован J-резервуар – у 6 больных (66.7%), S-резервуар – у 3 (33.3%). 3 вариант – у 3/34 пациентов (8.8%): М-тип ветвления ВБА, ПОА отсутствует. Мобилизация в бассейне основного ствола ВБА позволяет удлинить брыжейку только на 7,3±0.7 см. Возможно формирование только J-резервуара (выполнен у 3 пациентов). Описанный в литературе 4 вариант РЭ – транспозиция верхних брыжеечных сосудов в подвздошные с возможностью формирования как J-, так и S-резервуаров, нами не применялся.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагностическая мезентериография бассейна ВБА позволяет прогнозировать возможность проведения реконструктивного этапа хирургического лечения ЯК.

При магистральном типе ветвления ВБА с наличием ПОА возможно формировать тонкокишечные резервуары как J-, так и S-типа. При отсутствии ПОА – удлинение брыжейки тонкой кишки ограничено вариантом пересечения основного ствола ВБА на уровне 5-8-й сегментарных артерий – допустимо формирование только J-образного резервуара.

При рассыпном типе ветвления ВБА и отсутствии ПОА попытка выполнения реконструктивного этапа нецелесообразна.

АПРОБАЦИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА

Карпунин О.Ю.^{1,2}, Юсупова А.Ф.^{1,2}, Елев А.А.¹

¹ Казанский государственный медицинский университет,

² Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Диагностика нарушений моторно-эвакуаторной функции кишечника у больных с хроническим запором (ХЗ) на протя-

жени многих лет базировалась на изучении времени пассажа бария по ЖКТ и результатов ирригографии. Однако недостатки данных методик послужили поводом для поиска новых, отвечающих современным критериям методов. В этой связи, особый интерес заслуживает комбинированное использование методов компьютерно-томографической колонографии (КТК) и пассажа рентгеноконтрастных маркеров (ПРКМ).

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить возможности комбинированного использования методов КТК и ПРКМ в диагностике хронического колостаз.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У 8 пациентов с декомпенсированной формой ХЗ с целью изучения архитектоники толстой кишки использовали метод КТК на аппарате Philips Brilliance 64 (коллимация – 1,5 мм, 50 мАс, 120 кВ, общее время исследования около 5 минут, эквивалентная доза – 14 мЗв). Для верификации полученных результатов использовали ирригограммы, выполненные на догоспитальном этапе. После ретроградного заполнения толстой кишки 1500-2000 мл воздухом выполняли нативное КТ сканирование брюшной полости без контрастирования в положении пациента на спине. При этом проводили качественную оценку строения и расположения толстой кишки с последующей постпроцессинговой обработкой и созданием 3D реконструкций на рабочей станции Extended Brilliance Workspace, Phillips. Прослеживали специфику расположения и строения кишки: топографо-анатомические взаимоотношения различных ее отделов, фиксировали длину, ширину органа, сохранность или отсутствие гаустрации. Этим же пациентам выполняли пассаж 20 оригинальных рентгеноконтрастных маркеров по ЖКТ с рентген контролем их продвижения через 24,48 и 72 часа (цифровая рентгенография). Пациенты продолжали принимать пищу, а прием слабительных и других медицинских препаратов, регулирующих функцию кишечника, прекращали за 48 ч. до исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Использование КТК позволило установить диагноз долихоколон в 3 наблюдениях, мегадолихоколон – в 1, долихосигма – в 2, синдром Пайра – 2. В одном из наблюдений у пациента с клинической симптоматикой синдрома Пайра, по данным КТК, отмечены дилатация правых отделов толстой кишки со сглаживанием гаустрации, однако синдром Пайра удалось подтвердить лишь на основании исследования толстой кишки с бариевой клизмой на снимке в вертикальном положении пациента. Степень нарушения эвакуаторной функции толстой кишки оценивали методом ПРКМ по скорости продвижения рентгеноконтрастных маркеров и их распределению по различным отделам толстой кишки. При этом ни в одном из наблюдений не наблюдали эвакуации маркеров через 72 часа, а особенность распределения маркеров, в основном, зависела от специфики анатомического строения ободочной кишки и состояния эвакуаторной функции различных ее отделов.

ВЫВОДЫ

Компьютерно-томографическая колонография объективно отражает особенности строения толстой кишки, анатомо-топографические взаимоотношения отделов кишечной трубки, колитические изменения ее стенки. Однако вследствие специфики проведения методики диагностика патологической подвижности органа с ее помощью затруднена и требует дополнительных исследований. Пассаж рентгеноконтрастных маркеров при хроническом запоре является более физиологичным и достаточно информативным в отношении нарушения эвакуаторной функции различных отделов толстой кишки. В совокупности оба метода демонстрируют достаточную эффективность и могут рассматриваться в качестве альтернативы традиционным методам диагностики хронического колостаз.

УРОВНИ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА (ТФР) – β 1, 2, 3 И ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 (ИЛ-6) В КРОВИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ С РАЗЛИЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Конович Е.А., Широких К.Е., Шапина М.В., Халиф И.Л.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ

Многочисленными исследованиями установлена значительная роль провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО-

α , ИЛ-17 и др.) в патогенезе воспалительных заболеваний кишечника (язвенного колита и болезни Крона). Возможная роль дефицита противовоспалительных цитокинов (ТФР- β , ИЛ-10) при этих заболеваниях изучена недостаточно. ТФР- β является полипотентным цитокином, среди системных эффектов которого преобладают иммуносупрессивные свойства. Вместе с тем показано, что в присутствии ИЛ-6 ТФР- β приобретает провоспалительные функции.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение уровня цитокинов ТФР- β 1, 2, 3 и ИЛ-6 в крови больных язвенным колитом при различной клинической и эндоскопической активности заболевания.

МЕТОДЫ

Исследовали сыворотку крови 27 больных с тотальным поражением толстой кишки. Среднетяжелая и тяжелая формы, умеренная и выраженная эндоскопическая активность язвенного колита наблюдались у 13 из 14 больных, соответственно. В качестве контрольной группы исследовали кровь 20 доноров. Определение цитокинов проводили на анализаторе протеинов Bio-Plex (Bio-Rad, США) с использованием тест-систем этой фирмы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено, что при среднетяжелой форме язвенного колита наблюдается достоверное снижение концентрации ТФР- β 1 (<50 нг/мл) у 53,8% больных, ТФР- β 2 (<2000 пг/мл) и ТФР- β 3 (<400 пг/мл) – у 38,4% больных по сравнению с контрольной группой (>160 нг/мл, 2000-4000 пг/мл и 400-800 пг/мл, соответственно). При тяжелой форме обнаружено увеличение концентрации ТФР- β 2 (>4000 пг/мл) у 30,7% и ТФР- β 3 (>800 пг/мл) у 61,5% больных. При умеренной эндоскопической активности воспалительного процесса в толстой кишке наблюдается тенденция к снижению концентрации ТФР- β 1 и ТФР- β 2; у больных с выраженной активностью – тенденция к увеличению концентрации ТФР- β 2 и ТФР- β 3. ИЛ-6 с большей частотой выявлялся при тяжелой форме язвенного колита, по сравнению со среднетяжелой (61,5% и 33,3% больных, соответственно). Его уровень составил при тяжелой, среднетяжелой формах и в контрольной группе – 15,0 \pm 7,1, 4,6 \pm 2,3 и 1,5 \pm 1,8 пг/мл, соответственно. У больных с выраженной и умеренной активностью воспалительного процесса ИЛ-6 выявлялся в 76,9% (p<0,002) и 16,6% случаев. Его концентрация составила, соответственно, 16,2 \pm 7,1 (p<0,01) и 3,0 \pm 2,4 пг/мл. При умеренной и выраженной эндоскопической активности наблюдаются различные профили ТФР- β и ИЛ-6: снижение уровня ТФР- β при отсутствии циркулирующего ИЛ-6 – у 58,3% и 7,7% (p<0,05) больных, соответственно, а увеличение уровня ТФР- β в сочетании с циркулирующим ИЛ-6 – у 16,6% и 46,1% (p>0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитие язвенного колита на стадии умеренной клинической и эндоскопической активности ассоциировано у части больных с недостаточностью ТФР- β 1, 2, 3. Усиление воспалительного процесса на стадии выраженной активности сопровождается увеличением уровней ИЛ-6 и ТФР- β 2,3 с возможным приобретением последними провоспалительных функций. Приведенные данные согласуются с концепцией о двойственной (про- и противовоспалительной) функции ТФР- β на разных стадиях воспалительного процесса.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СЕМЕЙНЫМ АДЕНОМАТОЗОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ С СОХРАНЕНИЕМ АНАЛЬНОЙ ДЕФЕКАЦИИ

Кузьминов А.М., Чубаров Ю.Ю., Фоменко О.Ю., Вышегородцев Д.В., Савельева Т.А.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Единственным способом лечения семейного аденоматоза является хирургическое вмешательство, направленное на удаление толстой кишки, пораженной полипами. Желание сохранить анальную дефекацию, в сочетании с онкологически оправданным лечением, привело к поиску операций с сохранением наименее пораженных полипами сегментов толстой кишки, либо операций по созданию тонкокишечных резервуаров.

ЦЕЛЬ

Оценить функциональные результаты и качество жизни боль-

ных семейным аденоматозом, перенесших операции с сохранением анальной дефекации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С помощью опросника SF-36 изучены функциональные результаты и качество жизни 118 больных в возрасте от 20 до 60 лет, перенесших операции с сохранением анальной дефекации: илеоректальный анастомоз сформирован у 34 пациентов, асцендоректальный – у 22, низведение правых отделов ободочной кишки выполнено у 28, первичные тонкокишечные резервуары – у 27, отсроченные – у 7 пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наибольшее число больных с отсутствием инвалидности оказалось в группе пациентов с сохраненными отделами толстой кишки, полная утрата трудоспособности отмечена у 5 пациентов со вторичными резервуарами.

Наименьшая частота дефекаций, до 5 раз в сутки, также отмечена у больных с сохраненными сегментами толстой кишки и у 40% больных – с первичными тонкокишечными резервуарами.

Наихудшие функциональные результаты получены у больных с отсроченными тонкокишечными накопителями, среди которых частота стула от 8 до 15 раз в сутки и более, наблюдалась у 72% оперированных, при наличии ночной дефекации.

Сохраняющиеся метаболические нарушения в виде анемии и гипопротейнемии отмечались у всех у больных со вторичными резервуарами.

К диетическим ограничениям вынуждены были прибегать все оперированные больные. Прием антидиарейных препаратов использовался всеми, кроме пациентов с первично сформированными резервуарами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Функциональные результаты, обуславливающие качество жизни, при первичном формировании тонкокишечных резервуаров сопоставимы с результатами при колоректальных анастомозах, что при их большей онкологической оправданности позволяет считать первичное формирование тонкокишечного резервуара операцией выбора при хирургическом лечении семейного аденоматоза.

ПРОБЛЕМА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА

Михайлова В.М.,¹ Игнатьев В.Г.,² Семенов Д.Н.,² Холтосунев И.А.¹

¹ ГБУ «Республиканская больница №2-Центр экстренной медицинской помощи»,

² Северо-Восточный Федеральный Университет им. М.К. Аммосова, г. Якутск, Россия

С нарушениями кровоснабжения пищеварительного тракта приходится встречаться клиницистам различного профиля. Внедрение рентгенконтрастных методов исследования и углубление знаний анатомии и физиологии висцерального кровоснабжения позволили установить ангиогенный генез многих заболеваний, причина которых ранее была не ясна. Диагностика и результаты лечения сосудистых поражений желудочно-кишечного тракта таких, как острая окклюзия мезентериальных сосудов, устранение которой возможно лишь хирургическими методами, так и к различным видам хронической недостаточности кишечного кровоснабжения, с которой приходится встречаться терапевтам и врачам других специальностей, остается по сей день не полностью раскрытой.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения больных с острым ишемическим колитом и острым тромбозом мезентериальных сосудов за период 2008-2013 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ историй болезни за период с 2008 по 2013 гг. больных, прошедших лечение с диагнозом острый тромбоз мезентериальных артерий в колопроктологическом отделении. Всего пролечен 21 больной по поводу тромбоза мезентериальных сосудов. Преобладали мужчины – 12 (57,1%), возраст больных колебался от 46 до 85 лет. Женщины – 9 (42,9%), с возрастом от 47 до 80 лет. Все больные были госпитализированы по экстренным показаниям, из них: по СМП доставлено – 17 (80%) человек, двое (11%) пациентов переведены из других лечебных учреждений и двое (11%) – по самообращению. Большинство больных поступили в сроки, превышающие сутки и более после появления первых симптомов заболевания, как правило, с осложнением в виде перитонита. Все больные были с нарушениями сердечно-сосудистой системы.

Предоперационные обследования включали в себя общеклинические, рентгенологические, эндоскопические, морфологические и ультразвуковые методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Всем больным было проведено оперативное лечение по экстренным показаниям. После установления диагноза, учитывая тяжесть состояния больных, которая определялась характером основной патологии и осложнениями, наличием сопутствующих заболеваний, в среднем, в течение 12 часов, в зависимости от тяжести состояния, проводили предоперационную подготовку, направленную на коррекцию гомеостаза и компенсацию нарушенных функций организма. Проведение такой подготовки проводилось в условиях реанимационного отделения. Объем оперативного лечения определялся интраоперационно, в зависимости от питающей артерии. В 71,4% случаев (15 больных) отмечается тромбоз ветвей верхней брыжечной артерии; 14,3% – сочетанный тромбоз ветвей верхней и нижней брыжечной артерии; 9,5% (2 пациента) – тромбоз подвздошно-ободочной артерии (a. ileocolica); 4,7% – тромбоз ветвей нижней брыжечной артерии. Во всех случаях заболевания выявлен некроз кишечника в зависимости от локализации тромбированного сосуда. Выполнены следующие операции: субтотальная резекция тонкой кишки с выведением концевой еюностомы – 28,6%; субтотальная резекция тонкой кишки, гемиколэктомия справа с выведением еюностомы – 19%; резекция тонкой кишки + гемиколэктомия справа с наложением дуоденотрансверзоанастомоза и выполнением тромбэктомии – 4,7%; гемиколэктомия слева – 4,7%; гемиколэктомия справа – 4,7%; диагностическая лапаротомия проведена в 33,3% случаев. Выбор тактики определялся распространенностью процесса на фоне крайне тяжелого состояния больного. Все больные после оперативного лечения переведены в колопроктологическое отделение. Лечение тромбоза мезентериальных сосудов до сих пор дает неуспешильные результаты. Летальность составила 83%. Послеоперационные осложнения при остром тромбозе брыжечных сосудов не обращают на себя особого внимания, ввиду краткости послеоперационного периода у большинства больных и быстро наступающей полиорганной недостаточности, несовместимой с жизнью.

Таким образом, высокая летальность при остром тромбозе мезентериальных сосудов обусловлена тем, что эти больные обращаются поздно, в запущенном состоянии. Поздняя обращаемость обусловлена сложностью дифференциальной диагностики, особенно на первичном звене или при первом обращении к хирургу. Только при ранней правильной диагностике возможно применение современных средств борьбы с данным заболеванием. Явления развившегося перитонита, бактериального шока и состояние тяжелой интоксикации играют значительную роль в летальных исходах. Необходима разработка новых инструментальных методов диагностики на амбулаторном этапе, когда у пациентов появляются первые жалобы. Также необходим новый алгоритм диагностических мероприятий.

ПОДГОТОВКА КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ К ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Наврузов Б.С., Рахманов С.Т., Пазылова Д.У.

Республиканский Научный Центр Колопроктологии, г. Ташкент, Узбекистан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пробиотики оказывают выраженный лечебный эффект при воспалительно-язвенных заболеваниях кишки (ВЯЗК), что связывают с изменениями в продукции короткоцепочечных жирных кислот, снижением секреции противовоспалительных цитокинов, улучшении соотношения Th1/Th2 и состояния кишечного барьера и элиминацией патогенных бактерий.

ЦЕЛЬ

Улучшение результатов восстановительных операций у больных с ВЯЗК путем использования пробиотиков для нормализации состояния культуры прямой кишки после тотальной колэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 115 больных ВЯЗК. Всем больным проведены тотальная колэктомия с формированием куль-

ти прямой кишки и наложением илеостомы. Больные были распределены на 2 группы: основную группу составили 62 больных, получавших в послеоперационный период базисную (сульфосалазин, салофалк, кортикостероиды) и общеукрепляющую терапию и пробиотики, контрольная группа состояла из 53 больных, получавших только базисную и общеукрепляющую терапию. Перорально использовали *Lactobacterium siccum* и *Bifidoli siccum* по 5 доз 3 раза в день, однократно *Bifidoli siccum* per rectum. Эффективность лечения оценивали по клиническим показателям, количеству отделяемого из прямой кишки, срокам эпителизации, и появлению грануляций и т. д.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

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

Хорошие результаты у больных обеих групп во всех случаях сопровождалась нормализацией структуры слизистой (по данным эндоскопии, цитологического и гистологического исследования), улучшением общего состояния, уменьшением выделений из культи прямой кишки. После восстановительных операций послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Больным основной группы и в послеоперационном периоде продолжали назначать пробиотики, что отразилось на достоверном сокращении длительности ближайшего послеоперационного периода: $8 \pm 0,7$ дней в основной группе и $12 \pm 1,2$ – в контрольной ($P < 0,05$).

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

ПОСЛЕДСТВИЕ КОЛЕКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Наврзуов Б.С., Рахмонов С.Т., Эгамбердиева Э.К.

Научный Центр Колопроктологии МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

АКТУАЛЬНОСТЬ

Радикальной операцией при тяжелой формы неспецифического язвенного колита является тотальная или субтотальная колпроктэктомия, при которой излечение достигается ценой наложения постоянной илеостомы. Учитывая калечащий характер данного хирургического вмешательства, показания к нему в прошлом ставились достаточно осторожно. Однако совершенствование методики операции путем формирования илеоанального анастомоза с резервуаром из подвздошной кишки (rousch) привело к существенному расширению показаний к хирургическому лечению ЯК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материал исследования составили 172 больных, подвергнутые хирургическому вмешательству по поводу ЯК. Одномоментные операции выполнены у 78 (45,3%) больных, у 94 (54,7%) выполнено многоэтапное вмешательство. При формировании «rousch» – резервуара у всех больных воспользовались «S-образной» формой. У 34 (19,8%) больных после тотальной колэктомии с передней резекцией прямой кишки с формированием низкого илеоректального анастомоза для декомпрессии анастомоза формировали превентивную илеостому, которую закрывали через 3-4 месяца после операции. С учетом минимальной и умеренной активности воспалительного процесса, в плане подготовки к операции проводили местное противовоспалительное лечение. Лечебные мероприятия оказались эффективными у 44 (25,6%) больных, которым выполняли одномоментные операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

В послеоперационном периоде у 17 (9,8%) больных наблюдались осложнения. У 3 (1,7%) пациентов наблюдали несостоятельность швов анастомоза. Из-за формирования низкого (подброшиного) илео-ректального анастомоза явлений перитонита не было, процесс был ограниченным и дренировался достаточно. В связи с этим, нам удалось ликвидировать проблему консервативными процедурами. У 6 (3,5%) больных

из-за тяжелого состояния организма с глубокими нарушениями гомеостаза и репаративной способности организма наблюдалась недостаточность швов илеостомы и ретракция с её погружением. При этом нам пришлось выполнять реконструктивную операцию.

После наложения резервуарно-анального анастомоза в 3 (1,7%) случаях возникло нагноение клетчатки в пресакральной области. В 1 (0,6%) из них отмечен послеоперационный перитонит, в связи с чем была выполнена релапаротомия с ликвидацией резервуара и наложением илеостомы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Передняя резекция прямой кишки с наложением низкого или ультранизкого резервуарно-ректального анастомоза является методом выбора хирургического лечения тотальной формы язвенного колита, так как позволяет добиться удовлетворительной медико-социальной реабилитации этой категории больных.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЛИПАХ И ПОЛИПОЗАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Наврзуов Б.С., Сапаев Д.А., Маматкулов Ш.М., Рахманов С.Т.

Научный Центр Колопроктологии МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы в медицинской печати периодически появляются сообщения о том, что летальность при хирургическом лечении полипов и полипоза толстой кишки (ППТК) остается достаточно высокой, составляет 40% и не имеет тенденцию к снижению даже в специализированных центрах. Хирургическая тактика должна быть дифференцированной и индивидуальной, в зависимости от характера заболевания и уровня поражения толстой кишки. Своевременная диагностика и прогнозирование течения ППТК является необходимым условием разработки и выбора эффективной дифференцированной хирургической тактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты диагностики и лечения 233 больных по поводу полипа и полипоза толстой кишки. Все больные были разделены на 2 группы: 1 группа (контрольная) – 81 больной, которым применяли традиционные методы обследования и хирургическую тактику лечения; 2 группа (основная) – 152 пациента, прошедшие современные методы диагностики и лечения, включая: виртуальную колоноскопию (ВКС), молекулярно-генетический анализ APC, ПЦР. Среди пациентов было – 151 (64,8%) мужчин и 82 (35,2%) женщины. Диагноз ППТК устанавливали по результатам клинико-инструментальных и лабораторных исследований в соответствии с классификацией Федорова В.Д. У 156 больных выполнены оперативные вмешательства. Объем и способ операции зависел от локализации патологического процесса в толстой кишке.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ полученных результатов в основной и контрольной группах больных с полипозом толстой кишки свидетельствует о том, что внедрение новых технологий в диагностике, в частности, виртуальная колоноскопия, молекулярно-генетические и ПЦР исследования дают положительные результаты. Так, в основной группе хорошие результаты хирургического лечения больных с полипозом толстой кишки получены у 75% больных против 64,2% – в контрольной группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, индивидуальный подход к выбору оперативного вмешательства у больных полипами и полипозом толстой кишки позволил сократить частоту неудовлетворительных результатов почти в 3 раза, и более чем в 2 раза повысить эффективность лечения.

РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННОГО ПРОЦЕССА КУЛЬТЫ ПРЯМОЙ КИШКИ

Наврзуов С.Н., Наврзуов Б.С., Пазылова Д.У., Рахманов С.Т., Рустамов А.Э., Маткаримов С.Р.

Республиканский Научный Центр Колопроктологии МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Современные клинические и экспериментальные исследования подтверждают важную роль интестинальной микрофлоры в патогенезе воспалительных заболеваний кишки.

Так, изменение микробных популяций в кишечных биотопах у лиц с генетической предрасположенностью вызывает срыв регуляторных механизмов, сдерживающих иммунные реакции на кишечные бактерии. В результате, при воспалительных заболеваниях кишечника формируется аберрантный иммунный ответ на внутрипросветные антигены, например, на резидентные кишечные бактерии с потерей толерантности макроорганизмов нормальной кишечной флоры. Об иммунологических нарушениях при язвенном колите свидетельствуют высокие титры антител к кишечным бактериям и белкам кишечного эпителия, что при условии потери толерантности к нормальной микрофлоре может способствовать развитию аутоиммунной ответной реакции, направленной против слизистой оболочки кишечника.

ЦЕЛЬ

Разработка оптимальных терапевтических схем, направленных на восстановление количественного и качественного состава кишечной микрофлоры с использованием пробиотиков и повышение эффективности комплексных методов лечения культи прямой кишки при язвенных колитах после тотальной колэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В Республиканском Научном Центре Колопроктологии с 2005 по 2014 гг. по поводу воспалительно-язвенных заболеваний толстой кишки проведено обследование и лечение 573 больных 15-76 лет (335 мужчин и 238 женщин), из них у 449 (78,3%) установлен НЯК, у 124 (21,7%) – болезнь Крона толстой кишки. В связи с неэффективностью консервативного лечения оперативные вмешательства выполнены у 332 (58%) пациентов, в том числе, у 103 (18%) из-за тяжелого состояния первым этапом произведена тотальная колэктомия с формированием одностольной илеостомы и ушиванием культи прямой кишки. В зависимости от вида лечения в послеоперационном периоде эти больные распределены на 2 группы:

– Основную группу составили 50 (48,6%) больных, получавших в послеоперационный период базисную (сульфасалазин, салофальк, кортикостероиды) и общеукрепляющую терапию и пробиотики, лечебные микроклизмы (бакстимс, настой ромашки с гидрокортизоном).

– Контрольная группа состояла из 53 (51,4%) больных, получавших только базисную и общеукрепляющую терапию.

Больные обследованы до начала основного курса терапии, а также через 2 и 6 мес. после его проведение. Эффективность лечения оценивали по клиническим показателям, количеству отделяемого из прямой кишки, сроком эпителизации и появления грануляций с учетом данных цито- и гистологического исследования, бактериологических, клинико-лабораторных и функциональных методов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

До лечения у всех больных имелись выраженные нарушения состава кишечной микрофлоры с наличием условно-патогенных бактерий (дисбактериоз II, III степени). В большинстве случаев дисбиотические изменения сопровождалось снижением количества бифидо- и лактобактерий и лактозопозитивной кишечной палочки, а также увеличением количества представителей условно-патогенной флоры. Наблюдалось изменение соотношения анаэробной и аэробной флоры в сторону увеличения последней. Через 2 мес. и 6 мес. после завершения основного курса терапии наблюдались наиболее значимые различия в состоянии кишечного микробиоценоза. Так, во второй группе состояние кишечной микрофлоры в культе прямой кишки нормализовалось или выраженность дисбиоза уменьшилась до I степени у 33 пациентов. В первой группе дисбиоз II, III степени отмечался у 30 больных. При сопоставлении результатов ректоскопии слизистой оболочки культи прямой кишки и микробиологического анализа кишечного содержимого выявлена прямая зависимость между выраженностью нарушений кишечной микрофлоры и степенью активности воспалительного процесса. Так, через 6 мес. основного курса терапии во второй группе наблюдалось более значительное снижение воспалительной активности, чем в первой. На основании этих данных можно предположить, что сочетание базисной терапии с пробиотиками позволяет добиться уменьшения воспалительной активности в культе прямой кишки и, естественно, уменьшить сроки подготовки к восстановительной операции.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ АТАКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Нанаева Б.А., Головенко А.О., Халиф И.Л., Головенко О.В.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить долгосрочный исход консервативного лечения тяжелой атаки язвенного колита (ЯК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализировано течение ЯК у 56 последовательно набранных пациентов в течение года после проведения терапии тяжелой атаки ЯК, доступных для телефонного контакта. У всех пациентов констатирована тяжелая атака ЯК по критериям Truelove-Witts и проведена терапия внутривенными глюкокортикостероидами (ГКС) (преднизолон 2 мг/кг) с назначением противорецидивной терапии месалазином (5-АСК) или азатиоприном (АЗА). Десяти пациентам (17,9%) с резистентностью к ГКС назначен инфликсимаб (5 мг/кг) с проведением последующих поддерживающих инфузий. Противорецидивная терапия проводилась: 33 (58,9%) пациентам – 5-АСК, 13 (23,2%) пациентам – АЗА, 10 (17,9%) пациентам – инфликсимабом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В течение года у 14 (25,0%) больных сохранялась клиническая ремиссия на фоне поддерживающей терапии или отмечались обострения, купированные без применения ГКС, иммуносупрессоров или инфликсимаба (группа с удовлетворительным ответом). Колэктомия выполнена 23 (41,1%) пациентам. Пять пациентов (8,9%) в связи с рецидивом ЯК при снижении дозы ГКС продолжили прием ГКС в течение года. Повторный курс ГКС проведен 3 пациентам, получавшим АЗА (базисная терапия не корректировалась), и 11 (19,6%) больным, получавшим 5-АСК. К предикторам долгосрочного исхода консервативной терапии отнесены: выбор азатиоприна в качестве противорецидивного препарата (57,1% против 11,9% в группах с удовлетворительным и неудовлетворительным исходом лечения, соответственно, ($p=0,004$)) и возраст больных (34,4 против 42,8, $p=0,0357$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В течение года после тяжелой атаки ЯК у 41% больных возникают показания к колэктомии и у 34% – к повторному применению ГКС. Долгосрочная эффективность консервативной терапии тяжелой атаки ЯК уменьшается с возрастом. Применение АЗА в качестве противорецидивного средства после окончания приема ГКС повышает вероятность долгосрочного клинического ответа.

ПРИМЕНЕНИЕ САЛОФАЛЬКА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Погосян А.А., Скобло М.Л., Григорян Л.М., Митурин М.С., Погосян А.К., Камчаткина Т.И.

МБУЗ «Городская больница №6» Городской колопроктологический лечебно-диагностический центр, г. Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты лечения пациентов с дивертикулярной болезнью, осложнённой кровотечением, за счет снижения риска рецидивов кровотечений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В МБУЗ Городская больница №6 г. Ростова-Дону с 2002 по 2014 гг. на лечении находилось 1043 пациента с диагнозом дивертикулярная болезнь, осложнённая кровотечением. Все больные были госпитализированы в порядке скорой медицинской помощи. С момента госпитализации всем больным назначалась традиционная гемостатическая терапия. На фоне проводимого лечения, рецидивы кровотечения были отмечены у 196 (18,8%) пациентов. Причем у 104 (9,9%) больных были неоднократные эпизоды рецидивов кровотечения, что в значительной мере удлиняло сроки нахождения в стационаре. За отчетный период 126 (12,1%) человек неоднократно госпитализировались в стационар по поводу рецидивирующих толстокишечных кровотечений дивертикулярной этиологии. Оперативное лечение выполнено 11 больным, 6 – по экстренным показаниям. Умерло 5 человек. Неудовлетворённость результатами лечения дивертикулярной болезни, осложнённой кровотечением, заставило нас пересмотреть подходы

к консервативному лечению этой категории больных. С 2012 года в комплексе консервативных мероприятий стали применяться гранулы салофалька. Препарат применялся нами в суточной дозе 3 г однократного приема. Препарат назначался с момента поступления и до выписки больных из стационара в комплексе с традиционной гемостатической терапией. По данной методике нами пролечено 16 человек. Рецидив кровотечения отмечен у 1 (6,6%) пациентки на фоне гипертонического криза, который купирован консервативными мероприятиями. Средний койко-день в данной группе больных составил 10,2. Летальных исходов отмечено не было.

ВЫВОДЫ

Применение гранул салофалька в суточной дозе 3 г у больных с дивертикулярной болезнью, осложнённой кровотечением в комплексе с традиционным лечением толстокишечных кровотечений, позволило улучшить результаты лечения пациентов за счет снижения количества рецидивов кровотечений. Препарат «Салофальк» является препаратом выбора в комплексном лечении пациентов с толстокишечными дивертикулярными кровотечениями за счет репаративного воздействия на слизистую толстой кишки, ведущего к снижению количества рецидивов кровотечений.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Погосян А.А., Скобло М.Л., Ефросинина И.В., Григорян Л.М., Митюрин М.С., Камчаткина Т.И.

МБУЗ «Городская больница №6»,
Городской колопроктологический лечебно-
диагностический центр, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Дивертикулярная болезнь толстой кишки весьма часто встречается в развитых странах. Действительную частоту трудно определить, в основном, из-за отсутствия явной симптоматики у большинства пациентов. Но на сегодняшний день установлено, что её частота увеличивается с возрастом и варьирует от менее 10% у лиц младше 40 лет, до, примерно, 50-60% у пациентов старше 80. В возрасте старше 40 лет дивертикулы кишечника диагностируются у каждого 10-го, после 60 – у каждого 3-го, а начиная с 75 лет – у каждого 2-го жителя Европейского континента. Есть основания предполагать, что в последнее время частота развития дивертикулов во всем мире возрастает. Если в 20-40-х годах XX века, по данным рентгенологических и аутопсийных исследований, дивертикулы обнаруживались у 15% обследованных, то, начиная с 70-80-х годов, у 60-70% лиц старше 75 лет.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты лечения пациентов пожилого и старческого возраста с дивертикулярной болезнью, осложнённой кровотечением, за счет снижения риска рецидивов кровотечений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В МБУЗ Городская больница №6 г. Ростова-Дону с 2005 по 2014 гг. на лечение находилось 1043 пациента с диагнозом: дивертикулярная болезнь, осложнённая кровотечением. Причем количество пациентов старше 60 лет составило 656 (62,9%) человек. Все больные были госпитализированы в порядке скорой медицинской помощи. При поступлении пациенты отмечали, что кровотечение имело неожиданное и безболезненное начало. На фоне незначительных схваткообразных болей в нижних отделах живота появлялись позывы на дефекацию, за которым следовало выделение красной или тёмно-красной крови или сгустков. Болевой синдром отмечен 112 (10,7%) пациентов. У 478 (45,8%) больных начало заболевания было связано с подъёмом артериального давления, а у 286 (27,4%) – с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов.

После госпитализации в хирургический стационар или отделение анестезиологии и реанимации и проведения покомпонентного лечения, включающего в себя гемостатическую, инфузионную, симптоматическую терапию, при необходимости трансфузии препаратов и компонентов крови, после кратковременной подготовки кишечника, пациентам выполнялась экстренная гибкая сигмоидоскопия, которая, по нашему мнению, является первичным исследованием выбора. В дальнейшем, после полноценной подготовки толстой кишки, выполня-

лась колоноскопия до купола слепой кишки.

На фоне проводимого лечения, рецидивы кровотечения были отмечены у 196 (18,8%) пациентов. Причем у 104 больных были неоднократные эпизоды рецидивов кровотечения, что в значительной мере удлиняло сроки нахождения в стационаре. Количество пациентов пожилого и старческого возраста среди этой группы было 87 (83,6%) человек. Так, при отсутствии рецидива кровотечения средний койко-день составил 12,4, при рецидивах – 15,6. За отчетный период 126 человек неоднократно госпитализировались в стационар по поводу рецидивирующих толстокишечных кровотечений дивертикулярной этиологии. Оперативное лечение выполнено 11 больным, 6 – по экстренным показаниям. Объем операции выбирался в зависимости от локализации дивертикулов в толстой кишке. Умерло 5 человек. Всё это были пациенты старше 60 лет.

Неудовлетворённость результатами лечения дивертикулярной болезни, осложнённой кровотечением, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, заставило нас пересмотреть подходы к консервативному лечению этой категории больных. С 2012 года в комплексе консервативных мероприятий стали применяться гранулы салофалька.

Салофальк применялся нами в суточной дозе 4 г однократного приема. Препарат назначался с момента поступления и до выписки больных из стационара в комплексе с традиционным консервативным лечением больных с толстокишечными кровотечениями.

Применение гранулированной формы препарата обусловлено тем, что большое количество гранул (4 г салофалька = около 4500 гранул) обеспечивает равномерное и эффективное распределение активной субстанции и, благодаря очень большой площади поверхности (3 г гранул = 100 см²), гарантирует эффект даже при ускоренном пассаже по кишечнику, что имеет место при попадании крови в просвет кишечника. Высвобождение действующего вещества из гранул салофалька зависит от уровня pH (pH>6,0) и начинается в терминальном отделе подвздошной кишки. Потеря действующего вещества до подвздошной кишки при этом минимальна. В связи с особыми галеновыми свойствами ядра на основе полимерной матрицы обеспечивается постепенное высвобождение активной субстанции на всем протяжении кишечника – вплоть до дистальных отделов толстой кишки.

По данной методике нами пролечено 54 человека, все старше 60 лет. Рецидив кровотечения отмечен у 1 пациентки на фоне гипертонического криза, который купирован консервативными мероприятиями. Средний койко-день в данной группе больных составил 10,2. Летальных исходов отмечено не было.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ВЫВОДЫ

В современной литературе отсутствуют данные об эффективности применения месалазина, который является активным веществом в препарате «Салофальк», при толстокишечных кровотечениях дивертикулярной этиологии. Данный препарат, в основном, используется при эрозивно-язвенном поражении терминальных отделов тонкого и на всём протяжении толстого кишечника (не специфический язвенный колит, болезнь Крона). Неоспоримым является его противовоспалительный эффект, за счет ингибирования синтеза свободных радикалов и метаболитов арахидоновой кислоты (особенно лейкотриенов), которые являются медиаторами воспаления, а также тормозят миграцию, дегрануляцию и фагоцитоз нейтрофилов. Однако в последнее время большое значение придается участию месалазина в активации PPAR – γ-рецепторов, играющих ключевую роль в поддержании целостности слизистой оболочки кишечника. Так же доказано, что после подавления воспалительного процесса месалазин продолжает свое действие, способствуя восстановлению и регенерации слизистой оболочки путем стимуляции миграции и пролиферации клеток, принимающих участие в реконструкции кишечного эпителия.

Применение гранул салофалька в суточной дозе 4 г у больных с дивертикулярной болезнью, осложнённой кровотечением в комплексе с традиционным лечением толстокишечных кровотечений, позволило улучшить результаты лечения пациентов за счет снижения количества рецидивов кровотечений. Препарат «Салофальк» является препаратом выбора в комплексном лечении пациентов с толстокишечными дивертикулярными кровотечениями за счет репаративного воздействия на слизистую толстой кишки, ведущего к снижению количества рецидивов кровотечений. Однако этот эффект препарата требует дальнейшего углублённого обследования и обсуждения хирургическим сообществом.

ТОТАЛЬНАЯ КОЛЕКТОМИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА

Рахманов С.Т.

Научный Центр Колопроктологии, г. Ташкент, Узбекистан

Под нашим наблюдением находилось 256 пациентов, оперированных по поводу хронического колостазы в возрасте от 18 до 75 лет с 2000 года по настоящее время.

Показанием к хирургическому лечению служили прогрессирующее ухудшение состояния пациента, нарастание явления хронической кишечной непроходимости, отсутствие эффекта от проводимого консервативного лечения. Выбор объема операции зависел от локализации участка наиболее выраженного стаза. Выполнена резекция сигмовидной кишки – 25 (9,8%), операция Дюамеля – 2 (0,8%), левосторонняя гемиколэктомия – 118 (46,1%), правосторонняя гемиколэктомия – 9 (3,5%), субтотальная колэктомия с соответствующими анастомозами – 38 (14,8%), тотальная колэктомия – 64 (25%).

Различные послеоперационные осложнения отмечены в 16 (6,2%) случаях. После операции умерли 2 пациента, что составило 0,78%. Причиной летальности был перитонит, обусловленный несостоятельностью швов межкишечного анастомоза.

Отдаленные результаты хирургического лечения прослежены у 234 (91,4%) пациентов. Хорошие результаты после резекции сигмовидной кишки определены в 19% случаев, а после гемиколэктомии, в среднем – у 60,8%. Тогда как после субтотальной или тотальной колэктомии, соответственно, у 79,4% и 87,1% больных, у них отмечался самостоятельный стул (оформленный или кашицеобразный), боли исчезли.

Таким образом, такие вмешательства как левосторонняя гемиколэктомия, правосторонняя гемиколэктомия и резекция сигмовидной кишки не всегда оправданы. В подавляющем большинстве случаев выявляется тотальное поражение толстой кишки, для оценки которого должны проводиться комплексные диагностические мероприятия, включая самые современные методы обследования. При этом операцией выбора мы считаем тотальную колэктомии с илеоректальным анастомозом, отдаленные результаты которого свидетельствуют о наибольшей эффективности данной методики в отношении предотвращения рецидива заболевания и реабилитации пациентов.

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФИКСИРУЮЩЕГО АППАРАТА КИШКИ ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕМ МЕГАДОЛИХОКОЛОН

Татьянченко В.К., Андреев Е.В., Богданов В.Л., Сухая Ю.В., Ковалев Б.В.

Государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение морфологических изменений, происходящих в фиксирующем аппарате ободочной кишки при формировании идиопатического левостороннего мегадолихоколон.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Интраоперационно обследовано 24 больных с клиническим диагнозом идиопатический мегадолихоколон и 40 нефиксированных трупов с исследованием связочного аппарата толстой кишки по оригинальной технологии (Федеральный патент РФ №2271740).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В фазе компенсации идиопатического левостороннего мегадолихоколон ободочно-диафрагмальная и ободочно-селезеночная связки подвержены гипертрофии вследствие длительного растяжения в продольном направлении. Однако их длина не превышает 5 (4,7±0,6) см, верхняя и нижняя сигмовидные связки так же подвержены гипертрофии. Если длина сигмовидной кишки превышает 55 (52±3,3) см, и кишка образует несколько петель в левой подвздошной области, то между петлями возникают короткие непостоянные связки. Данные связки представляют собой дубликатуру листов висцеральной брюшины и имеют собственный соединительно-тканый остов. При исследовании в 21% наблюдений выявлены дополнительные связки, принимающие участие в фиксации чрезмерно подвижной ободочной кишки. При левостороннем мегадолихоколон, в случае если высота мезосигмы позво-

ляет переместить наиболее подвижную петлю сигмовидной кишки в правую подвздошную область, то есть при высоте гаустры более 5,43±2,2 см, постоянно ($p<0,01$) выявляется дополнительная складка брюшины. Данная складка начинается волокнами в забрюшинном пространстве на уровне 5-го поясничного позвонка, проходит в толще мезосигмы и заканчивается радиально расходящимися волокнами на уровне дистальной аркады в средней трети мезосигмы.

ВЫВОД

При формировании идиопатического левостороннего мегадолихоколон морфологические изменения затрагивают не только стенку ободочной кишки, но и приводят к компенсаторной гипертрофии фиксирующего аппарата ободочной кишки, которая в фазу компенсации предотвращает заворот и инвагинацию увеличенной и чрезмерно подвижной сигмовидной кишки.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕБРЮШИННЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Татьянченко В.К., Черкасов М.Ф., Саркисян В.А., Богданов В.Л., Фролкин В.И.

Государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Анализ результатов использования видеолaparоскопии, для выявления открытых повреждений внебрюшинных отделов ободочной кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Включают анализ результатов лечения 42 больных с колото-резаными ранами поясничной области, находившихся в отделении травматологии №2 МЛПУЗ ГБСМП №2 г. Ростова-на-Дону, с 2010 по 2014 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех 42 больных был использован оригинальный способ диагностики ранений внебрюшинного отдела ободочной кишки (Федеральный патент РФ №2269930). Способ осуществляется следующим образом. В положении больного на здоровом боку с наклоном передней поверхности тела под углом 70° к горизонтальной плоскости стола в рану поясничной области помещают катетер Фолея, со срезанным концом, раздувают обтурирующую манжету, рану герметизируют влажной салфеткой. В катетер вводят 150 мл официального раствора метиленовой сини. Больного вводят в наркоз, накладывают карбоксиперитонеум. Выполняют диагностическую видеолaparоскопию, ревизию брюшной полости. Осматривают ободочную кишку, брюшину боковых каналов. Появление красителя в просвете ободочной кишки или параколитической гематоме является признаком повреждения внебрюшинного отдела ободочной кишки.

Установлено, что из 42 больных с колото-резаными ранами поясничной области, у 29 – они не проникали в брюшную полость, у 6 больных имелись раны поясничной области, проникающие в брюшную полость и сопровождающиеся повреждением внебрюшинного отдела восходящей ободочной кишки (2), нисходящей ободочной кишки (3), раной левой почки, проникающей в чашечно-лоханочную систему (1).

У 7 больных с колото-резаными ранами поясничной области, проникающими в брюшную полость, поврежденный внутренних органов живота обнаружено не было.

ВЫВОД

Использование видеолaparоскопической методики позволяет хирургу выполнить быструю и достоверную диагностику открытых повреждений внебрюшинных отделов ободочной кишки и определяет дальнейшую тактику лечения больного.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

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

Башкирский государственный медицинский университет, Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии, Городской колопроктологический центр ГKB №21, г. Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы отмечается быстрый рост заболеваемости язвенным колитом. Назначение больших доз гормональных

препаратов при тяжелых формах далеко не всегда дает положительный эффект, в связи с чем пациентам применяется хирургическое лечение. Травматичность вмешательства отягощает течение послеоперационного периода.

ЦЕЛЬ

Оценить эффективность эндоскопических вмешательств в хирургии язвенного колита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении колопроктологии ГКБ №21 оперировано 17 больных язвенным колитом с применением лапароскопической техники. Во всех случаях первым этапом выполнялась лапароскопическая колэктомия с выведением одноствольной илеостомы по Бруку. После стабилизации состояния в плановом порядке вторым этапом выполнялась лапароскопическая брюшно-анальная резекция прямой кишки с формированием J-образного тонкокишечного резервуара и резервуаро-анальным анастомозом с превентивной илеостомой по Торнболду (14 больных). Третий этап хирургического лечения включал внутрибрюшное закрытие стомы (9 больных).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность первого этапа хирургического лечения составила 185 ± 18 минут, конверсий не было. В послеоперационном периоде отмечено два осложнения. В одном случае отмечен некроз пряди сальника, что потребовало проведение повторного эндоскопического вмешательства и его удаления. В другом случае развилось нагноение парастомальной раны. Продолжительность операции второго этапа хирургического лечения составила 171 ± 23 минуты. Конверсий не было. Осложнений не отмечено. Летальных исходов не было. Пациенты, перенесшие эндоскопическое вмешательство, отмечали менее выраженный болевой синдром, быстрее восстанавливались. Третий этап внутрибрюшного закрытия илеостомы выполнялся с применением однорядного непрерывного кишечного шва. Несостоятельностью анастомоза не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Первый опыт эндоскопических вмешательств показал высокую эффективность и перспективность данного направления в хирургии язвенного колита.

СТРИКТУРЫ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ И ВАРИАНТЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Токмаков И.А., Кирилин Л.Н., Юданов А.В., Говорков Р.В., Ганичева И.А.

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», г. Новосибирск, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рассмотреть сужения колоректальных соустьев в рамках классификации, предложить варианты лечебной тактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2008-2014 гг. проведено лечение 16 пациентов с диагнозом: стриктура колоректального анастомоза. 12 выполнена низкая передняя резекция прямой кишки с формированием превентивной кишечной стомы и 4 подверглись передней резекции прямой кишки. При анализе результатов мы использовали классификацию сужений. Выше 12 см стриктура считалась высокой, ниже 12 см – низкой; ранняя, возникшая в первые 3-4 нед., поздняя – позже 1 месяца; по протяженности – короткая (1 см) и протяженная (более 1 см); по степени сужения: I – 9-11 мм, II – 6-8 мм, III – 3-5 мм, IV – 1-2 мм. Различают компенсированное, суб- и декомпенсированное сужение анастомоза, что является актуальным только при сохраненном кишечном пассаже.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В условиях отключения зоны анастомоза клиническая картина стриктуры отсутствует. В 14 случаях стриктура обнаружена только при контрольном обследовании. Всем исключена опухолевая природа стриктуры путем полипозиционных биопсий. Выявлено 16 коротких стриктур. У 4 пациентов с сохраненным пассажем (после ПРПК), стриктуры относились к высоким (выше 12 см), коротким и компенсированным I-II ст., и были рассечены в плановом порядке при помощи ДЭК посредством ректоскопа. 12 стриктур считались низкими и короткими, 7 из них относились к I, II ст. сужения, 2 – к III ст., 3 – к IV ст. Лечение стриктур I и II ст. было достаточно эффективно путем пальцевой дивульсии зоны сужения с последующим применением противовоспалительных средств. В группе с III и IV ст. 5 пациентам потребовалась трансанальная цир-

кулярная резекция рубцово-измененных тканей с восстановлением нормального просвета кишки на уровне анастомоза с помощью аппарата CDH – 29 мм. В отдаленном периоде сужение не рецидивировало.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение стриктур колоректальных анастомозов варьируемо: от простых манипуляций в виде пальцевых дивульсий, электрорассечений через ректоскоп, до использования современных циркулярных сшивающих аппаратов.

ВЫВОДЫ

1. Диагностика стриктур анастомозов в условиях функционирующей стомы, осуществляется при наблюдении.
2. Все стриктуры подвергаются патоморфологическому исследованию.
3. Трансанальное использование циркулярного сшивающего аппарата является эффективным при хирургической коррекции низких, коротких стриктур III-IV стадии.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И РАКА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

Трубачева Ю.Л., Орлова Л.П.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

Взаимосвязь между дивертикулярной болезнью ободочной кишки и колоректальным раком не доказана, но они имеют схожие эпидемиологические характеристики и клинические проявления. При эндоскопическом скрининге часто на фоне дивертикулеза ободочной кишки выявляется рак сигмовидной кишки.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать дифференциально-диагностические критерии между хроническими воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки и раком сигмовидной кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 16 пациентов, которым проводилась дифференциальная диагностика между осложненным течением дивертикулярной болезни ободочной кишки и раком сигмовидной кишки. Среди них 9 женщин и 7 мужчин, в возрасте от 38 лет до 76 лет, средний возраст 61,2 года. Всем пациентам проводилось комплексное УЗИ, 13 – колоноскопия, 4 – ирригоскопия, 5 – КТ. 13 больных прооперировано, при патоморфологическом исследовании у 3 из них было выявлено осложненное течение дивертикулярной болезни ободочной кишки, а у 10 – рак сигмовидной кишки, причем у 7 из них он сочетался с дивертикулезом.

У всех пациентов при УЗИ выявлялся симптом пораженного полого органа. При детальном осмотре на основании разработанной ультразвуковой семиотики дивертикулярной болезни ободочной кишки и ее воспалительных осложнений правильно поставлен диагноз удалось в 13 из 16 случаев (81,2%). Следует отметить, что в одном из этих случаев при колоноскопии и ирригоскопии был поставлен диагноз опухоли толстой кишки, при КТ – 1. У одного пациента только на основании УЗИ был поставлен диагноз осложненного течения дивертикулярной болезни ободочной кишки, другие исследования провести не удалось из-за тяжелого состояния пациента, он был экстренно оперирован. Даже во время хирургической ревизии, у этого пациента хирурги определяли массивный опухолевый инфильтрат, распространяющийся на левую боковую стенку живота, паранефральную клетчатку, поясничную область. Опухоль толстой кишки нами была пропущена в 3 случаях. На основании обнаруженной ультразвуковой картины у этих пациентов нами был поставлен диагноз дивертикулярной болезни ободочной кишки, осложненной хроническим паракишечным инфильтратом. В 2 из этих случаев в ходе патоморфологического исследования удаленного во время операции макропрепарата была обнаружена как опухоль, так и дивертикулез, а в другом – местнораспространенная опухоль с перифокальным воспалением.

ВЫВОДЫ

Проведенный анализ материала показывает, что дифференциальная диагностика хронических паракишечных инфильтратов при дивертикулярной болезни и местнораспростра-

ненного рака сигмовидной кишки при проведении комплексного УЗИ возможна. В трудных для диагностики случаях мы рекомендуем использовать весь спектр возможностей современных ультразвуковых приборов (3D реконструкция изображения, соноэластография) и проводить исследование, если это возможно, несколько раз.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА В МОНИТОРИРОВАНИИ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У БЕРЕМЕННЫХ

Успенская Ю.Б., Гитель Е.П.

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Беременные пациентки с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) относятся к группе риска неблагоприятных исходов беременности при наличии высокой активности заболевания (невывнашивание беременности, преждевременные роды, маловесность плода). В связи с этим контроль над заболеванием на протяжении беременности признан необходимым условием благополучного течения периода гестации. Вместе с тем, беременность существенно сужает круг объективных и безопасных диагностических методов. Одним из неинвазивных методов оценки активности ВЗК является определение фекального кальпротектина. Однако его диагностическая значимость у беременных пока не определена.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить диагностическую значимость фекального кальпротектина в оценке активности ВЗК в период беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 14 беременных женщин с ВЗК (12-язвенный колит (ЯК), 2-болезнь Крона (БК)). Всем пациенткам на протяжении беременности проводилось клиническое, лабораторное обследование с определением неспецифических маркеров воспаления, фекального кальпротектина, оценка индексов клинической активности (ИКА).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Обострение заболевания на протяжении беременности возникло у 7 пациенток из группы наблюдения. В случаях активных ВЗК среднее значение кальпротектина составило $292,57 \pm 145,2$ мкг/г, при неактивных ЯК и БК – $22,94 \pm 12,94$ мкг/г. Значения кальпротектина при высокой активности ВЗК коррелировало с показателями С-реактивного белка. В 3 наблюдениях увеличение уровня кальпротектина предшествовало появлению клинических симптомов ЯК. Снижение показателя кальпротектина коррелировало со снижением ИКА на фоне стихания обострения ЯК. Однако значения показателя кальпротектина дольше оставались повышенными относительно клинических проявлений и нормализации ИКА (5 \pm 2 недели), что указывало на необходимость продолжения проводимой терапии. Вместе с тем, показатели кальпротектина не были взаимосвязаны с активностью ВЗК после родов, и, таким образом, не могут использоваться как предикторы прогноза течения заболевания в послеродовом периоде.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Первые полученные данные свидетельствуют об информативности фекального кальпротектина в оценке активности ВЗК и определении тактики их лечения в период беременности.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН В ПЕРИОД С 2010 ПО 2014 ГГ.

Хасанов С.Р., Хасанова Н.Ф., Каланов Р.Г., Канбеков Р.З., Мушарапов Д.Р., Кутушев К.Г., Губин Д.С., Васильков А.Ю., Фаезов Р.Р.

ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, г. Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В современных условиях значительно возросли требования к качеству проводимого лечения больных с различными

неопухольевыми заболеваниями толстой и прямой кишки. Среди всех заболеваний толстой кишки не последнее место занимает дивертикулярная болезнь (ДБ) ободочной кишки. Основоположники колопроктологии в России Аминов А.М., Федоров В.Д., Воробьев Г.И. рассматривали дивертикулез как полиэтиологическое заболевание, требующее дифференцированного лечебного подхода к коррекции, как системных причин заболевания, так и клинических проявлений осложнений. Консервативная терапия в комплексном лечении ДБ занимает одно из ведущих мест.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 2010 по 2014 г. на базе Республиканского колопроктологического центра проведено консервативное лечение 156 больных с ДБ, возраст пациентов был от 44 до 89 лет. Мужчин было 61 (39%), женщин – 95 (61%). Основная жалоба больных была на запор, боли в животе, кровь в кале. Диагноз установлен на основании данных УЗИ органов брюшной полости, КТ, колоноскопии и ирригоскопии. После установления диагноза, пациентам назначалась комбинированная терапия: масляные клизмы в течение 10 дней, кишечный антибиотик альфа нормикс – по 500 мг 4 раза в сутки 2 недели, тримедат – 600 мг в сутки 2 недели, закофальк – 3 таблетки в сутки в течение месяца.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Клинические проявления ДБ, купирование запоров и болевой синдрома отмечено у 91 (58%) пациентов на 20 сутки от начала лечения, у 23 (15%) больных – на 14 день, у 19 (12%) больных купирован болевой синдром, но сохранились запоры, у 23 (15%) пациентов сохранились непостоянные боли и запор. Исходя из вышеизложенного, у 114 (73%) пациентов получен клинический результат – был купирован болевой синдром и достигнута нормализация стула. У 42 (27%) больных получен частичный положительный клинический эффект, болевой синдром сохранялся, но уменьшилась выраженность боли и полной нормализации стула не получено, что заставило провести у данных пациентов повторно курс консервативной терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комбинированная терапия ДБ с применением препаратов, регуляторов стула, кишечных антибиотиков и препаратов содержащим растворимое пищевое волокно с пребиотическим эффектом, позволяют добиться хорошего клинического эффекта у 73% больных.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЗЕЦИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ ЗАПОРЕ

Шакуров А.Ф.¹, Карпунин О.Ю.^{1,2}, Абдульянов В.А.^{1,3}

¹ Казанский государственный медицинский университет,

² Республиканская клиническая больница МЗ РТ,

³ Межрегиональный клинико-диагностический центр МЗ РТ, г. Казань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В связи с тем, что морфогистологические изменения в стенке толстой кишки при хроническом запоре (ХЗ) изучены недостаточно, патогистологическое исследование резецированных препаратов при декомпенсированных формах хронического колостазы представляется, на наш взгляд, весьма интересным.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить особенности строения резецированных отделов толстой кишки у пациентов с декомпенсированными формами хронического колостазы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведены морфогистологические исследования препаратов резецированной толстой кишки 16 пациентов с декомпенсированным кологенным запором (мужчин – 5, женщин – 11, средний возраст – 35,1 \pm 3,2 лет). В качестве группы сравнения использованы гистологические препараты толстой кишки 10 трупов пациентов, смерть которых не была связана с патологией ЖКТ (мужчин – 3, женщин – 7, средний возраст – 43,3 \pm 5,6 лет).

Окраску препаратов проводили гематоксилином Карazzi и эозином. Готовые микропрепараты исследовали с использованием оптического микроскопа Carl Zeiss под увеличением x10 и x20. Для получения цифровых фотографий микропрепаратов использовали цифровую фотокамеру высокого разрешения AxioCam HRC и программный пакет AxioVision 4.4. Морфометрический подсчет проводили с помощью програм-

мы Image-Pro Plus 6. Исследовали: среднюю площадь ганглиев межмышечного сплетения, количество нейронов в них; средний поперечный размер трех кригт, среднюю высоту слизистой оболочки, толщину ее собственной пластинки; наличие подслизистых очагов лейкоцитарной инфильтрации. Дополнительно оценивали состояние мышечного слоя кишечной стенки и ее микроциркуляторного русла.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В резецированных отделах толстой кишки наблюдали: атрофию слизистой; нарушение микроциркуляции с отеком подслизистого слоя, а также отек и гипотрофию мышечной оболочки. Данные изменения, вероятно, связаны с развитием тканевой гипоксии. Отмечено уменьшение площади ганглиев Ауэрбахова сплетения и содержания в них нейронов, что, возможно, и обуславливает тяжесть констипации. При этом в 14 (87,5%) резецированных препаратах толстой кишки обнаружена лимфоидная инфильтрация с формированием лимфоидных фолликулов без светлых центров, расположенных в подслизистом слое и проникающих в толщу слизистой с разрушением ее собственной пластинки, что свидетельствует о развитии хронического воспаления в толще кишечной стенки при хроническом декомпенсированном запоре на фоне избыточной транслокации в нее толстокишечной микрофлоры.

ВЫВОДЫ

При декомпенсированном колостазе отмечаются процессы атрофии слизистой и мышечных оболочек, нарушение микроциркуляции, патологические изменения межмышечного нервного сплетения и развитие хронического воспаления. Установленные морфогистологические признаки могут обуславливать неэффективность консервативной терапии и рассматриваться в качестве дополнительного аргумента в пользу хирургического лечения.

ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВОВ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИНФЛИКСИМАБОМ

Шапина М.В., Халиф И.Л.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить течение заболевания у пациентов с язвенным колитом (ЯК) после возникновения рецидива на фоне поддерживающей терапии инфликсимабом (ИФМ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ретроспективном исследовании течение ЯК было отслежено у 46 пациентов (мужчины – 47,8%, средний возраст 31,7 (17-47) лет), которым с апреля 2008 г. по апрель 2013 г. была начата терапия ИФМ. ИФМ назначался в дозе 5 мг/кг по стандартной схеме. В случае возникновения рецидива проводилось лечение с увеличением дозы до 10 мг/кг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 46 пациентов, начавших терапию ИФМ, 1 пациент прекратил ее самостоятельно после второго введения, у 1 пациента терапия прекращена в связи с тяжелой аллергической реакцией. Из 44 пациентов ответ на индукционный курс был у 31 пациента (70,5%). Из них у 13 (41,9%) человек имел место хотя бы один рецидив на фоне поддерживающей терапии, при этом у 7 (22,6%) – в первый год терапии. Обострения, потребовавшие хирургического лечения, отмечены у 2 (6,5%) пациентов. Из остальных 11 пациентов обострения носили легкий характер у 7 (22,6%) или среднетяжелый – у 3 (9,7%) человек и были купированы препаратами 5-АСК, местной терапией или очередным введением ИФМ. В ходе наблюдения выявлены несколько вариантов течения ЯК на фоне поддерживающей терапии ИФМ в зависимости от характера рецидива (тяжести и времени его возникновения и частоты). У 22,6% пациентов (7 из 31) рецидивы возникали за несколько дней/неделю до очередного введения ИФМ по графику и купировались инфузией препарата. У 9,7% пациентов (3 из 31) обострения возникали между введениями и исходной дозой ИФМ и полностью не купировались. У такого же количества пациентов (9,7%) рецидивы возникали эпизодически 1 раз в год/несколько лет, независимо от введенной препарата и купировались местной терапией или самостоятельно.

ВЫВОДЫ

Выявлены 4 типа течения ЯК на фоне терапии ИФМ: длительная клинико-эндоскопическая ремиссия, редкие спонтанные рецидивы, и 2 типа вторичной неэффективности – «ускользание» эффекта и потеря ответа. Рецидив на фоне антицикло-

пиновой терапии возникает примерно у 40% больных, однако не всегда должен расцениваться как потеря ответа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Шельгин Ю.А., Кузьминов А.М.,
Вышегородцев Д.В., Коган Е.А., Сухих Г.Т.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Колэктомия с резекцией прямой кишки и формированием тонкокишечного резервуара при отсутствии противопоказаний на сегодня является методом выбора при хирургическом лечении семейного аденоматоза толстой кишки (САТК). Эта операция позволяет сохранить естественный кишечный пассаж. Наряду с сообщениями о хороших непосредственных и отдаленных результатах лечения по-прежнему публикуются сведения о большом числе послеоперационных осложнений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка нового метода хирургического лечения САТК, позволяющего сохранить естественный пассаж кишечного содержимого и улучшить функциональные результаты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ГНЦ колопроктологии разработан способ сохранения естественного кишечного пассажа при хирургическом лечении САТК. Выполняется удаление толстой кишки с сохранением дистальной части прямой кишки (4-8 см). Сохранение нижнеампулярного отдела прямой кишки позволяет не повреждать нервно-рефлекторную чувствительную зону над зубчатой линией, которая отвечает за дифференциацию компонентов кишечного содержимого. Накладывается анастомоз между оставшейся частью прямой кишки и сформированным тонкокишечным резервуаром. С целью предотвращения роста полипов выполняется удаление слизистой оболочки прямой кишки (мукозэктомия). Для формирования реконструированной слизистой оболочки проводится аллотрансплантация в демукозированную прямую кишку фетальных клеток эпителиального происхождения и мезенхимы различного происхождения, после чего восстанавливается непрерывность желудочно-кишечного тракта. Всего хирургические вмешательства по поводу САТК с использованием клеточных биотехнологий выполнены 56 пациентам в возрасте от 17 лет до 51 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения развились у 5 (8,9%) пациентов. Прослежена репарация слизистой оболочки прямой кишки у пациентов с САТК по макроскопическим проявлениям с использованием эндоскопического метода, а также на тканевом, клеточном и молекулярном уровнях. Эндоскопическое исследование установило, что рецидив возникновения аденоматозных полипов отмечен только у 1 больного. Выявлено, что репарация слизистой прямой кишки при хирургическом лечении САТК с мукозэктомией происходит на более ранних сроках при ведении аллотрансплантата из эмбриональных клеток, по сравнению с контрольной группой (мукозэктомия без клеточной трансплантации). Это было также подтверждено морфологическими исследованиями. Иммуногистохимическое исследование показало участие в репарации слизистой стволовых клеток.

Не отмечено поздних осложнений резервуара при наблюдении в сроки от 5 месяцев до 7 лет (медиана-18 месяцев).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный хирургический метод лечения с реконструкцией слизистой оболочки прямой кишки после мукозэктомии может быть использован при САТК, поскольку отодвигает развитие рецидива аденоматозных полипов и развитие рака прямой кишки на многие годы и значительно улучшает функциональные результаты. Противопоказанием к операции является наличие рака прямой кишки у пациентов САТК.

ДЕТРАЛЕКС®

очищенная микронизированная флавоноидная фракция

В КОРНЕ ИНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГЕМОРРОЕ



Состав*. Очищенная микронизированная флавоноидная фракция 500 мг; диосмин 450 мг (90%), флавоноиды в пересчете на гесперидин 50 мг (10%). **Показания к применению***. Терапия симптомов венозно-лимфатической недостаточности: ощущение тяжести в ногах; боль; «утренняя усталость» ног. Симптоматическая терапия острого геморроя. **Способ применения и дозы***. Внутрь. Рекомендуемая доза при венозно-лимфатической недостаточности – 2 таблетки в сутки: 1 таблетка в середине дня и 1 таблетка вечером. Рекомендуемая доза при остром геморрое – 6 таблеток в сутки: по 3 таблетки утром и по 3 таблетки вечером в течение 4 дней, затем по 4 таблетки в сутки: по 2 таблетки утром и по 2 таблетки вечером в течение последующих 3 дней. **Противопоказания***. Повышенная чувствительность к активным компонентам или к вспомогательным веществам, входящим в состав препарата. Не рекомендуется прием препарата кормящим или беременным женщинам. **Особые указания***. При обострении геморроя назначение препарата ДЕТРАЛЕКС® не заменяет специфического лечения других анальных нарушений. В том случае, если симптомы не исчезают после рекомендуемого курса терапии, следует провести проктологическое обследование и пересмотреть применяемую терапию. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами***. Не отмечалось. **Беременность и период кормления грудью***. Беременность. Эксперименты на животных не выявили тератогенных эффектов. До настоящего времени не было сообщений о каких-либо побочных эффектах при применении препарата беременными женщинами. **Кормление грудью**. Из-за отсутствия данных относительно выведения препарата в молоко кормящим женщинам не рекомендуется прием препарата. **Влияние на способность управлять автомобилем и выполнять работы, требующие высокой скорости психических и физических реакций***. Не влияет. **Побочное действие**. Часта: диарея, диспепсия, тошнота, рвота. Нечасто: колиты. Редко: головокружение, головная боль, общее недомогание, сыпь, зуд, крапивница. **Передозировка***. **Фармакологические свойства***. ДЕТРАЛЕКС® обладает венотонизирующим и ангиопротективными свойствами. Препарат уменьшает растяжимость вен и венозный застой, снижает проницаемость капилляров и повышает их резистентность. **Форма выпуска***. Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг. По 15 таблеток в блистере (ПВХ/Ал). По 2 или 4 блистера с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную. При расфасовке (упаковке)/производстве на российском предприятии ООО «Сердикс»: по 15 таблеток в блистере (ПВХ/Ал). По 2 или 4 блистера с инструкцией по медицинскому применению в пачку картонную.

*Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата или получите консультацию специалиста.
Представительство АО «Лаборатории Сервье»: 115054, г. Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 3
Тел.: (495) 937-0700, факс: (495) 937-0701
Регистрационный номер: П N011469/01.
На правах рекламы.

При остром геморрое – до 6 таблеток в день

Флеботропный препарат №1 в мире и в России^{1,2,3}

1. Данные IMS по объемам продаж в 2012 году; 2. Данные COMCON, апрель, 2012; 3. Данные GFK, опрос хирургов, февраль 2012.



Coloplast® Care



Программа поддержки стомированных пациентов в России
«Колопласт — забота о Вас»

Центр поддержки пациентов компании «Колопласт»

8 800 700 11 26

Звонок бесплатный

ФЕНОТИП АЦЕТИЛИРОВАНИЯ В ИНДУКЦИИ СУЛЬФАСАЛАЗИНОМ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Шуляк Ж.В., Михайлова Е.И., Сатырова Т.В.

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Беларусь

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение эффективности сульфасалазина в индукции клинико-эндоскопической ремиссии язвенного колита у пациентов с разным типом ацетилирования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В качестве материала исследования использованы 42 больных язвенным колитом, в том числе, 9 быстрых и 33 медленных ацетилятора, до и после назначения сульфасалазина.

Диагноз язвенного колита во всех случаях имел морфологическое подтверждение. Для оценки динамики заболевания использован индекс активности язвенного колита Шредера (Mayo Clinic UC DA). Сульфасалазин назначался в виде монотерапии с использованием стандартных доз препарата.

Фенотип ацетилирования рассчитан по отношению концентраций ацетилированного и свободного изониазида, которые определены методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с ультрафиолетовым обнаружением на аппарате «Agilent 1100» с помощью тестового препарата «изониазид». Анализ различия частот значения бинарного признака в двух связанных группах наблюдений проведен с помощью критерия МакНемара, в двух несвязанных выборках – с помощью двустороннего точного критерия Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сульфасалазин позволил достичь клинико-эндоскопической ремиссии 24 из 42 больных (57,14%) язвенным колитом, в том числе, 2 из 9 (22,22%) быстрых ацетиляторов и 22 из 33 (66,67%) медленных ацетиляторов.

Сульфасалазин доказал эффективность в индукции клинико-эндоскопической ремиссии как у медленных ацетиляторов ($p < 0,0001$), так и у больных язвенным колитом с разным фенотипом ацетилирования ($p < 0,0001$). У быстрых ацетиляторов лекарственный препарат не повлиял на развитие клинико-эндоскопической ремиссии ($p = 0,48$).

На фоне лечения сульфасалазином частота клинико-эндоскопической индукции у быстрых ацетиляторов не отличалась как от больных язвенным колитом с разным фенотипом ацетилирования ($p = 0,08$), так и от пациентов, относившихся к медленным ацетиляторам ($p = 0,48$). Клинико-эндоскопическая ремиссия чаще развивалась у медленных ацетиляторов по сравнению с больными язвенным колитом с быстрым типом ацетилирования ($p = 0,03$).

ВЫВОДЫ

1. Сульфасалазин позволил достичь клинико-эндоскопической ремиссии язвенного колита в 57,14% случаев.
2. У медленных ацетиляторов сульфасалазин являлся эффективным лекарственным препаратом, позволявшим добиться клинико-эндоскопической ремиссии ($p < 0,0001$).
3. Клинико-эндоскопическая ремиссия, индуцированная сульфасалазином, чаще наступала у пациентов с медленным ацетиляторным фенотипом ($p = 0,03$).
4. У быстрых ацетиляторов сульфасалазин не способствовал развитию клинико-эндоскопической ремиссии ($p = 0,48$).

ПРОГНОЗ ПОТРЕБНОСТИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Щукина О.Б., Собко В.Ю., Горбачева Д.Ш., Григорян В.В., Васильев С.В.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, ФГБУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой», ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, ГКБ №31, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Большинству пациентов с болезнью Крона (БК) при прогрессировании заболевания и развитии осложнений потребуются хирургическое лечение. Наиболее частым типом операции является резекция. Оптимизация прогноза потребности в операции важна для своевременного принятия решения по тактике лечения.

ЦЕЛЬ

Выявить прогностические признаки и создать модель прогнозирования потребности в хирургическом лечении болезни Крона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективное наблюдение сроком от 9 до 576 месяцев (в среднем, 54, 2 мес.) проведено у 202 больных с впервые установленной БК (91 мужчина). Средний возраст – 36,8 лет. Согласно Монреальской классификации, пациенты были распределены по фенотипу БК. Отдельную группу составили больные с пенетрирующей формой заболевания, имевшие также стриктурирующие осложнения – выделенная нами пенетрирующая со стриктурами форма БК (В4). Для выявления факторов риска потребности в хирургическом лечении БК создана база данных, включавшая 303 количественных и качественных переменных. Для сравнения были выделены две подгруппы больных – подвергавшиеся оперативному лечению и без хирургического вмешательства. Проводился анализ потребности в оперативных вмешательствах на момент постановки диагноза, в течение года проспективного наблюдения после установления диагноза (краткосрочный прогноз) и за весь 5-летний период наблюдения (долгосрочный прогноз). В рамках статистического анализа применялись методы параметрической и непараметрической статистики. Для изучения независимости категориальных переменных и дихотомических переменных проводилось построение таблиц сопряженности с подсчетом статистики Пирсона χ^2 . Для расчета корреляций (проверки выявленных предикторов на коллинеарность и взаимодействие) применялись коэффициент ассоциации (га) для таблиц 2 на 2 и коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R) для связанных переменных. Вероятность хирургического вмешательства оценивалась при помощи регрессионного анализа методом логистической регрессии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За весь период наблюдения прооперировано 77 (37%) больных, из них 23 (11%) повторно. 19 больных перенесли две операции, 4 – три операции. Частота резекций составила 50/77 (65%), в том числе, 5 повторных. В результате проведенного анализа выявлены независимые предикторы потребности в резекции кишки в течение года наблюдения после установления диагноза. Независимые предикторы использовались при построении модели прогноза. Операционные характеристики созданной модели: чувствительность – 60%, специфичность – 92%, диагностическая точность – 89%. Площадь под ROC-кривой (AUC) составила 0,84. Модель апробирована на 22 больных БК, не входивших в группу исследования. Результаты совпали с предсказанными в 14 (63%) случаях. Результаты наблюдения контрольной группы показывают, что если не считать поражение толстой кишки самостоятельным показателем к операции, то результаты совпадают с предсказанными в 17 (77%) случаях.

ВЫВОДЫ

Основными предикторами потребности в операции являются расширение просвета кишки по данным МР-энтерографии (от 30 до 45 мм) и форма В4 болезни Крона на момент постановки диагноза. При этом пациенты с наличием обоих признаков являются группой повышенного риска оперативного вмешательства.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА

Эгамов Ю.С., Кодиров С., Филатова Н.В., Хайдаров С., Эгамов Б.Ю.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Хронический запор (Х.З.) или колостаз – это интегральный комплекс различных симптомов, связанных с нарушением процесса опорожнения кишечника (реже 3-х раз в неделю). По данным большинства авторов, в мире, в среднем, страдает около 12% взрослых людей. Колостаз может возникнуть в результате воздействия очень большого количества этиологических факторов. Залог успешного лечения Х.З. – это выявление истинной его причины из существующего целого ряда причин и факторов и их устранение. Лечение колостаза требует индивидуального подхода в каждом конкретном случае. Большинство больных с хроническим колостазом подлежат консервативной терапии. Хирургическое лечение запоров может проводиться только после проведенного адекватно консервативного лечения, когда различные медицинские мероприятия не дают эффекта, а симптомы заболевания существенно снижают качество жизни пациентов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

изучение особенностей клинического течения, диагностики

и хирургического лечения колостаз.

При тяжелом, изнурительном хроническом колостазе у пациентов среднего возраста оперативное лечение обеспечивает устранение запора, значительно улучшает качество жизни больных. Операцией выбора может быть расширенная левосторонняя гемиколэктомия с удалением селезеночного угла толстой кишки.

Хирургическое лечение проводили 36 (7,4) больным с колостазом различного типа. Из них: мужчин 12 (33,3%), женщин – 24 (66,7%). 29 (80,6%) больным произведена одноэтапная операция с наложением колоректоанастомоза. Остальным 7 (19,4%) произведены восстановительные операции через 5-11 месяцев.

Во время операции, при колостазе обратили внимание на эффективность эндомезентериального введения раствора новокаина в брыжейку кишки. Перед завершением операции в брыжейку кишки устанавливали тонкий микроирригатор для лимфатической терапии. Лимфатическая терапия заключалась введением лимфастимуляторов и антибиотиков, сразу же после операции. Эффективность лимфатропной терапии оценивали по срокам восстановления перистальтики кишечника, отхождения газов и уменьшением выделяемого желудочного сока через зонд.

Хронический колостаз чаще встречается до 30-50 летнего возраста, особенно у женщин.

Таким образом, проблема хронического толстокишечного стаза будет решена при выработке адекватной тактики лечения, в том числе, хирургического.

Комплексная эндомезентериальная терапия в послеоперационном периоде дает достоверное снижение послеоперационных осложнений и снижает пребывание больных в стационаре.

РЕЗЕКЦИЯ СИГМОВИДНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ С АГАНГЛИОНАРНОЙ ЗОНОЙ ПО ТИПУ ГАРТМАНА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ

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

БУ «Городская клиническая больница № 1» МЗ и СР
Чувашской республики, г. Чебоксары, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Болезнь Гиршпрунга (H.Hirschsprung, 1887) – это аномалия развития, характеризуется врожденным отсутствием или значительным уменьшением ганглиев интрамуральных нервных сплетений кишечной стенки всей толстой кишки или ее части. Существуют варианты заболевания с минимальной выраженностью симптомов, что позволяет части пациентов дожить до зрелого возраста, даже не подозревая о наличии у них порока развития толстой кишки. Такие пациенты представляют собой особую категорию больных, требующую нестандартной оценки и индивидуального подхода.

В настоящее время методом выбора хирургического лечения болезни Гиршпрунга у взрослых является операция Дюамеля в модификации ГНЦК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В колопроктологическом отделении в период 2010-2014 гг. оперированы 2 пациента с подтвержденным диагнозом болезнь Гиршпрунга, которые неоднократно проходили стационарное лечение, где проводилось обследование (ирригография, колоноскопия), проводилась консервативная терапия (электростимуляция кишечника).

Пациенты поступали в колопроктологическое отделение БУ ГКБ № 1 в экстренном порядке с жалобами на запоры, отсутствие самостоятельного стула, повышенное газообразование, постоянные боли в животе.

При объективном осмотре на фоне вздутия, увеличения в размерах толстой кишки отмечалась асимметрия живота, увеличение его в размерах, с растянутой передней брюшной.

По результатам проведенного УЗИ ОБП удалось увидеть дополнительную петлю кишечника, что говорит об отсутствующей или сниженной моторике.

При рентгенологическом обследовании кишечника обнаружены характерные расширенные петли толстого кишечника. С целью улучшения качества жизни больных выполнена операция резекции сигмовидной и прямой кишки с аганглионарной зоной, формированием колостомы.

При патогистологическом исследовании материалов была

обнаружена аганглионарная зона. При гистологическом исследовании расширенных отделов толстой кишки обнаружена гипертрофия мышечных волокон одновременно со склерозом и замещением их соединительной тканью.

В дальнейшем больные находились под наблюдением с осмотром 1 раз в 3 месяца, после первого наблюдения 1 раз в 6 месяцев, включавшего: объективный осмотр, УЗИ органов брюшной полости, фиброколоноскопия толстой кишки через стому, ректороманоскопия культи прямой кишки, пассаж бария по кишечнику.

После выполнения реконструктивной операции качество жизни пациента значительно повысилось. Второму пациенту планируется проведение восстановительной операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Прогноз у взрослых пациентов, перенесших операцию резекции кишки с аганглионарной зоной по поводу болезни Гиршпрунга с формированием стомы и последующим вторым этапом, является благоприятным. Подобная тактика является обоснованной при болезни Гиршпрунга у взрослых.

ГЛАВА 4. СТОМЫ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ЗАКРЫТИИ ПРЕВЕНТИВНЫХ КИШЕЧНЫХ СТОМ (ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Ачкасов С.И., Сушков О.И., Корнева Т.К., Пилиев Д.В.
ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Общепризнанным считается, что у пациентов, подвергающихся вмешательствам на толстой кишке необходимо проводить периоперационную антибиотикопрофилактику. В то же время, небольшой объем хирургической травмы при закрытии кишечной стомы, непродолжительное время операции, сохранность иммунного статуса пациентов, возможно, позволило бы отказаться от рутинного применения антибиотикопрофилактики у ряда пациентов, что может уменьшить вероятность развития побочных эффектов препаратов, в том числе, антибиотикоассоциированной диареи, и снизить затраты на лечение.

ЦЕЛЬ

Оценка непосредственных результатов закрытия превентивных кишечных стом с проведением антибиотикопрофилактики и без нее.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С ноября 2013 по январь 2015 гг. в проспективное сравнительное рандомизированное исследование включено 113 пациентов. Больным 1-й группы (основной) при закрытии превентивной кишечной стомы антибиотикопрофилактика не проводилась (n=60). Больным 2-й группы (контрольной) проводилась предоперационная антибиотикопрофилактика амоксицилина клавуланатом в дозе 1.2 г внутривенно однократно за 30 минут до начала операции (n=53).

Всем пациентам обеих групп перед операцией проводился количественный микробиологический анализ отделяемого из стомы и иммуноферментный анализ (ИФА) на наличие токсинов А и В *Cl. difficile*, микробиологический анализ мазков отделяемого, полученного из отключенных отделов. У всех больных после операции проводился забор кала после первого стула на бактериальную флору и ИФА на токсины А и В *Cl. difficile*.

В 1-й группе было 35 (58,3%) пациентов с илео- и 25 (41,7%) больных с колостомами. Во 2-й группе илео- и колостомы закрывались примерно с той же частотой: 34 (64,2%) и 19 (35,8%) наблюдений, соответственно (p>0,05). Статистически достоверных различий по полу, возрасту, ИМТ и срокам носительства стомы между группами также выявлено не было.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Длительность операции составила 87,3±31,8 мин. – в основной и 84,5±28,6 мин. – в группе контроля (p=0,54). Послеоперационный койко-день между группами существенно не различался и составил 8,3±4,0 и 8,7±3,2 дней в 1-й и во 2-й группе, соответственно (p=0,64).

Частота развития послеоперационных осложнений после закрытия стомы в основной и контрольной группах статистически значимо не различались – 28,3% и 24,5% случаев, соответственно, (p=0,68).

Гнойно-септические осложнения со стороны послеоперационной раны возникли у 8 (13,3%) больных основной группы и у 4 (7,5%) группы контроля, (p=0,37). Диарея с частотой стула 5 и более раз в день возникла в 1 и 2-й группе у 5 (8,3%) и у 4 (7,6%) больных, соответственно, (p=1,0). Длительная лихорадка до фебрильных значений сопровождала послеоперационный период у 3 (5,0%) пациентов основной и у 2 (3,8%) больных контрольной группы, (p=1,0).

Тенденция к повышению частоты положительных результатов ИФА кишечного отделяемого на токсины А и В *Cl. difficile* после закрытия стомы отмечена в обеих группах. Так, в основной группе частота положительных результатов увеличилась с 26,7 до 31,7%, (p=0,97), в контрольной – с 28,3 до 30,2%, (p=0,75).

В одном (1,7%) наблюдении из основной группы нагноение послеоперационной раны диагностировано после выписки

из стационара и потребовало повторной госпитализации для хирургического лечения раны. У одного (1,9%) пациента контрольной группы ранний послеоперационный период осложнился гематомой послеоперационной раны, потребовавшей ее дренирования. Также в этой группе зарегистрирован один случай (1,9%) пареза ЖКТ, разрешившийся консервативно и один (1,9%) – послеоперационного цистита, что потребовало назначения уросептиков.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отказ от проведения антибиотикопрофилактики не привел к статистически значимому увеличению частоты развития послеоперационных осложнений.

Гнойно-септические осложнения со стороны послеоперационной раны отмечались несколько чаще в основной, чем в контрольной группе – в 13,3% и 7,5% наблюдений, соответственно, однако, различия оказались статистически незначимы (p=0,37).

Также нет достоверной разницы в выявленной тенденции к возрастанию частоты положительных результатов анализа кала на токсины А и В *Cl. difficile*.

Для выработки наиболее объективных критериев назначения антибиотикопрофилактики необходимо дальнейшее накопление материала.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Гатауллин И.Г., Тойчужев З.М.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Казань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Определение и анализ факторов риска развития параколостомических послеоперационных осложнений после брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки в значительной степени влияет на исходы хирургического лечения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Снижение количества параколостомических осложнений после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки по поводу рака нижнеампулярного отдела и разработка мер по их профилактике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На основании архивных данных о хирургическом лечении было отобрано 298 историй болезни пациентов с раком прямой кишки, находившихся в РКОД МЗ РТ с 2000 по 2011 гг. Проведен анализ осложнений в параколостомической области, развившихся в разные сроки после радикального оперативного вмешательства. Больные были распределены на две группы по пятилетиям: с 2000 по 2005 гг. и с 2006 по 2011 гг. Такое разделение было связано с тем, что на рубеже этих периодов на базе РКОД МЗ РТ происходила определенная реорганизация, направленная на усиление колопроктологической специфики, увеличился поток профильных больных, появились и были внедрены различные передовые методики и технологии в хирургии колоректального рака. Разработаны и внедрены новые способы формирования протективных колостом с применением современных шовных материалов и биосовместимых аллопластических имплантов, новейших коагулирующих аппаратов, тотальной мезоректумэктомии, активное использование интраоперационного лаважа толстой кишки при нарушении кишечной проходимости, проведение адекватной и рациональной антибиотикопрофилактики и пр.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В работе прослежены тенденции изменения частоты развития послеоперационных осложнений в зависимости от внедрения в повседневную работу новых методик и технологий оперирования, использования методов комбинированного лечения. При сравнении полученных результатов выявлено, что частота развития послеоперационных осложнений в параколостомической области и летальность существенно снизились во втором пятилетии (2006-2011 гг.), несмотря на увеличение числа больных и количества операций. Частота параколостомических осложнений составила 7,2% против 20,4% в предыдущем 5-тилетии, а летальность – 0,9% против 3,9% за соответствующие периоды.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Существенные изменения в показателях послеоперационных осложнений и летальности могут быть достигнуты лишь

благодаря совокупности следующих факторов: правильной организации лечебного процесса, высокой квалификации персонала и использования современных инновационных технологий лечения.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ТИПА ГАРТМАНА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Гатауллин И.Г., Халиков М.М., Шакиров Р.К., Тойчуев З.М.
ГБОУ ДПО КГМА, ГАУЗ «РКОД МЗ РТ», г. Казань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В России отмечается неуклонный рост больных колоректальным раком с осложненными формами заболевания. Поэтому хирурги вынуждены прибегать к многоэтапным методам хирургического лечения, наиболее рациональным из которых признаны операции типа Гартмана.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявление наиболее оптимальных сроков для выполнения реконструктивно-восстановительных операций у больных после операции типа Гартмана.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа основана на клиническом материале лечения 63 пациентов, которым выполнена операция типа Гартмана в отделениях неотложной хирургии, по поводу осложненного колоректального рака. Реконструктивно-восстановительный этап проведен в специализированном онкологическом отделении Республиканского клинического онкологического диспансера Минздрава Татарстана. Мужчины составили 35 (55,6%) больных, женщины – 28 (44,4%) пациенток.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С целью выявления наиболее оптимального срока для реконструкции в предоперационном периоде проводилась сфинктерометрия. Для этого использовался модифицированный сфинктерометр с электродной фиксацией результатов. Оценивались такие показатели как: тоническое натяжение сфинктера заднего прохода, максимальное усилие сфинктера заднего прохода и волевое сокращение сфинктера. Полученные результаты сравнивались со средними показателями, выведенными эмпирическим путем у здоровых людей. Для здоровых взрослых людей окружные средние равны: тонус – 1200-1300 г, максимальная сила – 1400-1500 г, волевое усилие – 150-250 г.

Межкисечный анастомоз выполнялся аппаратным способом у 9 (14,3%) пациентов и ручным способом – у 53 (85,7%) пациентов. Ручной способ – по типу «конец-в-конец» 31 (49,2%) пациент и «бок-в-бок» 23 (36,5%) пациента. Случаев несостоятельности анастомоза не было.

Все операции выполнялись с соблюдением онкологических принципов: удаление оставшейся части брыжейки, лимфодиссекция, перевязка сосудов у основания, резекция проксимальной и дистальной культи кишки. Послеоперационные осложнения зафиксированы у 13 (20,8%) пациентов: гнойно-воспалительные осложнения со стороны колостомической раны – у 8 (12,8%) больных и у 5 (8%) пациентов выявлены экстраабдоминальные осложнения (урологические, сердечно-легочные).

ВЫВОДЫ

Все вышеизложенное дает основание считать, что наиболее оптимальными сроками для реконструкции после операций типа Гартмана по поводу осложненного рака левой половины ободочной кишки являются первые 3 месяца.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ОБОСНОВАНИЕ МЕР ПО ИХ ПРОФИЛАКТИКЕ

Грошили В.С., Черкасов М.Ф.,
Московченко А.Н., Дмитриев А.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Неотложная хирургическая и осложненная онкологическая патология, а также травмы с повреждением толстой кишки

зачастую создают угрозу жизни пациента и требуют выполнения экстренного оперативного вмешательства, завершающегося формированием одноствольной концевой колостомы. Число послеоперационных осложнений, в числе которых: параколостомические грыжи, выпадение, ретракция колостомы, ущемление стомированной части кишки, по данным отдельных авторов, достигает показателей в 15-30%. В пределах 20% сохраняется и послеоперационная летальность. Несмотря на предпринимаемые меры, значимой тенденции к уменьшению данных осложнений не достигнуто. Наличие осложненной колостомы значительно снижает уровень социальной, трудовой адаптации и качества жизни пациентов. Учитывая социальную значимость качества жизни стомированных больных, улучшение результатов оперативных вмешательств, поиск оптимального метода формирования колостомы, является актуальной задачей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 65 пациентов, в возрасте от 52 до 74 лет, перенесших операции, включавшие формирование одноствольной концевой колостомы. В 43 случаях сформированы постоянные колостомы, в 22 – временные. Послеоперационный мониторинг результатов проводили в сроки 7 дней, 1, 3, 6 и 12 месяцев. Контрольное обследование включало физикальный осмотр, колоноскопию, миографию передней брюшной стенки, анализ микрофлоры стомированного участка кишки, оценивалось качество жизни по опроснику MOS SF-36.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ результатов выявил развитие ранних параколостомических осложнений в 14 (21,5%) наблюдениях. Ишемия с очаговым некрозом стенки культи кишки развилась у 8 (10,9%) больных. В 6 (9,2%) случаях имело место частичное прорезывание швов, соединявших кожу и кишечную стенку, но за счёт адекватной санации области колостомы и применения протективных средств (кремов и гелей), выраженных рубцовых изменений и ретракции стом не отмечалось. Поздние параколостомические осложнения развились у 7 (10,7%) больных. Рубцовые стриктуры колостомы сформировались у 2 (3%) человек из-за развившейся ранее ишемии культи кишки. Выпадение культи кишки развилось в 1 (1,5%) случае из-за постоянного ношения бандажа и повышения внутрибрюшного давления. Параколостомическая грыжа в течение 1-го года после операции сформировалась в 4 (6,1%) случаях у пациентов в возрасте от 67 до 73 лет.

На основании полученных данных и результатов проведенного анализа, нами разработан способ формирования одноствольных концевых колостом, включающий формирование анатомически ориентированной лигатурно-фасциальной манжетки и учитывающий индивидуальные особенности и конституциональный тип пациента при выборе размеров и ориентации разрезов передней брюшной стенки, а также проекции и локализации стомы на ее поверхности (подача заявки на получение патента РФ, получен приоритет). Предложенным способом оперировано 9 пациентов. Ранние послеоперационные осложнения отмечены у 1 (11,1%) пациента; отмечено развитие ишемии с очаговым некрозом стенки стомированного участка кишки. В сроки наблюдения до полугода отдаленных осложнений не отмечалось.

ВЫВОДЫ

1. Индивидуальный подход к методу формирования толстокишечных стом и комплексная профилактика параколостомических осложнений позволяют значительно снизить их число, а также улучшить качество жизни больных и их социальную адаптацию.

2. Проведенный анализ результатов применения разработанного способа формирования концевой колостомы показал его преимущества и перспективы использования, но требует достаточного количественного и временного наблюдения.

РАННЯЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Дарвин В.В., Ильканич А.Я.,
Васильев В.В., Лысак М.М., Бубович Е.В.

ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»,
БУ ХМАО-Югры «Сургутская ОКБ», г. Сургут, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести сравнительный анализ ближайших результатов

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Есин В.И., Халов В.Ю., Юнусов А.Ш., Бондаренко А.А.
ГБУЗ АО АМОКБ, г. Астрахань, Россия

лечения больных с колостомами в зависимости от сроков выполнения восстановительных операций.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 127 стомированных пациентов. Средний возраст составил $51,2 \pm 2,5$ лет, из них мужчин – 67 (52,8%), женщин – 60 (47,2%). Первично оперированы по поводу стенозирующего рака толстой кишки – 66 (52%) пациентов, с осложненными формами доброкачественных заболеваний и травмами – 61 (48%). Ранние восстановительные операции в срок от 7 до 10 суток (до выписки из стационара) после первичного хирургического вмешательства были выполнены 35 (27,6%) больным (основная группа); поздние – 92 (72,42%) пациентам (контрольная группа). Критериями, позволяющими провести ранние восстановительные операции, мы считали: возраст менее 65 лет, распространение первичной опухоли T1-3N0M0, радикальный характер первичного вмешательства, отсутствие ранних п/о осложнений, отсутствие тяжелой сопутствующей патологии, нормализация клинико-биохимических параметров.

С целью определения возможности выполнения ранних восстановительных операций, нами изучена динамика внутрикишечного давления проксимальнее устья стомы в ранние послеоперационные сроки, и исследованы особенности морфологических изменений стенки толстой кишки в сегменте проксимальнее устья стомы в первые 14 сут. после операции и, соответственно, обоснование возможности выполнения ранних восстановительных операций проведено по критерию оценки морфологических изменений в стенке анастомозируемых сегментов толстой кишки и клиническому течению раннего послеоперационного периода.

Изучение динамики ВКД показало оптимальный декомпрессионный эффект петлевой и концевой стомы, что обеспечивало с 3-4 послеоперационных суток физиологический уровень ВКД. Морфологическое исследование свидетельствовало о подостром характере течения воспалительного процесса в раннем послеоперационном периоде (первые 10-12 сут.). Преобладание в воспалительном инфильтрате лимфоцитарно-моноцитарных, а также фибробластических элементов свидетельствовало в пользу текущих репаративных процессов. Атрофических изменений в слизистой не выявлено. При отсутствии осложнений к 10-14 сут. отмечается выраженное снижение активности воспалительной реакции стенки кишки, восстановление лимфогистиоцитарного слоя слизистой толстой кишки, приближающейся по гистологической характеристике к слизистой оболочке неизменной стенки толстой кишки. Это является дополнительным аргументом, свидетельствующим в пользу выполнения ранних восстановительных хирургических вмешательств.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенный сравнительный анализ при использовании тактики ранних и поздних восстановительных операций позволил установить следующее. В основной группе частота осложнений 5 (14,3%): осложнения связанные с нарушением заживления кишечного анастомоза отмечены у 2 (5,7%) пациентов: несостоятельность анастомоза – у 1, анастомозит – у 1; у 3 (8,6%) больных развились инфекционные осложнения в области хирургического вмешательства (ИОХВ). В контрольной группе осложнения наблюдали у 14 (15,2%) пациентов: несостоятельность швов анастомоза с формированием толстокишечного свища – у 3 (3,2%), анастомозит – у 1 (1,3%), острая ранняя спаечная кишечная непроходимость – у 2 (2,5%), ИОХВ – у 8 (10%). Общая продолжительность нетрудоспособности в основной группе составила $54,3 \pm 4,7$ дней; в контрольной – от 3,5 до 12 месяцев, при этом 5 (6,3%) пациентов получили группу инвалидности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на основании проведенного многофакторного анализа, у ограниченного контингента стомированных больных, при соблюдении ряда условий: радикальности первичной операции, гладкого течения раннего послеоперационного периода и отсутствии некомпенсированной соматической патологии возможно выполнение ранних восстановительных операций в срок 7-10 суток без риска увеличения частоты осложнений.

За период с 2000 по 2014 гг. была выполнена 261 реконструктивная операция на толстой кишке. У 74 больных колостомы имели «протективный» характер и в большинстве случаев были закрыты в сроки от 3 до 6 месяцев после первичного вмешательства. Более подробному анализу нами была подвергнута группа из 187 пациентов, которым ранее были выполнены обструктивные резекции толстой кишки (по поводу опухоли левой половины у 121 (64,7%) больного, в связи с неопухолевыми заболеваниями – у 66 (35,2%)). Мужчин было 101 (54,0%), женщин – 86 (45,9%). Средний возраст составил 67 лет.

Внутрибрюшное расположение дистальной культи толстой кишки было у 120 (64,1%) больных, забрюшинное (ниже уровня тазовой брюшины) – у 67 (35,8%). Всем больным перед выполнением реконструктивно-восстановительных операций проводилось детальное исследование состояния приводящего и отводящего отделов толстой кишки (эндоскопическое и рентгенологическое), а также КТ органов брюшной и грудной полостей. У больных, ранее оперированных по поводу злокачественной опухоли, исследовался уровень онкомаркеров, и учитывалась необходимость проведения комбинированного лечения, что увеличивало сроки восстановительной операции от 3-х до 6 месяцев. У больных с неопухолевой патологией сроки восстановительной операции зависели, в основном, от наличия перенесенных осложнений после первой операции; при отсутствии таковых восстановительную операцию выполняли через 3 месяца.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При короткой культе (ниже уровня тазовой брюшины) в большинстве случаев (у 51 пациента – 76,1%) формировались аппаратные колоректальные анастомозы, у 16 (23,8%) создан ручной однорядный анастомоз. При внутрибрюшном расположении дистальной культи толстой кишки 120 (64,1%) создавали однорядные толстокишечные анастомозы (конец-конец). Ранние послеоперационные осложнения различного характера после реконструктивных операций отмечены у 19 (10,1%) больных. У 4 (2,1%) больных потребовалась релапаротомия в связи с несостоятельностью сформированного анастомоза, у двоих из них (1%) наступил летальный исход вследствие перитонита. В отдаленном послеоперационном периоде в сроки от 6 месяцев до 12 лет качество жизни большинства больных при отсутствии прогрессирования опухоли расценено как хорошее.

ВЫВОДЫ

Реконструктивно-восстановительные операции относятся к вмешательствам повышенной категории сложности в колоректальной хирургии, поэтому должны выполняться в специализированных отделениях. Наряду с оптимальным выбором сроков восстановительной операции и тщательной предоперационной подготовкой, одним из существенных факторов, способствующих оптимизации результатов лечения данной категории пациентов, остается выполнение таких операций бригадой специалистов, имеющих большой опыт в данном разделе хирургии.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «ТИЗОЛЬ» НА КОЛОНИЗАЦИОННУЮ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ У КОЛОСТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Жигаев Г.Ф., Кривигина Е.В., Багишев Р.А.

Бурятский государственный университет,
Медицинский институт, г. Улан-Удэ, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

За последние 30-40 лет в литературе много внимания уделяется значению метаболитов кишечной микрофлоры, в частности, короткоцепочечных жирных кислот (КЦЖК). Они являются интегральным показателем различных процессов, происходящих в кишечнике, обеспечивают многочисленные физиологические эффекты в организме. Представляется интересным и актуальным изучение возможности оптимизации лечения больных с «диверсионным колитом» препаратом металлокомплексных соединений – аквакомплексом «Тизоль».

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить состояние колонизационной резистентности толстой кишки, оптимизировать диагностику и лечение больных с отключенной толстой кишкой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 83 пациента, из них 49 больных – с «диверсионным колитом». Диагноз устанавливался на основании комплекса клинических, лабораторно-инструментальных методов исследования. Учитывались жалобы, анамнез заболевания, физикальные данные, клинические и биохимические анализы крови и мочи, колопроктологические исследования, иммунограмма, ЭКГ, УЗИ органов живота, эндоскопия (ФЭГДС, колоноскопия), КТ, МРТ (по показаниям). Состояние микробиоценоза кишечника оценивали на основании данных микробиологического исследования и исследования КЦЖК в кале методом газожидкостного хроматографического анализа (ГЖХ – анализ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценивали динамику профилей C_2 - C_4 , анаэробных индексов КЦЖК в кале у больных с отключенной толстой кишкой (C_2 – уксусная кислота, C_3 – пропионовая кислота, C_4 – масляная кислота, АИ – анаэробный индекс).

В первой группе больных, получавших базисную терапию, были получены следующие результаты: C_2 (контроль $0,63 \pm 0,01$ мг/кг), до лечения – $0,48 \pm 0,01$, после лечения – $0,58 \pm 0,01$ мг/кг; C_3 (контроль $0,19 \pm 0,01$ мг/кг), до лечения – $0,28 \pm 0,01$ и $0,23 \pm 0,01$ после лечения; C_4 (контроль $0,18 \pm 0,01$ мг/кг), $0,24 \pm 0,01$ до лечения и $0,21 \pm 0,01$ после лечения; АИ (контроль $-0,58 \pm 0,01$), до лечения $-1,05 \pm 0,01$, после лечения $-0,95 \pm 0,01$, $p < 0,05$.

Вторая группа пациентов на фоне комплексного лечения применяла препарат «Тизоль» (с помощью клизмы 10 мг геля «Тизоль» смешивали с 50 мг воды, комнатной температуры): C_2 – до лечения $0,50 \pm 0,01$, после лечения $0,63 \pm 0,01$; C_3 – $0,27 \pm 0,01$ и $0,19 \pm 0,01$, соответственно; C_4 – $0,23 \pm 0,01$ и $0,19 \pm 0,01$, соответственно; АИ – до лечения $-1,05 \pm 0,01$, после лечения $-0,57 \pm 0,01$.

Таким образом, нарушение метаболической активности микрофлоры кишечника у больных «диверсионным колитом» проявляется в повышении содержания КЦЖК, снижением уксусной кислоты и повышением уровней пропионовой и масляной кислот в спектре КЦЖК, что свидетельствует о снижении активности и количестве представителей облигатной, в том числе, молочнокислой флоры (бифидо- и лактобактерий), об увеличении численности и активации анаэробного звена микрофлоры и об углублении микробиологических нарушений в кишечнике. Снижен уровень уксусной кислоты в спектре КЦЖК и уменьшение количества бифидобактерий и лактобацилл.

СПОСОБ НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ СТОМИРОВАННОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Задильский Р.П., Кирилин Л.Н., Юданов А.В., Говорков Р.В., Токмаков И.А.

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Новосибирский областной центр колопроктологии, г. Новосибирск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Количество операций, завершающихся формированием кишечной стомы, не имеет тенденции к снижению.

Существует множество способов кишечного стомирования, однако, среди них нет совершенного – исключающего наличие осложнений. Большая их часть нацелена на создание управляемой стомы – широкого клинического распространения не имеет, представляет интерес отдельных клиник.

В плановой хирургии толстой кишки общепризнанной является методика формирования «плоской» стомы. При экстренных же операциях, когда кишка не подготовлена, стенка её изменена – перерастянута, отечна, снижена механическая и биологическая прочность, до настоящего времени нет единого мнения о выборе того или иного метода формирования колостомы. Стомирование «на уровне кожи» в этих условиях грозит необоснованно высоким риском развития ранних гнойно-воспалительных осложнений, ретракции кишки.

Несмотря на постоянное совершенствование хирургической техники и применение современных схем антибактериальной терапии, частота возникновения стомальных осложнений, как в раннем, так и позднем послеоперационном периодах

остаётся высокой и составляет, по данным разных авторов, до 70%, из них: гнойно-воспалительных до 14,8%, ретракции до 14%.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Снизить частоту ранних гнойно-воспалительных осложнений кишечных стом.

ЗАДАЧИ

Разработать способ наружной фиксации стомированной кишки применяемый при формировании кишечной стомы в условиях кишечной непроходимости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике разработан метод наружной фиксации стомированной кишки, который заключается в том, что кишка после её выведения на брюшную стенку окутывается прямоугольной полоской, из инертного медицинского силикона, перфорированного по всей площади, фиксируется необходимой диаметр. Таким образом, формируется удерживающая манжетка, к верхнему краю которой подшивается кишка. Швов между кишкой и передней брюшной стенкой не накладываем. Силиконовая манжетка к слоям брюшной стенки также не подшивается. Создается бесшовная стома с минимальным риском развития гнойно-воспалительных осложнений, ретракции кишки и благоприятными условиями для санационных процедур в раннем послеоперационном периоде. Оформлены приоритетные справки. По данному методу, в условиях кишечной непроходимости, сформированы 6 кишечных стом: 4 одноствольные и 2 петлевые колостомы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Фиксация стомированной кишки по новой методике занимала от 3 до 5 минут, снятие манжетки осуществляли на 6-10 сутки. Осложнений со стороны стом в раннем послеоперационном периоде не наблюдалось.

ВЫВОДЫ

Разработанный метод наружной фиксации стомированной кишки при помощи силиконовой манжетки может использоваться при операциях, сопровождающихся формированием кишечной стомы в условиях кишечной непроходимости.

Требует дальнейшей оценки и сравнительного анализа с другими способами формирования кишечных стом при наборе материала.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КОЛОСТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Иванова О.В., Богомолов Н.И., Пикулина Л.Г., Сафронов Д.В.

ГБОУ ВПО ЧГМА, ГУЗ ККБ, г. Чита, Россия

Кишечные стомы, как способ снижения летальности и числа послеоперационных осложнений на первом этапе реабилитации больных с острыми осложнениями заболеваний ободочной кишки, в дальнейшем значительно снижают уровень жизни больного в медицинском и социальном плане, и являются основной причиной инвалидности. Наилучший способ повышения качества жизни этой группы больных – оперативное восстановление непрерывности или целостности ободочной кишки, то есть выполнение второго этапа хирургической реабилитации. Данные операции относятся к операциям высшей категории сложности и не исключают возникновения послеоперационных осложнений, самое грозное из которых – несостоятельность анастомоза с развитием перитонита. В связи с чем, оптимизация существующих и создание новых методик на всех этапах реабилитации больных с острыми осложнениями заболеваний ободочной кишки актуальна и сегодня.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

По материалам двух клиник, больных с двухствольными раздельными кишечными стомами, которым ранее выполнялась резекция ободочной кишки, было 206, с двухствольными петлевыми – 160 человек. Вторая группа из 102 пациентов представлена больными с одноствольными кишечными стомами после операции Гартмана или типа Гартмана. Преобладали операции по поводу рака ободочной кишки (214 больных – 64,8±2,63%), осложнённого непроходимостью (112 – 33,9±2,6%) и перфорацией с перитонитом (30 – 9±1,58%). На втором месте – больные с дивертикулярной болезнью (46 – 13,9±1,9%), осложненной инфильтратом (24 – 7,2±1,43%) и перфорацией (22 – 6,6±1,37%). На третьем месте – лица с долихосигмой, осложненной заворотом (34 – 10,3±1,67%) и некрозом сигмы у 24 человек. На четвертом месте – воспалительные заболевания ободочной кишки – НЯК (18 – 5,5±1,25%)

и болезнь Крона (12 – 3,6±1,03).

Двуствольные петлевые колостомы сформированы по поводу травмы у 87 (54,3±3,93%), патологии органов малого таза у женщин – 46 (28,7±3,57%) больных с дивертикулярной болезнью, осложненной перфорацией (13 (8,1±2,15%) человек). Преобладали лица пожилого и старческого возраста (старше 60 лет). Сигмостомы сформированы у 256 (54,7±2,3%) пациентов, при выполнении субтотальных колэктомий: одноствольных кишечных стом было 10 (2,1±0,66%), двуствольных – 12 (2,5±0,73).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При выполнении реконструктивно-восстановительных операций (РВО) с 2001 года применяем однорядный шов по разработанной в клинике технологии (патент РФ №2228149). На начальном этапе освоения методики у 7 больных отмечали несостоятельность межкишечного анастомоза, с которой успешно справились благодаря собственному охраноспособному способу лечения (патент РФ №2294702).

Оценка результатов операций осуществлена по шкале SAPS – II. Большинство больных (99,4±0,38%) после восстановительных операций (ВО) на вторые сутки были в удовлетворительном состоянии (менее 10 баллов по шкале SAPS – II) и только 0,54±0,38% – были в состоянии средней степени тяжести (11–15 баллов по шкале SAPS – II). После РВО только 9,8±2,94% пациентов имели удовлетворительное состояние (менее 10 баллов по шкале SAPS – II), большинство же (66,6±4,66%) были в состоянии средней степени тяжести (11–15 баллов по шкале SAPS – II), кроме того значительная часть больных (18,6±3,85%) – в тяжелом состоянии (11–20 баллов по шкале SAPS – II) и даже (4,9±2,13%) – в состоянии крайней степени тяжести (более 20 баллов по шкале SAPS – II). Данные демонстрируют, РВО тяжелее переносятся больными. На 366 больных после ВО и 102 – после РВО экстраабдоминальных осложнений после ВО не выявлено ни в одном случае. После РВО данный вид осложнений наблюдался у 14,7±3,5% больных, что сопоставимо с результатами после любых других тяжелых «лапаротомных» операций и свидетельствует о значительной травматичности данного оперативного вмешательства.

Интраабдоминальные осложнения (несостоятельность швов анастомоза и его последствия) достоверно чаще (51,4±8,4%) возникали после внебрюшинных способов ликвидации колостом. А при выполнении операции внутрибрюшинным способом, число несостоятельности швов анастомоза уменьшается почти в 10 раз и возникает только у 5,5±2,69% больных. Однако не только снижение числа послеоперационных осложнений и различие методов их лечения является преимуществом ВО перед РВО.

Средний послеоперационный койко-день более чем на 4 дня меньше у больных после ВО, чем после РВО (12,09±0,16 дней против 16,9±0,52; $p>0,05$) в случае неосложненного течения послеоперационного периода. Объяснить это можно и ранним восстановлением общего состояния, и малой травматичностью самого хирургического пособия, и щадящими методами анестезии, а также отсутствие необходимости в реанимационных мероприятиях (продленная ИВЛ и другое). Однако, анализируя послеоперационный койко-день у больных с возникшими после операции осложнениями, оказалось, что разница еще более существенная и составляет более 6 дней в пользу ВО (20,05±0,92 дня против 27,0±1,64; $p>0,05$). Причина очевидна – осложнения после ВО носят чаще поверхностный характер и реже требуют повторных оперативных вмешательств. Нельзя забывать и о разнице в тактике лечения в случае возникновения такого осложнения, как несостоятельность швов анастомоза.

Таким образом, реабилитация больных с колостомами с нарушением анатомической целостности имеет значительные преимущества перед реабилитацией больных с колостомами с нарушением анатомической непрерывности по всем параметрам (социальным, медицинским, экономическим, врачебно-трудовым).

За изученный период в колопроктологическом отделении ККБ, гнойном и онкологическом отделениях ДКБ умерли 7 (1,4±0,56%) пациентов после ВО и РВО. В группе больных, которым была выполнена ВО умерло 3 (0,8±0,47%) больных, после РВО – 4 (3,9±1,92%) пациентов. Как мы видим, различия настолько значительны, что не оставляют сомнений в преимуществах ВО перед РВО. Летальность после РВО значительно превышает летальность после ВО, а применение оригинального способа ВО позволило приблизить летальность практически к нулю.

Следовательно, эффективность операций по ликвидации

кишечных стом доказывает значительные преимущества методик, направленных на закрытие кишечных стом с нарушением анатомической целостности, по сравнению с операциями, направленными на закрытие кишечных стом с нарушением анатомической непрерывности. Оригинальный способ оперативного лечения кишечных стом позволяет значительно повысить безопасность оперативного пособия за счет снижения случаев несостоятельности анастомоза и отрицательного влияния зоны анастомоза от свободной брюшной полости. Двухэтапную реабилитацию больных с острыми осложнениями заболеваний ободочной кишки следует проводить следующим образом: первый этап – первичная резекция ободочной кишки с наложением двуствольной кишечной стомы (кроме случаев при коротком постстомальном отделе); второй этап – закрытие кишечной стомы по предложенной оригинальной методике; при возникновении несостоятельности анастомоза – выполнении предложенного комплекса мероприятий для ее лечения.

КАБИНЕТ СТОМИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА: ПУТИ РЕШЕНИЯ НЕРЕШАЕМЫХ ПРОБЛЕМ

Ильканич А.Я., Абубакиров А.С., Курбанов С.С.

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

Оказание помощи стомированным пациентам сложная многофакторная задача, которую решают различные ведомства медицинского, социального и пр. предназначения. В большинстве регионов страны нет связи между организациями, участвующими в судьбе стомированных пациентов при отсутствии разногласий в работе этих ведомств.

Существует актуальная проблема создания координационных центров оказания медицинской, социальной и пр. помощи стомированным больным, что должно стать предметом обсуждения и выработки единых подходов при обеспечении этой группы населения всем перечнем необходимых мероприятий реабилитации и социальной адаптации.

ЦЕЛЬ

Дать оценку работе кабинета стомированного пациента, предложить путь улучшения реабилитационных мероприятий для этой категории населения.

По данным статистического отчета Сургутской окружной клинической больницы можно судить о том, что количество больных, хирургическое вмешательство которым завершается формированием колостомы, колеблется на протяжении последних 5 лет от 40 до 50 в год. Помимо этого, ежегодно число сформированных в урологическом отделении уростом достигает 120–170. Для обеспечения этой категории больных эффективными техническими средствами реабилитации в стационаре, наблюдении в раннем и отдаленном послеоперационном периоде в амбулаторных условиях, проведения методической, консультативной, лечебной и реабилитационной помощью, в составе Центра колопроктологии в феврале 2012 года был организован кабинет стомированного больного и подготовлены 3 медицинские сестры, прошедшие тематическое усовершенствование по реабилитации стомированных пациентов.

В амбулаторных условиях организован ежедневный прием стоматерапевта. За 3 года работы кабинета число обращений увеличилось в несколько раз. Так, число посещений кабинета стомированного пациента в 2012 году составило 74, а в 2013 – 616, 2014 – 633 обращения. В то же время, общее количество перевязок стомированных пациентов в стационаре в 2014 году достигло 675.

В силу сложившейся практики пациент, перенесший хирургическое вмешательство, завершившееся формированием стомы, вынужден самостоятельно решать проблемы с обеспечением себя средствами по уходу за стомами, ограничен в получении специализированной медицинской, психологической помощи в течение периода от проведения операции до назначения ему группы инвалидности. В привычной клинической практике участковый терапевт, хирург, онколог и прочие специалисты смежных специальностей, участвующие в медицинской реабилитации стомированных пациентов, мало или вовсе не осведомлены о новейших технологиях ухода за стомами.

Ситуация усугубляется тем, что после присвоения инвалид-

ности обеспечение техническими средствами реабилитации является прерогативой учреждений социальной защиты населения, работники которого не обладают медицинскими знаниями.

В настоящее время кабинет стомированного больного является тем центром, который оказывает эффективную реабилитацию в разделе медицинской и психологической помощи. Было бы целесообразно передать полномочия обеспечения стомированных пациентов техническими средствами реабилитации именно этому подразделению.

В связи с этим, одной из перспективных задач кабинета стомированного больного может стать координация работы учреждений социальной защиты населения и медицинских учреждений, что позволит проводить комплекс консультативных и лечебных мероприятий стомированному больному и обеспечение его всем перечнем реабилитационных мероприятий в течение жизни.

ОПЫТ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОСТИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Васильев В.В., Барбашинов Н.А., Воронин Ю.С.

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»

БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут, Россия

Несмотря на то, что методы хирургической коррекции при ликвидации колостом за последние 10 лет практически не претерпели кардинальных изменений, и послеоперационные осложнения встречаются у каждого третьего больного, поиск новых путей улучшения результатов лечения не утратили своей актуальности (Дезорцев И.Л., 2005). Широкое внедрение в хирургическую практику видеолaparоскопических технологий позволяет предполагать возможность улучшения результативности лечения стомированных больных.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дать оценку эффективности видеолaparоскопического восстановления непрерывности пищеварительного тракта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ лечения стомированных пациентов, пролеченных в хирургическом отделении Сургутской окружной клинической больницы в 2014 году. В анализируемую группу вошло 18 больных: 6 (33,3%) мужчин и 12 (66,7%) женщин. Средний возраст оперированных – 56,58±10,7 года.

Исходным заболеванием, хирургическое лечение которого завершено формированием стомы, стал рак толстой кишки – у 13 (72,2%), осложнения дивертикулярной болезни – у 3 (16,7%), ятрогенное повреждение толстой кишки – у 2 (11,1%). Обследование больных включало в себя общеклиническое исследование, фиброколоноскопию, прокто- и иригоскопию, компьютерную томографию, УЗИ, и пр. Локализация опухолевого процесса при первичном хирургическом вмешательстве: рак сигмовидной кишки – у 5 (38,5%), ректосигмоидного перехода – у 2 (15,4%), прямой кишки – у 2 (15,4%), левых отделов ободочной кишки – у 3 (23,1%), тела матки – у 1 (7,7%). Период ношения стомы составил от 4 до 6 месяцев – у 6 (33,3%), от 6 до 12 месяцев – у 6 (33,3%), более 12 месяцев – у 6 (33,3%). Парастомические осложнения отмечены у 8 (44,4%) оперированных: стеноз устья стомы – у 4 (22,2%), парастомическая грыжа – у 3 (16,6%), ретракция стомы – у 1 (5,6%). Сопутствующие общесоматические заболевания выявлены у 12 (66,7%) пациентов. Средняя длина культи прямой кишки составила 21±5,4 см. Подготовка к операции осуществлялась препаратами полиэтиленгликоля. Антибиотико-профилактика применена у всех оперированных. При этом в большинстве наблюдений использован цефтриаксон в сочетании с метронидазолом (83,3%), ампицид (8,3%), амикацин (8,3%). Профилактика тромбозомболических осложнений осуществлена использованием низкомолекулярных антикоагулянтов. Проведен сравнительный анализ течения раннего послеоперационного периода у больных, оперированных лапаротомным доступом, и при проведении видеолaparоскопического восстановления непрерывности пищеварительного тракта.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все пациенты оперированы в плановом порядке. На выбор

способа хирургического вмешательства влиял характер первичного заболевания, тип стомы, вид парастомических осложнений. Видеолaparоскопия как первый этап хирургического вмешательства предпринята у 11 (61,1%) пациентов. В 4 (22,2%) наблюдениях выполнена конверсия, что было связано с обширным спаечным процессом у 3 (16,7%) пациентов и повреждением тонкой кишки при введении лапаропорта – у 1 (5,6%). 7 (38,9%) больным выполнено видеолaparоскопическое восстановление непрерывности пищеварительного тракта. 2 (11,1%) пациентам – носителям илеостомы – проведено внутрибрюшное восстановление непрерывности пищеварительного тракта. 1 (5,6%) больному, в связи с ретракцией стомы после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки, проведена реконструкция колостомы. Восстановительная операция через лапаротомный доступ осуществлена 10 (55,6%) пациентам. В большинстве наблюдений применен аппаратный шов – у 12 (66,7%) оперированных. Хирургическое вмешательство при грыже живота дополнено ликвидацией грыжи методом ненапряжной герниопластики. В раннем послеоперационном периоде развилось одно осложнение операции – несостоятельность толстокишечного анастомоза в группе оперированных через лапаротомный доступ. При сравнительном анализе течения послеоперационного периода отмечено более гладкое течение послеоперационного периода у пациентов, которым выполнено видеолaparоскопическое восстановление непрерывности пищеварительного тракта: уменьшение потребности в обезболивающих, раннее восстановление перистальтики кишечника, ранняя активизация больных, сокращение срока пребывания в стационаре. Таким образом, видеолaparоскопическое восстановление непрерывности пищеварительного тракта – эффективный способ хирургической реабилитации стомированных пациентов.

АЛГОРИТМЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ

Калашникова И.А., Фадеева С.А., Попова Е.А.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Осложнения после операций с формированием стомы являются значительной проблемой для многих пациентов. Исследования, проведенные в разных странах, показывают, что до 71% пациентов с илеостомой и 43% с колостомой имеют осложнения. Перистомальные кожные осложнения значительно удорожают лечение и отрицательно влияют на качество жизни стомированных пациентов. Осложнениями стомы внимание уделяется, в большей степени, с хирургической точки зрения: их профилактике и лечению путем совершенствования оперативной техники. Необходимость создания унифицированного подхода к выбору тактики лечения больных с осложнениями кишечной стомы послужила основанием для проведения настоящего исследования.

ЦЕЛЬ

Оптимизация способов консервативного лечения осложнений кишечной стомы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализирована структура и эффективность лечения у 75 пациентов с осложнениями кишечной стомы, из них осложнения собственно стомы диагностированы у 41 (54,7%) пациента, перистомальные кожные осложнения – у 34 (45,3%).

Измерение частоты и тяжести осложнений стомы проводили с помощью методики OCSI (Ostomy Complication Severity Index).

Для оценки характера и величины поражения кожи вокруг стомы использовали разработанный нами алгоритм диагностики перистомальных кожных осложнений и модифицированную DET-шкалу Ostomy Skin Tool (руководство по диагностике перистомальных кожных осложнений).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Применение разработанного алгоритма выбора способа лечения позволило нам оценить структуру видов лечения осложнений стомы: только 23 (30,7,3%) пациентам с осложнениями стомы понадобилось хирургическое вмешательство, остальным 52 (69,3%) проведены консервативные мероприятия.

Консервативное лечение осложнений стомы предпринималось в случае временного характера стомы, невозможности проведения хирургической коррекции осложнений стомы

из-за декомпенсации тяжелых сопутствующих заболеваний или рецидива основного заболевания. Этот вид лечения включал:

- этиопатогенетическое лечение;
- индивидуальный подбор технических средств реабилитации;
- использование дополнительных средств ухода за стомой (современных повязок);
- коррекцию нарушений функции организма, кишечника.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование современных методов консервативного лечения позволяет эффективно, с минимальным риском оказывать медицинскую помощь стомированным пациентам и улучшает качество их жизни.

АЛЛОПЛАСТИКА ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИХ ГРЫЖ

Каливо Э.А., Фридман М.Х.

Городской клинический онкологический диспансер, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Формирование колостомы изначально создает потенциально слабое место в передней брюшной стенке. По данным некоторых авторов, до 70% сформированных колостом сочетаются с грыжей. В настоящее время имеется 2 принципиально разных подхода по выбору операции при параколомических грыжах: перемещение стомы на новое место передней брюшной стенки или реконструкция стомы на старом месте с пластикой собственными тканями или аллопластикой. Необходимость перемещения возникает при изначально неудовлетворительном расположении колостомы, которое затрудняет уход за ней (вблизи костных выступов, под жировой складкой). К недостаткам этого способа относится большая травматичность вмешательства, вероятность развития параколомической грыжи на новом месте, а также необходимость пластики первичного дефекта в апоневрозе. Герниопластика собственными тканями не удовлетворяет высоким процентом рецидивов (до 50%).

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

Определить наиболее простой и надежный способ герниопластики, сводящий к минимуму количество рецидивов грыжи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За последние 12 лет нами оперировано 192 пациента с параколомическими грыжами. В 47 случаях выполнена пластика дефекта апоневроза собственными тканями, в 136 случаях – аллопластика сетчатым трансплантатом и в 9 случаях – перемещение колостомы на новое место. В первые годы предпочтение отдавалось пластике апоневроза собственными тканями. Однако, 21% случаев рецидива заболевания заставил нас пересмотреть способ пластики грыжевых ворот. Приоритетным направлением стало использование преленовой сетки для укрепления апоневроза. Основная трудность любой операции аллопластики заключается в приживляемости трансплантата. Это особенно актуально для такой условно инфицированной зоны, как параколомическая область. Поэтому асептике уделяется особое внимание. Операционный доступ имеет веретенообразную форму, что позволяет создать хорошую экспозицию и устранить избыток кожи, неизбежно имеющийся при грыже. Для достижения максимальной асептичности внутренние края кожного разреза сшиваются, тем самым, закрывая колостому. Сводятся и ушиваются края дефекта в апоневрозе для избежания нежелательного контакта сетки с органами брюшной полости. В используемой для пластики сетке вырезается отверстие, соответствующее диаметру кишки. Трансплантат фиксируется к апоневрозу только монофиламентной нитью! Принципиально важным условием считаем перемещение кожного отверстия колостомы на новое место. Это позволяет уменьшить риск инфицирования раны и избежать в дальнейшем стеноза или ретракции колостомы. Завершается операция активным дренированием раны.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По данной методике нами оперировано 136 пациентов. Рецидив грыжи отмечен в 3 (2,2%) случаях. Среди других осложнений следует отметить нагноение послеоперационной раны у 12 больных и развитие параколомического абсцесса у 2-х пациентов через 1,5 года после операции. И если с нагноением ран удалось справиться дренированием и saniрующими перевязками, то при лечении абсцессов потребовалось удаление сетчатого трансплантата.

ВЫВОДЫ

1. Оперативное лечение параколомических грыж необходимо для улучшения качества жизни пациентов.
2. Современные синтетические материалы отличаются хорошей биосовместимостью, что позволяет широко использовать их у стомированных больных.
3. Метод аллопластики является операцией выбора при лечении параколомических грыж.

ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕВЕНТИВНЫХ ИЛЕОСТОМ

Кирилин Л.Н., Задильский Р.П., Юданов А.В., Говорков Р.В., Токмаков И.А.

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Новосибирский областной центр колопроктологии, г. Новосибирск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В мировой практике для профилактики осложнений несостоятельности колоректальных/анальных анастомозов общепризнано наложение превентивных коло- и илеостом. Наиболее обоснованным является наложение петлевой трансверзостомы (ПТ), однако в ряде случаев, в силу топографоанатомических особенностей, выполнить последнюю технически сложно. При таких ситуациях существует несколько основных вариантов формирования превентивных илеостом (ИС): по R.V. Turnbull, петлевая на марлевой манжете или без неё и по Brooke B.N. Большими преимуществами обладает методика по Turnbull R.V., но иногда в связи с толстой брыжейкой подвздошной кишки выполнить её не представляется возможным.

ЦЕЛЬ

Рассмотреть вариант наложения превентивной ИС при технических трудностях обусловленных толстой брыжейкой подвздошной кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2011-2013 гг. в клинике было выполнено 126 низких резекций прямой кишки с первичными циркулярными аппаратными колоректальными/анальными анастомозами. ПТ наложены у 98, петлевые ИС – у 28, из которых 19 – по Turnbull R.V., а 9 – по предложенной методике, заключающийся в фиксации приводящего колена петли марлевой муфтой, после его максимально возможного выворачивания и формирования таким образом «хоботка» в 5-7 см. Ранних послеоперационных осложнений, связанных с илеостомами не было.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Предложенный вариант позволяет выполнить ИС при возникновении технических трудностей. Преимущества данной модификации: отсутствие кожно-серозных швов, повышающих риск образования парастомических свищей, возможность формирования «хоботка» адекватной высоты и его сохранения на весь период фиксирования, что достигается соприкосновением серозных поверхностей инвагинированной кишки с одной стороны и манжетой с другой.

ВЫВОД

Обоснованность формирования превентивных коло- и илеостом при низких резекциях прямой кишки с первичным анастомозом не вызывает сомнений. Вариантом выбора является ПТ. При невозможности формирования последней, наиболее целесообразно выведение ИС по Turnbull R.V. В случаях, не позволяющих методично «сформировать» хоботок из приводящей стомированной кишки, ИС может быть завершена фиксацией проксимального колена марлевой манжетой.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ

Костенко Н.В., Есин В.И., Титова Ю.П.

Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Вне зависимости от того, является ли сформированная кишечная стома постоянной или временной, все стомированные пациенты нуждаются в многоэтапной реабилитации, начинающейся с догоспитального этапа и продолжающейся на весь срок ведения больного. Упущение хотя бы одного из этапов нередко приводит к возникновению перистомальных осложнений в раннем и позднем послеоперационном перио-

де, что ухудшает качество жизни и увеличивает количество финансовых затрат на содержание каждого инвалида.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить результаты реабилитации больных с кишечными стомами в медико-социальном и финансово-экономическом аспектах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено изучение группы из 30 пациентов, состоящих на учете в кабинете реабилитации стомированных больных, с использованием физикальных и антропометрических методов оценки общего состояния пациентов и локального статуса, выбора мест формирования кишечной стомы, анкетированием, использованием специальных методов исследования (колоноскопия, ирригоскопия). Все больные были оперированы в urgentных хирургических стационарах по поводу кишечной непроходимости опухолевого генеза. Помимо этого была проведена сравнительная оценка индивидуальной программы реабилитации (ИПР) пациентов с подсчетом финансовых затрат в зависимости от включенного перечня технических средств реабилитации (ТСР). Были выявлены перистомальные осложнения и факторы, способствующие их формированию, с момента установления диагноза, приводящего к формированию стомы. Помимо этого проанализировано качество жизни пациентов в зависимости от особенностей выполненных хирургических вмешательств, соблюдения правил ухода и реабилитации, а также установлена степень информированности пациентов о некоторых особенностях питания и образа жизни в новом статусе.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех 30 пациентов изучаемой группы выявлены нарушения предоперационного и раннего послеоперационного этапа реабилитации. Выявлены дефекты разметки передней брюшной стенки с учетом анатомо-физиологических особенностей, а также оценка факторов риска развития перистомальных осложнений. Перистомальные осложнения возникли у 16 (53,33%) больных. Они представлены в большей части перистомальными дерматитами и наличием параколостомической грыжи. В раннем послеоперационном периоде выявлена недостаточная информированность пациента о правилах ухода за стомой, особенностях ношения бандажа, диеты. Большинство пациентов не были вовремя осведомлены о наличии кабинета стомированных пациентов и не прошли соответствующего обучения. У 4 пациентов не была проведена реконструктивная операция в установленные сроки при отсутствии противопоказаний. За период наблюдения 28 (93,33%) пациентов по шкале оценки качества жизни (SF-36) отметили ухудшение физического и психологического компонентов здоровья, что говорит о недостаточном качестве проводимой реабилитации. При сравнительном анализе заполненных ИПР пациентов выявлено, что средний уровень затрат на пациентов без наличия перистомальных осложнений меньше на 18%, а количество используемых средств на 2-3 продукта из перечня ТСР больше.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поэтапная комплексная система реабилитации пациентов с кишечными стомами до настоящего времени на уровне региона находится в стадии внедрения. Упущение хотя бы одного из этапов ведет к возникновению перистомальных осложнений, а также значительно ухудшает качество жизни пациента. Финансовые затраты на содержание пациента с осложненным течением стомы значительно превышают затраты на пациентов, прошедших эффективную реабилитацию.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ НА БАЗЕ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Полутарников Е.А., Довбета Е.В.

ГАУЗ Областная клиническая больница, г. Кемерово, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы в мире наблюдается рост числа людей, перенесших операции, потребовавших наложение кишечной стомы. Это связано с возрастанием онкологических и воспалительных заболеваний кишечника (суммарный прирост заболеваемости раком ободочной кишки в России за последние десять лет составил 16% [Каприн А.Д. с соавт., 2012 г.]). Распространенность воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) непрерывно возрастает, от 19% – при язвенном коли-

те, до 70% – при болезни Крона, пациентов в течение жизни нуждаются в хирургическом лечении.

Хирургическое лечение этих заболеваний зачастую заканчивается наложением стомы. В связи с этим, выполнение восстановительных операций на толстой кишке приобретает высокую актуальность для социально-трудовой реабилитации и улучшения качества жизни колостомированных больных.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить результаты проведенных реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Областной клинической больнице г. Кемерово с 2009 по 2014 годы нами выполнено 182 реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке. Возраст больных от 19 до 78 лет. Женщин – 78 (43%), мужчин – 104 (57%). Сроки восстановительных операций от 4 месяцев до 2 лет, в зависимости от причины наложения стомы и объема стомы. Всем больным перед выполнением реконструктивно-восстановительных операций выполнялись диагностические исследования, исключающие прогрессирование опухолевого процесса и наличие дивертикулов, а также проводилось исследование приводящего и отводящего отделов толстой кишки с обязательным проведением гидромассажа «отключенного» отдела кишки.

По локализации илеостом – 61 (33,5%), колостом – 121 (66,5%). Причиной наложения колостом были обструктивные резекции толстой кишки при опухолях – 127 (70%); осложненных формах дивертикулезной болезни – 36 (20%); травмы органов брюшной полости – 11 (6%); прочие заболевания, хирургическое лечение которых потребовало наложения временной кишечной стомы – 8 (4%).

В 61 случае выполнен ИТА ручным способом. В 5 случаях петлевая колостома восстановлена по Мельникову. В 95 случаях наложен аппаратный анастомоз (ЖКА «конец-в-конец», либо «конец-в-бок»). В 20 случаях непрерывность толстой кишки восстановлена ручным двухрядным анастомозом.

В 7 случаях встретились с трудностями при проведении сшивающего аппарата через верхнеампулярную часть прямой кишки, вследствие рубцового сужения из-за колита «отключенного» сегмента толстой кишки, что потребовало резекции этого сегмента с последующим восстановлением аппаратным десцендоректоанастомозом.

Послеоперационные осложнения, потребовавшие релапаротомии, возникли из-за ранней спаечной кишечной непроходимости в 4 случаях, несостоятельности анастомоза – в 7 случаях. В 3 случаях наступил летальный исход.

ВЫВОДЫ

1. Реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке относятся к высшей категории сложности, поэтому должны выполняться в специализированном стационаре.
2. Результаты операции напрямую зависят от давности первичной операции, и оптимальным сроком считаем 6 мес.
3. Одним из условий успешного восстановления является профилактика диверсионного колита отключенной кишки.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КИШЕЧНЫХ СТОМАХ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Помазкин В.И.

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

Показания к хирургической реабилитации с ликвидацией стомы у больных в старческом возрасте, рассматриваются достаточно осторожно и являются предметом разногласий, что связывается с повышенным риском оперативного вмешательства. Целью исследования была оценка непосредственных результатов восстановительных операций при временных кишечных стомах у пациентов в возрасте старше 75 лет. Мы имеем опыт восстановительных операций при илео- и колостомах у 320 больных. Из них 42 (13,1%) пациента были в старческом возрасте. Женщин было 31, мужчин – 9. Средний возраст таких больных составил 77,3 года. Основной причиной формирования стомы являлись злокачественные опухоли толстой кишки, что наблюдалось у 40% больных. Осложнения дивертикулярной болезни были у 2% пациентов. Одноствольные илео- и колостоми были у 9 (21,9%) больных, двухствольные у 32 (78,1%). При этом наличие стомы с неустранимой патологией толстой кишки отмечалось у 31 пациента, что было связано с риском выполнения радикаль-

ного вмешательства на первом этапе в условиях неотложной ситуации, и объем операции был ограничен наложением стомы. Все больные были с сопутствующей патологией. Среднее число сопутствующих заболеваний на одного пациента составило 3,5, с преобладанием кардиоваскулярной и респираторной патологии, что требовало корректирующей терапии, как на дооперационном этапе, так и в послеоперационном периоде. Так 17 больным потребовался достаточно продолжительный курс предоперационной подготовки, с переводом сопутствующей патологии в стадию компенсации. Средний возрастзависимый показатель индекса коморбидности Charlson составил 7,1. Средний показатель индекса ASA на момент операции, оцениваемый анестезиологом, составил 2,11.

Пациентам были выполнены следующие вмешательства. У 31 больного выполнялась резекция ободочной и прямой кишки с одномоментной ликвидацией стомы. У 8 больных была ликвидирована одностольная кишечная стома. Закрытие двустольной колостомы выполнено у 2 больных. Послеоперационная летальность составила 2,4%. При этом расчетный показатель 30-дневной послеоперационной летальности с учетом объема оперативного вмешательства по шкале Cr-POSSUM составил 9,8%, что значительно выше фактически зарегистрированной ($p < 0,05$). Умерла пациентка при несостоятельности межкишечного анастомоза и перитонита. Во время проведения оперативного вмешательства в 5 (12,2%) наблюдениях зафиксирована сердечно-сосудистая недостаточность, обусловленная нестабильностью гемодинамики, аритмиями. У всех больных эти явления были купированы консервативными мероприятиями.

Общее количество осложнений составило 21,9%. При многофакторном анализе отметили статистически значимое влияние на их возникновение трех факторов: индекса коморбидности Charlson ≥ 5 , наличия сахарного диабета и хронических obstructивных заболеваний легких.

Результаты восстановительных операций с ликвидацией кишечной стомы у пациентов старше 75 лет могут быть выполнены с достижением удовлетворительных показателей периоперационных осложнений и летальности. Больным данной возрастной группы не должно быть отказано в оперативном лечении на основании стереотипной оценки хирургического риска.

МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ВРЕМЕННЫХ ДВУСТОЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ СТОМ

Помазкин В.И.

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

Формирование петлевой двустольной илеостомы или колостомы достаточно часто используется в колоректальной хирургии для временного отключения пассажа содержимого по толстой кишке. Хотя ликвидация петлевой кишечной стомы для восстановления пассажа по толстой кишке считается относительно несложной операцией, тем не менее, это вмешательство сопровождается достаточно нередкими осложнениями и даже летальными исходами.

ЦЕЛЬ

Сравнительная оценка результатов ликвидации временных двустольных коло- и илеостом при модифицированном способе их формирования с фиксацией париетальной брюшины к апоневрозу наружной косой мышцы живота в месте проведения стомированной кишки через брюшную стенку.

В исследование включено 42 больных с необходимостью наложения временной двустольной петлевой кишечной стомы, используемой в качестве защиты колоректальных анастомозов при низких передних резекциях прямой кишки. В основную группу вошли 18 пациентов с выполнением модифицированной методики операции. В контрольную группу было включено 24 больных с классической методикой формирования стомы. Отличем операции в основной группе являлась циркулярная фиксация краев рассеченной париетальной брюшины к апоневрозу наружной косой мышцы живота, отделяя, таким образом, разведенные мышцы брюшной стенки от контакта со стомируемой кишкой.

При интраоперационной оценке частоты сращений стомированной кишки с отдельными слоями брюшной стенки выявлено, что значимые различия имелись в фиксации стомированной кишки к объединенному мышечному слою. Если

в контрольной группе такие сращения имелись у 13 (54,2%) больных, то в основной – только у 2 (11,1%). В основной группе спайки в месте контакта кишки с париетальной брюшиной, используемой для «выстилки» канала в брюшной стенке отмечены у 9 (50%) пациентов, причем они носили вид рыхлых пленок, легко разделяемых тушом путем. Общее время, используемое для ликвидации двустольной стомы с восстановлением пассажа по кишечному тракту составило в основной группе 42,3 \pm 8,7 минуты, в контрольной значительно больше – 65,4 \pm 11,3 минуты. Среднее время, необходимое для выделения кишки из брюшной стенки и ее мобилизации было, соответственно, 12,4 \pm 3,8 и 24,7 \pm 6,9 минут. Интраоперационная травма кишки в контрольной группе в виде участков десерозирования отмечена у 8 (33,3%) пациентов, сквозное повреждение стенки у 2 (8,3%). В основной группе подобные повреждения наблюдались у меньшего числа больных: ранение серозной оболочки было у 2 (16,7%) пациентов, полное нарушение целостности стенки кишки – у 1 (5,5%). Повторные оперативные вмешательства не потребовались ни одному больному. Поверхностное ограниченное нагноение подкожно-жировой клетчатки возникло у 1 (5,5%) больного основной группы и у 3 (12,5%) пациентов контрольной. Фиксация париетальной брюшины к апоневрозу наружной косой мышцы живота при формировании временной двустольной кишечной стомы, позволяет значительно уменьшить сращения стомированной кишки с глубокими слоями брюшной стенки, что облегчает ее мобилизацию при восстановительной операции, сокращая ее время, уменьшая частоту интраоперационных осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРАСТОМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Помазкин В.И.

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

Парастомальные грыжи являются наиболее распространенным осложнением кишечных стом. Устранение парастомальной грыжи с оставлением стомы на месте привлекательно значительно меньшей травматичностью вмешательства, однако основной проблемой при таких операциях является высокий риск рецидивов формирования грыжевого дефекта. Целью работы был ретроспективный анализ предложенного способа хирургического лечения парастомальных грыж с оставлением стомы на месте, сочетающего изменение расположения стомированной кишки с транслокацией ее частично в пред- и забрюшинное пространство и использование синтетического сетчатого эндопротеза для укрепления апоневроза брюшной стенки.

В период с 2006 по 2013 гг. были прооперированы 16 пациентов с постоянными сигмостомами, осложненными парастомальными грыжами. Средний возраст пациентов составил 65,3 \pm 7,6 лет. Мужчин было 7, женщин – 9. Все пациенты ранее перенесли брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки по поводу рака ее нижнеампулярного отдела или анального канала. Средний размер грыжевого дефекта составил 114,6 \pm 12,5 см². Стомированную кишку высвобождали из брюшной стенки и спаек брюшной полости, прошивали и пересекали с удалением избыточной ее части. Из этого же разреза производили отсепаровку брюшины по латеральному краю раны с созданием забрюшинного канала по направлению спереди назад, по возможному доходу до переходной складки брюшины левого латерального канала, где в ней формировали внутреннее отверстие достаточной величины для свободного проведения в него стомированной кишки. Последнюю в созданном забрюшинном канале проводили с выведением на брюшную стенку без оставления свободной петли в брюшной полости. Целостность брюшины восстанавливалась по медиальному краю раны брюшной стенки. Дефект апоневроза суживали отдельными швами до адекватного размера. В положении on-lay к апоневрозу фиксировали сетчатый эндопротез с округлым отверстием в центре для стомируемой кишки. Мобилизованный верхний край раны в виде кожно-жирового лоскута низводили книзу. В верхней части его вырезали округлое отверстие, соответствующее размеру стомируемой кишки, в котором последнюю фиксировали, формируя вновь созданную плоскую колостому с ровной кожной площадкой, для хорошей фиксации калоприемника в дальнейшем. Ниже ее после иссечения избытков кожи и подкожной клетчатки нижнего края раны, образующийся дефект

ушивали в поперечном направлении. В послеоперационном периоде летальных исходов не было. У одного пациента был ограниченный некроз кожи краев раны, находящейся ниже стомы, без каких-либо серьезных последствий. У двух больных были ограниченные скопления серозного экссудата в ране, потребовавшие неоднократного их опорожнения, но не приведшие к значительному ухудшению процесса заживления. При этом случаев инфекционных раневых осложнений не наблюдалось. Средняя продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре составила 9,5 койко-дня. Отдаленные результаты прослежены у 13 пациентов в течение от 1 до 5 лет. Рецидива парастомальной грыжи не было отмечено ни в одном случае. Все больные отмечали хорошее удерживание калоприемников, отсутствие необходимости использования каких-либо дополнительных средств для ухода за стомой, отсутствие каких-либо ограничений в физической активности. Использование комбинации перевода стомированной кишки в забрюшинное пространство и использование синтетических эндопротезов для укрепления брюшной стенки при лечении парастомальных грыж безопасно и имеет хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ

Соловьёв И.А., Лычёв А.Б., Васильченко М.В., Дымников Д.А., Амбарцумян С.В.

ВМедА им. С.М. Кирова, кафедра военно-морской хирургии, г. Санкт-Петербург, Россия

Представлен первый опыт применения эндовидеохирургических вмешательств при восстановительных операциях в колопроктологии.

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние годы отмечается рост заболеваемости колоректальным раком, который в структуре онкопатологии занимает 2-е место. Совершенствуется хирургическая техника, широко внедряются современные технологии в хирургии ободочной и прямой кишки, в том числе ургентной. Однако, при осложненных формах заболеваний левой половины толстой кишки, с частотой до 63% выполняется обструктивная резекция левой половины ободочной, прямой кишки. Наличие колостомы приносит тяжелые физические и моральные страдания, инвалидизирует больных. Закрывтие противоестественного заднего прохода, восстановление непрерывности толстой кишки имеет решающее значение для социально-трудовой реабилитации таких пациентов.

Общепризнанно, что операции по восстановлению непрерывности толстой кишки и устранению колостомы после обструктивных резекций, относятся к сложным и травматичным. Основные интраоперационные трудности связаны с рубцово-спаечным процессом, хроническими воспалительными изменениями в брюшной полости, анатомией культи прямой кишки. Осложнения и летальность сохраняются на высоком уровне, так некоторые авторы описывают частоту нагноения раны 35-50%, несостоятельность анастомоза, формирование свища – 20-23%, летальность – до 7%.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить возможность применения лапароскопических реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке, определить показания и оптимальные сроки проведения операции, объем предоперационного обследования и подготовки, особенности лапароскопической техники в условиях спаечного процесса в брюшной полости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике военно-морской хирургии ВМедА активно выполняются лапароскопические и видеоассистированные операции при различных заболеваниях толстой и прямой кишки: правосторонняя и левосторонняя гемиколэктомия, резекция сигмовидной кишки, передняя резекция и брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. По мере накопления опыта в лапароскопической хирургии патологии толстой кишки, изучения вопросов, влияющих на результаты лапароскопического восстановления непрерывности толстой кишки операций: показания и противопоказания к операции, объем обследования и подготовки, определение сроков их выполнения и т. д., по данным литературы, нами были оперированы

5 больных с функционирующими колостомами после операции Гартмана по поводу осложненного колоректального рака. Среди больных были 1 женщина, 4 мужчин, средний возраст составил 54,4±2 г., сроки после операции Гартмана 6-9 мес. Операцию начинали двумя способами, в зависимости от конкретной операционной ситуации, либо с иссечения колостомы с постановкой первого троакара через ушитый колостомический дефект, либо лапароцентез по Hasson, проводили лапароскопический адгезиолизис в зоне операции с постановкой необходимых лапаропортов, после подготовки концевой участок приводящей петли с головкой сшивателя погружали в живот, при необходимости дополнительно мобилизовывали левую половину ободочной кишки, формировали интракорпоральный аппаратный анастомоз. В двух случаях конверсия доступа – у одной больной из-за выраженного рубцово-спаечного процесса, во втором случае после обязательной воздушной пробы возникли сомнения в герметичности анастомоза, была выполнена минилапаротомия с дополнительным укреплением линии анастомоза ручным швом. Продолжительность операций была около 160 мин., клинически значимых осложнений не было. В целом, в послеоперационном периоде наблюдалась ранняя активизация больных, появление перистальтики и отхождение газов в 1-2-е сутки, больные выписывались на 6-9 сутки, что укладывается в данные литературы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ВЫВОДЫ

Малотравматичность, отсутствие кровопотери, косметический эффект, ранняя реабилитация и отсутствие серьезных осложнений являются несомненными преимуществами перед традиционными способами оперирования. Лапароскопические операции для восстановления кишечной проходимости перспективное направление в эндовидеохирургической колопроктологии, необходимо дальнейшее изучение проблемы, совершенствование метода и внедрение в хирургическую практику.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИИ КИШЕЧНЫХ СТОМ

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

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии Башгосмедуниверситета, Городской колопроктологический центр ГКБ №21, г. Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Широкое внедрение лапароскопических операций во все области хирургии доказало преимущества данного направления перед традиционными операциями. Малая травматичность, сокращение сроков восстановления, отсутствие гнойных осложнений, косметический эффект и другие преимущества особенно показательны в колопроктологии, а возможность внедрения этих операций в хирургию кишечных стом, безусловно является перспективной.

ЦЕЛЬ

Оценить результаты внедрения лапароскопической техники в хирургию кишечных стом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На начальном этапе в период освоения эндоскопической техники нами выполнялись лапароскопически ассистированные колостомии. В данную группу вошли 27 пациентов. В последующем, по мере приобретения опыта, нами стали выполняться лапароскопически ассистированные колостомии на фоне острой кишечной непроходимости у экстренных больных, диагноз которым устанавливался интраоперационно во время лапароскопии. После купирования явлений ОКН и стабилизации состояния при наличии условий через 10-14 дней больным выполнялась радикальная операция – удаление опухоли с ликвидацией стомы или под ее прикрытием.

Таким образом, в 19 случаях была наложена сигмостома, в 8 трансверзостома. В 3 случаях опухоль в сигмовидной кишке, ставшая причиной острой толстокишечной непроходимости, была удалена во время первой операции с формированием колостомы по Микуличу.

Ликвидация стомы и восстановление кишечной непрерывности, как завершающий этап реабилитации стомированного больного, является не менее важным и ответственным. Травматичность восстановительной операции и, как следствие, трудный послеоперационный период практически нивелируются при применении лапароскопической техники

вмешательства.

В данную группу вошли 10 пациентов, 3 из которых была выполнена лапароскопическая резекция прямой кишки с ликвидацией стомы, которым ранее (14 суток назад) была выполнена лапароскопически ассистированная сигмостомия на фоне острой кишечной непроходимости.

Оценивая результаты данных операций, следует отметить, что при той же продолжительности оперативного вмешательства в послеоперационном периоде не отмечено ни одного нагноения послеоперационной раны, пациенты активизируются уже на 1-2-е сутки, функция кишечника восстанавливается на 2-3 сутки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение эндовидеохирургии в данной области является перспективным направлением, позволяющим улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов со стомой.

ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИИ ПОЗДНИХ СТОМАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

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

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии
Башгосмедуниверситета,
Городской колопроктологический центр ГКБ №21, г. Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Рост заболеваемости раком прямой кишки в последние десятилетия привели к увеличению числа больных, перенесших радикальное хирургическое лечение. Удельный вес таких больных достигает 35% среди стомированных больных. Развитие осложнений со стороны стомы происходит, по данным различных авторов, в 30-96%. Увеличение количества стомальных осложнений прямо пропорционально сроку давности стомы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На базе колопроктологического центра ГКБ №21 г. Уфы выполнено 29 реконструкций колостом у больных, перенесших экстирпацию прямой кишки по поводу нижнеампулярного рака прямой кишки. Показаниями для реконструкции стали пролапс или стриктура с наличием параколостомической грыжи больших размеров, а также втянутая стома с невозможностью применения клеящихся калоприемников при отсутствии данных за рецидив заболевания.

В 12 случаях была произведена реконструкция стомы с проведением через забрюшинный канал и пластикой грыжевого дефекта с помощью полипропиленовой сетки. 17 больных оперировано с применением разработанного в клинике способа формирования забрюшинной колостомы (патент РФ), позволяющий сократить вероятность развития осложнений со стороны стомы и улучшить течение послеоперационного периода.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сроки наблюдения составили 3 года. Отмечено 1 нагноение параколостомической раны. Рецидив параколостомической грыжи развился в 1 случае. Стриктур и пролапсов не было. Все больные возобновили использование калоприемника.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С целью профилактики развития параколостомических осложнений при выполнении экстирпации прямой кишки необходимо применять забрюшинный способ формирования колостомы. Разработанный способ формирования забрюшинной колостомы позволяет сократить количество осложнений со стороны стомы и значительно улучшить качество жизни стомированных больных.

ВНУТРИПРОСВЕТНАЯ УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ

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

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии
БГМУ,
Отделение колопроктологии ГКБ №21, г. Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ключевым этапом комплексной реабилитации стомированных больных является восстановительная операция, кото-

рая должна выполняться в приемлемом состоянии здоровья. Рекомендуемые сроки выполнения восстановительной операции, по данным различных авторов, сильно варьируют. В большинстве случаев восстановительная операция выполняется не ранее чем через 6 месяцев, когда стихают воспалительные явления в брюшной полости, полностью ликвидируются последствия основного заболевания и значительно улучшается общее состояние больного. Однако эти изменения могут протекать быстрее или медленнее, что зависит от индивидуальных особенностей пациента.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить роль внутриспросветной ультрасонографии с доплерографией в определении изменений, происходящих в кишечнике стомированных больных, в установлении сроков и показаний выполнения реконструктивно-восстановительной операции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучены результаты проведенной внутриспросветной ультрасонографии с доплерографией у 79 стомированных больных, перенесших радикальные операции по поводу рака левой половины толстой кишки осложненного острой толстокишечной непроходимостью. УЗИ проводилось на аппарате HDI – 4000 ректальным датчиком, введенным в просвет стомы в 4 режимах сканирования. Оценивали состояние стенки кишки, наличие кровотока и степень васкуляризации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При оценке полученных результатов в сроке до 14 суток было выявлено утолщение стенки кишки, снижение эхогенности и отсутствие дифференцировки на слои, усиление кровотока и повышение скоростных показателей. В последующие сроки наблюдалось постепенное уменьшение толщины стенки, повышение ее эхогенности, снижение степени васкуляризации и скоростных показателей. Оценка УЗИ кишечной стомы в поздние сроки (до 12 месяцев) показала состояние кровотока кишечной стенки и брыжеечных сосудов, степень дистрофических изменений, что позволило судить о степени зрелости кишечной стомы и использовать результаты данного исследования как один из критериев готовности пациента к восстановительной операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внедрение методов внутриспросветной ультразвуковой доплерографии позволило определить оптимальные сроки для выполнения восстановительной операции, начиная с 4-й недели, при достижении максимальной скорости кровотока в стенке $10,45 \pm 0,92$ см/с и толщины стенки приводящей кишки $0,18 \pm 0,02$ см.

ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНОГО ЭТАПА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ТИПА ГАРТМАНА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Халиков М.М., Гатауллин И.Г., Шакиров Р.К., Тойчугев З.М.
ГБОУ ДПО КГМА, ГАУЗ «РКОД МЗ РТ» г. Казань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

За последние десятилетия сохраняется неуклонный рост злокачественных заболеваний прямой и ободочной кишки с осложненными формами заболевания. Поэтому хирурги вынуждены прибегать к многоэтапным методам хирургического лечения, наиболее рациональным из которых признана операция типа Гартмана.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение непосредственных и отдаленных результатов реконструктивно-восстановительных операций у больных осложненным колоректальным раком.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа основана на клиническом материале лечения 63 пациентов, которым выполнена операция типа Гартмана в отделениях неотложной хирургии, по поводу осложненного колоректального рака. Реконструктивно-восстановительный этап проведен в специализированном онкологическом отделении Республиканского клинического онкологического диспансера Минздрава Татарстана. Мужчины составили 35 (55,6%) больных, женщины – 28 (44,4%) пациенток. Средний возраст больных составил $63,5 \pm 1,52$ года.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все операции выполнялись с соблюдением онкологических принципов: удаление оставшейся части брыжейки, лимфодис-

секция, перевязка сосудов у основания, резекция проксимальной и дистальной культи кишки. В 3 (4,8%) случаях одномоментно выполняли резекцию печени по поводу метастатического поражения в объеме левосторонней гемигепатэктомии, бисегментэктомии, трисегментэктомии. Послеоперационные осложнения зафиксированы у 13 (20,8%) пациентов: гнойно-воспалительные осложнения со стороны колостомической раны – у 8 (12,8%) больных и у 5 (8%) пациентов выявлены экстраабдоминальные осложнения (урологические, сердечно-легочные).

При морфологическом исследовании препаратов после реконструктивного этапа в 52 (82,5%) случаях опухолевый рост не обнаружен, у 1 (1,6%) пациента – рост рака в области колостомы, у 2 (3,2%) – рост рака в дистальной культе, у 4 (6,3%) – метастазы в л/у остаточной брыжейки кишки, у 1 (1,6%) – рост рака в области колостомы и дистальной культи кишки, у 3 (4,8%) – метастазы в печени. В последующем, по результатам морфологического исследования, 18 пациентам была проведена адьювантная химиотерапия по схеме Folfox – 6 курсов. 4-м пациентам – адьювантная лучевая терапия классическими фракциями по 2 Гр (СОД 40 Гр). При наблюдении за пациентами до 80 месяцев медиана выживаемости не достигнута. С 1-2 ст. живы 82% пациентов, с 3 ст. – 71,4%, с 4 ст. – 30%. Для пациентов с 4 стадией заболевания медиана выживаемости – 24 месяца.

ВЫВОДЫ

Все вышеизложенное дает основание считать, что реконструктивный этап операции у пациентов, ранее перенесших операцию типа Гартмана по поводу осложненного рака левой половины ободочной кишки, должен проводиться в онкологических учреждениях либо в специализированных отделениях, обладающих всеми возможностями современных методов хирургического, лучевого и лекарственного лечения рака толстой кишки.

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН В ПЕРИОД С 2000 ПО 2014 ГГ.

Хасанов С.Р., Хасанова Н.Ф., Каланов Р.Г., Канбеков Р.З., Мушарапов Д.Р., Кутушев К.Г., Губин Д.С., Васильков А.Ю., Фаезов Р.Р.

ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, г. Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным выборочного исследования в отдельных административных территориях Российской Федерации, частота госпитализации больных для выполнения реконструктивно-восстановительных операций (РВО) на толстой кишке колеблется в пределах от 18 до 32‰ на 100 000 населения. Во многих колопроктологических отделениях России каждая 10-я операция на толстой кишке носит восстановительно-реконструктивный характер. Восстановительные операции на толстой кишке имеют решающее значение для социально-трудовой реабилитации больных со стомой, связаны со сложной проблемой восстановления непрерывности кишечного тракта, выполнением сложных травматичных хирургических вмешательств, с которыми сопряжены и психологические проблемы. Развитие лапароскопической хирургии, применение методик эндохирurgicalических операций у больных с различными заболеваниями толстой кишки, в том числе, и при реконструктивно-восстановительных операциях, открыло новые возможности и большие перспективы хирургического лечения таких больных.

ЦЕЛЬ

Повышение эффективности, улучшение результатов хирургического лечения больных со стомами, повышение качества жизни больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2010 по 2014 гг. в Республиканском колопроктологическом центре (РКЦ) Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова, г. Уфа, Республики Башкортостан, оперированы 152 больных с кишечными стомами. Пациентам в условиях РКЦ проведено всестороннее клиническое обследование: рентгенологическое, эндоскопическое, КТ, УЗИ и т. д. В плане предоперационной подготовки, в течении 3-6 мес. проводился, в том числе, гидромассаж отключенного отдела

кишечника. Мужчин было 92 (61%), женщин – 60 (49%). С илеостомами было 39 (26%) больных, колостомы – у 113 (74%) больных, с 2-х ствольными – 48 (32%), с одностольными – 104 (68%). При выполнении РВО дополнительная резекция кишки потребовалась 23 (15%) больным. С использованием лапароскопии ВКН выполнено 41 (27%) больным. Из 152 больных осложнения были у 14 (9%) больных: несостоятельность межкишечного анастомоза была у 6 (4%) больных, нагноение кожи – у 8 (5%) больных. 4 (3%) больным с несостоятельностью межкишечного анастомоза была наложена превентивная илеостома и укреплен дополнительными швами дефект кишки. Илеостома через 3 мес. закрыта всем больным. В 2 (1%) случаях – при несостоятельности кишечного анастомоза, он был разобден, и через 6-8 мес. выполнено успешное ВКН.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем 152 больным выполнено ВКН. Всего осложнений 9%. Умерло 2 (1%) больных в раннем послеоперационном периоде от острой сердечно-сосудистой недостаточности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение современных способов и методов хирургического лечения на базе специализированного колопроктологического центра позволяет выполнять реконструктивно-восстановительные операции практически всем пациентам со стомами с хорошим конечным результатом.

СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ БЕЗ ПОВТОРНОЙ ЛАПАРОТОМИИ

Черкасов М.Ф., Помазков А.А., Хиндикайнен А.Ю.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Одним из спорных вопросов современного хирургического лечения острой обструктивной кишечной непроходимости является выбор типа толсто-толстокишечного анастомоза после резекции левой половины ободочной кишки. Явления толстокишечной непроходимости и развитие перитонита, зачастую ставят под сомнение состоятельность первичного анастомоза, в связи с чем, в данном случае, ряд преимуществ имеет операция типа Hartmann. Однако клинический опыт свидетельствует, что последующее восстановление непрерывности ободочной кишки, занимает в два раза больше времени, чем сама операция Гартмана, а количество осложнений, в то же время, остается достаточно высоким. Таким образом, перспективным представляется выполнение на первом этапе оперативных вмешательств, исключающих сложные повторные реконструктивно-восстановительные операции.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение результатов лечения больных острой обтурационной толстокишечной непроходимостью путем разработки двухэтапного способа восстановления непрерывности ободочной кишки без дополнительной лапаротомии; сравнительный анализ клинического применения традиционных методов оперативного лечения и разработанного оригинального способа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На первом этапе производится операция типа Гартмана, затем серозные поверхности стомированной кишки и культи частично десерозируют и фиксируют десерозированные участки кишок по их периметру «бок-в-бок», тем самым, формируя зону будущего анастомоза. На втором этапе со стороны прямой кишки вводят фиброколоноскоп для световой визуализации зоны превентивного анастомоза, сформированной на первом этапе. Со стороны просвета ободочной кишки, через стому, с помощью специально разработанного устройства, аппаратом «LigaSure» в намеченной зоне формируют толсто-толстокишечный анастомоз «бок-в-бок», одномоментно ушивается противостежественный задний проход. По предложенной нами оригинальной методике выполнены операции 38 больным. Контрольная группа составила 40 больных, прооперированных по стандартной методике с выполнением репаротомии на втором этапе.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В динамике показателей после первого этапа оперативного вмешательства, при сравнении оригинальной методики с классической, достоверных отличий не выявлено. Средняя длительность второго этапа оперативного пособия по пред-

ложенной методике составила $126,11 \pm 18,54$ мин., интраоперационная кровопотеря составила $79,3 \pm 22,7$ мл, объем введенных в послеоперационном периоде ненаркотических анальгетиков составил $15,68 \pm 2,95$ мл, наркотических – $1,45 \pm 0,31$ мл, (при традиционной методике длительность составила $300,76 \pm 23,81$ мин., интраоперационная кровопотеря – $311,3 \pm 53,5$ мл, объем ненаркотических анальгетиков – $39,19 \pm 4,35$ мл, наркотических – $3,27 \pm 0,59$ мл).

ВЫВОДЫ

Разработанная методика двухэтапного восстановления целостности ободочной кишки позволяет избежать необходимой при общепринятых операциях повторной лапаротомии, уменьшить продолжительность и травматичность операций, снизить объем интраоперационной кровопотери, уменьшить количество применяемых наркотических и ненаркотических анальгетиков, исключить риск развития несостоятельности анастомоза и сократить сроки лечения больных в стационаре. Таким образом, прослеживается преимущество разработанного способа восстановления непрерывности кишечной трубки без повторной лапаротомии перед традиционным.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ВКЛЮЧЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО – ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Юданов А.В., Говорков Р.В., Кирилин Л.Н., Ганичева И.А., Лунев В.М., Токмаков И.А.

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Новосибирский областной центр колопроктологии, г. Новосибирск, Россия

ВСТУПЛЕНИЕ

Ликвидация стомы с восстановлением естественного пассажа кишечного содержимого является одним из методов хирургической реабилитации пациентов. В раннем послеоперационном периоде возможно развитие клинической картины синдрома включения толстой кишки.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить клинические проявления синдрома включения толстой кишки и тактику ведения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2011 по 2013 гг. в колопроктологическом отделении ГБУЗ НСО «ГНОКБ» выполнено 147 оперативных вмешательств, направленных на восстановление естественного пассажа кишечного содержимого. В 52 случаях восстановление транзита по толстой кишке получено внутрибрюшной ликвидацией илеостомы. Включение в пассаж левой половины ободочной кишки у 94 пациентов обеспечено ликвидацией трансверзостом и сигмостом. Сроки вмешательств в обеих группах варьировали от 2 до 6 месяцев. В раннем послеоперационном периоде в обеих группах проводилась стандартная терапия, включающая продленную эпидуральную анестезию, раннее энтеральное питание, антибиотикопрофилактику в течение 72 часов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пассаж кишечного содержимого восстановлен у всех пациентов. В послеоперационном периоде в первой группе пациентов на 3-5 сутки констатирован эпизод гипертермии до $39,5^{\circ}\text{C}$, сопровождавшийся ознобом, на фоне частого жидкого стула небольшими порциями от 5 до 10 раз в сутки в течение 3-5 дней. Во второй группе пациентов температура не превышала $37,5^{\circ}\text{C}$ с частотой стула до 3-6 раз в сутки. Продолжительность не превышала 2 дней. В обеих группах констатировано повышение уровня лейкоцитов до $15,0 \times 10^9 / \text{л}$ с постепенным снижением до референсных значений в течение 2-3 дней. Проведенным обследованием, в процессе динамического наблюдения исключены внутрибрюшные осложнения: несостоятельность швов анастомоза, внутрибрюшное кровотечение, очаговые воспалительные образования в зоне вмешательства.

ВЫВОДЫ

Синдром включения толстой кишки не имеет специфических клинических проявлений, что требует проведение дифференциальной диагностики с несостоятельностью швов анастомоза, внутрибрюшным кровотечением, абсцессами брюшной полости.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Безмозгин Б.Г., Суров Д.А., Бабков О.В., Соловьев И.Л., Ястребов И.П., Святненко А.В., Унгурия В.М., Мартынова Г.В., Ибрагимов М.М.

ГБУ СПб НИИ им. И.И. Джанелидзе, клиника колопроктологии, Военно-медицинская Академия им. С.М. Кирова, кафедра военно-морской хирургии, г. Санкт-Петербург, Россия

Колоректальный рак в настоящее время является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей, занимая третье место в мире в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями. При этом отмечается неуклонный рост заболеваемости раком данной локализации. До 27% больных колоректальным раком, оперируемых по неотложным показаниям, составляют больные с перитонитом, вследствие перфорации злокачественных опухолей толстой кишки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Уточнить особенности микробиологической картины перитониального экссудата у больных колоректальным раком, осложненным перфорацией.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты исследования 86 посевов экссудата из брюшной полости, полученных у 66 больных, оперированных в период с 2008 по 2013 г. У всех пациентов был диагностирован колоректальный рак, осложненный распространенным перитонитом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Микробиологическая картина перитонеального экссудата была представлена смешанной флорой. Наиболее частыми возбудителями являлись: E.Coli (50%), Klebsiellaspp. (15%), P.Aeruginosa(10%), Enterobacterspp. (8%). Реже высевались Citrobacterspp. (7%), Serratiamarcescens (5%) и Morganellamorganii (3%), Streptococcuspp (2%).

ВЫВОДЫ

Микробиологическая картина перитониального экссудата у больных колоректальным раком, осложненным перфорацией, представлена смешанной флорой с преобладанием грамотрицательной флоры: E.Coli, Klebsiellaspp., P.Aeruginosa.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИТОНИТА

Богомолов Н.И., Томских Н.Н.

ГОУ ВПО ЧГМА, г. Чита, Россия

Перитонит осложняет течение многих заболеваний ободочной и прямой кишок. Технологии лечения перитонита постоянно совершенствуются, однако его последствиям уделяется меньше внимания. Для оптимизации работы с больными, перенесшими перитонит, в 2000 году нами предложена классификация последствий перитонита (ПП), нозологические формы, включенные в нее, адаптированы к МКБ-10. Выделено 4 группы синдромов (ПП), в скобках указан шифр. Представляем ее с некоторыми современными дополнениями.

I. Функциональные ПП.

- 1.1. Неинфекционные гастроэнтериты и колиты (К 52).
- 1.2. Функциональные кишечные нарушения (К 59).
- 1.3. Синдром слепой петли (К 90.2).
- 1.4. Дисфункция после колостомии и энтеростомии (К 91.4).

II. Механические синдромы.

- 2.1. Непроходимость 12-перстной кишки – сжатие, стеноз (К 31.5).
- 2.2. Кишечные сращения (спайки) с непроходимостью (К 56.5).
- 2.3. Женское бесплодие (N 97.8).

III. Органические синдромы.

- 3.1. Эрозии (острые язвы) желудка (К 25), 12-перстной кишки (К 26).
- 3.2. Грыжа передней брюшной стенки инцизионная (К 43).
- 3.3. Брюшинные спайки (К 66).
- 3.4. Рубцовые состояния, фиброз кожи брюшной стенки (L 90.5).

IV. Острая и хроническая хирургическая инфекция.

- 4.1. Свищ желудка и 12-перстной кишки (К 31.6).
- 4.2. Кишечный свищ (К 63.2).
- 4.2.1. Сформированный.
- 4.2.2. Несформированный.
- 4.3. Абсцесс брюшной полости (К 65.0).
- 4.4. Хронический продуктивный (фибропластический) перитонит (К 65.8).
- 4.5. Абсцесс печени (К 75.0).
- 4.6. Флегмона стенки живота (L 03.3).
- 4.7. Лигатурные свищи послеоперационных рубцов (L 08.8).
- 4.8. Абдоминальный сепсис.
- 4.9. Кандидоз и кандидозный сепсис.
- 4.10. Псевдомембранозный колит.

Классификация имеет рабочий характер, она позволяет проводить комплекс реабилитационных мероприятий, как в ранние сроки заболевания, так и в отдаленном периоде. Больные, перенесшие перитонит, взяты на диспансерный учет. При проведении реабилитационных мероприятий применялось два направления. Первое – профилактическое, когда при лечении разлитого гнойного перитонита уже изначально использовались охраноспособные технологии, предупреждающие развитие осложнений и неблагоприятных последствий или снижающие их тяжесть. Так, в лечении перитонита обязательным мероприятием считаем дренирование кишки. Для этих целей разработан «Энтеральный зонд» (патент №2121376) и пять его модификаций, позволяющий не только дренировать кишку, но и выполнять комплекс по профилактике и коррекции энтеральной недостаточности, в основе которого лежит «Способ энтеросорбции» (патент РФ №2122868) с использованием жидких и плотных сорбентов. При выраженных гнойно-некротических, фибриновых напастованиях на органах, в полостях абсцессов у 52 больных использована сорбиционно-апликационная технология по патентам №2123361 и №2294702. Аналогичная технология использована при лечении панкреонекроза по патенту №2188045, примененная у 34 пациентов. Энтеральный зонд, введенный анте- или ретроградно, надежно шинирует кишку в функционально выгодном положении, что предупреждает в будущем развитие спаечной кишечной непроходимости.

Второе направление – собственно реабилитационное, когда при развитии того или иного ПП используются новые технологии лечения и устройства для их реализации. В лечении кишечных свищей используем обтурационные технологии. Для этого разработано «Устройство для обтурации наружного свища желудочно-кишечного тракта» (патент №2143285), использованное у 64 больных со сформированными свищами: «Устройство для обтурации и лечения кишечного свища» (патент №2224554), «Способ обтурации наружных трубчатых свищей пищеварительного тракта и остаточных полостей абдоминальной области» (патент №2262942), применяемые при лечении трубчатых и губовидных несформированных свищей. Для лечения сформированных свищей разработан «Способ оперативного лечения кишечных свищей» (патент №2228149), успешно примененный у 363 человек. Для лечения спаечной болезни – неизбежного неблагоприятного последствия перитонита, использован у 26 пациентов «Способ лечения спаечной болезни» (патент №2177741). Для лечения ран разработан и применен более чем у 480 пациентов «Способ лечения гнойных ран» (патент №2195291). В последнее время способ усовершенствован за счет применения обогащенного природного сорбента по патенту №2264865 («Способ обогащения цеолитсодержащих пород»). Обогащенный цеолит входит и в состав разработанной нами БАД «Цесейдин» (патент №2307522), на которую утверждены технические условия и получено разрешение Фармкомитета на использование в медицине.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение на практике двух направлений по предупреждению развития неблагоприятных последствий перитонита и по их коррекции с помощью более совершенных технологий лечения и устройств для их реализации позволило добиться хороших и удовлетворительных результатов у большинства больных.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЛОСОРБЦИИ ПРИ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Есин В.И., Мустафина Ю.Р., Юнусов Л.Ш.

ГБУЗ АО АМОКБ, ГБУ ВПО Астраханский ГМУ, г. Астрахань, Россия

В последние годы появляется все больше сторонников выполнения при острой обтурационной толстокишечной непроходимости у больных колоректальным раком первично-восстановительных операций. Основные технические аспекты этих вмешательств разработаны детально. При этом вопросы оценки эффективности такого мероприятия, как интраоперационная колоирригация, освещены в немногочисленных работах.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами были проанализированы результаты обследования и лечения 126 больных острой обтурационной кишечной непроходимостью в возрасте от 36 до 69 лет. Основной причиной обтурационной непроходимости была раковая опухоль левой половины толстой кишки (108 пациентов).

Интраоперационные манипуляции на толстой кишке осуществлялись в виде последовательных этапов декомпрессии, мобилизации и резекции, колоирригации, колосорбции с последующим введением перфторана, формирования анастомоза (колостомы). На этапе декомпрессии после изоляции салфатки и наложения кисетного шва тотчас выше опухоли кишку опорожняли от газов через троакар с силиконовой трубкой. Колоирригацию осуществляли 5-7 литрами раствора хлорида натрия антеградно с помощью катетера, проведенного через аппендикс, либо цекостому. В последний литр перфузионного раствора добавляли 50 мл энтеросорбента «Энтеросгель» и 100 мг метронидазола. После эвакуации промывной жидкости в просвет кишки вводили 50 мл размороженной микроэмульсии перфторана.

Для анализа эффективности проводимых мероприятий выполняли макроскопическую оценку состояния кишечной стенки до и после декомпрессии и колосорбции методом лазерной флоуметрии, изучали морфологические изменения, развивающиеся в стенке кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность операции составила $210,2 \pm 18,5$ минут. Микроскопические изменения в приводящем отрезке кишки характеризовались умеренно выраженным отеком слизистой оболочки, умеренным полнокровием ее венул, наличием в клетках поверхностного эпителия и эпителия желез зернистой и очаговой гиалиновой дистрофии, в отдельных – некробиотических изменений. Помимо этого к третьим суткам послеоперационного периода нами было отмечено снижение уровня МСМ и острофазового протеина орозомукоида, а к 5-м суткам – выявлена тенденция к снижению уровня АСТ и АЛТ. Послеоперационный период у пациентов после колоирригации и колосорбции характеризовался уменьшением количества как абдоминальных, так и экстраабдоминальных осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании результатов выполненных операций мы считаем, что у пациентов с обтурационной толстокишечной непроходимостью применение интраоперационной колоирригации и колосорбции способствует более благоприятному течению послеоперационного периода и у большинства больных позволяет завершить операцию формированием первичного толстокишечного анастомоза.

НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПРЯМОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА

Каливо Э.А., Фридман М.Х.

ГБУЗ «Санкт-Петербургский городской клинический онкологический диспансер», г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Выполнение низких передних резекций прямой кишки часто требует формирования протективной трансверзо- или илеостомы с целью отключения прямокишечного анастомоза от пассажа кишечного содержимого. В случае несостоятельности анастомоза хорошо ушитая тазовая брюшина и адекватное дренирование пресакрального пространства, вкупе с имеющейся протективной колостомой, позволяют не прибегать к релапаротомии и разобщению анастомоза. Однако, анализируя соотношение частоты развития несостоятельно-

стей прямокишечного анастомоза к количеству сформированных протективных колостом, мы увидели, что в 80% случаев протективная колостома была сформирована напрасно. Это приводит к значительным материальным затратам по обеспечению стомированного пациента средствами ухода, затратам и риску на выполнение восстановительной операции, психологической травме. Поэтому, у ряда больных мы предлагаем изменить подход к обязательности протективной колостомии. Если позволяют анатомо-конституциональные особенности пациента (отсутствие ожирения, мобильная поперечно-ободочная кишка), надежно ушита тазовая брюшина, адекватно дренировано пресакральное пространство и полость малого таза, то можно обойтись формированием протективного турникета, заведенного под поперечно-ободочную кишку.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На ограниченном участке поперечно-ободочная кишка освобождается от возможных сращений и спаек, мобилизуется от большого сальника и желудочно-ободочной связки так, как это было бы надо для трансверзостомы. Под петлю кишки заводится тонкий латексный или полихлорвиниловый турникет. Проверяется мобильность кишки путем ее траскции через лапаротомную рану за турникет. Оба конца турникета выводятся между швов наружу. Состоятельность анастомоза контролируется по характеру отделяемого по дренажам, температурной реакции, лабораторным показателям. В случае неосложненного послеоперационного периода турникет свободно извлекается на 8-10 сутки. При появлении признаков несостоятельности анастомоза снимаем по 5 швов с кожи и апоневроза и вытягиваем петлю поперечно-ободочной кишки за турникет. Последний замещается на более плотный накожный ретрактор, надежно фиксирующий колостому в ране. Рассекается передняя стенка колостомы для свободного выхода стула и газов. Лечение самой несостоятельности занимает около 10 дней. За это время колостома прочно срастается с передней брюшной стенкой, что позволяет убрать накожный ретрактор, рассечь заднюю стенку колостомы и получить полноценную двустольную колостому, надёжно отграничивающую анастомоз от кишечного содержимого.

РЕЗУЛЬТАТЫ

С использованием протективного турникета нами оперировано 39 больных. Всем выполнена низкая передняя резекция прямой кишки по поводу рака. У 5 пациентов возникла несостоятельность прямокишечного анастомоза, диагностированная на 4-6 сутки. Выполнена отсроченная двустольная трансверзостомия с использованием протективного турникета по вышеописанной методике. Все больные поправились, выписаны.

ВЫВОДЫ

1. Количество сформированных протективных коло-(илео)стом превышает частоту развития несостоятельств прямокишечных анастомозов.
2. Формирование отсроченной колостомы с использованием протективного турникета помогает эффективно лечить пациентов по факту возникновения осложнения.
3. Методика «протективного турникета» позволяет добиться значительного экономического эффекта и улучшения социальной реабилитации онкологических пациентов.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ КИШЕЧНИКА НА ОСНОВЕ ФЕКАЛЬНОГО ЛАКТОФЕРРИНА И ИММУНОХИМИЧЕСКОГО ТЕСТА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ В КАЛЕ

Михайлова Е.И., Шуляк Ж.В.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Установить диагностические возможности дискриминации пациентов по возрасту в прогнозировании нозологической формы наиболее распространенной органической патологии кишечника на основе фекального лактоферрина и иммунохимического теста на скрытую кровь в кале.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли 42 пациента с активным язвенным колитом, 48 больных с колоректальным раком и 46 пациентов с синдромом раздраженного кишечника. Диагноз колоректального рака и язвенного колита во всех случаях имел мор-

фологическую верификацию. Активность воспалительного процесса определяли на основе индекса Шредер (Mayo Clinic UC DA). Синдром раздраженного кишечника диагностирован на основе Римских критериев III. Лактоферрин определяли в образцах кала, взятых из одной дефекации, иммуноферментным анализом (ELISA) с использованием наборов ELISA TEST KIT Hycult Biotechnology (Netherlands). Наличие гемоглобина в кале выявлялось с помощью иммунохимического теста на скрытую кровь в кале наборами фирмы «Biotech Atlantic, Inc.» (США). При комбинированном использовании фекального лактоферрина и иммунохимического теста на скрытую кровь в кале положительным результатом считали наличие позитивного теста по одному или обоим маркерам. Отрицательный результат соответствовал наличию негативных тестов по обоим маркерам одновременно. Статистически значимыми считали различия на уровне $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В дифференциальной диагностике наиболее распространенной органической и функциональной патологии кишечника фекальный лактоферрин и иммунохимический тест на скрытую кровь в кале показали высокую диагностическую значимость (ППК: $0,93 \pm 0,02$ и ППК: $0,922 \pm 0,02241$). По этому показателю маркеры друг от друга не отличались ($p = 0,76$). Чувствительность фекального лактоферрина при точке разделения на уровне $15,25 \text{ мкг/г}$ составила $85,56\%$ (95%ДИ: $76,60-92,10$); специфичность – $84,78\%$ (95%ДИ: $71,10-93,60$); ОППР – $5,62$; ОПОР – $0,17$; ППЦ – $91,70\%$; ОПЦ – $75,0\%$, иммунохимического теста на скрытую кровь в кале – $84,44\%$ (95%ДИ: $75,30-91,20$); $100,0\%$ (95%ДИ: $92,20-100,0$); (-); $0,16$; $100,0\%$ и $76,70\%$, соответственно. Фекальный лактоферрин и иммунохимический тест на скрытую кровь в кале превосходили по диагностической значимости клинические проявления симптомов «тревоги» (ППК: $0,802 \pm 0,037$, $p = 0,002$ и $p = 0,006$, соответственно) и скорость оседания эритроцитов (ППК: $0,774 \pm 0,0396$, $p < 0,001$ и $p = 0,001$, соответственно). Комбинированное использование фекального лактоферрина и иммунохимического теста на скрытую кровь в кале позволило повысить чувствительность ($97,78\%$, 95%ДИ: $92,20-99,70$) по сравнению с изолированным определением фекального лактоферрина ($p = 0,005$) и иммунохимического теста на скрытую кровь в кале ($p = 0,003$). Пациенты с колоректальным раком и язвенным колитом имели достоверные статистические различия по возрасту ($p < 0,0001$). С помощью ROC-анализа установлено, что возраст пациентов более 56 лет с чувствительностью на уровне $83,33\%$ (95%ДИ: $69,8-92,5$), специфичностью – $85,71\%$ (95%ДИ: $71,4-94,5$), ОППР – $5,83$, ОПОР – $0,19$, ППЦ – $87,0\%$ и ОПЦ – $81,8\%$ указывал на наличие у пациента колоректального рака, моложе – язвенного колита.

ВЫВОДЫ

У пациентов с повышенным уровнем фекального лактоферрина и/или положительным иммунохимическим тестом на скрытую кровь в кале возраст моложе 56 лет указывает на наличие воспалительного процесса, старше 56 лет – злокачественного опухолевого роста в кишечнике.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНДУСТРИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ НЕПРЕРЫВНОГО УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Муравьев А.В., Галстян А.Ш.

ГБОУ ВПО «СтГМУ» МЗ РФ, г. Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В конце двадцатого века в экономически развитых странах отмечено широкомасштабное повышение качества и рост производительности труда в производстве и в сфере предоставления потребителям различных услуг. Причиной тому явилось внедрение в производство и сферы обслуживания новой системы управления, базирующейся на непрерывном повышении качества технологического процесса. Эта система предусматривала непрерывное совершенствование товара или услуги при отказе от массового инспекционного контроля в производстве, а качеством стало неотъемлемой характеристикой товара или услуги. Индустриальная модель непрерывного управления качеством, как свидетельствует опыт в промышленности, не требует при ее внедрении, как правило, серьезных финансовых инвестиций.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Повышение клинической результативности и экономической

эффективности лечения больных с заболеваниями прямой кишки на основе разработки и внедрения клинического пути ведения их в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования стали больные с заболеваниями прямой кишки, лечившиеся в отделении колопроктологии ОАО «Эс-Класс Клиник-Ставрополь» с 2011 по 2014 г. Методы исследования: аналитический, клинический, клинико-эпидемиологический, проектирования процессов, статистические, инструментальные, лабораторные, социологический.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценка результатов проводилась согласно следующим критериям: продолжительность лечения и удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи. У больных, проходивших лечение в период с 2011 г. по 2012 г., продолжительность лечения была статистически достоверно больше ($p < 0,05$) чем у больных, проходивших лечение в период с 2012 г. по 2014 г. после внедрения в практику метода клинических путей. Пациенты основной группы (период внедрения и применения в отделении метода клинических путей) более чем в 2 раза чаще выражали свою удовлетворенность доступностью медицинской помощи, организацией ЛДП и результатами их лечения и в 1,1 раза чаще – желание лечиться, при необходимости, повторно в данном специализированном отделении по отношению к контрольной группе больных (период ведения пациентов по традиционной схеме).

ВЫВОДЫ

Разработка и внедрение в лечебно-диагностическую практику сетевого плана (плана ведения больных с известным диагнозом, технологическая карта, клинический путь) повысило уровень знаний медицинских работников отделения по выбранной патологии и обеспечило относительно высокую медицинскую результативность и экономическую эффективность лечения больных за счет уменьшения, в основном, сроков их лечения.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЛАПАРОТОМНОЙ РАНЫ В ХИРУРГИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Павленко С.Г., Абидов А.Б., Каиров Г.Б., Физулин М.М.

НОЧУ ВПО «Кубанский медицинский институт» Минобрнауки и науки Российской Федерации, г. Краснодар, Россия

По данным литературных источников, темпы роста заболеваемости и смертности по поводу колоректального рака (КРР) опережают опухоли других локализаций. Среди злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта КРР по частоте выявления занимает 2-3 место (Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х., 2013). Тревожат высокие показатели летальности и частоты послеоперационных осложнений у больных данной патологией. Число осложнений при хирургическом лечении КРР колеблется от 15% до 68% (Федоров В.Д., 1987; Слесаренко А.С. и соавт., 2007), летальность в группе радикально прооперированных больных составляет около 16%, а при осложненных формах заболевания достигает 45% (Алиев С.А., 2003; Фомин А.Ю. и соавт., 2003). Больные КРР находятся в состоянии иммунодепрессии, что отрицательно сказывается на процессах регенерации тканей. Поэтому среди первоочередных и наиболее важных мероприятий в практической колопроктологии должно быть отведено профилактике этих осложнений, которая должна начинаться в предоперационном периоде.

Объектом нашего исследования были 211 больных, впервые прооперированные по поводу КРР. Пациенты были разделены на две группы: основную и группу сравнения. Все исследования и лечение больных основной группы, составившей 127 человек, проводились в Краснодарском клиническом госпитале для ветеранов войн им. проф. В.К. Красовитова, группу сравнения составили 84 человека.

В основную группу больных вошли 92 (72,4%) мужчины и 35 (27,6%) женщин в возрасте от 60 до 86 лет. Средний возраст пациентов составил $74,7 \pm 2,7$ года. В группу сравнения вошли 52 (61,9%) мужчины и 32 (37,1%) женщины в возрасте от 60 до 87 лет. Их средний возраст составил $69,6 \pm 2,5$ года. У всех 211 пациентов диагностировано от 1 до 7 сопутствующих заболеваний.

С целью профилактики послеоперационных осложнений со стороны раны передней брюшной стенки (ПБС) нами исполь-

ГЕРНИОПЛАСТИКА СИНТЕТИЧЕСКИМИ МАТЕРИАЛАМИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Помазкин В.И.

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

Необходимость хирургического лечения заболеваний толстой кишки у пациентов, ранее перенесших операций на брюшной полости и имеющих послеоперационные грыжи, возникает достаточно часто. Применение современных сетчатых эндопротезов при герниопластике приводит к значительному уменьшению частоты образования повторных грыж.

ЦЕЛЬЮ нашей работы являлся ретроспективный анализ результатов одномоментного хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж с использованием синтетических материалов при операциях на прямой и ободочной кишке.

За период с 2004 по 2013 гг. операции на толстой кишке с одновременным восстановлением послеоперационных дефектов брюшной стенки, требовавших использования синтетических материалов, произведены у 74 больных. Средний возраст пациентов составил $60,6 \pm 8,3$ лет. Мужчин из них было 45 (60,8%), женщин – 29 (39,2%). Основным показанием к оперативному лечению у 66 (89,2%) больных являлось восстановление целостности кишечного тракта, с ликвидацией, сформированной кишечной стомы. Вентральную грыжу без кишечной стомы, возникшую после предыдущих операций на брюшной полости, имели 6 (8,1%) пациентов. У 4 из них показанием к оперативному лечению являлся первичный рак ободочной кишки, у 2 – осложненная болезнь Крона. У 2 (2,7%) больных дефект брюшной стенки был образован при ее резекции по поводу местнораспространенного рака ободочной кишки.

Объем основного вмешательства при наличии одноствольной кишечной стомы у 66 больных заключался в наложении межкишечного анастомоза с ликвидацией стомы. У 2 больных после субтотальной колэктомии по поводу язвенного колита произведена брюшно-анальная резекция прямой кишки, формирование илеального резервуара с анастомозом с анальным каналом и ликвидацией илеостомы. У пациентов без сформированной ранее стомы, у 3 при раке левой половины ободочной кишки была выполнена левосторонняя гемиколэктомия, у 2 больных с болезнью Крона – передняя резекция прямой кишки, у 1 пациентки с рецидивом рака прямой кишки – ее резекция с экстирпацией матки. В 2 случаях необходимость применения сетчатого эндопротеза была связана с резекцией брюшной стенки при правосторонней гемиколэктомии по поводу местнораспространенного рака правой половины ободочной кишки. У 55 (74,3%) больных эндопротез размещался ретромультикулярно, у 15 (20,3%) пациентов сетка была фиксирована сверху апоневроза и остатков грыжевого мешка («on-lay» методика). В 4 (5,4%) случаях фиксация эндопротеза производилась в «in-lay» положении.

Послеоперационная летальность составила 1,4%. Раневые осложнения отмечены у 9 (12,2%) больных. Все они наблюдались при восстановительных операциях с ликвидацией кишечных стом. У 5 (6,8%) из них были ограниченные скопления серозного экссудата в срединной ране, потребовавшие неоднократного их опорожнения, но не приведшие к значительному ухудшению процесса ее заживления. У 2 (2,7%) пациентов развилось поверхностное нагноение подкожной клетчатки в месте существования стомы. У 2 (2,7%) больных был ограничен краевой кожный некроз лапаротомной раны, приведший к частичному обнажению сетки, расположенной сверху апоневроза. Средний срок послеоперационного пребывания таких больных в стационаре составил $13,5 \pm 1,8$ дней. Отдаленных инфекционных осложнений не было отмечено ни у одного из них. Рецидив грыжи отмечен у 1 (1,4%) пациента.

Таким образом, одномоментная ликвидация дефектов брюшной стенки при операциях на толстой кишке с применением синтетических материалов не приводит к значительной частоте послеоперационных осложнений и позволяет ускорить процесс полной реабилитации пациентов и улучшить качество их жизни.

зовались традиционные технологии защиты раны от контаминации путем: введения антибиотиков во время сечения кишки, укрытия раны стерильными салфетками, хирургической обработки раны в конце длительной операции, бережного отношения к тканям, использования тщательного гемостаза и сквозного дренирования раны ПБС перфорированным дренажем в случаях толстой подкожной клетчатки. 67 больным основной группы с целью профилактики осложнений внутримышечно вводился препарат группы аминоталгидразидов (тамерит и позднее – галавит) по схеме: 2 инъекции по 0,1 г в день до операции и по 0,1 г ежедневно в течение 3-8 послеоперационных дней. В послеоперационном периоде нагноение раны передней брюшной стенки в основной группе отмечено у 2 (1,6%) больных, а в контрольной – у 4 (4,8%), нагноение параколомической раны в основной группе не было, а в контрольной отмечено у 3 (3,6%) пациентов.

Таким образом, больные КРР старших возрастных групп, имеют высокий риск послеоперационных гнойно-септических осложнений. С целью профилактики осложнений, в том числе со стороны раны ПБС, целесообразно назначение иммуномодуляторов группы аминоталгидразидов (тамерит и галавит).

ПРИМЕНЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Павленко С.Г., Физулин М.М.

НОЧУ ВПО «Кубанский медицинский институт» Минобрнауки РФ, г. Краснодар, Россия

Колоректальный рак (КРР) является одной из сложнейших проблем теоретической и практической медицины. Термином «колоректальный рак» (синоним – рак толстой кишки) обозначают эпителиальные злокачественные опухоли ободочной и прямой кишки. Неуклонный рост заболеваемости за последние десятилетия [Чиссов В.И. и соавт., 2012; Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х., 2013; Erichsen R. et al., 2013], часто запоздалая обращаемость больных за медицинской помощью, запущенные формы болезни, присутствие сопутствующей патологии, высокие показатели осложнений и летальности указывают на актуальность изучения этой проблемы.

Объектом нашего исследования были 211 больных, впервые прооперированные по поводу КРР (127 человек – основная группа, 84 – группа сравнения). Средний возраст пациентов основной группы составил $74,7 \pm 2,7$ года, группы сравнения – $69,6 \pm 2,5$ года. У 60 (47,2%) больных основной группы и у 35 (41,6%) пациентов группы сравнения опухоль прорастала все слои стенки толстой кишки (T₃-T₄); умереннодифференцированная аденокарцинома диагностирована у 76 (59,8%) больных основной и у 41 (50,0%) больных группы сравнения. У всех 211 пациентов диагностировано от 1 до 7 сопутствующих заболеваний.

Выполнялись радикальные хирургические вмешательства: право- и левосторонняя гемиколэктомия, передняя резекция прямой кишки, обструктивная резекция прямой кишки, резекции поперечной ободочной и сигмовидной кишок, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, субтотальная колэктомия, в основной группе все операции дополнялись расширенной забрюшинной лимфаденэктомией. В основной группе выполнена 31 (24,4%) сочетанная операция, в контрольной – 21 (25,0%). Структура основных сочетанных вмешательств в основной и группе сравнения: холецистэктомия – 13 (10,2%) и 8 (9,5%), пластика внутреннего отверстия пахового канала – 3 (2,4%) и 4 (4,8%), пластика передней брюшной стенки по поводу послеоперационной вентральной грыжи – у 3 (2,4%) и 1 (1,2%), сегментарная и мостовидная дуоденопластика – 2 (1,6%) и 1 (1,2%), соответственно.

В основной группе использовалась прецизионная технология формирования однорядного толстокишечного анастомоза и оригинальные технические решения. Все это позволило снизить число несостоятельств анастомоза с 7,05 до 1,3%, послеоперационных гнойно-септических осложнений – в 3,9 раза, а летальность – с 11,9% до 3,1%.

ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ МАРКЕРА ВОСПАЛЕНИЯ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ДИСТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Солдатов Д.В., Сорогин А.Б., Рязанцева Е.В., Шиллов А.Б.

Кафедра хирургии ИПДО ЯГМУ, Ярославская областная клиническая больница, г. Ярославль, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время отмечается неуклонный рост количества пациентов, у которых одновременно диагностируются несколько заболеваний дистального отдела прямой кишки. Современные условия позволяют выполнять сочетанные операции. Однако при этом, данные, касающиеся выраженности воспалительного ответа пациента, после проведения такого рода вмешательств, до сих пор фрагментарны.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести сравнительный анализ концентрации интерлейкина-6 в сыворотке крови пациентов с доброкачественными заболеваниями прямой кишки в зависимости от объема вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для реализации цели на базе ГБУЗ ЯО ОКБ за период 2012 – 2014 гг. были сформированы две группы пациентов. Первую группу составили 54 пациента (29 (53,7%) мужчин, 25 (46,3%) женщин), оперированных с диагнозом хронический геморрой, свищ прямой кишки и хроническая анальная трещина. Во вторую группу вошел 31 пациент (12 (38,7%) мужчин, 19 (61,3%) женщин), оперированный по поводу сочетанной патологии дистального отдела прямой кишки, где основным диагнозом также выступали вышеперечисленные заболевания. Для оценки степени выраженности воспалительного ответа на операционную травму в обеих группах больных до операции, на 3 и 7 сутки после операции в сыворотке крови определяли концентрацию интерлейкина-6. Определение проводили твердофазным методом иммуноферментного анализа. В норме концентрация ИЛ-6 составляет 0-10 пг/мл. Достоверность определяли по t-критерию Стьюдента ($P < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Концентрация ИЛ-6 до операции у больных первой группы составила: с хроническим геморроем $1,31 \pm 0,41$ пг/мл, со свищом прямой кишки – $6,76 \pm 1,65$ пг/мл, с анальной трещиной – $10,18 \pm 4,56$ пг/мл. В группе с сочетанной патологией, где основным заболеванием было аналогичным с первой группой $9,03 \pm 3,37$ пг/мл, $3,25 \pm 1,3$ пг/мл и $11,42 \pm 3,08$ пг/мл, соответственно. В первой группе у больных с хроническим геморроем к третьим суткам операционная травма сопровождалась достоверным увеличением ИЛ-6 до $14,06 \pm 4,54$ пг/мл и снижением концентрации маркера до $5,94 \pm 3,02$ пг/мл к седьмым суткам. У больных со свищом прямой кишки на 3 сутки также отмечено достоверное повышение ИЛ-6 до $10,22 \pm 1,69$ пг/мл и снижение его до $6,11 \pm 1,04$ пг/мл на 7 сутки, по сравнению с третьими сутками. У пациентов с анальной трещиной выявлен рост концентрации до $15,33 \pm 5,9$ пг/мл к третьим суткам и снижению ее до $13,32 \pm 4,16$ пг/мл к 7 суткам после операции. Во второй группе с сочетанной патологией, где основным заболеванием являлся хронический геморрой, отмечено повышение ИЛ – 6 до $14,68 \pm 6,81$ пг/мл на третьи и снижение концентрации до $9,9 \pm 4,5$ пг/мл на седьмые сутки после операции. У больных со свищом прямой кишки выявлено достоверное повышение концентрации ИЛ-6 до $12,28 \pm 2,78$ пг/мл на 3 сутки с последующим ее уменьшением на 7 сутки до $5,39 \pm 1,47$ пг/мл. У больных с основным заболеванием анальная трещина на 3 сутки отмечен рост ИЛ – 6 до $24,78 \pm 7,2$ пг/мл и снижение маркера до $13,3 \pm 3,69$ пг/мл на 7 сутки после операции. При сравнении двух групп, при сочетанной патологии, на 3 сутки отмечено достоверное увеличение концентрации ИЛ-6 у пациентов с диагнозом анальная трещина и ее снижение на 7 сутки у пациентов со свищом прямой кишки.

ВЫВОДЫ

У пациентов с диагнозом хронический геморрой и свищ прямой кишки концентрация маркера воспаления интерлейкина-6 на седьмые сутки после операции достигает нормы, с диагнозом анальная трещина достоверно превышает нормальные значения вне зависимости от объема вмешательства.

РАННИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ НИЗКИХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Тарасов М.А., Корнева Т.К., Лягина И.А., Михальченко В.А., Пикунов Д.Ю., Рыбаков Е.Г.

ФГБУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Низкая передняя резекция прямой кишки (НПР) с тотальной мезоректумэктомией является операцией выбора в структуре сфинктеросохраняющих операций для лечения рака прямой кишки. Одним из наиболее серьезных осложнений при этом вмешательстве является несостоятельность колоректального анастомоза, частота которой составляет 7-16%.

ЦЕЛЬ

Выявление ранних предикторов несостоятельности колоректальных анастомозов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включались больные, перенесшие операцию в объеме тотальной мезоректумэктомии с формированием аппаратного колоректального анастомоза под прикрытием прерентивной илео- или трансверзостомы. На 3 и 6 сутки исследовали уровень С-реактивного белка и прокальцитонина. На 7 день послеоперационного периода выполняли рентгенологическое исследование – тугое контрастирование низведенной кишки водорастворимым контрастом (ультра-вистом) в объеме не менее 50 мл.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследовании включены 73 пациента, 34 (46,6%) составляли мужчины. Средний возраст ($\pm \sigma$) больных – $61,8 \pm 22,4$ лет. У 61 (83,6%) пациента анастомоз был сформирован «конец-в-конец», у 12 (16,4%) – «бок-в-конец». Средняя высота ($\pm \sigma$) расположения анастомоза составила $3,7 \pm 1,4$ см от наружного края анального канала. У 6 (8,3%) больных на 3-7 сутки после операции диагностирована несостоятельность анастомоза. Ещё у 10 (13,7%) пациентов выявлен выход контраста за пределы кишечной стенки при рентгенологическом исследовании. Общая частота несостоятельности анастомоза составила 22% (16 пациентов). В трёх случаях потребовалось разобщение колоректального анастомоза. В группе пациентов с несостоятельностью анастомоза медиана уровня С-реактивного белка отличалась от такового показателя у больных без нарушения целостности анастомоза как на 3-и сутки (94 мг/л против 179 мг/л, соответственно, $p=0,0004$), так и на 6 сутки послеоперационного периода (55 мг/л против 138, соответственно, $p=0,0005$). У больных с выявленной несостоятельностью, медиана уровня прокальцитонина была значимо выше, по сравнению с группой несложившегося течения: на 3-и сутки составила 0,2 нг/мл против 0,45 нг/мл, соответственно (Mann Whitney test ($p=0,01$)); на 6 сутки 0,2 против 1,0 нг/мл, соответственно (Mann Whitney test $p=0,034$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Частота несостоятельности анастомоза составила 22%, однако только у трети пациентов из них она имела клинические проявления. Изменение уровня С-реактивного белка и прокальцитонина в послеоперационном периоде коррелирует с наличием несостоятельного анастомоза.

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

Татьянченко В.К., Фролкин В.И., Богданов В.Л., Овсянников А.В.

Государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить разные методы защиты толсто-толстокишечного анастомоза при хирургическом лечении заболеваний сигмовидной кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучены истории болезни 74 больных с заболеваниями сигмовидной кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В I клиническую группу вошли 22 больных, у которых был сформирован классический двухрядный анастомоз, без защиты. Применили двухрядный узловый шов. Ранние послеоперационные осложнения выявлены у 10 (45,5%) больных, 8 из них носили гнойно-септический характер. Среди последних перитонит был у 4 (18,0%) больных; у 1 – перитонит явил-

ся следствием наступившей физической несостоятельности, у 3 – развился при «держакших швах» анастомоза. Кроме того, абсцесс забрюшинной клетчатки возник у 2 больных и столько же инфильтратов брюшной полости. Из 4 больных, послеоперационный период которых осложнился перитонитом, релапаротомия была выполнена 2, из них 1 умер. У 2 больных перитонит был отграниченным и разрешился формированием калового свища. II клиническую группу составили 32 больных, операции у которых завершились защитой анастомоза сальниковой муфтой. Послеоперационный период осложнился у 17 (53,13%) больных, из них у 10 (31,25%) развился гнойно-септический осложнение. У 2 (6,25%) больных в раннем послеоперационном периоде развилась физическая несостоятельность швов, но разлитой перитонит не возник. У 5 (15,63%) больных отмечена биологическая несостоятельность анастомоза. Воспалительный процесс ограничился пределами сформированной вокруг анастомоза сальниковой сумки. III группа – 20 больных, у которых операция завершилась защитой анастомоза брюшинной сумкой, сформированной по оригинальной методике (Федеральный патент РФ №2086188). Техническим отличием этого способа защиты анастомоза от аналогов является выкраивание П-образного лоскута из брыжейки резецированного участка сигмовидной кишки. Данный способ не требует дополнительного этапа, в ходе которого формируется лоскут большого сальника и осуществлен вне зависимости от длины и типа кровоснабжения большого сальника. Ранние послеоперационные осложнения были у 7 (35,0%) больных; у 6 они носили гнойно-септический характер.

ВЫВОДЫ

Значительное снижение числа послеоперационных осложнений при ограничении зоны анастомоза от свободной брюшной полости в дренируемую через контрапертуру в брюшинную сумку, указывает на ряд очевидных преимуществ фиксированной экстраперитонизации и позволяет рекомендовать её в качестве метода выбора при резекции сигмовидной кишки.

СИМПТОМЫ ТРЕВОГИ В ВЫЯВЛЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Трофимова Н.В., Михайлова Е.И., Шуляк Ж.В.

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Беларусь

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение диагностических возможностей симптомов тревоги в выявлении колоректального рака.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

48 больных колоректальным раком, 47 пациентов с синдромом раздраженного кишечника и 25 здоровых добровольцев. Диагноз колоректального рака во всех случаях имел морфологическое подтверждение. В качестве симптомов тревоги использованы их клинические проявления, такие, например, как похудание, субфебрилитет, примесь крови в кале и т. д.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Симптомы тревоги присутствовали у 32 из 48 пациентов со злокачественными новообразованиями толстой кишки, у 9 из 37 больных синдромом раздраженного кишечника и ни у одного из 25 здоровых добровольцев. Маркер чаще встречался у пациентов со злокачественными опухолями толстой кишки, по сравнению с больными синдромом раздраженного кишечника ($p=0,0001$) и здоровыми добровольцами ($p=0,0001$). Статистические достоверные различия в частоте выявления симптомов тревоги обнаружены у пациентов с синдромом раздраженного кишечника, по сравнению со здоровыми добровольцами ($p=0,0001$) и у больных колоректальным раком, по сравнению с пациентами, не имевшими органической патологии кишечника ($p=0,0001$).

ROC-анализ показал, что симптомы тревоги в диагностике злокачественных опухолей обладали умеренной диагностической значимостью с площадью под кривой на уровне 0,77 (95%ДИ:0,68-0,84). Чувствительность симптомов тревоги составила 66,67% (95%ДИ:51,60-79,60), специфичность – 87,32% (95%ДИ:77,30-94,00), отношение правдоподобия положительного результата (ОППР) – 5,26, (отношение правдоподобия отрицательного результата) ОПОР – 0,38, положительная прогностическая ценность (ППЦ) – 78,00%, отрицательная прогностическая ценность (ОПЦ) – 79,50%.

ВЫВОДЫ

1. Симптомы тревоги в выявлении колоректального рака

обладали умеренной диагностической значимостью с площадью под кривой на уровне 0,77 (95%ДИ:0,68-0,84).

2. Чувствительность симптомов тревоги составила 66,67% (95%ДИ:51,60-79,60), специфичность – 87,32% (95%ДИ:77,30-94,00).

НЕУТОЧНЕННЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Черданцев Д.В.,^{1,2} Поздняков А.А.,^{1,2} Жегалов П.С.,^{1,2} Литвинов И.В.,² Махотин Д.А.,² Слабнин С.Г.,² Исаков А.В.²

¹ КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А. М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО

² КГБУЗ Краевая клиническая больница, г. Красноярск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Неуточненные желудочно-кишечные кровотечения (НЖКК) – одна из сложных диагностических проблем хирургической гастроэнтерологии. Традиционно направление маршрутизации больных, после исключения наличия источника кровотечения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта (желудок и двенадцатиперстная кишка), ведет в отделение колопроктологии. Отсутствие источника кровотечения в толстой кишке ставит врача и пациента в довольно сложную ситуацию, связанную с необходимостью дальнейшего диагностического поиска и установления причины кровотечения. НЖКК составляют до 5% от всех кровотечений желудочно-кишечного тракта и часто ассоциируются с поражениями тонкой кишки. В КГБУЗ ККБ г. Красноярск сложилась лечебно-диагностическая тактика, позволяющая продолжить диагностический поиск и, при необходимости, хирургическое лечение таких больных в отделении колопроктологии.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести анализ собственных результатов диагностики и лечения неуточненных желудочно-кишечных кровотечений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для диагностики патологических состояний тонкой кишки в КГБУЗ ККБ г. Красноярск с 2012 года внедрена в практику методика однобаллонной энтероскопии (интестиноскопии). В исследование включены результаты лечения больных с НЖКК за период с 2013-2014 гг. Всего за указанный период времени с диагнозом НЖКК в отделении находилось 53 больных. Мужчин – 21 (39,6%), женщин – 32 (60,4%). Средний возраст – 54,4±15,2. У всех больных в результате рутинно выполненных повторных ФЭГДС и ФКС источников кровотечений выявлено не было. Для уточнения источника НЖКК больным была выполнена энтероскопия. Из них перорально – 26, трансанально – 21. У 6 пациентов последовательно, в два этапа, выполнено исследование из обоих доступов.

В результате у 9 больных источником являлись опухоли тонкой кишки, в 4 случаях выполнялись эндоскопический гемостаз (аргон-плазменная коагуляция) при продолжающемся тонкокишечном кровотечении; у 1 пациента при пероральном доступе диагностирован дивертикулез тощей кишки. С целью оценки распространения процесса вторым этапом выполнено трансанальное исследование, дивертикулез в подвздошной кишке не выявлено; в 4 случаях при пероральном доступе выявлены расширения вен тощей кишки, расцененные как артериовенозные мальформации; в 9 случаях источником кровотечения являлись зоны ангиодисплазии в тонкой кишке, при продолжающемся кровотечении выполнялся эндоскопический гемостаз (клипирование, аргон-плазменная коагуляция); болезнь Крона различной степени активности с локализацией в тонкой кишке – 13 случаев. У 17 больных источника кровотечения выявлено не было: лимфоидная гиперплазия без источника кровотечения выявлена в 1 наблюдении; целиакия у 1 больного; неспецифические энтеропатии установлены в 12 случаях.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все больные с опухолями тонкой кишки были оперированы в отделении колопроктологии, выполнялись резекции участка тонкой кишки с опухолью в границах сегмента кровоснабжения радиальным тонкокишечным сосудом, питающим участок тонкой кишки с опухолью и лимфаденэктомией по ходу радиального сосуда до верхней брыжеечной артерии. В 8 наблюдениях при морфологическом исследовании выявлены GIST, у одной больной опухолью была представлена аденокарциномой T2N1M0. Все операции были завершены

наложением тонкокишечного анастомоза. Больной с дивертикулезом тощей кишки, осложненным кровотечением оперирован в плановом порядке, выполнена резекция участка тонкой кишки с дивертикулами, наложен дуоденоюнональный анастомоз. У всех больных с кровотечениями из артериовенных мальформатов кровотечения остановлены клипированием питающего мальформат сосуда. У больных с ангиодисплазиями в 8 случаях отмечались ангиодисплазии I-го типа, среди этих больных наиболее эффективной была остановка кровотечения путем аргон-плазменной коагуляции. В 1 случае выявлены ангиодисплазии III типа с поражением тонкой кишки на всем протяжении, больному проводится симптоматическая гемостатическая и кровозаместительная терапия. Все случаи выявленной болезни Крона с локализацией в тонкой кишке не нуждались в хирургическом лечении, кровотечения остановлены на фоне консервативной терапии, больные переведены для дальнейшего лечения в отделение гастроэнтерологии. В послеоперационном периоде в одном случае развилась несостоятельность наложенного тонкокишечного анастомоза у больного, оперированного по поводу дивертикулеза тонкой кишки. В группе больных с опухолями тонкой кишки послеоперационных осложнений не было, рецидивов заболевания на настоящий момент нет. Все эндоскопические манипуляции, направленные на достижение стойкого гемостаза, были результативны. В отдаленном периоде отмечены 2 случая рецидива кровотечений из сохранившихся очагов ангиодисплазий, потребовавшие повторной госпитализации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наиболее часто причиной НЖКК являются патологические процессы, локализованные в тонкой кишке, по нашим наблюдениям в 67,9%. У 32,1% источника кровотечений в желудочно-кишечном тракте на момент обследования выявлено не было. Комплексное обследование и хирургическое лечение больных с НЖКК в отделении колопроктологии позволяет в более ранние сроки выявить источник кровотечения и выполнить необходимые лечебные манипуляции и хирургические вмешательства, что в конечном итоге ведет к снижению суммарного койко-дня, необходимого для устранения источника кровотечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Черданцев Д.В.,^{1,2} Поздняков А.А.,^{1,2}
Литвинов И.В.,² Махотин Д.А.,² Слабнин С.Г.²

¹ КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО,

² КГБУЗ Краевая клиническая больница, г. Красноярск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Риск развития инфекции в области хирургического вмешательства (ИОХВ) является неотъемлемым бременем инвазивных методов лечения. В настоящее время проведение антибиотикопрофилактики (АБП) является «золотым стандартом» при выполнении абдоминальных хирургических вмешательств. В колоректальной хирургии абдоминальные вмешательства, выполняемые со вскрытием просвета толстой кишки, традиционно считаются операциями с высоким риском контаминации ассоциациями аэробной и анаэробной микрофлоры. В связи с этим, согласно рекомендациям ASPH (1999) и SIGN (2002), подготовка к вмешательствам на толстой кишке подразумевает механическую очистку с последующим назначением неомицина и эритромицина. Предполагается парентеральное введение одного или нескольких антибиотиков, сочетающих антиаэробную и антианаэробную активность, за 30 минут до операции. При анализе отечественных работ, выявлена тенденция к сочетанию парентеральной предоперационной АБП и курса послеоперационной антибиотикотерапии (АБТ) различной длительности.

В своей практике мы так же длительное время придерживаемся традиции сочетания предоперационной АБП и послеоперационной АБТ. Обязательным считаем предоперационную механическую очистку без перорального применения антибиотиков. Однако большинство авторов подчеркивают отсутствие статистических различий в возникновении ИОХВ у больных, получавших изолированно предоперационную АБП и больных, получавших сочетание АБП и послеоперационной АБТ.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести сравнительный анализ клинической эффективности предоперационной парентеральной антибиотикопрофилактики и послеоперационной антибиотикотерапии при абдоминальных вмешательствах в колоректальной хирургии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследуемую группу включено 43 больных, оперированных на толстой кишке, у которых профилактика ИОХВ состояла из механического очищения кишки накануне операции, внутривенного введения цефалоспоринов II поколения и метронидазола за 30 минут до разреза, интраоперационной локальной внутрикишечной деконтаминации путем введения в просвет толстой кишки 1% раствора диоксида в процессе наложения толстокишечного анастомоза. В группе клинического сравнения проведен ретроспективный анализ результатов лечения 36 больных, оперированных на толстой кишке, у которых в схему профилактики ИОХВ дополнительно был включен курс послеоперационной антибиотикотерапии, продолжительностью от 5 до 7 суток. В исследование не были включены больные имевшие хронические сопутствующие заболевания в стадии обострения или декомпенсации, а также больные с запущенными формами злокачественных новообразований. Средний возраст больных составил $54,3 \pm 12,7$ лет, мужчин было 52,1%, женщин – 47,9%. Группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Одной из проблем оценки результатов хирургического лечения является анализ осложнений, которые практически не влияют на состояние больного и отдаленные результаты лечения, речь идет о различных инфильтратах и ограниченных нагноениях ОХВ. Для клинической практики в этом случае больше значение имеет увеличение сроков и стоимости лечения. Поэтому для анализа результата различных вариантов применения антибактериальных препаратов нами использована классификация осложнений по Clavien-Dindo. Учитывались только те осложнения послеоперационного периода, которые могли трактоваться как ИОХВ или были их следствием. Многими авторами отмечено, и мы согласны с этим мнением, что применение антибактериальных препаратов в любом режиме дозирования не влияет на частоту развития несостоятельности кишечных анастомозов. Однако случаи с развитием несостоятельности так же были включены в анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В целом, частота ИОХВ в группе больных с АБП и группе с АБТ достоверно не различалась и составила 20,9% (9 больных) и 19,4% (7 больных), соответственно.

Осложнения I категории по Clavien-Dindo были самыми распространенными, к ним отнесены случаи возникновения инфильтратов без нагноений в области операционной раны. В структуре ИОХВ они составили 55,6% в группе с АБП и 57,1% в группе с АБТ.

Осложнения II категории по Clavien-Dindo наблюдались значительно реже, к ним отнесены случаи локальных нагноений инфильтратов в пределах 1-2 кожных швов, для их лечения требуется назначение дополнительных медикаментозных препаратов. В структуре ИОХВ они составили 22,2% в группе с АБП и 14,3% в группе с АБТ.

Осложнения IIIa категории по Clavien-Dindo. Эта группа больных включает случаи с более обширными нагноениями ОХВ, потребовавшими удаления швов, разведения операционных ран, и наложения вторичных швов под местной анестезией после купирования гнойно-воспалительного процесса. В структуре ИОХВ эти наблюдения составили 11,1% в группе с АБП и 14,3% в группе с АБТ.

Осложнения IIIb категории по Clavien-Dindo. Сюда были отнесены случаи несостоятельности кишечных анастомозов (1 случай в группе с АБТ) и обширные нагноения промежностных ран (1 случай в группе с АБП), потребовавшие для своего лечения хирургических вмешательств под общей анестезией. В структуре ИОХВ эти наблюдения составили 11,1% в группе с АБП и 14,3% в группе с АБТ.

Осложнений IV категории по Clavien-Dindo не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нами не было выявлено достоверных отличий в частоте возникновения ИОХВ у больных, оперированных на толстой кишке со вскрытием просвета при применении предоперационной АБП и послеоперационной АБТ. Классификация по Clavien-Dindo является удобным и универсальным инструментом в оценке течения послеоперационного периода, особенно когда учет фармакоэкономической эффективности работы отделения ведется более щепетильно, чем учет возникающих медицинских осложнений.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Черданцев Д.В.,^{1,2} Поздняков А.А.,^{1,2,3}
Соляников С.Н.,³ Самсонок В.Г.,³ Тараденко Д.Н.,³
Литвинов И.В.,² Махотин Д.А.,² Слабнин С.Г.²

¹ КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО,

² КГБУЗ Краевая клиническая больница,

³ КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С. Берзона», г. Красноярск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

На сегодняшний день целесообразность и эффективность эндохирургических вмешательств в колоректальной хирургии не вызывают сомнений. Многочисленными работами доказано более гладкое течение послеоперационного периода, значительное снижение потребности в наркотических анальгетиках, ранняя активизация больных и, как следствие, уменьшение послеоперационного койко-дня. Кроме того, исключается целый ряд осложнений, ассоциированных с операционной раной передней брюшной стенки. В то же время, в ряде работ отмечается сложность внедрения этой технологии, и даже негативное отношение, связанное с необходимостью технического оснащения операционной, приобретения нового навыка и опыта эндохирургических вмешательств. На наш взгляд именно необходимость дополнительного обучения, неуверенность в результате хирургического вмешательства, удлинение времени вмешательства на этапе освоения технологии являются основной причиной негативного отношения к эндохирургическим вмешательствам в колоректальной хирургии. Однако несомненно, что будущее развитие хирургии будет определяться малоинвазивными технологиями.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести анализ собственных результатов эндохирургических вмешательств в колоректальной хирургии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены больные, оперированные на базе специализированных колоректальных отделений г. Красноярск в 2014 году. За этот период времени всего с применением эндохирургических технологий было оперировано 57 больных. Средний возраст составил 63,6±11,5 лет. Мужчин – 28 (49,1%), женщин – 29 (50,9%). Оперативные вмешательства выполнялись с использованием эндовидеохирургического комплекса Karl Storz (Германия), применялись монополярный и биполярный коагуляторы, аппараты ForceTriad (Valleylab), Ethicon Endo-Surgery Harmonic (США).

На первом этапе внедрения выполнялись эндоскоп-ассистированные вмешательства, при которых эндохирургический этап подразумевал мобилизацию резецируемого отдела толстой кишки с последующей лапаротомией, контролем качества выполненной мобилизации, резекцией пораженного отдела толстой кишки и завершение вмешательства с наложением анастомоза или выведением колостомы. Таким методом было оперировано 21 больных. Из них: резекция сигмовидной кишки – 5 больных, передняя резекция прямой кишки – 7 больных, левосторонняя гемиколэктомия – 2 больных, правосторонняя гемиколэктомия – 4 больных, субтотальная колэктомия – 3 больных.

На втором этапе внедрения выполнялись полностью эндохирургические вмешательства с наложением интракорпорального или экстракорпорального анастомоза, а в ряде вмешательств – с выведением стомы. Таким методом было оперировано 28 больных. Из них: резекция сигмовидной кишки – 7 больных, передняя резекция прямой кишки – 4 больных, экстирпация прямой кишки – 2; брюшноанальная резекция прямой кишки – 1, левосторонняя гемиколэктомия – 5 больных, правосторонняя гемиколэктомия – 1 больная, субтотальная колэктомия – 1 больных, колпроктэктомия – 1, симптоматическое лечение с эндохирургическим выведением колостомы – 6. Оперативные вмешательства выполнялись по поводу различных заболеваний толстой кишки, в случае онкологической патологии строго соблюдался принцип радикализма, применялся метод «No touch» с лимфаденэктомией D3.

В 8 (14%) случаях была выполнена конверсия. В 1 случае – при резекции сигмовидной кишки, в 2 случаях – при правосторонней гемиколэктомии, в 1 случае – при субтотальной колэктомии, в 1 случае – при экстирпации прямой кишки, в 3 случаях – при брюшноанальной резекции прямой кишки. Наиболее часто причиной конверсии была невозможность мобилизовать толстую кишку в требуемом объеме, используя

эндовидеохирургический метод, в первую очередь, это связано с недостаточным опытом эндовидеохирургических вмешательств. В 1 случае причиной конверсии стала троакарная травма петли тонкой кишки, в 2 случаях – ранение нижней брыжечной артерии, в 1 случае – ранение петли тонкой кишки при выполнении адгезиолизиса.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Продолжительность операций с применением эндохирургических методик, в среднем, была на 31,7% больше, чем аналогичные вмешательства, выполняемые через открытый доступ. Послеоперационный период в группе больных с эндохирургическими вмешательствами протекал значительно легче, применение наркотических анальгетиков требовалось на протяжении первых суток после операции, у всех больных отмечена ранняя активизация, раннее восстановление функции ЖКТ. Послеоперационные осложнения развились у 1 больного с экстирпацией прямой кишки – нагноение промежностной раны.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эндохирургические вмешательства в колоректальной хирургии даже на этапе внедрения в работу отделения, при неуверенности в технике выполнения вмешательств и удлинении времени оперативного пособия (в среднем, на 31,7%) сопровождаются ощутимыми преимуществами для пациента в послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Черданцев Д.В.,¹ Поздняков А.А.,^{1,2} Соляников С.Н.,²
Шпак В.В.,² Рябков Ю.В.,² Коммисаров С.В.²

¹ КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО,

² КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С. Берзона», г. Красноярск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Лечение обтурационной толстокишечной непроходимости остается актуальной проблемой современной хирургии. В первую очередь, это обусловлено ростом числа злокачественных новообразований ободочной и прямой кишки. Обтурационная толстокишечная непроходимость является наиболее частым осложнением рака прямой и ободочной кишки. По данным большинства авторов, частота ее колеблется от 30 до 76,8%.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выполнить анализ собственных результатов хирургического лечения больных обтурационной толстокишечной непроходимостью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В анализ включены 269 больных, экстренно оперированных по поводу декомпенсированной обтурационной толстокишечной непроходимости (ДОН) за последние 5 лет. У 17 (6,3%) больных непроходимость развилась на фоне неопухолевой патологии (болезнь Крона, заворот толстой кишки, рубцовая структура колостомы). В 93,7% причиной непроходимости стали опухолевые заболевания. У 8 (3,0%) больных опухолевый процесс локализовался вне толстой кишки и вызывал непроходимость за счет сдавления кишки извне. Женщин было 142 (52,8%), мужчин – 127 (47,2%).

Среди больных с опухолями толстой кишки процесс локализовался в анальном канале в 2 случаях – 0,8% от общего числа больных с опухолями толстой кишки. В прямой кишке – в 42 (17,2%) случаях, в сигмовидной кишке – в 111 (45,5%) случаях, левая половина была поражена у 41 (16,8%) больного, поперечно-ободочная кишка – у 20 (8,2%) больного, правая половина – у 28 (11,5%).

Таким образом, локализация опухоли в правой половине ободочной кишки стала причиной непроходимости у 48 (19,7%) больных, в левой половине – у 196 (80,3%) больных. У 99 больных, экстренно оперированных в 2014 году, при поступлении проводили измерение внутрибрюшного давления (ВБД). Для оценки внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) мы использовали классификацию WSACS 2004 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При локализации опухоли в правой половине толстой кишки радикальные оперативные вмешательства выполнены у 28 (63,6%) больных. Общая послеоперационная летальность при опухолях правой половины толстой кишки 10,4% (5 больных). При локализации опухоли в левой половине, радикальные вмешательства были выполнены у 73 (37,2%) больных, а общая послеоперационная летальность составила 11,7% (23 больных).

При кажущейся схожести показателей послеоперационной летальности опухолей правой и левой половины ободочной кишки, при более детальном анализе проявляется одно принципиальное отличие. А именно, летальность при выполнении экстренных радикальных вмешательств на правой половине толстой кишки составила 7,1% (2 из 28), на левой половине – 17,8% (13 из 73). В случае выполнения паллиативных вмешательств на правой половине толстой кишки летальность составила 15,0% (3 из 20), а на левой – 8,1% (10 из 123). В результате изменения ВБД у больных, экстренно госпитализированных с опухолями толстой кишки, нормальные значения ВБД (до 12 мм рт. ст.) были зафиксированы у 19 (19,2%) больных, все больные этой группы были оперированы радикально, летальных исходов не было. 1 степень ВБГ (12-15 мм рт. ст.) установлена у 26 (26,3%) больных, послеоперационная летальность в этой группе составила 3,8% (1 больной). 2 степень ВБГ (16-20 мм рт. ст.) выявлена у 20 (20,2%) больных, летальность составила 10,0% (2 больных). 3 степень ВБГ (21-25 мм рт. ст.) зафиксирована у 19 (19,2%) больных, послеоперационная летальность – 15,8% (3 больных). 4 степень ВБГ (более 25 мм рт. ст.) установлена у 15 (15,2%) больных. Это наиболее тяжелая группа больных, часто с длительно существующей клинической картиной непроходимости и поздним обращением. Летальность в этой группе больных составила 46,7% (7 больных).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Показатель внутрибрюшного давления может быть использован как прогностический фактор у больных с декомпенсированной обтурационной толстокишечной непроходимостью. Очевидно, что объем первичного хирургического вмешательства у больных раком толстой кишки, осложненным ДОН, должен планироваться с учетом локализации процесса (правая или левая половина) и степени тяжести ВБГ.

ПЕРИАНАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ

Штыркова С.В., Данишян К.И., Клясова Г.А., Карагулян С.Р., Паровишников Е.Н.

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ

Развитие инфекционных осложнений является одним из клинических проявлений и неперенной составляющей современной терапии гемобластозов. Частота развития периаанальной инфекции (ПИ) по разным данным составляет 6,7-10,8% взрослых пациентов с лейкемией. Особенностью течения периаанальной инфекции у больных с выраженной иммуносупрессией является развитие рецидивирующих местных воспалительных процессов и угрожающих жизни септических состояний.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выделить возможные факторы риска развития ПИ у пациентов с гемобластомами; оценить эффективность различных вариантов лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включили пациентов, проходивших стационарное или амбулаторное лечение в ГНЦ с 2005 по 2013 гг. с различными гемобластомами, течение которых осложнилось развитием одной из форм ПИ: абсцесс, периаанальный целлюлит, некротические язвы. С целью выявления факторов риска ПИ было изучено распределение пациентов по видам и фазам течения гемобластома; наличие заболеваний анального канала; показатели гемограммы, в частности, уровень гранулоцитов в момент развития осложнения. С целью регистрации ПИ как источника сепсиса определяли видовое соответствие микроорганизмов, выделенных из анального канала и гемокультур. Формы ПИ определяли клинически. Тактика лечения определялась клинической формой ПИ, показателями гемограммы, прогнозируемым дальнейшим течением гемобластома, планируемой химиотерапией (ХТ). Оценивая результат лечения, учитывали эффективность купирования местных проявлений ПИ, профилактику сепсиса, осложнения, развития рецидива при продолжении ХТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование включено 69 больных (мужчин 39, 56,5%) в возрасте от 17 до 85 лет. Острые миелобластные лейкозы (33 (47,8%) пациента) и лимфомы (18 (26,1%) пациентов) явились наиболее частым фоном заболеванием. Развитие ПИ

явилось дебютом гемобластома у 4 (5,8%) больных; у большинства больных (49 (71,01%) человек) признаки ПИ появились после проведения индукционных курсов ХТ. 34 пациента находились в состоянии агранулоцитоза (снижение абсолютного количества гранулоцитов менее $500 \times 10^9/\text{л}$). У 8 (22,8%) из 34 больных в состоянии агранулоцитоза ПИ стала причиной сепсиса. У 24 (70,6%) из 34 пациентов с признаками ПИ, развившейся в условиях агранулоцитоза, выявлены заболевания анального канала (анальные трещины, свищи, язвы) явившиеся источником инфицирования периаанальной клетчатки. Формирование абсцесса было отмечено при достаточном уровне нейтрофилов у 22 больных и явилось показанием к оперативному дренированию. Развитие воспалительного инфильтрата на фоне нейтропении отмечено у 46 больных, у 36 (78,3%) из них парентеральная антибактериальная терапия была эффективной. У 2 больных ПИ была представлена множественными язвами. 14 пациентов были оперированы по поводу анальных трещин и свищей в межкурсовых промежутках после восстановления показателей гемограммы. После продолжения ХТ рецидивы ПИ отмечены у 9, 1%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациенты с ПИ, развившейся на фоне гемобластома, представляют гетерогенную группу: выраженность нейтропении определяет формы воспаления, течение инфекции и возможность развития сепсиса. Учитывая такие факторы как предстоящая ХТ, ожидаемое развитие агранулоцитоза, наличие заболеваний анального канала можно выделить группу пациентов с вероятным развитием ПИ. Тактика лечения должна соответствовать клинической форме воспаления. Профилактика и хирургическое лечение заболеваний анального канала снижают количество рецидивов ПИ при продолжении ХТ.

ВЛИЯНИЕ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ПРОТОЧНО-АСПИРАЦИОННОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЛАПАРОТОМНЫХ РАН ОНКОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Щерба С.Н., Савченко Ю.П., Бенсман В.М.

Кафедра общей хирургии Кубанского государственного медицинского университета, г. Краснодар, Россия

Лечение колоректального рака нередко осложняется развитием в микробно-контаминированных лапаротомных ранах нагноений, создающих условия для возникновения в послеоперационном периоде эвентраций, вентральных грыж, появления лигатурных свищей. С целью улучшения ближайших и отдаленных результатов лечения рака толстой кишки и профилактики раневых инфекционных процессов, в колопроктологическом отделении ККБ № 1 с 2009 года применяется метод пролонгированного проточно-аспирационного дренирования лапаротомных ран (патент на изобретение № 2482805; выдан 27.05.13).

ЦЕЛЬ

Определить влияние пролонгированного проточно-аспирационного дренирования лапаротомных ран на отдаленные результаты лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное, сравнительное исследование 277 пациентов, оперированных в колопроктологическом отделении ККБ № 1 по поводу колоректального рака, в сроки от года и более со дня операции. Все больные были разделены на две репрезентативные группы основную и контрольную. В основной группе (132 человека), для санации подкожной клетчатки лапаротомной раны применялся метод пролонгированного проточно-аспирационного дренирования. В контрольной группе (145 человек) – лапаротомная рана ушивалась послойно, наглухо без дренирования. Обследование производилось путём клинического осмотра, либо анкетного опроса выздоровевших больных. Направленно оно было на выявление патологических проявлений со стороны послеоперационной лапаротомной раны в виде появившихся послеоперационных вентральных грыж, лигатурных свищей, длительно незаживающих ран, на месте пребывания проточных дренажей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У больных основной группы наблюдений, имевших в раннем послеоперационном периоде первичные нагноения лапаротомных ран, послеоперационные вентральные грыжи возникли у двух человек, а в контрольной, у аналогичных пациентов – у семи ($p < 0,05$). Срок образования грыж от 3 до 14

месяцев с момента операции. Применение монофиламентных или медленно-рассасывающихся нитей при ушивании мышечно-апоневротического слоя лапаротомной раны позволило полностью избежать образования лигатурных свищей. Постдренажных незаживающих ран не было ни в одном случае.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пролонгированное проточно-аспирационное дренирование подкожной клетчатки лапаротомных ран достоверно снижает процент образования послеоперационных вентральных грыж, в этиологии которых одно из основных мест занимают первичные послеоперационные нагноения лапаротомных ран и, тем самым, улучшает отдаленные результаты лечения в онкоколотологии. Других отрицательных проявлений использования этого способа со стороны послеоперационных ран не зафиксировано.

ТЕХНОЛОГИИ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Эктов В.Н., Попов Р.В., Воллис Е.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Многоэтапные вмешательства в экстренной колоректальной хирургии кумулируют риск развития послеоперационных осложнений и ухудшают показатели выживаемости пациентов, что делает актуальным поиск результативных вариантов применения первичных межкишечных анастомозов в неотложной хирургии рака толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В колопроктологическом отделении Воронежской областной клинической больницы № 1 накоплен опыт использования первичных межкишечных анастомозов в лечении 58 больных с осложненными формами рака толстой кишки. При выполнении данного типа оперативных вмешательств применялись следующие технологические приемы – субтотальная колэктомия с наложением илеосигмоидного анастомоза (3 больных), интраоперационный кишечный лаваж (12 больных), наложение У-образных межкишечных анастомозов (43 больных). При локализации опухолей в правой половине толстой кишки предпочтение отдавали хирургическим вмешательствам на основе трех различных вариантов У-образных илеотрансверзанастомозов. Данная оперативная методика позволяет осуществить опорожнение кишечника, обеспечить надежную декомпрессию межкишечного анастомоза и восстановить естественный транзит кишечного содержимого. При локализации опухолей в левой половине толстой кишки чаще использовали методику интраоперационного лаважа через временную аппендикостомию с последующим наложением первичного межкишечного анастомоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Различные послеоперационные осложнения выявлены у 12 (20,3%) больных. Умерли 5 (8,9%) больных, у 3 пациентов летальный исход был связан с несостоятельностью межкишечного анастомоза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При осложненных формах опухолей толстой кишки в условиях специализированных стационаров возможно применение операций с первичным восстановлением непрерывности кишечника. Эффективными вариантами подобного типа операций могут являться хирургические вмешательства с использованием интраоперационного лаважа кишечника и применением У-образных межкишечных анастомозов.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАВИГАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Эктов В.Н., Соколов А.Н., Мельников Ю.Ю., Попов Р.В., Воллис Е.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ

Постоянно расширяющиеся объемы миниинвазивных вмешательств с использованием навигационных технологий делают актуальной проблему внедрения этих методов лечения в колоректальную хирургию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы располагаем опытом лечения 59 колопроктологических больных, которым были выполнены чрезкожные пункционные и дренирующие вмешательства с использованием навигационных технологий. Показаниями к выполнению миниинвазивных вмешательств были клинические признаки гнойно-септических заболеваний или осложнений с наличием выявленных различными лучевыми методами диагностики отграниченных жидкостных образований. Причины развития данных образований были обусловлены острым парапроктитом (12 больных), осложненным течением дивертикулярной болезни толстой кишки (6 больных) и местнораспространенных форм колоректального рака (3 больных), развитием осложнений после различных операций на толстой кишке. Всем больным были произведены различные виды чрезкожных вмешательств под контролем ультразвука или спиральной компьютерной томографии. При наличии небольших образований (диаметром до 3 см и объемом до 15 мл) использовали пункционный метод лечения гнойников под ультразвуковым контролем. При средних размерах абсцессов (диаметром 3-6 см или объемом до 100 мл) применялось одномоментное дренирование абсцессов брюшной полости одним дренажом. При больших размерах абсцессов (объемом более 100 мл) проводилось одномоментное дренирование полости двумя дренажами. При локализации абсцессов в гипогастриальной области 3 пациентам выполнены хирургические вмешательства с использованием пассивной локализирующей системы на основе метода 2D КТ-флюороскопии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В раннем послеоперационном периоде осложнений, связанных с выполнением миниинвазивных вмешательств, не отмечено. При выявлении дополнительных очагов гнойного воспаления у 3 пациентов произведены повторные миниинвазивные вмешательства. Продолжительность дренирования составляла от 7 до 35 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Миниинвазивные чрезкожные вмешательства с использованием различных методов навигации являются эффективным методом лечения отграниченных гнойно-воспалительных заболеваний или осложнений в колоректальной хирургии. Выбор операционного доступа и варианта дренирования зависит от локализации, размеров и особенностей конфигурации полости абсцесса. Подобного рода дренирующие операции целесообразно осуществлять врачам-хирургам, имеющим подготовку по лучевой диагностике.

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ОБЛАСТИ ПОСТАВОК И РЕМОНТА
МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ С 1996 ГОДА**



**ВСЕ СПЕКТР ОБОРУДОВАНИЯ И ЛУЧШИЕ
УСЛОВИЯ ПОСТАВОК:**

поставка в кратчайшие сроки,
осуществление монтажа и ввода в эксплуатацию.

ПОЛНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА:

от заказа оборудования до пуско-наладочных работ,
сервисное обслуживание медицинского оборудования.

КОМПЛЕКСНОЕ ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ:

для эндоскопии:

PENTAX (Япония), Karl Storz (Германия), ERBE (Германия),
ультразвуковые эндоскопические датчики PENTAX-HITACHI (Япония),
оборудование для дезинфекции и мойки эндоскопов,
операционные столы;

для гинекологии:

ультразвуковые сканеры SonoSite FujiFilm (США),
Karl Storz (Германия), Sopro-Comeg (Германия), Pentax (Япония),
ERBE (Германия), Радиохирургия Sutter (Германия),
Гинекологические комбайны, кресла, мебель;

для оториноларингологии:

Karl Storz (Германия), Sopro-Comeg (Германия), Pentax (Япония),
ERBE (Германия), радиохирургия Sutter (Германия),
диагностическое оборудование Heine (Германия),
оснащение рабочего места ЛОР-врача, мебель ZERTS (Россия);

для функциональной диагностики:

ультразвуковые сканеры Hitachi (Япония),
портативные ультразвуковые сканеры SonoSite FujiFilm (США).



ГАРАНТИЙНЫЙ И ПОСТГАРАНТИЙНЫЙ РЕМОНТ:

ремонт любой сложности, штат квалифицированных инженеров,
сертифицированных PENTAX и имеющих многолетний опыт работы
по ремонту медицинского оборудования.

СЕТЬ СЕРВИСНЫХ ЦЕНТРОВ ПО РОССИИ

Подробнее по тел.: (812) 540-65-61 или
на сайте www.endomed.biz

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР PENTAX на базе:

- ГБУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер»
(Обучение EUS)
- ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ Фтизиопульмонологии»
Минздрава России (Обучение EBUS)



Мы будем рады видеть Вас среди наших постоянных партнеров

ООО «ЭНДОМЕД»
195221, г. Санкт-Петербург
Пр. Металлистов, 96

Тел./факс: (812) 702-77-66
Тел.: (812) 540-38-05
e-mail: info@endomed.biz

www.endomed.biz

Релиф® – полный арсенал средств для лечения геморроя

РЕЦЕПТ № 1
 Диагноз: Хронический геморрой II ст.
 Основные жалобы:
 - выделение алой крови
 - анальный зуд
 - отек
 Назначено: Релиф (содержит фенилэфрин)

РЕЦЕПТ № 2
 Диагноз: Хронический геморрой II ст.
 Основные жалобы:
 - боль
 Назначено: Релиф Адванс (содержит бензокаин)

РЕЦЕПТ № 3
 Диагноз: Хронический геморрой II ст.
 Основные жалобы:
 - трещины и эрозии заднего прохода
 - анальный зуд
 - воспаление
 Назначено: Релиф Ультра (содержит гидрокортизон и цинка сульфат)

1. Кровоостанавливающее действие за счет сосудосуживающего эффекта фенилэфрина.
2. Дерматит перianальной области.

РЕЛИФ (RELIEF). МНН Фенилэфрин. ФОРМА ВЫПУСКА. Суппозитории ректальные, 5 мг. Мазь для ректального и наружного применения, 0,25%, 28,4 г. Показания к применению. В качестве симптоматического средства при геморрое, трещинах заднего прохода, анальном зуде. Противопоказания. Повышенная чувствительность к компонентам препарата, тромбозы, артериальная гипертензия, гипертиреоз, сахарный диабет, задержка мочи (гипертрофия предстательной железы), беременность, период лактации. Побочное действие. Редко - аллергические реакции. Особые указания. Не рекомендуется применение у детей в возрасте до 12 лет, в период беременности и кормления грудью без согласования с врачом. В случае кровотечения, ухудшения состояния или при отсутствии эффекта в течение 7 дней необходимо прекратить применение препарата и обратиться за консультацией к врачу. Не следует применять совместно с антигипертензивными лекарственными средствами и ингибиторами МАО.

РЕЛИФ АДВАНС (RELIEF ADVANCE). МНН Бензокаин. ФОРМА ВЫПУСКА. Суппозитории ректальные, 206 мг. Мазь для ректального и наружного применения, 20%, 28,4 г. Показания к применению. Местное обезболивающее средство при геморрое, трещинах заднего прохода, после проктологических операций, при проведении диагностических манипуляций. Противопоказания. Повышенная чувствительность к компонентам препарата, тромбозы, артериальная гипертензия, гипертиреоз, сахарный диабет, задержка мочи (гипертрофия предстательной железы), беременность, период лактации. Побочное действие. Редко - аллергические реакции. Особые указания. Не рекомендуется применять препарат детям до 12 лет без согласования с врачом. При случайном употреблении внутрь следует немедленно обратиться за квалифицированной помощью. При обильных кровянистых выделениях из заднего прохода или при сохранении болезненных симптомов более 7 дней необходимо проконсультироваться с врачом. Применение при беременности и в период лактации. В период беременности и лактации препарат применять после консультации с врачом.

РЕЛИФ АДВАНС (RELIEF ADVANCE). МНН гидрокортизона ацетат, цинка сульфата моногидрат. Показания к применению. Наружный и внутренний геморрой; трещины, эрозии заднего прохода; проктит; анальный зуд, экзема, дерматит перianальной области. Противопоказания. Повышенная индивидуальная чувствительность к ингредиентам препарата, бактериальная, грибковая, вирусная инфекция в зоне введения препарата, новообразования аноректальной зоны, туберкулез. Синдром Иценко-Кушинга, тяжелые формы сахарного диабета, гипертония, беременность и период лактации. Побочное действие. Возможны местные аллергические реакции (гиперемия, зуд). Особые указания. При тяжелых формах гипертонической болезни, нарушениях сердечного ритма, иммунодефицитных состояниях, остеопорозе, сахарном диабете и другой эндокринной патологии, применение препарата допустимо только по строгим медицинским показаниям, если ожидаемый терапевтический эффект превышает потенциальный риск побочного действия или осложненной основной патологии.

Информация для медицинских и фармацевтических работников. Реклама

Пер. уд. № ЛС-001500 от 07.04.2006, Пер. уд. П № 014500/01 от 01.10.2007, Пер. уд. П № 013560/02.

Дополнительную информацию можно получить по адресу:

ЗАО «Байер», Россия, 107113, г. Москва, ул. 3-я Рыбинская, д. 18, стр. 2. Тел.: (495) 231-12-00, факс (495) 231-12-02

L.RU.CC.01.2015.0625