



К ОЛОПРОКТОЛОГИЯ

научно-практический медицинский журнал

**МАТЕРИАЛЫ
III Всероссийского
Съезда Колопроктологов**

**12-14 октября 2011
г. Белгород**

№ 3 (37) 2011 приложение

ISSN 2073-7556

<http://www.gnck.ru>

OLYMPUS

G400 «PK Technology» — плазмокинетическая
технология биполярной хирургии,
энергетическая платформа нового поколения

III Всероссийский съезд колопроктологов России Генеральный спонсор-компания OLYMPUS

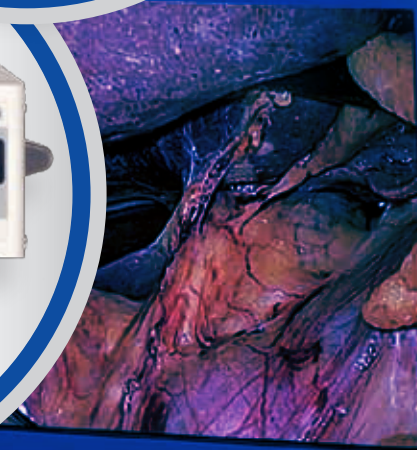


SonoSurg Ультразвуковой генератор –
многоразовые автоклавируемые инструменты

LESS – Лапаро-Эндоскопическая Хирургия
через Единый Доступ



Уникальные технологии визуализации –
HD-видеотелескопы и видеотелескопы
с изгибаемым концом серии LTF



ООО «ОЛИМПАС МОСКВА»

107023, г. Москва,
ул. Электrozаводская, д. 27, стр. 8
Тел.: (495) 730-21-57, 735-45-78; факс: (495) 730-21-57
www.olympus-europa.com

**Ассоциация
колопроктологов
России**



КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

№ 3 (37) 2011 приложение

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
АССОЦИАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ

Выходит один раз в три месяца
Основан в 2002 году

Адрес редакции:

123423, Москва
ул. Саляма Адила, д. 2
Тел.: (499) 199-95-58
Факс: (499) 199-04-09
E-mail: gnck@tsr.ru
www.gnck.ru

Ответственный секретарь:

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

Зав. редакцией:

Нехрикова С.В.
Тел.: (499) 199-95-58

**Регистрационное
удостоверение**

ПИ № 77-14097

Индекс: 80978
для индивидуальных
подписчиков

ISSN 2073-7556

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор –
проф., д.м.н. Ю.А. ШЕЛЫГИН

д.м.н. С.И. АЧКАСОВ, д.м.н. Л.А. БЛАГОДАРНЫЙ,
проф., д.м.н. П.В. ЕРОПКИН, к.м.н. В.Г. ЗАЙЦЕВ,
к.м.н. В.Н. КАШНИКОВ, проф., д.м.н. А.М. КУЗЬМИНОВ,
проф., д.м.н. А.М. КОПЛАТАДЗЕ, проф., д.м.н. И.В. ПОДДУБНЫЙ,
проф., д.м.н. А.В. ПУГАЕВ, д.м.н. А.Ю. ТИТОВ, д.м.н. С.А. ФРОЛОВ,
проф., д.м.н. И.Л. ХАЛИФ (зам. гл. редактора)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

<i>Зайцев В.Г., Кучеренко О.В., Артамонова П.Ю.</i> ОБЪЕМ И ХАРАКТЕР ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КАБИНЕТЕ КОЛОПРОКТОЛОГИИ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА	19
<i>Назаров Ф.Н., Музафаров С.М., Музафарова П.С.</i> ПРОКТОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ РАЗВИТИЯ	19
<i>Саидов А.С.</i> ВКЛАД АКАДЕМИКОВ РАМН ФЕДОРОВА В.Д. И ВОРОБЬЕВА Г.И. В ФОРМИРОВАНИЕ КАДРОВ – КОЛОПРОКТОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	19
<i>Шейнкман М.В.</i> ДЕОНТОЛОГИЯ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ	20
<i>Шельгин Ю.А., Зайцев В.Г., Артамонова П.Ю.</i> ОСНОВНЫЕ ПАРАМЕТРЫ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА ДАННОМ ЭТАПЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	20

ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ПРОКТОЛОГИЯ

<i>Абубакиров А.С., Ильканич А.Я., Урываев Ю.М.</i> ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ	20
<i>Акопян А.С., Акопян А.А., Багдасарян Т.Г., Карагулян А.В.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ ТРАВМОЙ	21
<i>Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л.</i> ВАРИАНТ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА С МИНИМАЛЬНЫМИ СРОКАМИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ	21
<i>Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л.</i> ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ	22
<i>Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л.</i> МОДИФИКАЦИЯ ЗАКРЫТОЙ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ, ПРЕДОТВРАЩАЮЩАЯ СТРИКТУРУ АНАЛЬНОГО КАНАЛА	22
<i>Багдасарян С.Л., Багдасарян Л.К., Титов Ю.А.</i> СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ БЕЗ РАССЕЧЕНИЯ ЖОМА ЗАДНЕГО ПРОХОДА	22
<i>Балицкий В.В.</i> ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПАРАРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ	23
<i>Березницкий Я.С., Гапонов В.В., Сулима В.Ф., Малиновский С.Л., Яроцкий Г.Г., Ющенко И.В., Юрченко Л.В.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕКТО-ВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ И РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ II-III СТЕПЕНИ	23
<i>Бойков А.В., Зайцев В.Г., Равич Л.Д., Хмылов Л.М., Артамонова П.Ю., Азина Н.Ю.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С НЕКОТОРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АНОКОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ	23
<i>Борисов И. Ф., Кузьминов А.М.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ ПЛАЗМЕННЫМ СКАЛЬПЕЛЕМ	24
<i>Васильев С.В., Дудка В.В., Киселев В.А., Соркин Р.Г.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОНСЕРВАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ РАН ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ИССЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА	24
<i>Гайнутдинов Ф.М., Хадыева А.А., Гумерова Г.Т., Хадыев Р.Ф.</i> ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ПО ДАННЫМ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО И БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ	24
<i>Гольдберг О.А., Судаков В.П.</i> К ВОПРОСУ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ГЕМОРРОЯ	25
<i>Горбань В.А.</i> ВИДЕОРЕКТОМАНОСКОПИЯ	25
<i>Грошин В.С.</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРИГИНАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН	26
<i>Гюльмамедов В.А., Полунин Г.Е., Шаламов В.И.</i> ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ У ШАХТЕРОВ ДОНБАССА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯТОРА	26
<i>Даченко А.Б., Бардюк А.Я., Седак В.В., Кириллов А.В., Богун Е.А.</i> ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ АНАЛЬНЫМИ ТРЕЩИНАМИ	26

СОДЕРЖАНИЕ

Даценко А.Б., Седак В.В., Бардюк А.Я., Богун Е.А., Кириллов А.В., Подбельцев П.В. РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СЛОЖНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА	26
Денисенко В.Л., Фролов Л.А., Хмельников В.Я., Смирнов В.К. ЛИГИРОВАНИЕ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОМЕТРИИ	27
Дмитриченко В.В., Царегородцев А.Е., Ушкац А.К., Погосян Г.Н. ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА «LIGASURE» ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРОЯ	27
Долгих О.Ю., Булгаков С.В., Аржанова, Маланичева И.В. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ	27
Жигаев Г.Ф., Кривигина Е.В. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛАХ ПОСЛЕ СКЛЕРОТЕРАПИИ	28
Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Чернов А.А., Журавлев А.В., Андреев П.С. ПРИМЕНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРОЕМ	28
Загрядский Е.А. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ДОППЛЕР-КОНТРОЛИРУЕМОЙ ДЕЗАТЕРИАЛИЗАЦИИ. ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	28
Загрядский Е.А., Горелов С.И. ГЕМОРОИДЭКТОМИЯ И ТРАНСАНАЛЬНАЯ ДОППЛЕР-КОНТРОЛИРУЕМАЯ ДЕЗАТЕРИАЛИЗАЦИЯ В СОЧЕТАНИИ МУКОПЕКСИЕЙ СЛИЗИСТОЙ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРОЯ III-IV СТАДИИ	29
Зароднюк И.В., Тихонов А.А., Веселов В.В. ПРИМЕНЕНИЕ ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ	29
Захарченко А.А., Винник Ю.С., Галкин Е.В., Штоппель А.Э., Кузнецов М.Н. ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОСНАБЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ В НОРМЕ И ПРИ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ..	29
Зинченко О.В., Муравьева А.А., Обедин А.Н., Семерчев Г.Г., Марочкин С.В. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО И ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГЕМОРОЕМ	30
Ильканич А.А., Абубакиров А.С., Нуретдинова Л.А. ГЕМОРОИДЭКТОМИЯ С СОЧЕТАННЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТА LIGA SURE И СКАЛЬПЕЛЯ ULTRACISION	30
Ионов А.Л., Щербакова О.В., Пичугина М.В., Лука В.А., Андреев Е.С., Сулаво Я.П. ПРИОБРЕТЕННЫЕ СТЕНОЗЫ АНУСА И ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ	30
Исаев В.Р., Жуков Б.Н., Чернов А.А., Каторкин С.Е., Поликашин Н.Н., Кудряшов С.К., Тулулов М.С. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ В СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРОЯ	31
Калаев Т.Н., Мильдзихов Г.У., Джиоев В.Г., Тибилев В.Е., Пагиева М.К. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА И МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ	31
Кашапов А.Г., Баженов А.Г., Грязин В.Г., Бородин О.Г. ОПЫТ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО АППАРАТА СРС-1500	31
Каланов Р.Г., Хасанов С.Р., Булгаков А.В., Канбеков Р.З., Васильков А.Ю., Губин Д.С. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРОЯ	32
Короленко К.В., Короленко В.Б., Томинец М.В., Безпалько Ю.М. ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРОЯ МЕТОДОМ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ДЕАРТЕРИАЛИЗАЦИИ	32
Костенко Н.В., Шомиров С.С. РЕГУЛЯЦИЯ ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ В КОМПЛЕКСЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРОЯ 4 СТАДИИ	32
Котелевский Е.В., Крячко А.А., Беденко В.Е., Черняк А.В., Простаков Е.Н. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ	33
Крячко А.А., Беденко В.Е., Циплугин А.М., Привалова Т.Ю., Чембаху М.Р., Игнатенко В.В. ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАЛЬПЕЛЯ ПРИ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ	33
Кузьминов А.М., Минбаев Ш.Т., Королик В. Ю. НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ	33
Кузьминов А.М., Чубаров Ю.Ю., Подмаренкова Л.Ф., Минбаев Ш.Т., Королик В.Ю. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЦИРКУЛЯРНОЙ РЕЗЕКЦИИ СЛИЗИСТО-ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРОЯ	34
Куктенко А.В., Вередченко В.А. ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ДЕЗАТЕРИЗАЦИИ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПОД ДОППЛЕР-КОНТРОЛЕМ С МУКОПЕКСИЕЙ И ЛИФТИНГОМ СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ В АМБУЛАТОРНОЙ КЛИНИКЕ	34

СОДЕРЖАНИЕ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Бабанин А.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЫШЕЧНО-ФАСЦИАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ	34
Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Пустовгар Е.А., Наумов А.В. ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕФЕКТОВ ПОДДЕРЖИВАЮЩИХ СТРУКТУР ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН	35
Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилов Д.А., Наумов А.В. ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ АППАРАТНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ	35
Куликовский В.Ф., Сторожилов Д.А., Олейник Н.В. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ	35
Кутепова Е.В., Бардюк А.А. ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ ПУТЁМ ЛАТЕКСНОГО ЛИГИРОВАНИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ	36
Логаш Е.И., Русинович В.М., Рычагов Г.П., Гинюк В.А. ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА РАЗВИТИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛАХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ	36
Ломаченко Ю.И., Ревин П.В. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МОДИФИЦИРОВАННОГО СПОСОБА УШИВАНИЯ РАНЫ ПОСЛЕ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ	36
Ломаченко Ю.И., Ревин П.В. СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПОДСЛИЗИСТОГО ЛИГИРОВАНИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ СПЛЕТЕНИЙ И ГЕМОРОИДЭКТОМИИ	37
Ломоносов А.Л., Еремеев А.Г., Бегишев О.Б., Ломоносов Д.А., Калинин М.Н., Лисин И.Е. НОВЫЙ МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ТОПОГРАФИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА	37
Ломоносов А.Л., Еремеев А.Г., Бегишев О.Б., Ломоносов Д.А., Силаев В.Н., Сарават М. ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ САМОПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ К РЕКТОРОМАНОСКОПИИ	37
Лурин И.А., Цема Е.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ КИСТ	38
Мадаминев А.М., Айсаяев А.Ю. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МАЗИ И СВЕЧЕЙ «УЛЬТРОПРОКТ»	38
Можанов Е.В., Карпухин О.Ю. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ	38
Музафаров С.М., Назаров Ф.Н., Музафарова П.С. О ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ	39
Муравьев А.В., Журавель Р.В., Малюгин В.С. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АКТИНОМИКОЗА КРЕСТЦОВО – КОПЧИКОВОЙ И ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТЕЙ	39
Муравьев А.В., Малюгин В.С., Журавель Р.В. НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ	39
Муслимов М.И., Китаев А.В., Столярж А.Б., Айрапетян А.Т., Архиереев С.О. ВОЗМОЖНОСТИ ПЛАСТИКИ ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ	39
Овчаренко Д.А., Китаев А.В., Диденко В.В., Тарасенко С.А., Тельнова В.Н., Айрапетян А.Т. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА СТЕПЛЕРНОЙ ГЕМОРОИДОПЕКСИИ	40
Овчаренко Д.А., Китаев А.В., Дмитращенко А.А., Айрапетян А.Т., Тельнова В.Н., Тарасенко С.А. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА СЛАБОСТИ ТАЗОВОГО ДНА У МУЖЧИН	40
Овчаренко Д.А., Китаев А.В., Тельнова В.Н., Дмитращенко А.А., Айрапетян А.Т., Тарасенко С.А. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ	41
Олейник Н.В., Куликовский В.Ф., Наумов А.В., Сторожилов Д.А. ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАБОРОВ GPS И RPN В КОМПЛЕКСНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛЯПСА ЗАДНЕГО СЕГМЕНТА ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН	41
Оскретков В.И., Шаляпин И.В., Шаляпин Д.И. КОРРЕКЦИЯ АНОРЕКТАЛЬНОГО УГЛА У БОЛЬНЫХ РЕКТОЦЕЛЕ СОЧЕТАННОГО С ПРОКТОГЕННЫМ ЗАПОРОМ	42
Островский Е.М., Розанов В.Е. ОЗОНОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА	42
Островский Е.М., Розанов В.Е. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТНЫХ МЕТОДИК	42

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Подмаренкова Л.Ф., Полетов Н.Н.</i> ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ.....	43
<i>Полетов Н.Н., Фролов С.А.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ.....	43
<i>Помазкин В.И.</i> КОЖНО-ПЛАСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР АНАЛЬНОГО КАНАЛА.....	43
<i>Помазкин В.И.</i> КОЖНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.....	44
<i>Помазкин В.И.</i> ПРИМЕНЕНИЕ АНОКУТАННОГО ЛОСКУТА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ.....	44
<i>Помазкин В.И.</i> РЕКОНСТРУКЦИЯ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ФЕКАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ.....	44
<i>Попков О.В., Рычагов Г.П., Бычковский Д.Э., Русинович В.М., Бородинец А.Л.</i> САКРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В ПРОКТОЛОГИИ.....	45
<i>Попков О.В., Рычагов Г.П., Русинович В.М., Бородинец А.Л., Попков С.О.</i> ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	45
<i>Русинович В.М., Рычагов Г.П.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕТЧАТЫХ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОВ В ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ.....	45
<i>Рутковский Е.А., Якушенко В.К., Чечнев Е.Ю., Морозов А.Е.</i> СТЕПЛЕРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ.....	46
<i>Рязанцев Е.В., Кулыгин И.В.</i> АКТИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ И ПРОМЕЖНОСТИ.....	46
<i>Саидов А.С., Исмонов С., Хакимов М., Салимов Д.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СУЖЕНИЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА.....	47
<i>Сидоров И.Н., Евдокимов Г. М., Дугин Ю.П., Дугин А.Ю., Плакса Н.В.</i> ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРАПРОКТИТ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ.....	47
<i>Соловьев О.Л., Долгих О.Ю., Соловьева Г.А., Соловьев А.О.</i> УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В АМБУЛАТОРНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ.....	47
<i>Соловьев О.Л., Соловьев А.О., Долгих О.Ю., Соловьева Г.А.</i> УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ПАРАПРОКТИТОВ.....	48
<i>Соловьев О.Л., Соловьев А.О., Соловьева М.О., Соловьева Г.А.</i> ТЕХНИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА С ПОМОЩЬЮ ОДНОГО ШВА.....	48
<i>Соловьев О.Л., Соловьева М. О., Соловьев А.О., Соловьева Г.А.</i> ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИ СКЛЕРОТЕРАПИИ С УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ.....	49
<i>Сторожилов Д.А., Куликовский В.Ф., Олейник Н.В.</i> КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА.....	49
<i>Сторожилов Д.А., Куликовский В.Ф., Олейник Н.В.</i> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ НОРМАЛЬНОГО АНАЛЬНОГО ДЕРЖАНИЯ.....	50
<i>Сулима В.Ф.</i> ПРИМЕНЕНИЕ МАЗИ БЕЗОРНИЛ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ.....	50
<i>Тарасенко С.А., Китаев А.В., Дмитращенко А.А., Айрапетян А.Т., Тельнова В.Н., Родионов Д.А., Овчаренко Д.А.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА У ЖЕНЩИН, МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ.....	50
<i>Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Давыденко А.В.</i> НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АБСЦЕССОМ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.....	51
<i>Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Ахмеров Р.Р., Гареев Р.Н., Султанбаев А.У.</i> НЕДОСТАТКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ МЕТОДОМ ЭЛЕКТРОЛИГИРОВАНИЯ.....	51
<i>Титов А.Ю., Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л.</i> ВАРИАНТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ГЕМОРРОЯ.....	51
<i>Титов А.Ю., Фролов С.А., Мудров А.А., Джанаев Ю.А., Шахматов Д.Г.</i> ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОЛЛАГЕНОВЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ.....	52
<i>Титов А.Ю., Фролов С.А., Мудров А.А., Джанаев Ю.А., Шахматов Д.Г.</i> РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОСТОЯНИЙ, СВЯЗАННЫХ С НАРУШЕНИЕМ ФИКСАЦИИ ОРГАНОВ ТАЗА.....	52

СОДЕРЖАНИЕ

Тотиков В.З., Дзанаева Д.Б., Тотиков З.В. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА И РЕКТОЦЕЛЕ	52
Тотиков В.З., Тотиков З.В. НОВЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ	53
Тян Л.В., Туребаев Д.К., Осипов Д.П. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ ПРИ ПОМОЩИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАЛЬПЕЛЯ	53
Фоменко О.Ю., Ступин В.А., Смирнова Г.О., Подмаренкова Л.Ф., Силуянов С.В., Титов А.Ю., Алешин Д.В., Веселов А.В. ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОГАСТРОЭНТЕРОКОЛОГРАФИЯ КАК СПОСОБ ОЦЕНКИ СТИМУЛИРОВАННОЙ МОТОРИКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ	53
Фролов С.А., Подмаренкова Л.Ф., Полетов Н.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА	54
Фролов С.А., Полетов Н.Н. ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГРАЦИЛОПЛАСТИКИ	54
Фролов С.А., Полетов Н.Н., Костарев И.В., Подмаренкова Л.Ф., Джанаев Ю.А. ТИБИАЛЬНАЯ НЕЙРОМОДУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА	55
Фролов С.А., Сушков О.И., Максимова Л.В., Пшеленская А.И. ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ И ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА	55
Хитарьян А.Г., Соловьев О.Л., Ковалев С.А., Дульеров К.А., Соловьева Г.А., Соловьев А.О. ВЫБОР МЕТОДА РЕКОНСТРУКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН С ЗАДНИМ ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ	55
Хитарьян А.Г., Соловьев О.Л., Ковалев С.А., Соловьев А.О. СПОСОБЫ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ ГЕМОРРОЯ	56
Циплугин А.М., Беденко В.Е., Котелевский М.Б., Крячко А.А., Простаков Е.Н. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НАГНОИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ	56
Чепляка Н.С., Чепляка А.Н., Стрельцова Е.А., Чепляка С.Н. ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА	57
Черепанин А.И., Горяинов А.Н., Додица А.Н., Ан В.К. ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ И ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ	57
Черкасов Д.М., Черкасов М.Ф., Татьяначенко В.К., Groshilin В.С. ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ТРАНС- И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ РЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ	57
Черкасов М.Ф., Groshilin В.С., Черкасов Д.М. ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА СПОСОБА БОКОВОЙ СФИНКТЕРОТОМИИ ПРИ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИНАХ	58
Шахрай С.В., Гаин М.Ю. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ	58
Шахрай С.В., Гаин М.Ю. ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОГО МЕДИЦИНСКОГО АППАРАТА «МЕДИОЛА КОМПАКТ» В ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗА ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ	58
Шин И.П., Павленко В.В., Птахин А.В., Гзогян А.А. СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ	59
Шудрак А.А., Цема Е.В., Нечай В.С., Уманец Е.И., Биба А.П. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ГЕМОРРОИДОПЕКСИИ	59
Эктов В.Н., Попов Р.В., Коротких Н.Н., Воллис Е.А. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ФОРМ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ	59
Эктов В.Н., Попов Р.В., Сомов К.А., Воллис Е.А. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАТЕКСНОГО ЛИГИРОВАНИЯ УЗЛОВ В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ	60
Яковлев А.Е., Долгих О.Ю., Карасев С.А. АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА, НЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ, НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ	60

ГЛАВА 3. КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

<i>Абдужаппаров С.Б., Исламов Х.Д., Матниязова Ш.Я.</i> РОЛЬ ОНКОМАРКЕРОВ P-53 И VCL-2 В ПРЕОДОЛЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ФОРМАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	60
<i>Алексеев Б.Я., Сидоров Д.В., Бутенко А.В., Гришин Н.А., Ложкин М.В., Троицкий А.А., Майновская О.А., Петров Л.О.</i> ВОЗМОЖНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНЫХ ЭКЗЕНТЕРАЦИЙ МАЛОГО ТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ	61
<i>Алексеев М.В., Шелыгин Ю.А., Рыбаков Е.Г.</i> ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ВНУТРИТАЗОВАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ С ГИПЕРТЕРМИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	61
<i>Алиев В.А., Барсуков Ю.А., Ткачев С.И., Тюляндин С.А., Николаев А.В., Кузьмичев Д.В., Федянин М.Ю., Мамедли З.З., Атрощенко А.О., Татаев И.Ш.</i> ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ, КАК ЭТАП КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	61
<i>Атаев С.Д., Абдуллаев М.Р., Абдуллаев А.А.</i> КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК, ОСЛОЖНЁННЫЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ КИШЕЧНИКА: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	62
<i>Баранов А.И., Промзелева Н.В., Палаткин П.П., Бухтияров А.П., Александров А.С.</i> ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ	62
<i>Барсуков Ю.А., Ким Д.Ф., Николаев А.В., Малихов А.Г.</i> ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА	63
<i>Барсуков Ю.А., Олтаржевская Н.Д., Перевошиков А.Г., Павлова А.М.</i> ВАРИАНТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАРЕКТАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ 5-ФТОРУРАЦИЛА	63
<i>Барсуков Ю.А., Ткачев С.И., Кузьмичев Д.В., Алиев В.А., Мамедли З.З., Татаев И.Ш., Павлова А.М., Атрощенко А.О., Польшовский А.В.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОГО И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ	63
<i>Белеков Ж.О., Маманов Н.А.</i> УРГЕНТНАЯ ХИРУРГИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	64
<i>Беляева А.В., Имянитов Е.Н., Гуляев А.В., Моисеенко А.Б.</i> МУТАЦИИ В ГЕНЕ KRAS: ЗНАЧЕНИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ И КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	64
<i>Бердов Б.А., Невольских А.А., Титова Л.Н., Ерыгин Д.В., Неборак Ю.Т.</i> КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	64
<i>Ванцинова Е.В., Абелевич А.И.</i> ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	65
<i>Васильев С.В., Попов Д.Е., Семенов А.В.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРЕРЫВНОСТИ ПРИ ОБТУРИРУЮЩЕМ РАКЕ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ	65
<i>Велиев Т.И.</i> ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ТРАНСАНАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ	66
<i>Велиев Т.И.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ МАЛИГНИЗИРОВАННЫХ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ	66
<i>Гайдукевич И.В., Китаев А.В., Шарاپов Г.Н., Быховец И. В., Айрапетян А.Т., Шестаков А.А.</i> ЗНАЧЕНИЕ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ	66
<i>Глухов А.А., Шамаева Т.Е., Никишина Т.Г., Чукардин А.В., Якимов С.А.</i> АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ РУЧНОГО И АППАРАТНОГО АНАСТОМОЗОВ ПРИ ОПЕРАЦИИ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ	66
<i>Говорков Р.В., Юданов А.В., Кирилин Л.Н., Ганичева И.А., Лунев В.М., Токмаков И.А.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СШИВАЮЩИХ АППАРАТОВ ПРИ НИЗКИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ	67
<i>Гордеев С.С., Глебовская В.В., Халывка Е.А.</i> НОВЫЙ МЕТОД ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛОКАЛЬНОЙ СВЧ-ГИПЕРТЕРМИИ И МЕТРОНИДАЗОЛА	67
<i>Гуляев А.В., Правосудов И.В., Навматуля А.Ю., Алиев И.И.</i> СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА	67

СОДЕРЖАНИЕ

Даценко Б.М., Даценко А.Б., Кириллов А.В. НИЗКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ: КОНКРЕТИЗАЦИЯ ПОНЯТИЯ И ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА.....	68
Денисенко В.Л., Фролов Л.А., Бухтаревич С.П., Хмельников В.Я., Смирнов В.К. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	68
Десятов Е.Н., Алиев Ф.Ш., Молокова О.А. АРГОНОПЛАЗМЕННАЯ КООГУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕПОЛИПОВИДНЫХ (СТЕЛЮЩИХСЯ) ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	68
Захарченко А.А., Винник Ю.С., Галкин Е.В., Штоппель А.Э., Кузнецов М.Н. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АНГИОГРАФИЧЕСКОЙ СЕМИОТИКИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	69
Захарченко А.А., Винник Ю.С., Галкин Е.В., Штоппель А.Э., Кузнецов М.Н. РОЛЬ РЕНТГЕНОАТОМИИ НИЖНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	69
Захарченко А.А., Винник Ю.С., Дыхно Ю.А., Штоппель А.Э., Кузнецов М.Н. ВАРИАНТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ.....	69
Зенкина Е.Н., Сергеева И.С., Маршутина Н.В., Чернышов С.В., Шельгин Ю.А., Веселов А.В. ЗНАЧИМОСТЬ ИММУНОФЕРМЕНТНЫХ КОПРО-ТЕСТОВ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ.....	70
Ивановский С.О., Набатова О.С. ЭФФЕКТЫ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	70
Игнатьев В.Г., Михайлова В.М., Дягилева Т.С., Кривошапкина Л.А., Холтосунов И.А., Никифоров А.Ю. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА.....	70
Ищенко В.Н., Киселев А.Ю., Но-Kyung Chun, Матюшкин И.И. ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОПУХОЛЕВОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ.....	71
Каланов Р.Г., Каланова А.П., Хасанов С.Р., Васильков А.Ю., Максимов В.И., Канбеков Р.З., Губин Д.С. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ.....	71
Каланов Р.Г., Хасанов С.Р., Каланова А.П., Булгаков А.В., Канбеков Р.З., Васильков А.Ю., Губин Д.С. ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	71
Каланов Р.Г., Хасанов С.Р., Каланова А.П., Максимов В.И., Булгаков А.В., Канбеков Р.З., Васильков А.Ю., Губин Д.С., Мушарапов Д.Р. ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	72
Кашников В.Н., Халиф И.Л., Головенко О.В., Болихов К.В., Гусев А.В. РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ НА ФОНЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....	72
Кашников В.Н., Шельгин Ю.А., Рыбаков Е.Г., Лавриненко А.В. РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИОЧАСТОТНОЙ АППАРАТУРЫ.....	72
Китаев А.В., Петров В.П., Айрапетян А.Т., Шестаков А.А., Родионов Д.А. ЦИТОРЕДУКТИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	73
Китаев А.В., Петров В.П., Выренков Ю.Е., Шишло В.К., Айрапетян А.Т., Быкова А.В. СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОПУХОЛЕВЫХ И МЕЗОТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТКАХ БРЮШИНЫ ПРИ ЛОКАЛЬНОМ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ.....	73
Китаев А.В., Петров В.П., Костиков Ю.А., Воронова Е.И., Шестаков А.А. МАТЕМАТИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....	73
Китаев А.В., Петров В.П., Муравей А.Л., Воронова Е.И., Шестаков А.А. КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЁМА И ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОСНОВАНИИ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ.....	74
Конопацкова О.М., Блувштейн Г.А., Семенченя В.А. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СКРИНИНГОВОЙ ПРОГРАММЫ ПО КОЛОРЕКТАЛЬНОМУ РАКУ.....	74
Корнилов А.В., Правосудов И.В., Гуляев А.В., Суспицын Е.Н., Имянитов Е.Н., Семиглазов В.В. НАСЛЕДСТВЕННЫЙ НЕПОЛИПОЗНЫЙ РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ: ОПЫТ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ.....	74
Коровин А.Я., Ралка Б.В. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ И СИНХРОННОГО КОЛОСТАЗА.....	75
Коровин А.Я., Ралка Б.В., Манжос А.Н., Бочкарёва И.В., Нарсия В.В. ВЫБОР ОБЪЁМА ОПЕРАЦИИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	75
Кохнюк В.Т., Колядич Г.И. ХИРУРГИЧЕСКОЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	75

СОДЕРЖАНИЕ

Кузьминов А.М., Чубаров Ю.Ю., Сачков И.Ю., Савельева Т.А. РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА	76
Куликовский В.Ф., Набережнев Д.И., Наумов А.В., Олейник Н.В., Сторожилов Д.А. ДИНАМИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ В УСЛОВИЯХ СОХРАНЕННОГО КРОВОТОКА И КРАТКОВРЕМЕННОЙ ИШЕМИИ	76
Куликовский В.Ф., Набережнев Д.И., Наумов А.В., Олейник Н.В., Сторожилов Д.А. ПАТОМОРФОЛОГИЯ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ НА РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИИ	76
Курьязов Б.Н. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦИТОКИНОВ TNF α , IL-1 β и IL-4 У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ	77
Курьязов Б.Н., Рузметов Б.А., Курбанова З.А., Маткаримов Э., Маткаримов Б.Э. ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	77
Майстренко Н.А., Галкин В.Н., Аничков Н.М. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ	77
Майстренко Н.А., Хватов А.А. ОПТИМИЗАЦИЯ ДООПЕРАЦИОННОГО СТАДИРОВАНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	78
Михайлов А.П., Данилов А.М., Земляной В.П., Игнатенко В.А., Сигуа Б.В., Напалков А.Н., Мавиди И.П., Михайлов Г.А., Петров А.С. КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК, ОСЛОЖНЕННЫЙ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	78
Михайлова Е.И., Пиманов С.И., Михайлов В.В. НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА НА ОСНОВЕ ОНКОГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ	78
Муковозова И.Л., Рычагов Г.П. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ	79
Муслимов М.И., Китаев А.В., Петров В.П., Айрапетян А. Т., Шестаков А.А. НЕОСФИНКТЕР И ТОЛСТОКИШЕЧНЫЙ РЕЗЕРВУАР ПРИ НИЗКИХ ЧРЕЗБРЮШНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ И ЭКСТИРПАЦИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ	79
Муслимов М.И., Петров В.П., Китаев А.В., Сидоров В.А. ОДНОВРЕМЕННЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ	79
Наврұзов С.Н., Абдужаппаров С.Б., Матниёзова Ш.Я., Хакимов А.М. ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР МЕТОДА КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРОРАСТАНИЕМ В ОРГАНЫ ГЕНИТАЛИЙ	80
Наврұзов С.Н., Абдужаппаров С.Б., Наврұзов Б.С., Акбаров Э.Т. ЛИМФОДИССЕКЦИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	80
Олефир Ю.И., Баранов И.В., Цмай И.В., Николенко К.М., Рутгайзер А.А., Гришко С.А. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ И КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК: ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ	81
Олефир Ю.И., Баранов И.В., Цмай И.В., Николенко К.М., Рутгайзер А.А., Гришко С.А. РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ	81
Павлов А.С., Кижаяев Е.В., Симакина Е.П., Банов С.М., Репина А.Г., Жмаева Е.М., Мардашева Л.В. РОЛЬ ПОЛИРАДИОМОДИФИКАЦИИ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛУЧЕВОГО КОМПОНЕНТА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА	81
Пикунов Д.Ю., Шелыгин Ю.А., Кашников В.Н., Рыбаков Е.Г., Расулов А.О. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОКТЕКТОМИИ С СОХРАНЕНИЕМ ЭЛЕМЕНТОВ НАРУЖНОГО СФИНКТЕРА ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НА УРОВНЕ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ	82
Половинкин В.В., Волков А.В. КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	82
Половинкин В.В., Волков А.В. ТОТАЛЬНАЯ МЕЗОРЕКТАЛЬНАЯ ЭКСЦИЗИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА СРЕДНЕ- И НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛОВ ПРЯМОЙ КИШКИ – СТАНДАРТНАЯ ТЕХНИКА, СНИЖАЮЩАЯ ЧАСТОТУ МЕСТНОГО РЕЦИДИВИРОВАНИЯ	82
Половинкин В.В., Прынь П.С. ВЛИЯНИЕ ДЗ-ЛИМФОДИССЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ НА ЧАСТОТУ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	83
Полунин Г.Е., Гольмамедов Ф.И., Шаламов В.И. ДИНАМИКА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ОПУХОЛЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ	83

СОДЕРЖАНИЕ

Полутарников Е.А., Урбан А.С., Сергеев В.Н., Перминов А.А., Довбета Е.В. РЕЗЕКЦИЯ И ПРОТЕЗИРОВАНИЕ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ПО ПОВОДУ РАСПРОСТРАНЕННОГО РЕЦИДИВА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	83
Помазкин В.И. ВЛИЯНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ	84
Попова Т.Н. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ СИНХРОННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ	84
Расулов А.О., Шельгин Ю.А., Бойко А.В., Дрошнева И.В. КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ СОД ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ И РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	84
Рубцов В.С., Чалык Ю.В. РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ ПОЛИПОВ	85
Рыбаков Е.Г., Пикунов Д.Ю., Кузнецов Н.С. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ «ЦИЛИНДРИЧЕСКОЙ» ЭКСТИРПАЦИИ ПРИ НИЖНЕАМПУЛЯРНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ	85
Савинков В.Г., Фролов С.А., Чамзинская Л.И., Мешков А.В., Гинзбург Л.Б., Козлов А.М. УРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	85
Савушкин А.В., Хачатурова Э.А., Мусин И.И., Ерошкина Т.Д. ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ	86
Сидоров Д.В., Ложкин М.В., Гришин Н.А., Троицкий А.А., Петров Л.О. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ	86
Сидоров Д.В., Майновская О.А., Ложкин М.В., Гришин Н.А., Петров Л.О., Троицкий А.А. МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАДИКАЛЬНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	86
Сидоров Д.В., Майновская О.А., Ложкин М.В., Гришин Н.А., Петров Л.О., Шляков С.Л., Троицкий А.А. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	87
Сидоров Д.В., Майновская О.А., Ложкин М.В., Гришин Н.А., Шляков С.Л., Троицкий А.А. МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ВЫПОЛНЕНИЯ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ	87
Смирнова Е.В., Дудка В.В., Попов Д.Е., Седнев А.В., Васильев С.В. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	87
Суходола А.И., Янчук Н.А., Керничный В.В. ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВА ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА, КОТОРЫЙ НИЗВОДИТСЯ НА ПРОМЕЖНОСТЬ ПОСЛЕ БРЮШНО-АНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ	88
Тамм Т.И., Даценко Б.М., Богун Е.А., Непомнящий В.В. ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	88
Тамм Т.И., Даценко А.Б., Захарчук А.П., Непомнящий В.В., Крамаренко К.А. ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	88
Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Гареев Р.Н., Тимербулатов Ш.В., Ахмеров Р.Р., Султанбаев А.У. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ	89
Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Тимербулатов Ш.В., Гареев Р.Н., Султанбаев А.У. ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	89
Толстокоров А.С., Осинцев Е.Ю., Балашов М.В., Овчинников К.В., Журба Т.Н., Сахаров Д.С., Юлаев В.Е. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	89
Тотиков З.В., Тотиков В.З., Зураев К.Э., Тотиков М.З., Калицова М.В. К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	90
Тотиков М.З., Тотиков В.З., Вахоцкий В.В., Алборова Б.Г., Воронкова Л.М., Тотиков З.В., Хаева М.Б. К ВОПРОСУ О КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	90
Филиппенко Н.В., Михайлова Е.И. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФЕКАЛЬНОГО ЛАКТОФЕРРИНА И ГВАЯКОВОЙ ПРОБЫ В ВЫЯВЛЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	90
Хатьков И.Е., Барсуков Ю.А., Алиев В.А., Кузьмичев Д.В., Атрощенко А.О., Тамразов Р.И. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	91

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Хачатурова Э.А., Середавкин Р.В., Савушкин А.В., Балыкова Е.В., Мусин И.И., Ерошкина Т.Д., Каменева А.В.</i> КОРРЕКЦИЯ ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ.	91
<i>Чуркин И.А., Федоровский А.Ф., Козловский Н.И.</i> ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ВЫЯВЛЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.	91
<i>Шапошников В.И.</i> К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.	92
<i>Шельгин Ю.А., Расулов А.О., Бойко А.В., Дрошнева И.В.</i> ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РЕГРЕССИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ПРЕОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ.	92
<i>Шельгин Ю.А., Расулов А.О., Джанаев Ю.А., Бойко А.В., Дрошнева И.В.</i> ПРОВОДИМОСТЬ ПОЛОВОГО НЕРВА И СОКРАТИТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕОПЕРАЦИОННУЮ ХИМИОЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.	92
<i>Шудрак А.А., Цема Е.В., Уманец Е.И., Нечай В.С., Биба А.П.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.	93
<i>Щепотин И.Б., Колесник Е.А., Васильев О.В., Зелинский А.И., Палица Р.Я.</i> ВЫБОР КОМБИНИРОВАННОЙ ИЛИ ЭТАПНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ.	93
<i>Щепотин И.Б., Колесник Е.А., Васильев О.В., Храновская Н.М., Зелинский А.И., Палица Р.Я., Хворостовский Р.Р.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ.	93
<i>Щепотин И.Б., Колесник Е.А., Приймак В.В., Дорожинский В.И., Безносенко А.П., Балабушко С.Б.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ СФИНКТЕРСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ НИЖНЕ-АМПУЛЯРНЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ.	94
<i>Щерба С.Н., Половинкин В.В.</i> ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.	94
<i>Янчук Н.А., Балицкий В.В.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МУЛЬТИЦЕНТРИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.	94

ГЛАВА 4. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

<i>Акопян А.С., Абрамян А.Ф., Багдасарян Т.Г., Акопян Г.А., Акопян Ас.А.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ.	94
<i>Алиев Ф.Ш., Азизов С.Б., Чернов И.А., Головачев О.В., Бакшеев Е.Г.</i> ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ У-ОБРАЗНЫХ АРЕФЛЮКСНЫХ ТОНКОТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СОУСТИЙ В ХИРУРГИИ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ.	95
<i>Алиев Ф.Ш., Чернов И.А., Барадулин А.А.</i> ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ГЕРМЕТИЧНОСТИ КОМПРЕССИОННЫХ АНАСТОМОЗОВ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ.	95
<i>Вихрев С.В., Корниенко А.Н., Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Куликов В.А., Родионов Д.А.</i> ЗНАЧЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПАЦИЕНТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ.	96
<i>Гайворонский И.В., Михайлов А.П., Петров А.С., Данилов А.М., Сигуа Б.В., Ли К.Ч.</i> МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ИНТРАОРГАНЫХ СОСУДОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ КРЫСЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.	96
<i>Галимов Н.М., Субхангулов Р.М., Хидиятов И.И.</i> АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ РАЗВИТИЯ ДИВЕРТИКУЛЁЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА.	96
<i>Галимов Н.М., Субхангулов Р.М., Хидиятов И.И.</i> ОЦЕНКА МИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СФИНКТЕРОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ДИСКРЕТНОЙ РЕГИСТРАЦИИ ПОСТОЯННОГО ПОТЕНЦИАЛА.	97
<i>Горский В.А., Воленко А.В., Титков Б.Е., Агапов М.А., Азимов Р.Х., Сологубов В.В.</i> ПОВЫШЕНИЕ НАДЕЖНОСТИ КИШЕЧНОГО ШВА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ И КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.	97
<i>Горский В.А., Титков Б.Е., Азимов Р.Х.</i> ИННОВАЦИОННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕСЕРОЗИРОВАННЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.	97
<i>Гришин И.Н., Бочко В.Н., Тихон В.К.</i> ПЕРВИЧНЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЕ СТЕНОЗЫ В СИСТЕМЕ АГАНГЛИОЗА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА.	98

СОДЕРЖАНИЕ

Дворянкин Д.В., Кулагин В.И. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ИНТРАМУРАЛЬНЫМИ ГЕМАТОМАМИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА	98
Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Чернов А.А., Журавлев А.В., Андреев П.С. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОДНОРАЗОВЫХ ЦИРКУЛЯРНЫХ СТЕПЛЕРОВ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ	98
Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Чернов А.А., Разин А.Н. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ И ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИМИ ГРЫЖАМИ	99
Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Чернов А.А., Шамин А.В. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА	99
Жученко А.П., Ачкасов С.И., Москалёв А.И. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ	100
Иотагас В., Пошкус Е., Жеромкас П., Шейнин Д., Струпас К. ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОХИРУРГИЯ – НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АНАСТОМОЗНЫХ СТРИКТУР ПРЯМОЙ КИШКИ	100
Ищенко В.Н., Скибицкая К.А., Киселев А.Ю. ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ЭХОЛОКАЦИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	100
Кожухарь С.В., Плотников В.В. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	100
Коробка В.Л., Балин Н.И. ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НИЗКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПРЕССИОННО-ЛИГАТУРНОГО МЕТОДА	101
Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Капуллер Л.Л., Сухих Г.Т. ПРИМЕНЕНИЕ АЛЛОГЕННОЙ КЛЕТОЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ	101
Кузьминов А.М., Сачков И.Ю., Карпухин А.В., Чубаров Ю.Ю., Савельева Т.С. ГЕНЕТИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ	101
Куликовский В.Ф., Бабанин А.В., Быков П.М., Пустовгар А.А., Шлокин Н.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДИК ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ К ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ	101
Куликовский В.Ф., Бабанин А.В., Пустовгар А.А., Быков П.М., Шлокин Н.А. ВИРТУАЛЬНАЯ КТ-КОЛОНОСКОПИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИКИШЕЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕНИЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОЛОНОСКОПИИ	102
Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Наумов А.В., Рубанченко А.С. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И ОЦЕНКА ПРЕИМУЩЕСТВ ОДНОРЯДНОГО ВНЕСЛИЗИСТОГО ШВА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ	102
Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Наумов А.В., Рубанченко А.С. ПУТИ МЕСТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	102
Лобанов Д.С., Ильканич А.Я., Климова Н.В. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖИРОВЫХ ПОДВЕСКОВ	103
Маматкулов Ш.М., Курбонов О.А., Наврузов Б.С. К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ	103
Маматкулов Ш.М., Курбонов О.А., Наврузов Б.С., Рахмонов С.Т. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОНКО- И ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	104
Мильдзихов Г.У., Пагиева М.К., Калаев Т.Н., Джиоев В.Г., Тибиллов В.Е. ФАКТОРЫ РИСКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОНКО-ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ	104
Минушкин О.Н., Елизаветина Г.А., Балыкина В.В., Шапошникова О.Ф., Ардатская М.Д., Рябинина Н.В. ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ	104
Мирзахмедов М.М. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ	105
Михайлов А.П., Данилов А.М., Земляной В.П., Ли М.В., Сигуа Б.В., Напалков А.Н., Ли К.Ч., Мавиди И.П., Ерастов А.М. ТРАВМА ПРЯМОЙ КИШКИ	105
Михайлов А.П., Данилов А.М., Земляной В.П., Сигуа Б.В., Напалков А.Н., Мавиди И.П., Ерастов А.М. РАНЕНИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	105
Муравьёв А.В., Лысенко О.В., Никулин Д.Ю. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУР ПРЯМОЙ КИШКИ	106

СОДЕРЖАНИЕ

Муслимов М.И., Китаев А.В., Петров В.П., Столярж А.Б., Архиреев С.О. ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ ТАЗА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ	106
Наврзузов С.Н., Мирзахмедов М.М., Ахмедов М.А., Рахманов С.Т. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ	106
Орлова Л.П., Жученко А.П., Трубачева Ю.Л., Москалев А.И., Маркова Е.В. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И ЕЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ	107
Осадчий А.А., Михайлов А.П., Данилов А.М., Сигуа Б.В., Ерастов А.М., Волкова Е.С. ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИ СОЧЕТАННЫХ РАНЕНИЯХ ШЕИ И ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	107
Подпратов С.Е., Подпратов С.С., Маринский Г.С., Гичка С.Г., Чернец А.В., Дубко А.Г., Ткаченко В.А., Ткаченко С.В., Корчак В.П., Косюк М.А. ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОСВАРКИ ЖИВЫХ ТКАНЕЙ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	108
Помазкин В.И. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ	108
Рутковский Е.А., Якушенко В.К., Чечнев Е.Ю., Морозов А.Е. ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ СТЕПЛЕРНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ	108
Рычагов Г.П., Барсуков К.Н., Русинович В.М., Стебунов С.С. ПРИЧИНЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЛАПАРОТОМИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ	109
Рычагов Г.П., Барсуков К.Н., Русинович В.М., Стебунов С.С. РЕЛАПАРОТОМИЯ В ХИРУРГИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	109
Савченко Ю.П., Бенсман В.М., Сиюхов Ш.Т., Хмелик С.В. ПРОКТОГЕННЫЙ И КОЛОГЕННЫЙ КОЛОСТАЗ И ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ	109
Судинов П.П., Антонов А.В., Гришин В.Н. РЕДКОЕ «ИНОРОДНОЕ ТЕЛО» ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА ПОСЛЕ НЕОДНОКРАТНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ	109
Тимербулатов В.М., Мехдиев Д.И., Фаязов Р.Р., Багаутдинов Ф.З., Гареев Р.Н. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ДИВЕРТИКУЛИТА	110
Тимербулатов М.В., Биганяков Р.Я., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ДОЛИХОКОЛОН	110
Тотиков В.З., Качмазов А.К., Тотиков З.В. СПОСОБ ВЫПОЛНЕНИЯ КОЛОАНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА	110
Шемеровский К.А., Овсянников В.И. НАРУШЕНИЕ ЦИРКАДИАННОГО РИТМА ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА КАК ФАКТОР РИСКА КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ	111
Шин И.П., Павленко В.В., Птахин А.В., Гзоган А.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОСТАЗА	111
Яновой В.В., Аникин С.В., Доровских Ю.В., Симоненко А.А., Орлов С.В. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ БРЮШНО-АНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ С НИЗВЕДЕНИЕМ	111
Яргунин С.А., Павленко С.Г., Уваров И.Б. ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОТВЕДЕНИЯ ПЕТЕЛЬ ТОНКОЙ КИШКИ	112

ГЛАВА 5. МАЛОИНВАЗИВНАЯ КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

Ачкасов С.И., Жученко А.П., Москалёв А.И., Алёшин Д.В. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ	112
Балыкова Е.В., Хачатурова Э.А., Селова Г.Н., Савушкин А.В. СЕВОРАН, КАК КОМПОНЕНТ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ	112
Васильев С. В., Щетинин В. Н., Григорян В. В., Клименко А. Н., Седнев А.В., Кудреватых С.С. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РАННИХ ФОРМ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ	113
Джимбеев В.Л., Бадма-Горяев Л.А. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ	113
Дмитриченко В.В., Царегородцев А.Е., Ушкац А.К., Непомнящая С.Л. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ	113

Кучер М.Д., Криворук М.И. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОКТОКОЛЭКТОМИЯ, ТРАНСАНАЛЬНАЯ МУКОЗЭКТОМИЯ С ФОРМИРОВАНИЕМ ВНУТРИТАЗОВОГО ТОНКОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА У 47 БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И СЕМЕЙНЫМ АДЕНОМАТОЗНЫМ ПОЛИПОЗОМ.....	114
Оскретков В.И., Климов А.Г., Ганков В.А., Гурьянов А.А. ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	114
Поддубный И.В., Козлов М.Ю., Исаев А.А. СЕМИЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ.....	114
Пучков К.В., Хубезов Д.А., Огорельцев А.Ю., Луканин Р.В. ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ SILS КОЛПРОКТЕКТОМИИ С ИЛЕОАНАЛЬНЫМ РЕЗЕРВУАРНЫМ АНАСТОМОЗОМ И ПРЕВЕНТИВНОЙ ИЛЕОСТОМИЕЙ	115
Савинков В.Г., Чамзинская Л.И., Мешков А.В., Гинзбург Л.Б., Фролов С.А., Козлов А.М. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	115
Семенов В.А., Непомнящая С.Л., Шумов Н.В. МАЛОИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ ДИВЕРТИКУЛЕЗА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ДИВЕРТИКУЛИТОМ	115
Фролов С.А., Благодарный Л.А., Мусин А.И. СРАВНЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ ЗАДНЕ-ПЕТЛЕВОЙ РЕКТОПЕКСИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	116
Хубезов Д.А., Огорельцев А.Ю., Луканин Р.В., Юдина Е.А. ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ МОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	116
Шельгин Ю.А., Пересада И.В. ОПРАВДАНЫ ЛИ ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ФОРМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ?	116
Шельгин Ю.А., Фролов С.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Шахматов Д.Г. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА (SILS) В КОЛОПРОКТОЛОГИИ	117
Шельгин Ю.А., Фролов С.А., Сушков О.И., Шахматов Д.Г. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ С РУЧНОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ	117

ГЛАВА 6. СТОМЫ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Абелевич А.И., Ларин А.А., Дезорцев И.Л., Кокобелян А.Р., Ванцинова Е.В., Забихова А.Г. ТЕХНИКА СИГМОСТОМИИ ПРИ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ	117
Алиев С.А., Алиев Э.С. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОДНОСТВОЛЬНЫХ КОЛОСТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ	117
Ачкасов С.И., Жученко А.П., Бирюков О.М. РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОДНОСТВОЛЬНОЙ КОЛОСТОМОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ	118
Безбородов А.С., Плотников В.В. СУБТОТАЛЬНАЯ КОЛЭКТОМИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ	118
Васильев С.В., Попов Д.Е., Клименко А.Н., Семенов А.В., Горбачева Д.Ш. ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОДНОСТВОЛЬНОЙ КОЛОСТОМОЙ	118
Гридасов Ю.А., Шевченко Н.В. РЕАБИЛИТАЦИЯ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ	119
Гюльмамедов Ф.И., Гюльмамедов П.Ф., Макиенко Е.Г., Полунин Г.Е. РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ТИПА ГАРТМАНА	119
Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Васильев В.В., Лобанов Д.С. К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ.....	119
Даценко Б.М., Даценко А.Б., Хмызов Р.А. РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С КОЛОСТОМАМИ	120
Евдокимов Г.М., Блувштейн Г.А., Яйлоханян К.С., Евдокимов Г.М., Семенченя В.А., Конопацкова О.М. СТОМИРОВАНИЕ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ	120
Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Чернов А.А., Давыдова О.Е. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ.....	120

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Захараш М.П., Пойда А.И., Мельник В.М.</i> МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	121
<i>Игнатъев В.Г., Михайлова В.М., Кривошапкина Л.А., Холтосунов И.А., Никифоров А.Ю.</i> РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.....	121
<i>Калашникова И.А., Ачкасов С.И.</i> КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СТОМИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ.....	122
<i>Матвеев И.А., Гиберт Ю.Б.</i> СИМУЛЬТАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	122
<i>Матвеев И.А., Гиберт Ю.Б.</i> ТИПЫ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА И ИХ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ.....	122
<i>Муравьев А.В., Оверченко Д.Б.</i> АНАЛИЗ РАННИХ И ОТДАЛЕННЫХ ПАРАСТОМАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	123
<i>Павленко С.Г., Агаджанян Д.З.</i> СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКОЙ ГРЫЖИ С РЕКОНСТРУКЦИЕЙ КОЛОСТОМЫ.....	123
<i>Пойда А.И., Мельник В.М.</i> ВЫБОР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	123
<i>Пойда А.И., Мельник В.М.</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОЛЭКТОМИИ И ПРЕДЕЛЬНО НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	124
<i>Полвонов Ш.Б., Иброхимов Ю.Х., Джаборов Д.О.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ИЛЕОСТОМОЙ.....	124
<i>Сорогин А.Б., Осмокеску К.И., Солдатов Д.В.</i> РАННЯЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.....	125
<i>Тимербулатов М.В., Верзакова И.В., Ибатуллин А.А., Макарьева М.Л., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Биганяков Р.Я.</i> ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ПО ДАННЫМ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ.....	125
<i>Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Биганяков Р.Я.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.....	125
<i>Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Биганяков Р.Я.</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СТОМАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С КОНЦЕВОЙ КОЛОСТОМОЙ.....	125
<i>Тодуров И.М., Белянский Л.С., Калашников А.А., Перехрестенко А.В., Косюхно С.В.</i> ВЫБОР ТАКТИКИ ПРЕВЕНТИВНОГО СТОМИРОВАНИЯ ПОСЛЕ НИЗКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	126
<i>Хренов В.Е., Иванов В.М., Шлыков О.А., Долудин А.В.</i> ОДНОМОМЕНТНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ.....	126

ГЛАВА 7. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

<i>Акопян А.С., Габузян К.С., Акопян А.А., Абрамян А.Ф., Акопян Ас.А.</i> ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА.....	126
<i>Акопян А.С., Манукян Э.В., Багдасарян Т.Г., Абрамян А.Ф., Акопян А.А.</i> ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛЕНИЯ ОТКЛЮЧЕННЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	127
<i>Ахмедов М.А., Наврузов Б.С., Рахмонов С.Т.</i> СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ И ПРИМЕНЕНИЕ ЦИРКУЛЯРНО-СШИВАЮЩИХ АППАРАТОВ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	127
<i>Волков В.И., Зяблицев С.В., Полунин Г.Е., Косарь Н.В.</i> СОСТОЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	127
<i>Головенко О.В., Халиф И.Л., Михайлова Т.Л., Головенко А.О.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕДНИЗОЛОНА У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ АТАКОЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....	128
<i>Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Чернов А.А., Андреев П.С., Журавлев А.В.</i> МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....	128

СОДЕРЖАНИЕ

Забихова А.Г., Абелевич А.И., Артифексова А.А. ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КОЛИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ	128
Захарченко А.А., Винник Ю.С., Галкин Е.В., Штоппель А.Э., Кузнецов М.Н. РОЛЬ АНГИОГРАФИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	129
Каланов Р.Г., Хасанов С.Р., Булгаков А.В., Канбеков Р.З., Васильков А.Ю., Губин Д.С. ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	129
Каланов Р.Г., Хасанов С.Р., Булгаков А.В., Канбеков Р.З., Васильков А.Ю., Губин Д.С. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ СУБТОТАЛЬНУЮ КОЛЕКТОМИЮ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	129
Карпунин О.Ю., Можанов Е.В., Коломенский С.Н., Черенков Е.В., Гильмутдинов А.А., Сливочкина Н.С., Шакуров А.Ф. К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА У ВЗРОСЛЫХ	130
Костенко Н.В., Болихов К.В., Романов Р.И., Сенашенко С.А. ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА	130
Лобиков А.И., Филижанко Е.Н., Богомазов Ю.К., Матрасулов А.К., Сидоренко А.Б. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА	130
Наврузов С.Н., Маткаримов С. Р., Наврузов Б.С. ПРИМЕНЕНИЕ АНТИЦИТОКИНОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ	131
Олейник Н.В., Куликовский В.Ф., Кузнецова Э.В. МЕТОД ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	131
Рахманов С.Т., Наврузов Б.С. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ	131
Розанов В.Е., Болотников А.И., Гюнтер Н.А., Островский Е.М. РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	132
Сатырова Т.В., Михайлова Е.И. ВЛИЯНИЕ ФЕНОТИПА N-АЦЕТИЛИРОВАНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУЛЬФАСАЛАЗИНА В ИНДУКЦИИ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	132
Хубезов Д.А., Пучков К.В., Огорельцев А.Ю., Луканин Р.В. ЦЕНА И ЦЕННОСТЬ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ	133
Шельгин Ю.А., Халиф И.Л., Кашников В.Н., Болихов К.В., Варданян А.В. ИЛЕОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПЕРИАНАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ	133
Шельгин Ю.А., Халиф И.Л., Кашников В.Н., Болихов К.В., Сенашенко С.А., Варданян А.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ДЕФЕКАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	133
Щербак О.В., Ионов А.Л. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИАНАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ	134
Юданов А.В., Кирилин Л.Н., Ганичева И.А., Лунев В.М., Токмаков И.А., Говорков Р.В. ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	134
Юданов А.В., Кирилин Л.Н., Ганичева И.А., Лунев В.М., Токмаков И.А., Говорков Р.В. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЯЗВЕННОГО И ИШЕМИЧЕСКОГО КОЛИТОВ	134

ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

ОБЪЕМ И ХАРАКТЕР ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КАБИНЕТЕ КОЛОПРОКТОЛОГИИ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА

Зайцев В.Г., Кучеренко О.В., Артамонова П.Ю.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздравсоцразвития России, Москва Россия

Как известно, многие управленческие решения базируются на данных по объему, характеру и эффективности лечебно-диагностических мероприятий на различных этапах оказания помощи. Применение достаточно широкого спектра современных хирургических технологий существенно отразилось на некоторых аспектах работы амбулаторного колопроктолога.

Цель: Уточнение нуждаемости в амбулаторной хирургической помощи при заболеваниях аноректальной области и промежности, частоты использования того или иного вмешательства и оценка их непосредственных результатов.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 5832 случаев первичных обращений в двух типичных кабинетах колопроктологии г. Москвы за 2010 год. Основным источником информации явилась карта амбулаторного больного, при необходимости использовались другие формы учетной документации.

Результаты: В структуре обратившихся к амбулаторному колопроктологу с заболеваниями аноректальной области и промежности хирургическое лечение было показано 67,8% больных. Их них каждый третий был оперирован амбулаторно. В большинстве случаев вмешательство выполнено у лиц трудоспособного возраста и в плановом порядке (соответственно 88% и 94%). Каждое второе вмешательство было выполнено при геморрое – 49%, на втором и третьем местах по частоте вмешательства располагались доброкачественные новообразования перианальной области (папилломы, кондиломы и др.) – 16% и анальная трещина – 15%. Далее, в убывающем порядке, располагались операции при хроническом воспалении эпителиального копчикового хода, остром парапроктите, свищах и полипах прямой кишки.

При хирургическом лечении геморроя (I-III стад.) в амбулаторных условиях предпочтение отдано методу латексного лигирования (использован в 70%). Несмотря на появление склерозирующих препаратов нового поколения, склеротерапия использовалась реже (20%). Инфракрасная коагуляция (10% случаев) в основном применялась в качестве вспомогательного метода. Следует отметить, что во всех случаях после инфракрасной коагуляции отмечался умеренно-интенсивный болевой синдром в течение 1-3 суток, и у 20% больных на 3-5 сутки, после дефекации, возникло ректальное кровотечение. Причем в одном случае потребовалось прошивание кровотокающего сосуда. При других заболеваниях аноноктиковой области и промежности, хирургическое лечение выполнялось острым методом (в 15% случаев) и в 85% случаев использовался радиоволновой аппарат «Сургитрон». При его применении ближайший послеоперационный период протекал без каких-либо осложнений в области проведенного вмешательства, а болевой синдром был минимальным и купировался ненаркотическими анальгетиками. У больных, оперированных по поводу хронического воспаления эпителиального копчикового хода, свищей прямой кишки, анальной трещины, доброкачественных новообразований перианальной области сроки временной нетрудоспособности были значительно ниже (в среднем на 4-5 дней) московских стандартов оказания помощи в условиях стационара.

Заключение: Приведенные данные говорят о существенном экономическом эффекте при оперативном лечении указанных заболеваний в кабинете колопроктологии внебольничных учреждений. Использование современных инструментальных методов и дифференцированный подход позволяют более рационально использовать коечный фонд стационара.

ПРОКТОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ РАЗВИТИЯ

Назаров Ф.Н., Музафаров С.М., Музафарова П.С.

Хатлонская областная клиническая больница имени Б.Вахидова, Курган-Тюбе, Таджикистан

В Республике Таджикистан в 1980 г. после выделение колопроктологии в самостоятельную дисциплину быстрыми темпами стало развиваться специализированная служба для оказания помощи больным с заболеванием толстой кишки и промежности. При изучении распространенности колопроктологических заболеваний и патологию аноректальной области, установлено, что болезни толстой кишки и промежности не одинаковы в разных районах области. Наиболее обшпроктологические заболевания встречаются в Бохтарском – 32,2%, г. Курган-Тюбе – 21,4%, Вахский р-н – 19,2%. Однако частота больных нуждающихся в оперативном лечении существенно не отличается в других районах.

С 2005 года на базе Хатлонской клинической областной больницы организована кафедра общей хирургии, где проходят специализацию по хирургии врачей и средней медперсонал хирургического профиля, в связи с этим хирургическая отделения областной клинической больницы является учебной базой. Сотрудники кафедры включились в разработку

проблем общей проктологии, освоены и внедряются новые диагностические и лечебные методы. Растет опыт, и увеличивается число оперативных вмешательств по поводу сложных проктологических заболеваний (выпадение прямой кишки с недостаточности запирающего аппарата, разрыв промежности, эктопия заднего прохода и сложные параректальные свищи, которые ранее направлялись в центральные клиники).

В настоящее время, согласно штатного расписания, в хирургическом отделении Хатлонской областной клинической больницы выделено 15 коек для оказания специализированной проктологической помощи.

Материалы и методы: В хирургической отделение областной клинической больницы с 2006-2010 гг. оказана стационарная помощь 782 больным с заболеваниями толстой кишки и промежности. Наиболее часто госпитализированы больные из сельских районах области. Более чем 99,3% составляет больных с геморроем, острый парапроктит, параректальный свищи, язвенный колит и получили специализированную проктологическую помощь. Проводятся реконструктивно-восстановительная хирургическая помощь больным с разрывами промежности, выпадения прямой кишки с недостаточности запирающего аппарата прямой кишки, ректоцеле, ректовагинальных свищах и эктопия заднего прохода.

Во многих районах области общепроктологическую помощь оказывают общи хирурги, не прошедшие специализацию по колопроктологии. Это отрицательно сказывается на качестве помощи.

С учетом возможностей выполнения амбулаторных операций в условиях поликлиники в основном проводятся консультации и плановые амбулаторное лечение, возникают ситуации, когда требуется оказать неотложную проктологическую помощь некоторой критерии больных. При этом хирург должен исходить из имеющихся возможностей и наличия строгих показаний к избранному им методу лечения.

Ведение больных с регионарным обезболиванием проктологических заболеваний с учетом иннервации нижних сегментов и тело больных дает лучшие результаты.

Около 48% проктологическим больным производились сакральная и пресакральная анестезия, в послеоперационном периоде выявлены хорошие результаты, в том числе улучшается нервная регуляция и трофика тканей, длительное обезбоживание и ранний подъем больных.

Заключение: Для улучшения специализированной колопроктологической помощи по области целесообразно:

- Закрепление наметившейся тенденции и дифференциации колопроктологической службы общей проктологии, онкопроктологии, неотложной проктологии и изучение качественных критериев их деятельности.
- Выполнение наиболее простых общепроктологических операций в амбулаторных условиях (помимо, остановка геммороидального кровотечения производить тромбэктомии при одиночном тромбе и удаление одной, максимум двух гипертрофированных бахромок) с учетом регионарных особенностей, во всех остальных случаях показан стационарное лечение.
- Применения регионарная анестезия в колопроктологии чаще у больных с сопутствующим заболеванием.

ВКЛАД АКАДЕМИКОВ РАМН ФЕДОРОВА В.Д. И ВОРОБЬЕВА Г.И. В ФОРМИРОВАНИЕ КАДРОВ – КОЛОПРОКТОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Саидов А.С.

ТГМУ, кафедра общей хирургии № 1, Душанбе, Таджикистан

Среди ученых создающихся свою школу с широкой географии встречаются не так много. Таковыми являются академики Федоров В.Д. и Воробьев Г.И.

Многие колопроктологи старшего поколения бывшего Союза и нынешнего СНГ, в том числе республики Таджикистан, считают себя учениками этих знаменитых личностей.

В 1983 году по приглашению директора НИИ колопроктологии РФ академика Федорова В.Д. тогдашний заведующей кафедрой общей хирургии № 2 ТГМИ профессор Кахаров А.Н. проходил специализацию на этой базе. После прохождения специализации и по рекомендации академика Федорова В.Д. он начал заниматься организации колопроктологической службы в республике. Но для этого нужны были кадры. С этой целью в НИИ колопроктологии РФ были направлены врачи Мухаммадиев С.М. и Боймуродов О.С. (из г. Душанбе), Холов К. (из Шаартузского района), Убайдуллоев А. (из Орджоникидзеабдского района). Под непосредственным руководством академика Федорова В.Д. эти врачи изучали актуальные вопросы колопроктологии и освоили многие методы колопроктологических операции. В ГКБ № 5 г. Душанбе был открыт колопроктологическое отделение. В 1988 году с участием академика Федорова В.Д. проведена 1-я научно практическая конференция колопроктологов республики Таджикистан. Под руководством академика Федорова В.Д. ассистент кафедры общей хирургии ТГМУ Шамсиев Г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Хирургическое лечение рака сигмовидной кишки».

Во времена руководства НИИ колопроктологии академиком Воробьевым Г.И. в институте специализацию и усовершенствование проходили Саидов А.С. (ассистент кафедры общи хирургии № 1 ТГМУ), Джураев Х.А., Юсупов М. (г. Худжанд), Музафаров С. (г. Курган-тюбе). Благодаря помощи академика Воробьева Г.И. на севере республики в г. Худжанде и на юге в городе Кургантюбе были открыты колопроктологические отделения. В крупных районах республики были открыты проктологические кабинеты. По рекомендации академика Воробьева Г.И. ассистент кафедры общей хирургии № 1 ТГМУ Зубайдов А. был направлен в докторантуру ГИЦ колопроктологии РФ и занимался над темой «Эндовидеохирургическая лапароскопическая ректопексия при выпадении»

нии прямой кишки». Во время прохождения первого съезда колопроктологов РФ в г. Самаре академик Воробьев Г.И. главному проктологу МЗРТ Саидову А. рекомендовал организовать центр колопроктологии. В 2005 году в г. Душанбе был открыт городской центр колопроктологии. Академики Федоров В.Д. и Воробьев Г.И. подготовку курсантам из Таджикистана уделяли особое внимание. Это было связано с тем, что тогда в нашей республике отсутствовали врачи-колопроктологи и соответственно не было и центров колопроктологии (в других союзных республиках такие центры уже функционировали). Они читали нам лекции по всем разделам проктологии. Свои лекции читали на высоком методическом и педагогическом уровне. Взяв на операцию первым и вторым ассистентом, научили нас технике сложных проктологических операций. Благодаря их помощи, в нашей республике внедрены различные методы операции при колоректальном раке и язвенном колите. В свободное время с курсантами беседовали о различных жизненных проблемах (о культуре, морали, политике и т.д.). Они были поистине учеными. Колопроктологи республики Таджикистана всегда будут помнить заслуги этих великих личностей. Ведь восточный поэт сказал: «Останется вечно живым тот, кто в жизни сделал много добра. Хорошая память после него, всегда оживляет имя его».

ДЕОНТОЛОГИЯ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Шейнкман М.В.

Кафедра хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии ИПО Кировская государственная медицинская академия. Киров, Россия

Применение правил деонтологии в практике врачей и медицинских сестер любой специальности сегодня ни у кого не вызывает сомнения. Прекрасный пример соблюдения деонтологии в отношении к больным и при взаимоотношении с коллегами давали выдающиеся представители отечественной колопроктологии академики РАМН В.Д. Федоров и Г.И. Воробьев. На их примерах в стране за многие годы воспиталось большое количество прекрасных колопроктологов во всех уголках России. В колопроктологии роль её особенно высока, так как больным с заболеваниями прямой кишки в нашей стране, в отличие от других больных, характерна «патологическая» стеснительность и стыдливость. Они очень длительное время (порой многие месяцы, а иногда и годы) не могут заставить себя обратиться к врачу и чаще обращаются за советом и помощью к друзьям, соседям или родственникам. Причина такого поведения их заключается в том, что население в России не всегда знает к какому специалисту можно и нужно обращаться, т. к. колопроктология в нашей стране – одна из самых молодых медицинских специальностей. Своё официальное признание у нас она получила чуть более 2-х десятилетий назад. Сеть кабинетов колопроктолога небольшая, и значительная часть пациентов с колопроктологической патологией вынуждена обращаться к общим хирургам. Больные с заболеваниями прямой кишки и всего толстого кишечника нуждаются в особом, тактичном, приветливом отношении к себе, как со стороны врача, так и со стороны медсестры, т. к. им приходится обсуждать с ними интимные вопросы. Внимательно и тактично необходимо проводить осмотр, пальпацию и исследование таких больных. Движения врача должны быть осторожные, бережные, чтобы не причинить пациенту острых болей. Врачу, работающему с такой категорией больных, необходимо иметь высокий уровень внутренней культуры, тактичность, предупредительное и внимательное отношение к ним. Только в этом случае он сможет достичь соответствующего контакта с пациентами. При осмотре и обследовании больного, предъявляющего жалобы, на какие то нарушения со стороны толстого кишечника, особенно появившиеся в последние несколько месяцев, а тем более на выделение крови из прямой кишки, у врача, в первую очередь, должна быть настороженность на онкологический процесс. И только исключив его, можно остановиться на диагнозе какого-либо доброкачественного заболевания. С другой стороны, колопроктологическим больным нередко бывает свойственна канцерофобия. Так, почувствовав какие то нарушения со стороны прямой кишки, особенно выделение крови, они предполагают, что у них рак. И, если после тщательного осмотра и обследования диагноза рака не подтвердился, врачу необходимо успокоить пациента и объяснить ему, что повода для волнений нет. Среди проктологических больных нередко приходится встречаться с таким явлением, как дисморфобия. При обследовании и изучении такого пациента выясняется, что прямая кишка у него здорова, а больна кора головного мозга. В таких ситуациях тактичное и внимательное отношение к больному и его родственникам также имеет большое значение. Очень сложная задача встаёт перед колопроктологом, когда возникает необходимость обсуждать с больным вопрос о необходимости формирования временной или, особенно, постоянной колостомы. В этой ситуации от врача всегда требуется большая деликатность, дипломатичность, умение убеждать. Безусловно, при этом обязательно необходимо, чтобы врач пользовался большим авторитетом и абсолютным доверием. Соблюдение основных принципов деонтологии как врачами, так медицинскими сестрами с этой категорией больных очень важно и в том отношении, чтобы после окончания лечения, пациенты с доверием и желанием посещали в последующем врача не только при возникновении жалоб, но и с профилактической целью.

ОСНОВНЫЕ ПАРАМЕТРЫ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА ДАННОМ ЭТАПЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шельгин Ю.А., Зайцев В.Г., Артамонова П.Ю.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздравсоцразвития России, Москва Россия

Начавшееся реформирование здравоохранения потребовало углубленного и всестороннего анализа деятельности специализированных служб и их отдельных структурных подразделений.

В основу сообщения положены данные Федеральной статистической отчетности за 2009 год и оперативные материалы ГНИЦК за последние несколько лет.

По официальным данным в 2009 году к амбулаторному колопроктологу было сделано 1 млн. 123,4 тыс. посещений, а число обращений с впервые установленным диагнозом – 463,6 тыс., что в пересчете на 10 тыс. взрослого населения соответственно составило 100,3 и 41,4. Количество госпитализированных на колопроктологическую койку (или госпитализированная колопроктологическая заболеваемость) равнялось 105,5 тыс. или 9,4 на 10 тыс. взрослого населения. Среди госпитализированных уд. вес сельских жителей равнялся 20,8% и лиц старше трудоспособного возраста 24,5%.

На 01.01.10 года без учета ведомственных и акционерных медицинских учреждений колопроктологическая служба располагала 4-х тыс. коечных фондом, который был развернут в 102 учреждениях (в 18 региональных и городских центрах и 84 специализированных отделениях). 77,6% колопроктологических коек развернуто в республиканских, краевых и областных больницах, 9,1% в крупных многопрофильных стационарах, 8,5% в клиниках НИИ и ВУЗ'ов и 4,8% в лечебных учреждениях иного территориального уровня.

По отдельным субъектам РФ отмечены большие колебания показателей обращаемости за колопроктологической помощью, госпитализированной заболеваемости и использованию коечного фонда колопроктологических отделений. При средне-российском значении обращаемости за колопроктологической помощью 100,3 на 10 тыс. взрослого населения максимальное значение этого показателя зафиксированы в Калужской области (131,9), республиках Башкортостан (130,8) и Татарстан (120,8), а минимальное – в Тюменской области (8,4). В среднем по России колопроктологическая койка работала 320 дней в году. Ее максимальная занятость отмечена в Калужской (374,7), Липецкой (366,1) и Белгородской (363,1) областях. Нерентабельными оказались койки колопроктологических отделений Владимирской области (221,0) и республики Северная Осетия – Алания (222,2), что связано с недостаточным количеством кабинетов колопроктологии и децентрализованной системой госпитализации колопроктологических больных.

При этой системе в колопроктологическое отделение госпитализируется порядка одной трети больных с болезнями толстой кишки, анального канала и промежности, а непрофильная госпитализация на колопроктологическую койку составляет более 8%.

Следует отметить недостаточную эффективность проводимых мероприятий по раннему выявлению больных колоректальным раком. По данным Федеральной статистической отчетности заболеваемость по этой нозологической форме составила 47,11 на 100 тыс. населения (ободочной кишки – 26,33 и прямой – 20,77). В тоже время при проф.осмотрах выявлено 5,2% больных, а при раке ободочной кишки – 3%.

Вероятнее всего, необходимо гораздо шире использовать различные скрининговые системы для раннего выявления опухолей толстой кишки и проводить полноценное диспансерное наблюдение лиц пожилого и старческого возраста и декретированного контингента населения. Таким образом, полученные данные выявили весьма низкую эффективность децентрализованной системы госпитализации больных с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности. Оправдан переход колопроктологического отделения на более современный принцип госпитализации «на себя».

Для повышения показателя раннего выявления колоректального рака следует шире использовать скрининговые системы, а так же устранить недостатки в проведении диспансерного наблюдения у соответствующего контингента населения. Повышение качества и эффективности колопроктологической помощи в субъекте РФ в определенной степени будет зависеть от разработки и реализации комплексной среднесрочной программы развития специализированной службы.

ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ПРОКТОЛОГИЯ

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПОСЛЕ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ

Абубакиров А.С., Ильканич А.Я., Урываев Ю.М.

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

Одним из осложнений раннего послеоперационного периода после операции гемороидэктомии является нарушение мочеиспускания, частота которого колеблется в пределах 2-30%. На частоту нарушения мочеиспускания влияет метод операции, вид обезболивания, характер лекарственного сопровождения послеоперационного периода. Осложнения, сопряженные с острой задержкой мочи, ухудшают течение послеопера-

ционного периода и влияют на стоимость лечения.

Возможным направлением профилактики нарушений мочеиспускания может быть применение препаратов группы α -адреноблокаторов в периоперационном периоде.

Цель исследования: оценка эффективности препарата «Омник» для профилактики нарушений мочеиспускания в раннем послеоперационном периоде после операции геморроидэктомии.

Материал и методы: проанализирован характер течения послеоперационного периода в группе из 82 больных, оперированных по поводу хронического геморроя в период 2008-2011 гг. Всем больным выполнялась геморроидэктомия с сочетанным применением аппарата Liga Sure и ультразвукового скальпеля Ultracision. С целью профилактики нарушения мочеиспускания в раннем послеоперационном периоде 29 (35,4%) пациентов получали препарат «Омник» в рекомендуемых производителем дозах. Выбор препарата связан с его фармакологическими свойствами. «Омник» является специфическим блокоматором постсинаптических α -адренорецепторов, находящихся в гладкой мускулатуре предстательной железы, шейки мочевого пузыря и простатической части уретры. Блокада α -адренорецепторов приводит к снижению тонуса гладкой мускулатуры предстательной железы, шейки мочевого пузыря и простатической части уретры и улучшению оттока мочи. При подборе группы больных, получавших препарат, использовали следующие критерии исключения: больные с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, нейрогенным мочевым пузырем, склерозом предстательной железы, стриктурой задней уретры.

Во второй группе, представленной 53 (64,6%) пациентами, специальных мероприятий по профилактике дизурических расстройств не проводили. Группы сравнения были сопоставимы по основным критериям: полу, возрасту, характеру заболевания, ведению послеоперационного периода.

Оценку эффективности препарата «Омник», осуществляли по результатам клинического течения послеоперационного периода. Оценку качества жизни вследствие расстройств мочеиспускания проводили методом анкетирования. Для этого использовали модифицированную, применительно к цели исследования, международную шкалу I-PSS.

Результаты: При анализе течения послеоперационного периода нарушение мочеиспускания отмечено у 15 (18,3%) больных. При этом острая задержка мочи, потребовавшая катетеризации мочевого пузыря была у 6 (7,3%). У двоих после неоднократной катетеризации (2,4%) возникли явления катетеризационного уретрита, у одной цистита (1,2%).

Среди пациентов, у которых лечение в послеоперационном периоде проводилось в соответствии с традиционными установками, нарушения мочеиспускания развились у 12 (14,6%) больных, с острой задержкой мочи у 5 (6%).

Оценивая частоту дизурии раннего послеоперационного периода в группе больных, получавших препарат «Омник», было обнаружено три наблюдения нарушения мочеиспускания (3,6%), среди которых у одного (1,2%) – острая задержка мочи.

Индекс оценки качества жизни вследствие расстройств мочеиспускания был ниже при профилактическом применении препарата «Омник».

Таким образом, на основании анализа эффективности применения препарата «Омник» по критерию клинической его эффективности и качества жизни, он может быть использован, как средство для профилактики нарушений мочеиспускания в раннем послеоперационном периоде после операции геморроидэктомии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА, НЕОСУЩЕСТВЕННОЙ ПОСЛЕРДОВОЙ ТРАВМОЙ

Акопян А.С., Акопян А.А., Багдасарян Т.Г., Карагулян А.В.

НМЦ «Сурб Нерсес Мевц», кафедра колопроктологии ЕрГМУ, Ереван, Армения

Недержание газов и кала – полиэтиологическое состояние. В хирургической практике подавляющее большинство больных с недержанием кала составляют женщины, данное состояние у них обусловлено акушерской травмой. У многих из них в анамнезе затяжные роды или повреждения при разрывении через естественные пути. Подобная акушерская травма возникает по данным литературы в 0,5-2% родов через естественные пути.

Цель исследования: оценить результаты хирургической коррекции недостаточности анального сфинктера, обусловленной послеродовой травмой.

Пациенты и методы: Несмотря на немедленное восстановление акушер-гинекологами целостности явно поврежденной промежности возникают функциональные нарушения анального сфинктера. По нашим данным у многих женщин (до 85% случаев) после данного вмешательства формируется стойкое нарушение механизма работы сфинктера. В последующем данное нарушение подтверждается при помощи эндоскопии анального канала. У большинства пациентов выявляется симптоматика недержания анального сфинктера. Представляем анализ хирургического лечения недостаточности анального сфинктера за последние 10 лет. Операции подвергались больные со II и III степенью недостаточности, то есть неудерживающие газы, жидкие и твердые каловые массы. Всего на лечении находились 187 больных, из них женщины – 139, то есть 74,3% случаев. Возраст пациенток колебался от 19 до 73 лет. У 97 больных (69,8% наблюдений) была послеродовая травма. У 59 из них, что составляет 60,8% случаев, послеродовая недостаточность сочеталась с деформацией промежности, а у 29 (29,9%) – с ректоцеле. Во избежание непроизвольного акта дефекации в 90,4% случаев вызывали у себя запоры. Опорожнение кишечника в последующем осу-

ществляли слабительными средствами или очистительными клизмами, что на протяжении многих лет способствует возникновению ректоцеле.

Результаты: Тяжелые повреждения промежности, такие, как разрывы III степени, обычно приводят к недержанию. Нами производилась сфинктеропластика у 27, что составляет 27,8% случаев, сфинктеролеваторопластика – 41 (42,3%) и сфинктеролеваторопластика в сочетании с ликвидацией ректоцеле у 29 больной (29,9% наблюдений). Осложнения в послеоперационном периоде были у 5 пациенток (3,6% случаев). Все они были связаны с нагноением послеоперационных ран. У 2 из них наблюдался рецидив анальной недостаточности, что составляет 1,4% случаев. У остальных были хорошие функциональные результаты, подтвержденные эндоскопией и сфинктерометрией.

Следует отметить, что в ранние сроки после полученной родовой травмы, выполненная хирургическая коррекция ограничивалась сфинктеролеваторопластикой. Больным в пожилом возрасте или в поздние сроки операции производилась сфинктеролеваторопластика с ликвидацией ректоцеле.

Выводы:

1. рост осведомленности пациенток и врачей об успешном лечении недержания кала приведет к увеличению обращений в специализированные учреждения за хирургической коррекцией послеродовой недостаточности анального сфинктера;

2. продолжительное наличие недостаточности анального сфинктера способствует нарушению акта дефекации, что в свою очередь приводит к возникновению ректоцеле, так как сами больные вызывают задержку стула.

ВАРИАНТ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА С МИНИМАЛЬНЫМИ СРОКАМИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л.

Окружное отделение амбулаторной колопроктологии, ГКБ № 81, Москва, Россия

Острый парапроктит (ОП) – одно из частых заболеваний в колопроктологии, радикальным методом лечения которого является вскрытие парапроктита с санацией заинтересованной крипты тем или иным способом. С середины 2002 по декабрь 2010 года нами было оперировано 329 больных с простыми формами ОП. Из них радикальные операции проведены у 200 пациентов (60,8%) и «простое» вскрытие произведено у 129 пациентов. Все радикально оперированные больные были нетрудоспособны в течение от 3 до 23 суток. Средний срок нетрудоспособности составил 12 суток.

Темпы жизни современного человека, особенно живущего и работающего в мегаполисе таковы, что ему иногда невозможно длительное время находиться на больничном листе в силу профессиональной деятельности. В таких случаях приходится ограничивать объем вмешательства до «простого» вскрытия ОП. Вместе с тем с целью обеспечения «радикальности» оперативного вмешательства у этих больных предлагается следующий вариант оперативного лечения ОП. Под каудальной (сакральной) анестезией производится вскрытие парапроктита (обычно двумя небольшими овальными разрезами) диаметром 1,5-2 см. После эвакуации гноя проводится интраоперационная ревизия раны с целью выявления заинтересованной пораженной крипты. При выявлении последней через неё независимо от глубины прохождения «свищевого» хода проводится латексная лигатура. Последняя завязывается таким образом, чтобы компрессия подлежащих тканей было минимальной и не вызывала болевого синдрома. Никаких других манипуляций в анальном канале не проводится. Объем подобного вмешательства практически соответствует объему простого «нерадикального» вскрытия парапроктита, что способствует быстрой трудовой реабилитации больного. В последующем больной проводит гигиенические мероприятия после стула, принимает теплые ванны, накладывает сухие или мажевые повязки на рану. Осмотр больного проводится еженедельно. Лигатура подтягивается по мере необходимости до минимального охвата подлежащих тканей. Происходит постепенное укорочение свищевого хода с низведением внутреннего отверстия к периаанальной области. Через 3-5 недель под лигатурой остается мостик тканей толщиной обычно не превышающий 0,5 см. Под местной анестезией рассекаются ткани под лигатурой, последняя удаляется. До полного заживления раны больной остаётся под наблюдением колопроктолога. Поскольку трудоспособность больного практически не страдает и лечение больного не лимитировано сроками пребывания в стационаре, лечение может быть продлено достаточно долго до полного выздоровления больного. Подобного рода вмешательства проведены за последние 6 месяцев у 5 больных с простыми формами ОП. Потери трудоспособности у двоих пациентов не было, ещё у двоих она составила 1 сутки и у одного – 3 суток. У всех больных раны полностью зажили в сроки до 50 суток. Серьёзных ограничений касательно диеты, физических нагрузок, езды в автомобиле и др. больные не испытывали.

Заключение: предложенная тактика радикального лечения ОП при удлинении сроков лечения позволяет минимизировать потерю трудоспособности.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л.

Окружное отделение амбулаторной колопроктологии, ГКБ № 81, Москва, Россия

Острый парапроктит (ОП) – одно из распространенных заболеваний в колопроктологии. С середины 2002 по декабрь 2010 года за 8,5 лет к нам обратилось 421 больных с ОП, что составило 2,3% от всех первично обратившихся к нам больных. Из них 92 пациента со сложными формами парапроктита были направлены на стационарное лечение в специализированные колопроктологические клиники и 329 больных было оперировано нами в условиях отделения амбулаторной колопроктологии с дневным стационаром. Из 329 оперированных «простое» вскрытие ОП произведено 129 пациентам (39,2%), радикальные операции проведены у 200 пациентов (60,8%). Из них у 174 с гнойным ходом в анальную крипту, имеющим интрасфинктерную локализацию произведено вскрытие ОП в просвет кишки и у 26 с чрессфинктерным ходом и с захватом той или иной порции сфинктера произведено вскрытие ОП с проведением и одновременным затягиванием лигатуры.

Большинство обратившихся были лица трудоспособного возраста от 21 до 55 лет без серьезных сопутствующих заболеваний. Все радикальные операции и большинство «простых» вскрытий парапроктита произведены под каудальной (сакральной) анестезией. Радикальные операции проводили исключительно тем больным, у которых четко выявлялось внутреннее отверстие. При малейших сомнениях в локализации заинтересованной кривизны производили вскрытие парапроктита и операцию проводили после формировании свища прямой кишки.

Всем радикально оперированным производили дополнительно иссечение прилежащих анальных крипт (криптэктомия). Особое внимание уделяли гемостазу в анальном канале и перинальной зоне, для чего подшивали слизистую ко дну кетгуттом на атравматической игле практически по всему периметру раны. Считаем более надежным гемостаз прошиванием в отличие от электро- или радиокоагуляции, что имеет особое значение в амбулаторной хирургии. Анальный канал за завершению операции не тампонируем. У 26 пациентов с чрессфинктерным прохождением гнойного хода в анальную крипту операция завершена проведением и одновременным затягиванием лигатуры. Проведение последней существенным образом не приводило к усилению послеоперационного болевого синдрома и легко переносилось больными. Лигатуру удаляли в течение ближайших 2-3-х недель после операции по принципу: лучше позже, чем раньше. У этих же больных на этапах лечения под каудальной анестезией проводили подтягивание лигатуры. В качестве материала для лигатуры использовали латекс.

В послеоперационном периоде больные находились в послеоперационной палате дневного стационара в течение 3-5 часов до полной нормализации общего состояния, после чего производился повторный осмотр со сменной повязки, подробным инструктажем по режиму, диете, активности, после чего отправлялся домой. Первый осмотр – через сутки после операции, последующие – через каждые 2-4 дней в течение 3-4 недель до полного заживления раны. Первый стул обычно на 1-2 сутки самостоятельный или со встречной масляной клизмой. У основной массы больных послеоперационные боли были незначительные, легко купируются таблетированными ненаркотическими анальгетиками. Средний срок нетрудоспособности составил 12 суток. Серьезных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде не было. Рецидив заболевания выявлен в одном случае через год после вскрытия ОП с использованием лигатурной методики. При тщательном повторном обследовании у больной заподозрено нагноение пресакральной кисты – направлена в специализированное колопроктологическое отделение, где успешно прооперирована.

На наш взгляд, радикальные операции по поводу острого парапроктита выполнимы в условиях отделений амбулаторной колопроктологии (ЦАХах) и экономически целесообразны. Результаты их вполне сопоставимы с результатами оперативных вмешательств, проведенных в стационарных условиях. Проведение подобных операций требует, как минимум, наличия дневного стационара, полноценной анестезии, возможности госпитализации больного в хирургический стационар на любом этапе лечения.

МОДИФИКАЦИЯ ЗАКРЫТОЙ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ, ПРЕДОТВРАЩАЮЩАЯ СТРИКТУРУ АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л.

Окружное отделение амбулаторной колопроктологии, ГКБ № 81, Москва, Россия

В амбулаторной колопроктологии при хирургическом лечении геморроя среди радикальных вмешательств предпочтительна закрытая геморроидэктомия, как операция с более надежным гемостазом.

Непосредственно перед началом операции производится дозированная контролируемая пневмодивульсия специальными пневмобаллонами в течение 7-8 минут, что позволяет обеспечить состояние временного гипотонуса сфинктера в ближайшем послеоперационном периоде и, как следствие, уменьшить послеоперационные боли. Края ануса разводятся пятью специальными крючками-ранорасширителями нашей конструкции, позволяющими полноценно раскрыть анальный канал. Элементы техники предлагаемой модификации сводятся к тому, что иссечение геморроидальных узлов (внутренних и соответствующих им наруж-

ных) идет изнутри наружу с поэтапным накладыванием 3-4 зажимов Кохера на основание внутренних и наружных узлов. При этом изогнутые зажимы Кохера накладываются поэтапно от основания внутреннего узла в каудальном направлении, при этом носик каждого последующего зажима частично подходит под ранее наложенный зажим. Этот приём позволяет в дальнейшем проводить рассечение тканей поэтапно под каждым зажимом с последующим ушиванием этого участка раны. Наложение зажимов должно соответствовать объёму удаляемой геморроидальной ткани, особенно в зоне кожно-слизистого перехода, что позволяет профилактировать стриктуру. После мобилизации внутреннего геморроидального узла ножка его 2-х (3-хкратно) прошивается и перевязывается викрилом. Ложе узла ушивается глущими Z-образными кетгуттовыми швами (3-0). Далее в перинальной зоне иссечение тканей происходит аналогично поэтапно под каждым зажимом с ушиванием ран кетгуттом (атравматикой 4-0 и 5-0) без захвата кожи, при этом по окончании операции края раны практически соприкасаются между собой.

С середины 2003 по декабрь 2010 год в условиях окружного отделения амбулаторной колопроктологии ГКБ № 81 проведено 929 закрытых геморроидэктомий. В течение последних 3 месяцев оперативная техника при геморроидэктомии изменена на описанную выше. Проведено 37 подобных вмешательств. Предварительные выводы следующие:

- при правильной технике операции исключается не только стриктура, но и состояние «тугого» ануса;
- операция сопровождается минимальной кровопотерей;
- удлинение времени операции по описанной методике не происходит;
- предварительная пневмодивульсия в сочетании со швами в перинальной зоне тонким кетгуттом без захвата кожи обеспечивает невыраженный послеоперационный болевой синдром, что позволяет отпускать больных домой в день операции.

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ БЕЗ РАССЕЧЕНИЯ ЖОМА ЗАДНЕГО ПРОХОДА

Багдасарян С.Л., Багдасарян Л.К., Титов А.Ю.

Окружное отделение амбулаторной колопроктологии ГКБ № 81, ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

На сегодняшний день наиболее распространенным методом ликвидации спазма внутреннего сфинктера при оперативном лечении анальной трещины является боковая подкожная сфинктеротомия. Однако в отдаленные сроки после этого вмешательства возможно развитие свищей у 0,2-1,6% оперированных, недостаточности анального сфинктера в 0,6-35,1%, рецидив заболевания возникает у 1,1-11,7% обследованных (Воробьев Г.И., 2001; Полетов Н.Н. с соавт. 2003 г.; Ривкин В.Л., Файн С.Н. 2004; Шельгин Ю.А. с соавт. 2005; Adriano T. et al., 2004; Arroyo A. et al., 2004; Tocchi A. et al. 2004; Sanchez R.A. et al. 2004 г. Но KS et al., 2005). Суть предлагаемого нами метода заключается в ликвидации мышечного спазма без рассечения внутреннего сфинктера с помощью дозированной пневмодивульсии (ПД) – патент на изобретение РФ № 2366370 от 10.09.2009. После сакральной либо эпидуральной анестезии в анальный канал пациента вводится сконструированный нами пневмобаллон, диаметр которого должен соответствовать диаметру анального канала пациента. Это соответствие определяется конусовидным устройством для измерения исходного диаметра анального канала пациента. Путем нагнетания воздуха до 0,7 атмосфер баллон полностью расширяется до своего предельного диаметра, и в течение 7 минут производится дозированная циркулярная дивульсия анального сфинктера, что позволяет надежно и эффективно ликвидировать его мышечный спазм без сфинктеротомии. Затем производится экономное иссечение АТ в пределах здоровых тканей без рассечения внутреннего сфинктера заднего прохода.

С 2006 года по декабрь 2010 год в ГКБ №81 по предложенной методике оперировано 716 больных. С целью объективизации результатов лечения с 2006 по 2008 г. в ГНЦ колопроктологии Минздравсоцразвития по предложенной методике оперировано 63 пациента (основная группа), проведена сравнительная оценка результатов лечения АТ в основной и контрольной группе (58 пациентов оперированных традиционным способом). В обеих группах изучено функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки с помощью профилометрии, компьютерной электромиографии (ЭМГ) и ректального УЗИ до и после операции. Проведенный сравнительный анализ полученных результатов свидетельствует, что применение ПД позволяет в значительной степени снизить интенсивность послеоперационных болей, исключить острую задержку мочеиспускания, уменьшить сроки п/о пребывания больных в 2,5 раза (p<0,05). Данные профилометрии свидетельствуют об эффективной ликвидации спазма внутреннего сфинктера после ПД. Проведенная ЭМГ свидетельствует о сохранности сократительной способности наружного сфинктера после ПД, а результаты ректального УЗИ свидетельствуют о целостности анатомических мышечных структур жома заднего прохода.

Отдаленные результаты изучены в сроки от 6 до 32 месяцев у 92% больных основной группы и 86% пациентов контрольной группы. Ни у одного больного основной группы рецидива заболевания и слабости сфинктера заднего прохода выявлено не было.

В контрольной группе у 6 (12%) оперированных выявлена анальная недостаточность, а у 4 (8%) пациентов – рецидив заболевания. По данным ректального УЗИ данные осложнения были связаны с неадекватно выполненной сфинктеротомией.

Таким образом, предложенный способ иссечения АТ без сфинктеротомии легко переносится больными, имеет минимальный процент осложнений. При сравнении этого способа с боковой подкожной сфинктеротомией выявлен целый ряд неоспоримых преимуществ перед традиционным вмешательством. Предлагаемый метод отличается простотой, безопасностью и быстрым наступлением клинического эффекта.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПАРАРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Балицкий В.В.

Винницкий Национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Кафедра хирургии ФПО, Хмельницкая областная больница, отделение проктологии, Хмельницкий, Украина

Хирургическое лечение пациентов с сочетанной патологией анального канала и параректальной области с применением традиционных методов нередко сопровождается такими тяжелыми осложнениями как стриктура анального канала, рубцовая деформация параректальной области и промежности, недостаточность анального сфинктера различной степени. В связи с этим в настоящее время все более часто применение находят современные технологии в хирургическом лечении больных с данной патологией.

В отделении проктологии Хмельницкой областной больницы прооперировано 262 пациента с сочетанной патологией анального канала и параректальной области за период с марта 2006 по февраль 2011 года. Из них 112 пациентов (42,7%) были прооперированы с использованием аппарата радиохирургии «Сургитрон», 82 пациента (31,3%) с использованием высокочастотного электрохирургического скальпеля «ERBE», 68 пациентов (26%) – с использованием высокочастотного электрохирургического скальпеля «Эфа».

Из 262 пациентов у 2 (0,76%) была диагностирована сочетанная патология из 4-х нозологий, у 35 (13,36%) пациентов – из 3-х нозологий и у 225 (85,88%) пациентов – из 2-х нозологий.

Наиболее часто встречаемой сочетанной патологией анального канала и параректальной области была комбинация хронической анальной трещины с анальным полипом – 41 (15,6%) пациент, хронической анальной трещины с комбинированным геморроем – 34 (12,9%) пациента, хронического парапроктита с комбинированным геморроем – 24 (9,2%) пациента, комбинированного геморроя с анальным полипом – 26 (9,9%) пациентов, внутреннего геморроя с хронической анальной трещиной – 18 (6,9%) пациентов, наружного геморроя с анальным полипом – 14 (5,3%) пациентов.

В результате проведенного исследования установлено, что ни в одной из 3-х групп пациентов с сочетанной патологией анального канала и параректальной области не было установлено рубцовой стриктуры анального канала, а также недостаточности анального сфинктера, что является основным критерием эффективности проведенных оперативных вмешательств.

Использование высокочастотных электрохирургических скальпелей «Эфа» и «ERBE», а также аппарата радиохирургии «Сургитрон» в смешанном режиме «резание и коагуляция» сводило к минимуму объем интраоперационной кровопотери, которая составляла в среднем 30±12 мл, что способствовало уменьшению продолжительности оперативных вмешательств, которая составляла в среднем 25±15 мин.

Применение электро- и радиохирургического скальпеля способствовало формированию нежного послеоперационного рубца как в анальном канале, так и в параректальной области, особенно в 1-й группе пациентов, где использовался для операции «Сургитрон», поскольку глубина некроза тканей при его применении составляла всего лишь 0,3±0,1 мм, что способствовало быстрому заживлению ран.

Таким образом, применение современных технологий в хирургическом лечении сочетанной патологии анального канала и параректальной области способствует уменьшению продолжительности операции, интраоперационной кровопотери, обеспечивая хорошие функциональные результаты и быструю реабилитацию пациентов в послеоперационном периоде.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕКТО-ВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ И РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ II-III СТЕПЕНИ

Березницкий Я.С., Гапонов В.В., Сулима В.Ф., Малиновский С.Л., Яроцкий Г.Г., Ющенко И.В., Юрченко Л.В.

Днепропетровская государственная медицинская академия, 6-я городская клиническая больница Днепропетровска, Днепропетровск, Украина

Ректо-вагинальные свищи и разрывы промежности II-III степени акушерской этиологии, возникающие при оперативных вмешательствах на половых органах и прямой кишке, внемноличных абортках, половых сношениях и бытовых травмах, вследствие лучевого лечения рака шейки матки, при воспалительных заболеваниях половых органов и параректальной клетчатки, болезни Крона, язвенном колите (ЯК), при прорастании в ректо-вагинальную перегородку опухолей, исходящих из половых органов или прямой кишки, являются тяжелой патологией, приводящей к потере трудоспособности и к социально-семейным конфликтам. Лечение таких состояний представляет сложную задачу и

не всегда дает желаемый результат. Неоднократные оперативные вмешательства вызывают выраженные рубцовые изменения тканей, что неблагоприятно сказывается на исходе лечения.

Цель исследования: Улучшить результаты лечения пациенток с ректо-вагинальными свищами и разрывами промежности II-III степени, сократить сроки пребывания в стационаре.

Материалы и методы: В сообщении представлен наш опыт хирургического лечения с 1992 по 2010 год 68 больных с различными ректо-вагинальными свищами. Наиболее частыми причинами их возникновения были патологические или оперативные роды – 50 пациенток (75%), острый парапроктит – 3 пациентки (3%), в результате бытовых травм – 12 пациенток (19%), в результате осложнений ЯК – 3 пациентки (3%). По степени сложности: 20 пациенток с I степенью сложности – выполнено 16 операций иссечения свища с низведением слизисто-мышечного лоскута прямой кишки, 4 пациенткам выполнено иссечения свища с ушиванием свищевых отверстий.

Со свищами II степени сложности было 24 пациентки и 21 пациентка со свищами III степени сложности, им выполнено 21 операция по иссечению свища с передней сфинктероплевропластикой, 13 операций иссечения свища со сфинктеропластикой и 11 операций иссечения свища с леваторо-пластикой. IV степени сложности свищи были у 3 пациенток с ЯК – выполнены внутрибрюшные операции.

Результаты: Следует отметить, что операцией с низведением слизисто-мышечного лоскута прямой кишки мы считаем операцией выбора для лечения свищей I степени сложности. Мы выполняли её при локализации свища не выше 1,5-2 см от края заднего прохода при отсутствии выраженных рубцовых или воспалительных процессов, а также возможна комбинация при недостаточности анального жома данной операции с леваторо- или сфинктеропластикой.

Типичным оперативным лечением свищей III степени сложности являются расщепление или иссечение свища – этот метод имеет наибольшее распространение среди врачей проктологов, так как он является наиболее щадящим и в случае неудачи не приводит к увеличению дефекта тканей.

Выводы: Мы применяем метод, позволяющий сократить длительность постельного режима до 3 суток, предотвратить расхождения швов в раннем послеоперационном периоде вследствие натяжения тканей в ране: с помощью П-образных удерживающих швов, которые накладываются в конце пластики либо закрытия свища со стороны влагилица через все ткани влагилица и ректовагинальной перегородки без проникновения в просвет кишки под контролем пальца. Снятие этих швов производится на 17-18 сутки после операции.

Предложенный завершающий этап операции у пациенток с ректо-вагинальными свищами и разрывами промежности позволил улучшить результаты лечения и сократить сроки пребывания в стационаре.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С НЕКОТОРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АНОКОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

Бойков А.В.¹, Зайцев В.Г., Равич Л.Д., Хмылов Л.М.², Артамонова П.Ю.², Азина Н.Ю.¹

¹ ГКБ им. С.П.Боткина, Москва

² ГНЦ колопроктологии Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

В настоящее время становится актуальным внедрение не только современных клинических технологий, но и новых организационных моделей оказания помощи больным с хирургическими заболеваниями анокретальной области для повышения его качества.

Целью исследования явился многофакторный анализ применения современных клинико-организационных параметров оказания помощи при хроническом геморрое (ХГ) и хронической анальной трещине (ХАТ).

Материалы и методы: Исследование проведено в отделении колопроктологии ГКБ им. С.П.Боткина методом сплошной выборки данных из первичной медицинской документации. Проанализированы основные клинико-организационные параметры у 237 оперированных больных с ХГ и 146 больных с ХАТ.

Результаты: Пациенты в каждой нозологической группе были разделены на 2-е подгруппы. Пациенты первой подгруппы проходили лечение по системе полной госпитализации, пациенты второй подгруппы – по комбинированной схеме «дневной стационар + госпитализация». Среди пациенток с ХГ в 1-ой подгруппе оказалось 115 чел., во II подгруппе – 122. Среди пациенток с ХАТ в I подгруппе было 60 чел., во II подгруппе – 86. Средний койко-день у пациенток, участвующих в исследовании, распределился следующим образом. У пациенток I подгруппы с ХГ средний койко-день составил 11+0,7, с ХАТ – 13+1,6, что соответствует московским экономическим стандартам оказания медицинской помощи. У пациенток II подгруппы с ХГ средний койко-день составил 5,7+1,2, с ХАТ – 6,4+0,8.

89 пациенток с ХГ были оперированы с использованием монополярного коагулятора, 105 – с использованием ультразвукового скальпеля (в исследование не вошли 43 пациента оперированных по методу Лонго). Среди пациенток с ХАТ монополярный коагулятор был использован в 61 случае, а в 85 случаях был применен ультразвуковой скальпель. Ни у одного пациента, оперированного с помощью ультразвукового скальпеля в послеоперационном периоде не использовались наркотические анальгетики, а также отмечено достоверное снижение потребности ненаркотических анальгетиков. При субъективной оценке интенсивности болевого синдрома самими пациентами с использованием визуаль-

ной аналоговой шкалы (VAS) отмечено значительное снижение интенсивности и длительности болей при использовании ультразвукового скальпеля по сравнению с монополярным коагулятором. Наличие в клинике кабинета колопроктологии дает возможность применения «принципа одного врача» и ведения активного амбулаторного наблюдения за оперированными больными в течение всего периода реабилитации. Это позволило сократить количество послеоперационных осложнений: при операциях по поводу геморроя – 1 случай рецидива заболевания, 2 стриктуры анального канала, 1 случай недостаточности анального сфинктера в течение 3 мес.; при операциях по поводу ХАТ – 2 случая недостаточности анального сфинктера в течение 2 и 3 мес. Таким образом, комплексное использование предложенных современных организационных моделей и новых технологий повышают качество оказания помощи пациентам при хирургических заболеваниях ано-ректальной области.

РЕЗУЛЬТАТЫ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ ПЛАЗМЕННЫМ СКАЛЬПЕЛЕМ

Борисов И.Ф., Кузьминов А.М.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии»
Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель: определить эффективность применения плазменного скальпеля при хирургическом лечении хронического геморроя 3-4 ст.

Материалы и методы: Исследование основано на анализе результатов лечения 106 больных геморроем 3-4 ст. У 51 пациента основной группы выполнена геморроидэктомия – плазменным скальпелем, 55 больным контрольной группы традиционная закрытая геморроидэктомия. Возраст пациентов в основной группе колебался от 24 до 68 лет, в среднем составлял 45,7±9,68 лет. Возраст контрольной группы колебался от 25 до 68 лет, средний возраст пациентов данной группы составил 46,34±8,04 лет. Женщин было – 52 человек, мужчин – 54. Длительность анамнеза заболевания в основной группе в среднем составила 11Д3±7,0 лет, в контрольной группе – 9,92±5,6 года, от 5 до 20 лет – 28 (54,8%) и 36 (65,4%) соответственно.

Операция выполняется при помощи плазменно-дуговой установки для рассечения и коагуляции мягких тканей «Скальпель плазменный СП-ЦПТ» ЗАО «Центр плазменных технологий» Россия, г. Смоленск (ПС). **Результаты:** Геморроидэктомия плазменным скальпелем сопровождается достоверно не выраженным послеоперационным болевым синдромом на протяжении всего послеоперационного периода. При этом глубина коагуляционного повреждения ран составляла 0,75±0,25 мм, по сравнению с закрытой геморроидэктомией, где глубина повреждения тканей 2,5±0,38мм (p<0,05).

Микробный ценоз ран, после геморроидэктомии плазменным скальпелем характеризуется формированием определенного спектра микроорганизмов, причем ассоциативный рост микроорганизмов в ране с 3 по 7 день был отмечен в 50% наблюдений, что препятствует активной микробной колонизации, позволяя микроорганизмам персистировать только на поверхности раны.

Геморроидэктомия плазменным скальпелем не оказывает повреждающего воздействия на структуры запирающего аппарата, что доказано физиологическими методами исследования запирающего аппарата прямой кишки.

Отличительной чертой «плазменного» воздействия явилась тенденция к ускорению процессов репарации по сравнению с закрытой геморроидэктомией.

Эпителизация ран у 85,7% пациентов основной группы наступала на 20 сутки после операции, тогда как в контрольной группе у 65,4% пациентов.

Геморроидэктомия плазменным скальпелем по сравнению с закрытой геморроидэктомией позволила достоверно сократить время оперативного вмешательства с 41,49±6,07 мин до 21,12±4,21 мин (p<0,05), без увеличения частоты послеоперационных осложнений.

Заключение: Геморроидэктомия плазменным скальпелем, является эффективным и радикальным способом лечения геморроя 3-4 ст. Сопровождается незначительным болевым синдромом, малой глубиной повреждающего воздействия на подлежащие ткани и ускорением сроков заживления послеоперационных ран.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОНСЕРВАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ РАН ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ИССЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Васильев С.В., Дудка В.В., Киселев В.А., Соркин Р.Г.

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

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) является типичным проктологическим заболеванием, наиболее характерным для трудоспособных молодых мужчин в возрасте от 15-35 лет. Длительные сроки заживления ран после операции и несовершенство существующих консервативных методов их лечения заставляет хирургов искать новые способы послеоперационного ведения данной группы больных.

Цель: Сравнить эффективность заживления открытых ран у пациентов после иссечения ЭКХ с применением маевых повязок, озонотерапии, физиотерапевтического аппарата чрескожной электростимуляции Скэнар.

Материалы и методы: Пациентам с диагнозом ЭКХ выполнялось радикальное иссечение ЭКХ без ушивания раны. С 1-ых суток после операции пациенты делились на клинические группы в зависимости от метода консервативного лечения послеоперационной раны. В послеоперационном периоде оценивались сроки полного заживления раны, скорость репаративных процессов, болевой синдром.

В Санкт-Петербургском городском центре колопроктологии в период с октября 2010г. по декабрь 2010г. были прооперированы 43 пациента по поводу ЭКХ. Из них 30 больных были отобраны в три группы по 10 человек, которым проводились разные консервативные схемы ведения послеоперационной раны. Критериями включения были первично радикальная операция без ушивания раны, отсутствие абсцедирования ЭКХ не позднее чем 1 месяц до операции, отсутствие данных за сопутствующую иммунную патологию. Конечными точками исследования были полная эпителизация раны или отказ больного от проводимого лечения. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Всем больным в течение 1-ой недели после операции выполнялись перевязки с мазью Левомеколь 1 р/день. В I группе (основной) с 1-ых суток и до полного выздоровления накладывались повязки с озонированным 0,9% раствором NaCl. Во II группе (контрольной) в течение всего периода реконвалесценции со 2-ого дня проводились сеансы чрескожной электростимуляции низкочастотными импульсными токами аппаратом СКЭНАР 1 р/день вокруг раны. Для предотвращения склеивания краев раны тампонировалась влажно-высыхающими повязками с хлоргексидином. В III группе (сравнение) с 8-х суток и до конца лечения применялся аэрозоль Пантенол в виде ежедневных повязок. Каждые 10 дней больным измерялась длина и ширина раны, вычислялись площадь и объем раны по математическим формулам для эллипса. Динамика болевого синдрома оценивалась в период стационарного наблюдения и далее каждые 10 дней по вербально-числовой 10-балльной шкале, в которой 0 баллов означают отсутствие боли и 10 баллов трактуется как необходимость введения наркотических анальгетиков.

Результаты: Средние сроки полного заживления раны составили в I группе 58±6 дн., во II группе 50±5 дн., в III группе 45±7 дн. Средняя интенсивность болевого синдрома в течение 1-ой недели составила в I группе 2,9±0,4 балла; во II группе 6,0±0,2 балла; в III группе 2,7±0,3 балла. Средняя интенсивность болевого синдрома в амбулаторном периоде в I группе 3,2±0,5 балла; во II группе 5,2±0,3 балла; в III группе 3,1±0,3 балла. Болевой синдром интенсивностью 8 баллов стал причиной отказа от лечения во II группе у 2 человек на 4 и 5 сутки и у 3 человек на 15-20 сутки. Скорость репаративных процессов оценивалась по динамике измерений площади и объема раны. Данные показатели выявили большую эффективность местного использования озонированных растворов в первой половине лечения. Однако применение Пантенола привело со второй половины лечения в контрольной III группе к самому быстрому выздоровлению. У пациентов II группы была отмечена средняя эффективность регенерации раны вместе с высокой интенсивностью болевого синдрома.

Выводы: Основой терапии должны служить препараты декспантенола (например Пантенол), которые стимулируют рост грануляционной ткани и эпителизацию. Сочетание двух или трех методик может повысить эффективность лечения. Выбор оптимального способа физиотерапевтического воздействия на рану требует дальнейшего клинического поиска. Необходимо соблюдать принцип преемственности между стационарами и амбулаторными ЛПУ или принципа «единого лечащего врача» на обоих этапах.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШОГО С АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ ПО ДАННЫМ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО И БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ

Гайнутдинов Ф.М., Хадыева А.А., Гумерова Г.Т., Хадыев Р.Ф.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия.

Тактика лечения анальной трещины – одного из наиболее часто встречающихся заболеваний в колопроктологии – до сих пор представляет нерешенную проблему, частота рецидивов остается на высоком уровне.

Цель: создать критерии лечения трещины анального канала в зависимости от данных цитологического исследования и бактериологического посева микрофлоры анального канала.

Пациенты и методы: В исследовании приняли участие 86 пациентов с анальными трещинами. Распределение больных на группы осуществлялось по результатам цитологического изучения мазка-отпечатка с области анальной трещины и бактериологического посева микрофлоры анального канала: I группа – воспалительный тип цитогаммы, соотношение профибробласты/фибробласты >0,8, преобладание патогенной микрофлоры, клинически пектеноза нет; II группа – дегенеративно-воспалительный тип цитогаммы, профибробласты/фибробласты 0,35-0,8, микрофлора нормальная или патогенная, клинически незначительное разрастание ткани по краям трещины; III группа – дегенеративно-воспалительный тип цитогаммы, профибробласты/фибробласты <0,35, микрофлора нормальная или патогенная, клинически выраженный пектеноз. Больным контрольной группы указанные исследования не проводились, и, согласно имеющимся критериям, часть больных велась консервативно, часть – оперативно. Общее лечение для всех пациентов включало в себя: диету, марганцевые ванночки, мазь «Постеризан» 2 р/д, свечи с красавкой или «Анестезол» 2 р/д. В I, II, III группах терапия допол-

нялась свечами «Виферон» 2 р/д; во II группе мазью гидрокортизон 2 р/д; в III группе больные велись оперативно, предоперационная подготовка заключалась в приеме пшеничных отрубей и «Хилак-форте» по схеме; в контрольной группе – метилурациловой мазью 2 р/д, при оперативном лечении подготовка была обычной.

Результаты: Оценка результатов лечения проводилась по скорости регенерации тканей, купированию болевого синдрома и срокам временной нетрудоспособности. В I группе сроки составили соответственно 14,5±1,2 сут., 4,3±0,5 сут., 13,0±1,1 сут.; во II группе соответственно 16,0±1,3 сут., 3,2±0,5 сут. и 17±0,8 сут.; в III группе соответственно 14±1,1 сут., 10±0,5 сут., 15±0,8 сут.. В контрольной группе при консервативном ведении: 16,9±0,7 сут., 4,5±0,5 сут., 18±0,8 сут.; у больных, перенесших операцию – 18±0,9 сут., 10±0,5 сут., 20±1,3 сут., соответственно. Анальгезирующее действие гидрокортизона объясняет более ранние сроки купирования болевого синдрома во II группе, а время, требующееся для разрушения ткани – небольшое отличие по срокам эпителизации и временной нетрудоспособности в сравнении с контрольной группой.

Выводы:

1. Скорость регенерации тканей выше на 18,3% в I группе, на 2,6% во II группе больных; купирование болевого синдрома раньше на 4,5% и 28,9%, а сроки временной нетрудоспособности короче на 19,3% и 5,6% соответственно в сравнении с контрольной группой больных;
2. Предложенная схема подготовки к операции в III группе увеличила скорость заживления тканей на 16,2%, скорость купирования болевого синдрома на 9,0%, уменьшила сроки временной нетрудоспособности на 10,5%, а частоту оперативных вмешательств на 5%;
3. Дифференцированный способ лечения больных с анальными трещинами позволяет сократить число оперативных вмешательств, повысить скорость регенерации тканей, ускорить купирование болевого синдрома и снизить сроки временной нетрудоспособности.

К ВОПРОСУ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ГЕМОРРОЯ

Гольдберг О.А., Судakov В.П.

Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН, Областное патологоанатомическое бюро, Иркутск, Россия

Представлены результаты исследования геморроидальных узлов. Предложено деление анатомической зоны геморроя на этажи.

Материалы и методы: исследован операционный материал от 57 пациентов с диагнозом хронический геморрой (женщин – 19; 21–60 лет; мужчин – 38; 21–76 лет).

Результаты исследования: анатомические отделы дистального отдела прямой кишки связанные с формированием геморроя на разных уровнях имеют различное строение. В дистальном отделе прямой кишки анатомически выделяются ряд уровней или «этажей».

I – Стенка прямой кишки на уровне выше Z-линии: слизистая толстого кишечника содержит крипты, имеет собственный мышечный слой; в подслизистой расположены сосуды, рыхлая соединительная ткань; внутренний циркулярный и наружный продольный мышечные слои. Наличие собственной мышечной оболочки слизистой и рыхлая соединительная ткань подслизистой создают подвижность слизистой.

II – Z-зона. Наиболее сложный по строению участок прямой кишки. Переход слизистой с криптами и призматическим эпителием в слизистую с переходным и многослойным плоским эпителием. Z-зона, находясь на границе стенки кишечной трубки и собственно анального канала формирует структуру «гармошки» – обеспечивающей подвижность стенки данного отдела прямой кишки по периметру. В этой зоне сохранен собственный мышечный слой слизистой; подслизистая ограничена мышечными слоями стенки прямой кишки и обеспечивает подвижность слизистой.

III – Собственно анальный канал с многослойным эпителием слизистой и подлежащей стромой с сосудами. Собственная мышечная оболочка слизистой под многослойным эпителием отсутствует. Подслизистая представлена соединительной тканью с сосудами, определяются отдельные и небольшие группы гладкомышечных волокон. С внешней стороны подслизистая ограничена гладкомышечными волокнами внутреннего сфинктера.

IV – Белая линия: многослойный плоский эпителий анального канала переходит в эпителий кожи; имеются придатки кожи – волосы с сальными железами, потовые железы; эластические волокна дермы. Их распределение – архитектоника, обеспечивает подвижность тканей анального кольца. Среди волокон дермы и гиподерме расположены сосуды.

Геморроидальный узел. Гистопография. Основу геморроидальных узлов составляет комплекс сосудов, стромы, слизистой, гладкомышечный компонент стенки дистального отдела прямой кишки, скелетная мышца наружного сфинктера; их взаимоотношение создают в узле разную топографическую анатомию тканей.

Внутренний геморрой. Геморроидальные узлы связанные своим происхождением с сосудами подслизистой Z-линии и выше – внутренний геморрой. В данной анатомической зоне существенная роль в формировании геморроидального узла принадлежит собственной мышечной оболочке слизистой. В нашем материале выявляется два основных варианта: 1 – сосуды геморроидальных узлов располагаются под собственной мышечной оболочкой слизистой – I-II ст. внутреннего геморроя. 2 – сосуды узлов располагаются под эпителием из крипт, переходным и многослойным плоским, под многослойным эпителием собственно анального канала – III-IV стадии внутреннего геморроя. Ниже Z-зоны многослойный эпителий располагается на базальной мембране и прилежит к соединительной ткани анального канала. При III-IV стадиях

геморрой узлы расположены в Z-зоне и ниже. Отсутствие собственной мышечной оболочки слизистой не позволяет им при выпадении возвращаться в исходное положение.

Наружный геморрой. Геморроидальные узлы связанные с подкожными сплетения перianальной зоны ограничиваются дермой кожи. Их выход в анальный канал возможен выше белой линии, так как кожа (многослойный эпителий и дерма) являются достаточным механическим препятствием для расширенных сосудов узла. Их выход из ануса связан с многослойным эпителием и подслизистой анального канала и белой линией.

Выводы: Деление анального канала на «этажи», оценка тканевых структур в каждом из этажей позволяет анатомически обосновать морфологические варианты геморроя, клинические стадии развития геморроя.

ВИДЕОРЕКТОРОМАНОСКОПИЯ

Горбань В.А.

Медицинский многопрофильный центр «Юг», Краснодар, Россия

Ректороманоскопия является одним из основных методов исследования в колопроктологии. Развитие волоконной оптики привело к появлению медицинской специальности «эндоскопия», внедрению в практику эзофагогастродуоденоскопов, холедохоскопов, фиброколоноскопов, сигмоидоскопов и т.д., однако, сигмоидоскопия, предлагавшаяся на замену ректороманоскопии, не даёт возможности проведения многих манипуляций и операций, которые можно выполнить через жёсткий ректоскоп. Появление в начале семидесятых годов прошлого столетия жёстких ректоскопов с волоконным световодом избавило врачей от существовавших ранее технических проблем (слабая интенсивность лампочек накаливания, плохие контакты в электрической системе ректоскопа, перегорание лампочек при проведении электрокоагуляции аппаратами хирургической диатермии), однако, сама методика проведения ректороманоскопии осталась прежней. Даже в положении больного в коленно-плечевом положении для тщательного осмотра всех отделов прямой и дистальных отделов сигмовидной кишки исследователю приходится принимать различные позы, наклоняться едва ли не вниз головой (задняя стенка супраанального отдела), взбираться на ступеньку кресла для введения ректоскопа на максимальную глубину. Внедрение в медицинскую практику видеоаппаратуры позволило соединить её с эндоскопией, проводить лапароскопические операции, осуществлять видеоэндоскопические исследования, в частности, фиброколоноскопию, но существующие видеокамеры не приспособлены для соединения с тубусами ректоскопов.

Нами на амбулаторном колопроктологическом приёме в условиях Медицинского многопрофильного центра «Юг» использована видеостойка «ЭФА-М» отечественного производства. Изготовленный специальный переходник позволил соединить эндовидеокамеру «ЭФА-М» с тубусом ректоскопа вместо окуляра и вывести изображение кишки на экран монитора. Введение тубуса проводилось обычным способом, под контролем прямого зрения через окуляр ректоскопа. Инсуффляция воздуха в кишку осуществлялась простым нажатием ноги на педаль входящего в комплект видеостойки эндоирригатора ЭИА 01 Л «ЭФА-М», что освобождало вторую руку врача. После полного введения тубуса ректоскоп соединялся с видеокамерой, изображение выводилось на монитор в увеличенном виде, что повышало разрешающую способность исследования. Тщательный осмотр кишки на экране монитора проводился при постепенном выведении ректоскопа по спирали. При этом работала только рука исследователя, держащая ручку ректоскопа. Пациент может участвовать в проведении исследования, наблюдать свою кишку на экране монитора, видеть патологию, при необходимости быстрее и легче соглашаясь на последующие вмешательства.

За последние 5 лет нами выполнено 624 видеоректороманоскопии с использованием видеокамеры «ЭФА-М». Выявлено 462 заболевания. В том числе:

№№	Заболевания	Количество случаев	Удельный вес в %
1	Злокачественные новообразования	18	3,9
2	Полипы и полипоз прямой и сигмовидной кишок	102	22
3	Ворсинчатая опухоль прямой кишки	4	0,86
4	Функциональные нарушения моторики толстой кишки	262	56,7
5	Неинфекционные колиты и проктиты, включая неспецифический язвенный	24	5,2
6	Дивертикулез сигмовидной кишки	4	0,86
7	Спайки брюшной полости	26	5,6
8	Стриктура прямой кишки	2	0,43
9	Гипогангиоз прямой кишки с протокенным колостазом	18	3,9
10	Хронический анастомозит после резекции сигмы (с-т)	2	0,43
	ВСЕГО	462	100

Наиболее часто среди выявленных при видеоректороманоскопии заболеваний встречались функциональные нарушения моторики толстой кишки (гипомоторная дискинезия, СРК), в основном, с преобладанием запоров, а также доброкачественные заболевания прямой и ободочной кишок. Реже – другие заболевания. 162 видеоректоскопии проведены профилактически, заболеваний не было выявлено.

Таким образом, видеоректороманоскопия в сравнении с ректоскопией прямым зрением в значительной мере облегчает врачу её проведение.

благодаря увеличению, повышает разрешающую способность исследования, позволяет пациенту наблюдать изображение своей кишки на экране монитора.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРИГИНАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

Грошили В.С.

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

Цель исследования: Предупреждение рецидива анальных трещин и инконтиненции после хирургического лечения трещин заднего прохода, сопровождавшихся сфинктероспазмом, посредством разработки и клинического внедрения оригинальной модифицированной техники дозированной сфинктеротомии.

Материалы и методы: Разработана новая техника дозированной сфинктеротомии, включающая частичную денервацию сфинктера с учетом индивидуальных анатомических параметров (федеральный патент России №2293529). Разработанный способ применен при хирургическом лечении 80 больных с хроническими анальными трещинами при наличии стойкого сфинктероспазма. Критериями, подтверждающими наличие гипертензии, были повышение базального давления в анальном канале на уровне внутреннего сфинктера, увеличение среднего давления в анальном канале в покое и при волевом сокращении, снижение амплитуды и длительности ректоанального ингибиторного рефлекса. Вывод о спазме сфинктера делали лишь при выявлении трех и более из перечисленных признаков. Послеоперационная экспертиза проводилась через 3,6 и 12 месяцев и включала осмотр, аноскопию, комплексную аноректальную манометрию, электромиографию, эндоректальную ультрасонографию.

Результаты: Проявлений послеоперационной анальной инконтиненции отмечено не было. Сроки заживления и эпителизации послеоперационных ран анального канала соответствовали таковым при традиционном варианте латеральной «закрытой» сфинктеротомии. Среднее давление в анальном канале в покое у 68-и оперированных больных соответствовало возрастной физиологической норме, а у 12-и пациентов превышало норму менее, чем на 12%, составляя от 90,7 до 100,8 мм вод. ст. Послеоперационного гипотонуса сфинктера не отмечалось. Давление в анальном канале при волевом сокращении составляло 94,8-138,7 см вод. ст. В 6-и наблюдениях имело место относительное снижение средней величины давления на уровне внутреннего сфинктера, но не более, чем на 8% (минимальное значение – 61 см вод. ст.). Клинических проявлений недеривации у этих больных не было, причем, при контрольном обследовании спустя 6 месяцев после операции манометрические значения пришли в соответствие физиологическим нормам. Рецидивов заболевания в отдаленные сроки наблюдения не отмечено.

Выводы: В условиях дозированного рассечения и селективной денервации внутреннего сфинктера прямой кишки создаются условия для скорейшего заживления операционных ран, уменьшения интенсивности болей и ранней реабилитации. Выполнение разработанного способа учитывает конституциональные особенности строения запирающего аппарата прямой кишки, при этом, снижается вероятность повреждения ветвей геморроидальных артерий и исключается инфицирование ран сфинктера из просвета кишки.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ У ШАХТЕРОВ ДОНБАССА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯТОРА

Гюльмамедов В.А., Полуни Г.Е., Шаламов В.И.

Донецкий национальный медицинский университет
им. М.Горького, Донецк, Украина

Геморроидальная болезнь является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний человека. Нами проанализированы результаты оперативного лечения осложненного геморроя у 180 мужчин, занятых тяжелым физическим трудом на шахтах Донбасса. Больные разделены на 2 группы по 90 человек в каждой: контрольную (КГ) и исследуемую (ИГ), статистически сопоставимые по возрасту, стажу работы, наличию сопутствующей патологии, стадии болезни, объему операции. В КГ операции выполнялись по методике Миллигана-Моргана. В ИГ больным выполнялась геморроидэктомия с применением технологии электросварки биологических тканей (ЭБТ). Использовали высокочастотный электрокоагулятор ЕК – 301М1 и стандартный набор электродов. Оценивались: объем кровопотери, длительность операции, выраженность болевого синдрома и развитие осложнений после операции, количество проведенных в клинике койко-дней, сроки заживления. Полученные результаты свидетельствуют о минимальной кровопотере в ИГ, значительном уменьшении болевого синдрома и сокращении количества вводимых в послеоперационном периоде анальгетиков. Геморроидэктомия с применением ЭБТ имеет явные преимущества перед вмешательствами с использованием механического скальпеля и электрокоагуляции. Основные достоинства ЭБТ: сокращение времени оперативного вмешательства, уменьшение кровоточивости рассеканных тканей, возможность соединения (сваривания) рассеченных тканей без применения шовного материала и, как следствие этого, отсутствие необходимости частичного или полного ушивания ран, уменьшение болевого синдрома, и количества вводимых наркотических и ненаркотических анальгетиков, отсутствие рецидивов заболевания. Количество

послеоперационных осложнений и койко-дней снизилось соответственно на 6,7% (p<0.05) и 2,0±1,0% (p<0.05).

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ АНАЛЬНЫМИ ТРЕЩИНАМИ

Даченко А.Б., Бардюк А.Я., Седак В.В.,
Кириллов А.В., Богун Е.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Городской колопроктологический центр,
Харьков, Украина

Хроническая анальная трещина – одно из распространенных проктологических заболеваний и составляет 11-15% случаев у больных с анаоректальными заболеваниями. При лечении острой анальной трещины с характерной триадой – боль во время дефекации, ректальное кровотечение, спазм анального сфинктера на практике достигнуты хорошие результаты. На сегодняшний день нет единого мнения среди проктологов в тактике лечения пациентов с хронической анальной трещиной, сочетанной с геморроем и осложненной неполным внутренним свищем. Ряд авторов считают методом выбора иссечение трещины в пределах здоровых тканей с дозированной сфинктеротомией. Другие считают допустимым после иссечения трещины выполнять сфинктеромукозопластику.

Цель исследования: Изучить результаты применения сфинктеромукозопластики у больных с анальной трещиной в сочетании с неполным свищем и геморроем.

Материалы и методы: С 2004 по 2010 гг. в клинике прооперировано 905 больных с анальной трещиной в возрасте от 18 до 78 лет. Мужчин было 297, женщин – 608. Из них у 633 (70%) больных трещина сочеталась с геморроем и у 272 (30%) была осложнена неполным внутренним свищем. Большим были выполнены общеклинические анализы, пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия и ректороманоскопия.

Результаты: Больным с хронической анальной трещиной, осложненной неполным внутренним свищем, выполнена операция с использованием сфинктеромукозопластики по методу В.М.Масляка. В условиях общей анестезии на границе перехода перианальной кожи в слизистую анального канала соответственно локализации анальной трещины производили два дугообразных разреза на глубину слизистого и подслизистого слоев. Таким образом, иссекали ромбовидный лоскут, содержащий в центре внутреннее отверстие и собственно ткани свища в пределах здоровых тканей, стараясь максимально сохранить мышечные структуры. После иссечения производили сфинктеропластику выкриловыми швами путем мобилизации в области верхнего края раны слизисто-подслизистого лоскута шириной 1-2 см, который подшивали к нижнему краю раны отдельными выкриловыми швами по типу двойного матрачного шва, что обеспечивало надежную фиксацию лоскута. Дополнительно лоскут фиксировался к коже отдельными поверхностными швами. Таким образом, по окончании формирования раны анатомическая целостность анального канала сохранялась. В конце операции производили перевязку внутренних геморроидальных артерий.

В послеоперационном периоде больные выписывались на 4-5 сутки с хорошими функциональными результатами. Осложнения в виде нарушения фиксации лоскута, связанного с нагноением швов возникли у 24 (2,8%) больных. Местное лечение гнойных процессов с учетом фазы воспаления многокомпонентными мазями на водорастворимой основе позволяло ускорить сроки очищения и репарации в ране. Длительность пребывания больных с нагноением ран и смещением лоскута соответствовала срокам пребывания в стационаре больных, у которых после иссечения трещины рана оставалась открытой.

Выводы: Лечение анальной трещины, осложненной неполным внутренним свищем и геморроем возможно путем ее одномоментного радикального иссечения с использованием сфинктеромукозопластики и перевязкой геморроидальных узлов.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СЛОЖНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Даченко А.Б., Седак В.В., Бардюк А.Я., Богун Е.А.,
Кириллов А.В., Подбельцев П.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Городской колопроктологический центр,
Харьков, Украина

Острый гнойный парапроктит (ОП) занимает по частоте первое место среди urgentных проктологических заболеваний. Среди всех форм ОП наибольшую трудность в диагностике представляют его сложные формы с извитыми ходами и гнойными очагами, расположенными в ишио-ректальной, пельвиоректальной клетчатке и позади прямой кишки. Отсутствие визуальной возможности определить локализацию и степень распространенности гнойных полостей относительно прямой кишки нередко ведет к неадекватному раскрытию сложных форм ОП и к повторным оперативным вмешательствам.

Цель: Улучшение результатов лечения сложных форм ОП путем повышения качества их диагностики с помощью метода УЗИ.

Материалы и методы: За период с января 2004 г. по декабрь 2010 г. в городской проктологический центр г. Харьков с диагнозом ОП госпи-

тализировано 1478 больных. Диагноз уточнялся при помощи УЗИ: в 12 исследованиях у больных был выявлен абсцесс бартолиновой железы и еще у 3 – абсцесс парауретральной клетчатки. У 48 больных диагностирован анаэробный парапроктит, который в силу особенностей клинического течения, диагностики и лечения требует отдельного изложения. Не включены также в разработку 52 больных с самостоятельно вскрывшимся ОП.

Подкожные и подслизистые формы ОП, диагностированные у 658 (48,5%) больных, имели достаточно четкую клиническую картину, в связи с чем их диагностика не представляла особых трудностей, а лечебная тактика отвечала существующему стандарту.

Результаты: Проанализированы результаты обследования и лечения 705 больных со сложными формами ОП. Основную массу этих больных – 564 (80%) – составили люди работоспособного возраста – от 20 до 60 лет. Глубина локализации таких гнойников не позволяет при визуальном осмотре промежности определить их степень распространенности. Клиническая диагностика сложных форм ОП также малоинформативна, в связи с чем при обследовании больных этой группы нами использован метод УЗИ. Исследования участка малого таза выполняли при помощи сначала транскутанного конвексного датчика с частотой колебаний 3,5 МГц. После чего исследование завершали эндоректальным УЗИ с использованием ректального датчика с частотой 5 МГц.

При сложных формах ОП метод УЗИ позволил поставить правильный диагноз в 633 (90%) исследованиях, в том числе у больных – с ишио-ректальной и пельвиоректальной формой гнойника. При определении подковообразных и ретроанальных форм ОП диагностических ошибок не было. С помощью ультразвукового исследования была определена локализация параректальных абсцессов, а так же их гнойные затеки. Всем больным под общим обезболиванием выполнена адекватная хирургическая обработка и дренирование гнойных полостей без повторных оперативных вмешательств.

Вывод: Метод УЗИ позволяет с высокой степенью достоверности определить локализацию гнойного очага при сложных формах острого парапроктита, а так же наличие свищевых ходов, что способствует адекватной их хирургической обработке без повторных оперативных вмешательств.

ЛИГИРОВАНИЕ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОМЕТРИИ

Денисенко В.Л., Фролов Л.А., Хмельников В.Я., Смирнов В.К.
УО «Витебский государственный медицинский университет»,
УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница»,
Витебск, Беларусь

Геморрой в структуре проктологических болезней занимает ведущее место. Последним страдает более 10% взрослого населения планеты, а удельный вес от общего числа колопроктологических заболеваний, по мнению разных авторов, составляет от 34% до 41%. Одним из наиболее тяжелых его осложнений является кровотечение, частота которого колеблется от 23 до 54-58%. Мужчины болеют в 3-4 раза чаще, чем женщины. Средний возраст больных составляет около 30-50 лет. Это заболевание приводит к длительной нетрудоспособности, а также снижает качество жизни.

Цель: Оценить возможность применения лигирования геморроидальной артерии под контролем ультразвуковой доплерометрии.

Материалы и методы: В исследование включено 20 пациентов: 17 мужчин и 3 женщины в возрасте от 23 до 53 лет. Вторая стадия геморроя выявлена у 3 пациентов, третья стадия – у 13, четвертая – у 4. В клинике проведены следующие оперативные вмешательства: 20 пациентам – дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под контролем УЗИ, шовное лигирование, подслизистый лифтинг и мукопексия.

Для лечения пациентов с хроническим геморроем использовали аппарат фирмы «АМ» (Австрия), регистрационный номер № ИМ – 7.95.139. Аппарат включает в себя эхо-саундер, который преобразует ультразвуковые волны в аудио-сигналы, за счет чего при обнаружении геморроидальных артерий в подслизистом слое возникает шум пульсации последних. Перед операцией подготовка толстой кишки проводилась препаратом «Фортранс». Операция выполнялась в стандартном положении под спинальной анестезией. Вводился аноскоп с смонтированным в него ультразвуковым датчиком и производилась диагностическая доплерометрия, при которой диагностировались шесть постоянных артерий, расположенных на 1, 3, 5, 7, 9 и 11 часах по условному циферблату, а также в 3 случаях пульсация определялась 8 и 10 часах. Восемьюобразными швами через лигатурное окно аноскопа изолированно прошивали и лигировали артерии на 11 и 1 часах атравматической нитью. Далее прошивали и лигировали артерии на 7, 8, 9, 10 и 3,5 часах. При выпадении слизистой проводили лифтинг и мукопексию.

Результаты: Результаты лечения хронического геморроя представлены в таблицах 1 и 2. До 24 месяцев осмотрены все пациенты.

Таблица 1. Ближайшие результаты лечения

Время операции (в мин)	25-50 (39,2±2,1)
Длительность пребывания в стационаре (дни)	1-2 (1,3±0,3)
Время первой дефекации (дни)	3
Восстановление трудоспособности (дни)	1,3±0,3

Трудоспособность восстановлена в среднем за 1,3±0,3 дней. Время операции составляло в среднем 39,2±2,1 минут.

Таблица 2. Результаты хирургического лечения хронического геморроя

Симптомы заболевания	До	После
Выпадение узлов	3 (20%)	1 (5%)
Кровотечение	6 (40%)	0
Боли после дефекации	4 (26,7%)	1 (5%)
Зуд	5 (33,3%)	1 (5%)
Тромбоз наружных узлов	0	1 (5%)
Недостаточность анального сфинктера	0	0

В послеоперационном периоде отмечали невыраженный болевой синдром после дефекации в 1 случае, который купировали введением раствора кетарола. Интраоперационных осложнений не возникло. После операции в течении 6 часов больные вставали. На 2 сутки при осмотре пациентов геморроидальные узлы находились в спавшемся состоянии. Стул был на 3 сутки. Стационарное лечение длилось до 1-2 суток. Больные осматривались в раннем послеоперационном периоде на 2-3 сутки и в сроки 1, 6, 12, 16, 24 месяцев. Рецидивов не выявлено.

Выводы: Применение трансанальной дезартеризации внутренних геморроидальных узлов под доплер-контролем с мукопексией и лифтингом слизистой – при патологии анального канала является эффективной альтернативой стандартному хирургическому лечению, позволяющей сократить временную нетрудоспособность до 1,3±0,3 дня (p<0,01). Метод позволяет проводить лечение хронического геморроя II-IV стадии в течении одной госпитализации.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА «LIGASURE» ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРОЯ

Дмитриченко В.В., Царегородцев А.Е., Ушка А.К., Погосан Г.Н.
ФГУ «НМХЦ им.Н.И.Пирогова», Санкт-Петербургский
клинический комплекс, Санкт-Петербург, Россия

Оперативное лечение больных в III и IV стадии хронического геморроя с использованием аппарата «LigaSure» проводилось при неэффективном консервативном лечении, прогрессировании заболевания или рецидивирующем кровотечении. Показания к оперативному лечению выставлялись после полноценного обследования и исключения других источников кровотечения.

Методика выполнения геморроидэктомии практически не отличалась от традиционной техники по Миллигану-Моргану. Однако, использование данного аппарата, обеспечивающего надежный гемостаз, позволило избежать наложения дополнительных швов и сократить время операции до 15-20 мин.

Всего выполнено 108 вмешательств с использованием аппарата «LigaSure». Обеспечение надежного гемостаза позволило отказаться от необходимости заведения тампона в анальный канал. В послеоперационном периоде отмечалось достоверное снижение интенсивности болевого синдрома в сравнении с традиционной операцией. Введение анальгетиков требовалось только в 1 сутки раннего послеоперационного периода.

Минимальное повреждающее воздействие аппарата «LigaSure» на ткани привело к сокращению сроков заживления ран, и быстрому восстановлению социальной и трудовой активности. Сроки пребывания в стационаре сократились с 4-7 до 1-3 дней, а сроки нетрудоспособности сократились в среднем до 2 недель.

Зарегистрированы 2 осложнения: послеоперационные кровотечения на 4 и 6 сутки после операции с кровопотерей средней степени тяжести (один из пациентов прибыл из дома после выписки). Кровотечение остановлено прошиванием сосудистой ножки геморроидального комплекса. В связи с этим, мы считаем целесообразным рекомендовать дополнительно прошивать сосудистую ножку комплекса при геморроидэктомии аппаратом «LigaSure».

Таким образом, геморроидэктомия аппаратом «LigaSure» может быть рекомендована в широкую хирургическую практику.

Методика позволяет уменьшить длительность операции, снизить интенсивность послеоперационного болевого синдрома и сократить сроки пребывания больного в стационаре. При определенных социальных условиях операция может выполняться амбулаторно (в условиях дневного стационара).

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

Долгих О.Ю., Булгаков С.В., Аржанова, Маланичева И.В.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Самара ОАО «РЖД», Самара, Россия

Иссечение трещины способствует заживлению более чем в 90 процентах наблюдений. При этом сохраняется возможность различных осложнений. Прецизионная хирургическая техника иссечения трещины с анопластикой свободными лоскутами сочеталась с аппликациями геля, содержащего нифедипин в послеоперационном периоде. Улучшение тканевой перфузии способствует заживлению раны.

Цель исследования: оценка непосредственных результатов лечения хронической анальной трещины.

Материал и методы: исследование проспективное, рандомизированное. Включено 120 пациентов хронической анальной трещиной, находившихся на лечении в НУЗ ДБ на ст. Самара за период с 2007 по 2010 гг. В основной группе (70 больных) выполнялось иссечение (Surgitron) трещины с пластикой боковыми свободными лоскутами и

применением водорастворимого геля, содержащего 0,4% Nifedipin и 2% Escrascin (аптека «Lev Hertzelia», Israel) дважды в день после сидячей ванночки в объеме 1 мл геля. В контрольной группе (50 больных) иссечение трещины (Surgitron) в просвет кишки с применением гидрофильной мази Левомеколь. Группы сопоставимы по полу и возрасту. Послеоперационное наблюдение проводилось до заживления раны. Отмечались интенсивность болевого синдрома, давление в анальном канале, ультрасонография.

Результаты: болевой синдром измерялся по ВАШ. В основной и контрольной группах в день 0 интенсивность болевого синдрома составила 4,8. На 7 день 3,2 и на 14 день 2,2 в контрольной группе. В основной группе 7 день – 5,0 и 14 день – 3,7. Средняя продолжительность заживления послеоперационной раны – полная эпителизация, отсутствие отделяемого 18 дней в основной группе и 38 дней в контрольной. Анальное давление в покое и максимальное в обеих группах снизилось в послеоперационном периоде. В контрольной группе осложнения наблюдались у 23% – вторичное заживление, подтекание и недержание газов. В основной группе осложнения отмечены у 8% – отхождение одного или двух лоскутов с последующим вторичным заживлением раны. Послеоперационная трансректальная ультрасонография показала отсутствие новых дефектов внутреннего сфинктера.

Заключение: между группами отмечена разница в болевом синдроме, сроках заживления, послеоперационных осложнениях и функциональных результатах. Не отмечены побочные эффекты местного применения геля, содержащего блокаторы кальциевых каналов – нифедипин и местный анестетик – эсрацин. Предложенный метод показан пациентам с хронической анальной трещиной, устойчивой к консервативному лечению. Исключает побочные эффекты и функциональные расстройства в послеоперационном периоде.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛАХ ПОСЛЕ СКЛЕРОТЕРАПИИ

Жигаев Г.Ф., Кривгина Е.В.

Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко, Улан-Удэ, Россия

Склерозирующее лечение геморроя является наиболее давним способом малоинвазивных методик. Благодаря внедрению в широкую клиническую практику новейших консервативных способов лечения выполнение радикальной геморроидэктомии показано не более, чем у 30% всех больных геморроем. Клиническая картина геморроя широко известна и включает кровотечение, выпадение геморроидальных узлов, зуд и боль. Болевой синдром возникает при обострении заболевания (тромбоз, периаанальный отёк), либо при наличии сопутствующих заболеваний: анальная трещина, свищ прямой кишки и т.д.

Цель: Рассмотрение проблемы развития современного комплексного лечения геморроя с применением склеротерапии «Фибро-вейном». Эффективность препарата при лечении острого и хронического геморроя подтверждена в проведенных рандомизированных исследованиях.

Материалы и методы: В наше исследование было включено 45 больных с комбинированным геморроем, из них было 28 (62,2%) мужчин и 17 (37,7%) женщин. Возраст больных колебался от 20 до 65 лет. В качестве склерозирующего препарата нами использовался 3% раствор «Фибро-вейна». Инъекции выполнялись непосредственно в геморраидальный узел, затем в анальный канал вводилась газоотводная трубка, окутанная в мазевые салфетки для компрессии узла. Через две недели наступала самопроизвольная «ампутация» узлов, осложнений не наблюдалось. Субъективная оценка болевого синдрома производилась самими пациентами при помощи визуальной аналоговой шкалы, в которой выраженность боли оценивается от 0 (полное отсутствие боли) до 10 (очень сильная боль).

В отпавших геморраидальных узлах были обнаружены множественные участки склероза соединительной ткани со сдавлением мелких кавернозных вен и вены с организованными тромбами.

Заключение: Таким образом, склерозирующий препарат «Фибро-вейн» распространяется в проксимальном направлении от места введения иглы, обтурируя кавернозные вены и тельца геморраидальных узлов в области инъекции. Препарат экономически доступен для пациентов, что существенно расширяет возможности его широкого применения в повседневной клинической практике.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРОЕМ

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

Кафедра и клиника госпитальной хирургии ГОУ ВПО Минздравоисразвития, Самара, Россия

Распространенность ректоцеле среди женщин составляет от 7,0 до 56,5% (Аминев А.М., 1971; Воробьев Г.И., 2001), при этом более чем у половины пациенток ректоцеле сочетается с хроническим геморроем (57%).

Целью настоящего исследования является улучшение результатов лечения больных, страдающих ректоцеле и геморроем.

Материалы и методы: В отделении колопроктологии клиники госпитальной хирургии СамГМУ эндоректальная слизисто-подслизистая резекция (ЭСЦР) прямой кишки методом Лонго применяется с октября 2006 года. Проведено лечение 285 пациентов. Возраст больных от 25 до 82 лет, в среднем – 45 лет. Из общего количества прооперированных

у 158 (55,4%) человек диагностирован геморрой II-IV стадии. В 127 наблюдениях (44,6%) пациентки оперированы по поводу ректоцеле I-III ст., из них у 83 женщин основное заболевание сочеталось с хроническим внутренним геморроем II-IV ст. У больных, страдающих ректоцеле III ст., выполнялся усовершенствованный способ циркулярной ЭСЦР. Отличие данного способа от стандартной операции Лонго заключается в том, что дополнительно на передней стенке прямой кишки накладывается один или два полукишечных шва в зависимости от степени ректоцеле.

Результаты: Аппараты американской фирмы Ethicon Johnson and Johnson PPH 01, PPH 03 применялись в 146 операциях, степлеры KYGZ 33.5 и KYGZB 33.5, произведенные в Китае, – в 139 вмешательствах. Средняя длительность операции – 17 мин. Интраоперационное кровотечение из линии аппаратного шва выявлено у 15 (5,2%) пациенток: у 11 (3,8%) – при использовании аппаратов китайского производства и у 4 (1,4%) – при применении аппарата фирмы Ethicon Johnson and Johnson. Кровотечение было остановлено во время операции прошиванием атравматическим синтетическим рассасывающимся материалом (полиглюкоид 2,0). Во время выполнения операции с аппаратом KYGZ 33.5 у 2 больных не произошло полное отсечение слизи – подслизистого слоя прямой кишки. Средний послеоперационный период составил 2,7±0,7 дней. Средний период реабилитации – 9,8±1,2 дней. Ближайшие и отдаленные результаты изучены у 186 (65,3%) из 285 (100,0%) больных. Рецидив ректоцеле выявлен у 4 (1,4%) пациенток. Сроки наблюдения – от 6 до 40 мес. Хотя при использовании аппаратов китайского производства отмечено несколько большее количество интраоперационных осложнений, это не повлияло на средние сроки лечения больных.

В отделении колопроктологии клиники госпитальной хирургии больных, страдающим передним ректоцеле III ст., у которых дивертикулообразное выпячивание составляет 6 см, планируется применение сетчатых аллотрансплантатов GYNECARE PROLIFT.

Выводы: 1) Преимуществами ЭСЦР прямой кишки являются: малая травматичность хирургического пособия, отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращение сроков пребывания в стационаре и времени медицинской и социальной реабилитации больных. 2) Циркулярную ЭСЦР прямой кишки при сочетании у больных ректоцеле и хронического внутреннего геморроя следует считать операцией выбора.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ДОПЛЕР-КОНТРОЛИРУЕМОЙ ДЕЗАТЕРИАЛИЗАЦИИ. ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Загрядский Е.А.

Медицинский центр «ОН КЛИНИК», Москва, Россия

Трансанальная дезартеризация внутренних геморраидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии, это новое направление в малоинвазивном лечении геморраидальной болезни. Эффективность данного метода лечения в силу своей новизны еще не установлена.

Цель: оценить отдаленные результаты лечения с использованием данной методики.

Материалы и методы: С 1 октября 2003 до 31 октября 2006 года в Московском Медицинском центре «ОН КЛИНИК» проведено лечение 452 больных с II-IV стадией хронического геморроя. Среди них было 276 мужчин (73,6%) и 99 (26,4%) женщин в возрасте от 23 до 74 лет (средний возраст 43,0±8,7 года). По стадиям заболевания больные распределились следующим образом: II стадия – 104 больных (27,7%), III стадия – 236 больных (62,9%), IV стадия – 35 больных (9,3%). Длительность заболевания составила от 2 до 25 лет (в среднем 7,0±5,15). Все операции выполнены на оборудовании компании А.М.И.® (Австрия). Отдаленные результаты лечения прослежены у 375 (82,9%) пациентов в течение 5-лет. Оценка результатов лечения получена на основании стандартизованного анкетного опроса и данных объективного обследования. Признаки недержания оценены по шкале Jorge J.M., Wexner SD. Результаты лечения оценены через 1-2 года и 5 лет после операции.

Результаты: В течение первых двух лет отсутствие симптомов заболевания отметили 92 (88,5%) больных с II – стадией заболевания. Через пять лет после операции отсутствие симптомов отметили 90 (86,5%) больных. При объективном обследовании выявлен пролапс внутренних узлов у 14 (13,5%) больных, через 5 лет пролапс выявлен у 18 (17,3%) больных. Пролапс сопровождался периодическими незначительными кровотечениями. Для ликвидации симптомов заболевания использовалась склеротерапия и терапия флеботоническими препаратами.

Обследование больных с III-стадией заболевания, показал отсутствие симптомов заболевания у 200 (85%) пациентов в течение первых 2-х лет. Через 5 лет количество пациентов, не имеющих симптомов заболевания, сократилось до 78,3% (184) больных. При объективном исследовании и анкетном пролапс выявлен у 44 (18,8%) больных, через 5 лет истинный пролапс выявлено 52 (22,1%) больных. Пролапс сопровождался частыми кровотечениями. Консервативное лечение не давало стойкого эффекта, что потребовало использования склеротерапии, латексного лигирования и геморроидэктомии солитарно выпадающих узлов. У больных с IV стадией заболевания отсутствие симптомов выявлено в первые два года у 24 (68,6%). Через 5 лет у 23 (65,7%) больных. Набухание наружных геморраидальных узлов, воспринимаемых больными, как выпадение внутренних геморраидальных узлов, являлось основной причиной повторного обращения и повторных хирургических вмешательств. При оценке признаков недержания ни один из наших пациента не имел выше 2 баллов ни до, ни после операции.

Заключение: На основании данных анкетного опроса и объективного обследования, результаты лечения зависят от стадии заболевания болезни. Трансанальная дезартеризация внутренних геморраидальных

узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии. эффективная патогенетическая малоинвазивная технология лечения геморроидальной болезни. Использование технологии у больных с III и IV стадии заболевания, дает значительный рецидив симптомов заболевания, обусловленный разрушением связочного аппарата геморроидального сплетения, требующего повторного хирургического лечения. В связи с эти при III и IV стадии геморроя, технология должна выполняться в сочетании с мукопексией и лифтингом слизистой.

ГЕМОРОИДЭКТОМИЯ И ТРАНСАНАЛЬНАЯ ДОППЛЕР-КОНТРОЛИРУЕМАЯ ДЕЗАТЕРИАЛИЗАЦИЯ В СОЧЕТАНИИ МУКОПЕКСИЕЙ СЛИЗИСТОЙ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ III-IV СТАДИИ

Заградский Е.А., Горелов С.И.

Медицинский центр «ОН КЛИНИК». Москва, Россия

Актуальность проблемы трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией слизистой (HAL-RAR), представлена как альтернатива закрытой геморроидэктомии. Ранние и 1-летние результаты лечения в сравнении закрытой геморроидэктомии представлены в проспективном рандомизированном исследовании.

Пациенты и методы: Сто тридцать пять пациентов III-IV стадии геморроя были рандомизированы, группа HAL-RAR (n=65) и группа ЗГ (n=70). Все операции были выполнены под общей анестезией. Операции были запланированы как случаи короткого пребывания или одного дня

Результаты: в сравнении двух групп, не было различия в длительности операции в первой группе 36,1±2,3 мин и 35,5±3,1 мин второй группы (P> 0,001), и наступления первой дефекации. Болевой синдром был значительно более выражен во второй группе в течение первых десяти дней (p<0,05). Средняя потребность в болеутоляющих средствах была выше во второй группе (46,1±7,7мг) («Кетаролак») против 32,3±12,6 мг в HAL-RAR-группе (p<0,001). Пациенты в HAL-RAR-группе провели 18,3±3,5 часа в стационаре в ЗГ-группе 62,0±12,4 часа. Среднее число дней нетрудоспособности в HAL-RAR-группе-2,8±0,7 (2-4)-дня, против 21,1±2,7 (12-27) дня. (P=0,002) в группе ЗГ.

У тринадцати пациентов развились осложнения. В ЗГ-группе, у трех пациентов (3,4%) развивалась острая задержка мочи, которое потребовало однократной катетеризации мочевого пузыря, у одного пациента (1,4%) развилось послеоперационное кровотечение на 17 сутки после операции, которое потребовало обкалывания слизистой раствором 0,5% раствор бувикина с адреналином 1:200000. В HAL-RAR-группе, у одного пациента (1,5%), развился тромбоз наружного геморроидального узла, который разрешился на фоне консервативного лечения. У 2 (3,1%) пациентов в группе HAL-RAR и 6 (8,6%) пациентов в группе ЗГ, отмечалась кратковременная лихорадка, которая самостоятельно прошла.

При анализе результатов лечения на основании стандартизованного анкетного опроса и объективного обследования выявили, что отсутствие симптомов заболевания в HAL-RAR-группе выявлено у 54 (83,1%) больных, а в группе ЗГ у 67 (95,7%) (p=0,016), что статистически не значимо. Истинный пролапс выявлен только у 3 (4,6%) из 65 пациентов в HAL-RAR-группе, что потребовало проведение 2 сеансов склерозирующего лечения для ликвидации симптомов пролапса. В группе ЗГ пролапса не отмечено (P=0,109). Анкетный опрос и клиническое обследование пациентов показало, что признаки симптоматического наружного геморроя выявлены у 6 (9,2%) пациентов в HAL-RAR-группе и в 1 (1,4%) случае в группе ЗГ (P=0,047). Под локальной анестезией проведено удаление наружных геморроидальных узлов 6 пациентам первой группы. Эпизодические незначительные кровотечения отмечены в группе HAL-RAR у 2 из 65 (3,1%) и у 1 из 70 (1,4%) в группе ЗГ (P=0,472). Боли после дефекации отмечены только у 1 пациента в группе ЗГ (p=0,519). Ни одна из процедур не воздействовала на фекальную сдержанность.

Заключение: Операция HAL-RAR, отличается низким послеоперационным болевым синдромом, что позволяет пациентам в короткий период вернуться к трудовой деятельности по сравнению с закрытой геморроидэктомией. Отдаленные результаты лечения, свидетельствуют об эффективности вмешательства, что делает процедуру HAL-RAR идеальной для 1-дневной хирургии, и соответствует требованиям минимальной агрессивности.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Зароднюк И.В., Тихонов А.А., Веселов В.В.

ФГУ ГНЦ колопроктологии, Москва, Россия

Одной из новых компьютерно-томографических методик исследования толстой кишки является виртуальная колоноскопия (ВКС), позволяющая получать трехмерные изображения внутренней поверхности кишки без введения в кишку колоноскопа. Приоритетными направлениями в применении ВКС являются скрининг колоректального рака, а также оценка состояния толстой кишки при стенозирующих новообразованиях, особенно, если не удается провести колоноскоп проксимальнее опухоли.

Целью нашего исследования является определение возможностей ВКС в оценке состояния толстой кишки у больных со стенозирующим колоректальным раком.

Материалы и методы: Материалом для исследования послужили данные КТ-исследований с применением программного пакета CT-Colonography 45 больных, обследованных и пролеченных в Центре колопроктологии в период с февраля 2010 по февраль 2011 по поводу стенозирующего рака прямой и ободочной кишок. Среди них было 25 женщин и 20 мужчин в возрасте от 40 до 72 лет (средний возраст 61,2±8 лет). Все пациенты оперированы в клинике ГНЦК. Показанием к проведению ВКС послужила невозможность осмотреть при колоноскопии отделы толстой кишки проксимальнее опухоли из-за выраженного сужения кишечного просвета. Данные компьютерной томографии сопоставлены с данными колоноскопии, интраоперационной ревизии и морфологического исследования препаратов удаленной толстой кишки.

Результаты: Из 45 больных со стенозирующим колоректальным раком выполнить виртуальную колоноскопию на всем протяжении удалось у 35 (78%), а у 10 (22%) пациентов не удалось осмотреть отделы кишки, проксимальнее опухоли, из-за наличия большого количества содержимого и остаточной жидкости. У больных с неполной ВКС выявлялось протяженное и выраженное сужение кишки, осложненное перифокальным воспалением с абсцедированием (3 б-ных), наличием множественных метастазов в печени (4 б-ных), канцероматозом брюшины с асцитом (3 б-ных). В этих случаях анализ проводился по аксиальным срезам и двухмерным реконструкциям (оценивалась, прежде всего, толщина кишечной стенки), что позволило исключить наличие крупных новообразований от содержимого. У остальных 35 больных виртуальная колоноскопия выполнена на всем протяжении, что позволило в трех наблюдениях выявить в отделах проксимальнее опухоли синхронные новообразования: рак восходящей кишки, ворсинчатую опухоль слепой кишки, полип 1,5 см в поперечной ободочной кишке. Применение опции цветного картирования помогло дифференцировать новообразования от содержимого. Во всех наблюдениях ВКС позволила дать точную локализацию опухоли, оценить ее протяженность. Анализ аксиальных срезов, фронтальных и сагиттальных реконструкций дал возможность судить о местном распространении опухолевого процесса, регионарном и отдаленном метастазировании.

Выводы:

1. У большинства больных (78%) со стенозирующим колоректальным раком виртуальная колоноскопия проведена в полном объеме, что позволило оценить состояние отделов кишки проксимальнее опухоли и выявить синхронные новообразования.
2. При невозможности выполнения виртуальной колоноскопии на всем протяжении оценка проксимальных отделов проводилась по аксиальным срезам, двухмерным реконструкциям, что дало возможность исключить наличие крупных новообразований проксимальнее опухоли.

ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ В НОРМЕ И ПРИ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

Захарченко А.А., Винник Ю.С., Галкин Е.В., Штоппель А.Э., Кузнецов М.Н.

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Росздрава», кафедра общей хирургии, Красноярск, Россия

Цель: Изучить особенности артериального кровоснабжения прямой кишки (ПК) в норме и при геморроидальной болезни.

Материалы и методы: В основу изучения нормальной рентгеноангиоанатомии верхней ректальной артерии (ВРА) положен анализ ангиограмм 46 пациентов без симптомов геморроидальной болезни (диагностическая ангиография выполнена для исключения сосудистой патологии левых отделов ободочной кишки) и 52 больных с хроническим геморроем I-III стадий. При анализе ангиограмм оценивали: диаметр и длину ВРА, характер ее деления на дистальные ветви и их диаметр, наличие анастомозов с другими артериальными системами ПК, количество терминальных ветвей на уровне нижеампулярного отдела ПК (локализации внутренних геморроидальных узлов).

Результаты: Длина ВРА в норме колебалась от 1,4 до 4,8 см (2,73±1,93), диаметр ее равнялся 0,19-0,29 см (0,23±0,08). При геморроидальной болезни длина ВРА практически не отличалась от нормальных показателей, варьировала от 1,38 до 4,6 см (2,78±1,85) (p > 0,05), диаметр ее при этом составлял 0,23-0,32 см (0,27±0,12) (p < 0,01). Имело место достоверное увеличение диаметра (усиление артериального притока к геморроидальным узлам). ВРА у пациентов контрольной группы делилась на две дистальные ветви (бифуркация) в 82,6% случаев. При этом третья (задняя) ветвь, отходящая от правой ветви на расстоянии 0,14-0,29 см (0,16±0,72) была выявлена у 17,4% больных. Диаметр ее был достоверно уже каждой из двух основных ветвей и составил 0,07-0,11 см (0,09±0,02) против 0,1-0,12 см (0,11±0,01) (p < 0,05).

При геморроидальной болезни отмечалось обратное соотношение – ВРА делилась на три дистальные ветви (трифуркация) в 69,2% случаев. Диаметр каждой ветви при этом составил 0,14±0,01 см. Каждая из ветвей была достоверно шире, чем в контрольной группе, где показатели диаметров варьировали в пределах от 0,8 до 0,12 см (0,1±0,02) (p < 0,05). Бифуркационное деление ВРА отмечено в 30,8% случаев. Третья ветвь была также уже, как и в контрольной группе, диаметр ее варьировал в пределах от 0,09 до 0,12 см (0,1±0,02). Разница диаметров третьей ветви в группах была недостоверной (p > 0,05). В 13,5% случаев дистальные ветви ВРА прослеживались в количестве трех до нижеампулярного отдела ПК (зона локализации внутренних геморроидальных узлов на 3, 7 и 11 часах). Терминальные ветви ВРА в количестве от 4 до 7 на уровне нижеампулярного отдела ПК обнаружены в 86,5% случаях. При этом 4

ветви – в 17,7%, 5 ветвей – в 42,2%, 6 ветвей – в 26,6%, 7 ветвей – в 13,5% случаев (кавернозная ткань дополнительно локализовалась на 1, 5 и 9 часах). Коллатеральная связь ВРА со средними прямокишечными артериями при геморроидальной болезни выявлена у 7,6% пациентов. В 3,8% наблюдений зарегистрировано двухстороннее ретроградное контрастирование средних прямокишечных артерий.

Заключение: Кровоснабжение внутренних геморроидальных узлов осуществляется в основном ветвями ВРА. Усиленный артериальный приток к геморроидальным узлам обусловлен расширением диаметров как самой ВРА, так и ее дистальных ветвей, преобладанием трифуркационного типа ветвления. Недочет данных о коллатеральном кровоснабжении геморроидальных узлов через средние прямокишечные артерии и о количестве терминальных ветвей ВРА (4–7) может ухудшить отдаленные результаты известных методов лечения хронического геморроя. Одним из способов лечения геморроидальной болезни на ранних стадиях (с преобладанием кровотечений различной степени интенсивности), при рецидивах заболевания после геморроидэктомии или наличии противопоказаний для оперативного лечения, при неэффективности малоинвазивных методов может быть эндоваскулярный блок артериального притока в системе ВРА.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО И ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГЕМОРРОЕМ

Зинченко О.В., Муравьева А.А., Обедин А.Н., Семерчев Г.Г., Марочкин С.В.

ГОУ ВПО Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Проведена оценка эффективности интраоперационного и периоперационного обезболивания больных с геморроем оперированных в условиях спинальной и эпидуральной анестезии.

В исследование вошли 35 пациентов в возрасте от 28 до 45 лет, которым была выполнена геморроидэктомия. Средний возраст составил 36,5 лет. Все больные в зависимости от применяемого метода обезболивания были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 20 пациентов, которым интраоперационно была выполнена спинальная анестезия 0,5% раствором бупивакаина, в периоперационном периоде применялся промедол 2% – 1 мл внутримышечно 4–6 раз в сутки. Вторую группу составили 15 пациентов которым как интраоперационно, так и в периоперационном периоде использовалась эпидуральная анестезия. Интраоперационно использовался 0,75% раствор ропивакаина (Наропин) в периоперационном периоде применялся 0,375% раствор ропивакаина по 5 мл в эпидуральный катетер каждые 4 часа в сочетании с внутримышечным введением кетопрофена (кетонал 5%) 100 мг три раза в сутки. Уровень адекватности обезболивания определяли по 10 балльной ЦРШ, кроме того, оценивался уровень моторного блока по Bromage.

Результаты: Интраоперационный уровень анальгезии был адекватным как в первой, так и во второй группе исследования и оценивался пациентами в 0 баллов по ЦРШ, уровень моторного блока в первой группе оценивался в 3 балла, а во второй в 1 балл по Bromage.

В периоперационном периоде в первой группе исследования длительность анальгетического эффекта составляла 3,0±1,2 часа, а интенсивность боли оценивалась пациентами в 7 баллов по ЦРШ в 75% случаев, в 25% случаев в 5–6 баллов, что потребовало сокращения времени между очередным введением опиоидов, либо дополнительного введения нестероидных противовоспалительных средств (кетопрофен). Во второй группе исследования в 66,6% случаев уровень боли оценивался в 1–2 балла, в 26,6% случаев в 2–3 балла и в 6,8% в 4 балла. Уровень моторного блока в 86,6% случаев составлял – 0 баллов, в 13,4% случаев – 1 балл по Bromage и не вызывал дискомфорта при движении.

Возникновение первой послеоперационной дефекации на 3 сутки периоперационного периода в первой группе исследования отмечалось усиление интенсивности боли до 8–9 баллов по ЦРШ, и требовало введения опиоидных анальгетиков после акта дефекации в 70% случаев и в 15% нестероидных противовоспалительных средств. Во второй группе первая послеоперационная дефекация не сопровождалась усилением болевых ощущений, и не приносила страдания пациентам.

Послеоперационное обезболивание в первой группе исследования в 30% случаев было признано пациентами как «удовлетворительное», в 70% как «неудовлетворительное». Во второй группе в 86,6% случаев послеоперационное обезболивание оценивалось как «хорошее», в 13,4% случаев как «удовлетворительное».

Выводы:

1. Низкий спинальный блок и эпидуральная анестезия позволяют обеспечить адекватную анестезиологическую защиту во время оперативных вмешательств по поводу геморроя.
2. Системное применение опиоидных анальгетиков не позволяет обеспечить адекватный уровень обезболивания у больных после геморроидэктомии.
3. Длительная эпидуральная анестезия 0,375% раствором ропивакаина в сочетании с внутримышечным введением кетопрофена обеспечивает адекватное послеоперационное обезболивание и повышает качество жизни пациентов после геморроидэктомии.

ГЕМОРРОИДЕКТОМИЯ С СОЧЕТАННЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТА LIGA SURE И СКАЛЬПЕЛЯ ULTRACISION

Ильканич А.А., Абубакиров А.С., Нуретдинова Л.А.

ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры», БУ ХМАО-Югры «Сургутская ОКБ», Сургут, Россия

Цель исследования: оценка эффективности геморроидэктомии с сочетанным применением аппарата Liga Sure и скальпеля Ultracision.

Материал и методы: Проведен анализ лечения 155 больных с хроническим геморроем, оперированных в Сургутской окружной клинической больнице г. Сургута в период 2005–2011 гг. Закрытая геморроидэктомия (ЗГЭ) (контрольная группа) выполнена 73 больным (47%). Геморроидэктомия с сочетанным применением аппарата Liga Sure и скальпеля Ultracision (основная группа) – 82 пациентам (53%). Основная и контрольная группы сопоставимы по полу, возрасту, стадии и длительности заболевания, сопутствующей патологии.

Оценка эффективности проведена по результатам сравнительного анализа течения раннего послеоперационного периода. Интенсивность болевого синдрома изучена с помощью адаптированной задачи исследования оригинальной «Анкетой болевого синдрома» основанной на визуально-аналоговой шкале.

Выполнен сравнительный цитологический анализ. Забор материала проведен методом бреш-биопсии с ран анального канала на 1, 3, 5, 7, 14 и 21 сутки послеоперационного периода. Дана сравнительная оценка темпу регресса воспалительной реакции в обеих группах и скорости ранозаживления.

Результаты: При сравнительном анализе клинического течения раннего послеоперационного периода обнаружено, что интенсивность болевого синдрома в контрольной группе составила 25,3±7,1 баллов против 18,3±3,7 баллов в основной. Также отмечено, что частота дизурических расстройств в контрольной группе достигла 13,2% наблюдений. В то же время, в основной группе это осложнение составило 9,4%. Один пациент (1,4%) оперированный методом ЗГЭ на 3 сутки после вмешательства был оперирован в экстренном порядке повторно в связи с кровотечением. Средний койко-день в контрольной группе составил 9,9±1,5 против 8,8±1,7 в основной.

Сравнительная оценка цитологической картины мазков отпечатков больших оперированных методом геморроидэктомии с сочетанным применением аппарата Liga Sure и скальпеля Ultracision подтвердила более высокий темп регресса воспалительных процессов, появление признаков регенерации уже на 7 сутки послеоперационного периода, появление плоского эпителия на 14 сутки и развитие соединительнотканых элементов к 21 суткам.

Заключение: Таким образом, течение послеоперационного периода при геморроидэктомии с сочетанным применением аппарата Liga Sure и скальпеля Ultracision отличается меньшим числом послеоперационных осложнений, низкой интенсивностью болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, более эффективным ранозаживлением.

ПРИОБРЕТЕННЫЕ СТЕНОЗЫ АНУСА И ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Ионов А.Л., Щербакова О.В., Пичугина М.В., Лука В.А., Андреев Е.С., Сулавко Я.П.

ФГУ «Российская детская клиническая больница» Минздрава России, отделение хирургии №1, Москва, Россия

Приобретенные стенозы ануса и прямой кишки у детей занимают значительное место в структуре детской колопроктологической патологии и достигают 30% от всех осложнений, возникающих после проведения операций в аноректальной области. Представленные наблюдения основаны на клиническом материале отделения хирургической колопроктологии ФГУ РДКБ. Под нашим наблюдением находилось 198 детей с приобретенными стенозами ануса и прямой кишки. Подавляющее число наблюдений рубцового сужения ануса и прямой кишки приходится на группу больных с атрезией ануса и прямой кишки (93%). Рубцовое поражение аноректальной области весьма разнообразно и включает в себя ряд важнейших факторов, таких как локализация стенозов, сроки развития рубца, степень сужения просвета кишечной трубки, распространенность патологического процесса по протяжению прямой кишки и в глубину тканей. В целях объективной оценки стенозов ануса и прямой кишки нами использованы: осмотр больного, пальцевое исследование ануса, калибровочное бужирование, ирригография, эндоскопическая оценка стенозов ануса и прямой кишки, функциональные исследования запирающего аппарата прямой кишки, ангиографические исследования сосудистого русла перемещенной в дистальном направлении толстой кишки, с целью выявления ишемии кишечной стенки. Морфологические исследования рубцовой ткани аноректального перехода и прямой кишки позволили нам дать объективную оценку патологического процесса указанной анатомической зоны. Обследовано подвергнуто 59 макропрепаратов, из которых приготовлено 177 гистологических срезов. Лечение непротивяженных стенозов ануса и прямой кишки в силу многообразия их вариантов, вызывает необходимость дифференцированного подхода к выбору метода воздействия на рубцовую ткань. Лечебное бужирование непротивяженных стенозов позволило достичь положительных результатов в 62% случаев. Методы электрокоагуляции «низких» стенозов в области воздушно-слизистого перехода ануса и анального канала и эндоскопической электрокоагуляцией «высоких»

стенозов ампулы прямой кишки эффективны в 28,5%. Лазерная фотовапоризация рубцовых стенозов ануса использована нами при «низкой» локализации у 15 детей, у 9 в области кожно-слизистого перехода и у 6 пациентов в анальном канале. Уместно отметить, что все 6 больных, имеющих рубцовый стеноз анального канала получили рецидив патологического процесса. Эффективность метода лазерной фотовапоризации при «низкой» локализации стеноза составила 26,6%. Радиочастотная и молекулярно-резонансное воздействие на рубцовую ткань с элементами проктопластики эффективна в 78,6%. В случаях распространения рубцового процесса высокой локализации, методом выбора может служить сакральная проктопластика (эффективен в 60% случаев.) При непротяженных стенозах средней и верхней 1/3 ампулы прямой кишки выполнялась брюшно-промежностная проктопластика. Эффективность этих операций достигает 85,7%. В хирургическом лечении протяженных стенозов прямой кишки использовались: задне-сагиттальная проктопластика при локализации патологического процесса в дистальных отделах ампулы прямой кишки с положительным эффектом в 36,6%, брюшно-промежностная проктопластика при локализации рубцовой ткани в более высоких отделах прямой кишки, но без поражения параректальных тканей с положительным эффектом 87% и брюшно-сакральная проктопластика при аналогичной локализации стеноза с распространением рубца за пределы кишечной стенки с положительным эффектом 60%. Нами разработана и внедрена в практику брюшно-сакральная, трансректальная проктопластика. Показаниями к данному варианту хирургического лечения служат протяженные стенозы прямой кишки с поражением параректальных тканей, а также сочетание указанной патологии с ректоуретральным, ректовагинальным и параректальным свищами.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ В СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРРОЯ

Исаев В.Р., Жуков Б.Н., Чернов А.А., Каторин С.Е., Поликашин Н.Н., Кудряшов С.К., Тулупов М.С.

ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, кафедра и клиника госпитальной хирургии, Самара, Россия

На текущем этапе стратегия развития любого современного учреждения здравоохранения неразрывно связана с развитием информационных технологий. В условиях работы с огромными массивами финансовых, медицинских и статистических сведений не представляется возможным использовать традиционные методы хранения и обработки информации, которые не способны обеспечить необходимую оперативность доступа к информации и позволить в режиме реального времени проводить интегрированный анализ данных с целью принятия решения о выборе максимально эффективного метода лечения пациента.

Цель: разработка информационных методов определения эффективного способа оперативного лечения хронического внутреннего геморроя.

Материалы и методы: В рамках существующих представлений нами разработана математическая модель определения интегрального показателя – индекса эффективности лечения (гос. регистр. №2010614636 от 14.07.2010 г.).

Автоматизированная оценка эффективности двух методов оперативного лечения была произведена у 246 больных с хроническим внутренним геморроем (ХВГ) 2-4 стадии. Закрытая геморроидэктомия (ЗГЭ) с ушиванием образовавшихся в анальном канале ран непрерывным швом была выполнена у 117 (47,6%) пациентов (первая группа). У второй группы 129 (52,4%) больных выполнена циркулярная слизисто-подслизистая резекция нижеампулярного отдела прямой кишки методом Лонго (СПР). Анализируемые группы сопоставимы по возрасту, полу и стадии заболевания.

В исследуемых группах проводилось комплексное обследование: анкетирование, общеклинические и физические методы.

Результаты: На основании полученных данных сделан вывод о том, что СПР является органосохраняющим методом лечения больных ХВГ, легче переносится пациентами за счёт отсутствия выраженного болевого синдрома и способствует более ранней активизации и реабилитации пациентов. Преимущество СПР чётко коррелирует со стадией заболевания. Оперативное лечение методом Лонго, согласно нашим интегрированным показателям, эффективно у пациентов со 2 и 3 стадией болезни (86,2%). У пациентов с 4 стадией ХВГ эффективность значительно ниже (28,4%). При выполнении ЗГЭ болевой синдром в раннем послеоперационном периоде выявлен у 20 (8,1%) больных, отёк прианальной области у 4 (1,6%) пациентов, дизурические расстройства наблюдались в 8,5% наблюдений. Эффективность лечения составляет 76,8%. Болезненные послеоперационные рубцы в анальном канале выявлены у 9 человек (3,6%) после СПР и у 48 (19,5%) после ЗГЭ. Боли при дефекации отмечались у 9 пациентов (3,6%), перенесших ЗГЭ.

В отдалённом послеоперационном периоде наибольшая эффективность отмечена после операции методом Лонго у пациентов с хроническим внутренним геморроем 2 и 3 стадии. Эта операция оказалась наименее травматичной и более физиологичной. При 4 стадии заболевания более эффективной была ЗГЭ.

Выводы: Разработанная математическая модель позволяет оценить эффективность оперативного лечения хронического внутреннего геморроя. Она является одним из примеров практического использования современных информационных технологий для решения частных задач восстановительной терапии на основе ограниченного числа функциональных показателей.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА И МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ

Калаев Т.Н., Мильдзихов Г.У., Джиоев В.Г., Тибилов В.Е., Пагиева М.К.

Кафедра факультетской хирургии ГОУВПО СОГМА, Владикавказ, Россия

Послеродовая слабость сфинктера прямой кишки занимает одно из ведущих мест в колопроктологии и встречается по данным отечественных и зарубежных авторов в 25%-45% случаев от общего числа больных с инконтиненцией (В.Д.Федоров и соавт. 1978, Goliger I.C.1975, Н.Н.Полетов и соавт. 1996, L.Abramowitz и соавт. 2000).

Цель исследования: Изучение влияния степени разрывов промежности на развитие кишечной инконтиненции.

Материал и методы: Нами подвергнуты ретроспективному анализу 1024 историй родов, в которых была отмечена травма промежности. Из них: разрывы I ст. констатированы у 634 (61,9%) рожениц; II ст. – у 366 (35,8%); у 24 (2,3%) верифицированы разрывы III ст.

Методы исследования заключались в выполнении сфинктерометрии; определении состояния мышечного аппарата тазового дна; изучение анального рефлекса, который выполнялся путём раздражения перианальной кожи с последующим ответным сокращением последней. Подразделялся на живой, снижен, отсутствует.

Результаты: Во всех случаях у женщин с I-II ст. травм промежности нарушения анального рефлекса не выявлено. При III ст. – у 8 (33,3%) живой, 12 (50%) – снижен, 4 (16,7%) – отсутствует.

При специальном бимануальном исследовании мышечно-фасциального аппарата тазового дна, выявлялась патологическая податливость дистальной части прямокишечно-влагалищной стенки наружу, в области задней спайки влагалища. Это обусловлено расхождением ножек передних порций мышц, поднимающих задний проход. Следует предположить, что во время ушивания разрыва промежности не выполнялось укрепление фиксирующего аппарата тазового дна (наложения швов на разошедшиеся ножки леваторов), а сохранившийся диастаз способствовал формированию недостаточности анального сфинктера. При проведении данного исследования, у лиц с I ст. – патологии не выявлено. При II ст. – у 24 (6,6%), а при III ст. разрывов промежности – у 16 (66,7%) отмечалась слабость мышц тазового дна.

Исследование запирательной способности анального сфинктера показало: I ст. разрыва промежности – изменений у женщин не выявлено; II ст. – 98 (26,8%) диагностирована I-II ст. инконтиненции; III ст. – 14 (58,3%) – II и III ст. недержания кишечного содержимого. Наибольшие изменения функционального состояния наружного жома прямой кишки, мышечного аппарата тазового дна имели место у лиц с III ст. разрывов промежности.

Заключение. Суммируя вышеизложенное, 390 рожениц перенесшие II и III ст. разрывов промежности в родах, у 127 (32,7%) имело место нарушение держание кишечного содержимого.

Недостаточность анального сфинктера, мышечного аппарата тазового дна встречается при II степени разрывов промежности в родах, соответственно, в 26,8% и 6,6%.

I и III ст. нарушения запирательной способности наружного сфинктера прямой кишки и слабости мышечно-фасциального каркаса тазового дна является следствием тяжелого акушерского травматизма промежности и имеет место у 58,3% и 66,7%.

ОПЫТ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО АППАРАТА СРС-1500

Кашапов А.Г., Баженов А.Г., Грязин В.Г., Бородин О.Г.
МЛПУЗ «Йошкар-Олинская городская больница», Йошкар-Ола, Россия

Геморрой является одним из наиболее распространенных заболеваний прямой кишки. Хирургическим лечением является геморроидэктомия – операция, направленная на ликвидацию трех основных геморроидальных узлов. В раннем послеоперационном периоде после операции геморроидэктомии наблюдаются следующие осложнения: у 34-41% пациентов возникает выраженный болевой синдром, у 2% пациентов – кровотечения, у 15-26% дизурические явления. В отдаленные сроки после операции у 2% оперированных пациентов формируются стриктуры анального канала, у 1% недостаточность анального сфинктера.

Чтобы уменьшить возникающие осложнения, с 2008г в отделении при выполнении геморроидэктомии используется плазменный коагулятор Sorling СРС – 1500. Нами выполнено 432 геморроидэктомии у пациентов с хроническим геморроем 3-4 стадии. Из них – 202 женщинам и 230 мужчинам. Возраст пациентов колебался от 24-64 лет, в среднем составлял 45,2 лет.

С помощью коагулятора геморроидэктомия выполнена 130 пациентам, закрытая геморроидэктомия с восстановлением анального канала – 302 пациентам.

Применение плазменного коагулятора позволило сократить продолжительность вмешательства по сравнению с традиционной закрытой геморроидэктомией (32,0±7 мин и соответственно 40,0±9 мин) в среднем на 8 мин. Сокращение продолжительности оперативного вмешательства достигается за счет отсутствия таких этапов, как ушивание послеоперационной раны. В послеоперационном периоде производилась оценка болевого синдрома по частоте и интенсивности, учитывалась потребность в наркотических анальгетиках.

Для оценки болевого синдрома по его интенсивности нами использовалась десятибалльная шкала, учитывающая наличие болевого синдрома от 0 баллов (нет боли) до 10 баллов – нестерпимая боль. В качестве наркотического средства использовался 2% раствор промедола назначаемый внутримышечно в день операции.

В первый день после операции выраженный болевой синдром отмечался у пациентов после закрытой геморроидэктомии, что потребовало дополнительного назначения не наркотических анальгетиков. В первые сутки после операции у пациентов, перенесших закрытую геморроидэктомию, болевой синдром соответствовал 7-8 баллам, при открытой геморроидэктомии 4-5 баллам.

В первой группе потребность в назначении наркотических анальгетиков составила от 1 до 3 дней. Во второй – первые сутки после операции. По частоте дизурических расстройств не выявлено достоверных различий. Средние сроки пребывания в стационаре составили в первой группе 9,2±1,2 дня, во второй 6,5±1,4 дня. Сроки полного заживления послеоперационной раны при закрытой геморроидэктомии составили 36,3±2,3 дня, а при открытой геморроидэктомии с использованием плазменного коагулятора 26±2,8 дня.

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что геморроидэктомия, выполненная с использованием плазменного коагулятора сопровождается менее выраженным повреждением тканей анального канала и перианальной области, сокращением продолжительности оперативного лечения и послеоперационной реабилитации. Использование плазменного коагулятора показало его высокую эффективность и малую травматичность по сравнению с традиционной геморроидэктомией.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Каланов Р.Г., Хасанов С.Р., Булгаков А.В., Канбеков Р.З.,
Васильков А.Ю., Губин Д.С.

Республиканская клиническая больница им. Г.Г.Куватова,
Уфа, Россия

Геморрой является одним из наиболее часто встречающихся проктологических заболеваний человека. Его распространенность достигает 120 случаев на 1000 взрослого населения. А среди заболеваний прямой кишки и анального канала он составляет около 40%. Основным методом лечения является операция Миллигана-Моргана в ее различных модификациях. Однако эта операция и ее модификации не лишены таких недостатков как выраженный послеоперационный болевой синдром, рефлекторная задержка мочеиспускания и достаточно длительное ухудшение качества жизни после операции.

Цель исследования: разработать оптимальные методы лечения хронического геморроя, основываясь на собственном опыте и опыте наших коллег, занимающихся данной патологией.

В нашем сообщении дан анализ результатов лечения 475 больных хроническим геморроем II-IV стадии, оперированных за период с 2008 по 2009 годы. Средний возраст больных составлял 42 года. Использовались такие оперативные пособия как операция Миллигана-Моргана в модификациях НИИ проктологии МЗ РФ, Миллигана-Моргана с элементами операции Уайтхеда (при удалении наружных геморроидальных узлов), иссечение геморроидальных узлов аппаратом Лига-шу (42 больных), «экономная геморроидэктомия» (32 больных).

Представляет особый интерес геморроидэктомия с использованием аппарата Лига-шу и так называемые «экономные геморроидэктомии», т.к. эти подходы дают ряд преимуществ перед множеством известных способов геморроидэктомии.

При использовании данных методик геморроидэктомии удается максимально сохранить анатомические структуры анального канала, что снижает до минимума болевой синдром и дизурические явления. Данная тактика особенно предпочтительна у больных пожилого возраста с множеством сопутствующих заболеваний.

Заключение. На основании данных исследований можно заключить, что применение электрохирургического аппарата Лига-шу объединяет в себе простоту, безопасность, экономичность и благоприятное течение послеоперационного периода.

«Экономные геморроидэктомии» показаны у больных с множеством сопутствующих заболеваний и у лиц пожилого и преклонного возраста.

ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ МЕТОДОМ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ДЕАРТЕРИАЛИЗАЦИИ

Короленко К.В., Короленко В.Б., Томинец М.В., Безпалько Ю.М.
Дорожная клиническая больница №1 ст. Киев,
хирургическое отделение ДЗ, Киев, Украина

Геморрой занимает первое место среди заболеваний прямой кишки. Частота ректальных кровотечений составляет около 20% в год, большинство из которых вызвано геморроидальной болезнью.

Общепризнанным методом лечения геморроя является геморройэктомия по Миллигану-Моргану. Недостатком этой операции являются довольно сильные послеоперационные боли. Степелерная геморройэктомия предложенная Лонго менее болезненная, чем операция Миллиган-Моргана, но иногда сопровождается серьезными осложнениями. В связи с этим разработаны менее инвазивные методы лечения геморроя, такие как наложение латексных колец, инфракрасная коагуляция, криодеструкция, склеротерапия. Основным недостатком указанных методов лечения является многократность сеансов лечения и большое количе-

ство рецидивов.

В 1995 году Морианага описал новую методику хирургического лечения геморроя – трансанальную деартеризацию геморроидальных узлов. Этот метод ликвидирует симптомы геморроя путем перевязывания конечных веток верхней прямокишечной артерии под контролем доплеровского датчика.

Методику трансанальной геморроидальной деартеризации (ТНД) в хирургическом отделении ДЗ «ДКБ №1 ст.Киев» начали применять с марта 2008 года. Для этого использовали инструмент ТНД-evolution. В прямую кишку вводили ректальное зеркало с доплеровским датчиком. Через операционное «окно» – в дистальной части ректального зеркала, под контролем доплеровского датчика, прошивали конечные ветви верхней прямокишечной артерии на 1,3,5,7,9 и 11 часах приблизительно на 2-3 см выше зубчатой линии.

Операцию проводили под спинномозговой анестезией.

Оперировали больных с хроническим геморроем ИДИ. IV стадии.

С марта 2008 года нами проведено ТНД – 81 больному, из них 46 мужчин и 35 женщин. Возраст колебался от 19 до 72 лет. Большинство больных (70%) имели III стадию геморроя. После операции более половины больных – 57,3% не жаловались на боли. Остальные в течение 2-3 суток принимали анальгетические средства. Длительность пребывания больных в стационаре составила одни сутки. Наблюдали 3 осложнения. В двух случаях во время операции возникла гематома, которая была дополнительно прошита, после чего не нарастала. В одном случае сломалась игла, которая благополучно была извлечена из тканей. При опросе пациентов к обычному труду они вернулись через 3-5 дней. При наблюдении в течении года у двух больных возник тромбоз наружного геморроидального узла, который иссечен амбулаторно.

Таким образом, данное исследование подтверждает, что ТНД безопасное и эффективное одноступенчатое хирургическое лечение хронического геморроя. Метод не сопровождается резекцией тканей, не нарушается анатомия конечного отдела прямой кишки. В связи с этим нет послеоперационных нарушений континенции. Больные после ТНД операций проводят в стационаре одни сутки. В течении 3-4 дней возвращаются к обычному труду.

РЕГУЛЯЦИЯ ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ В КОМПЛЕКСЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ 4 СТАДИИ

Костенко Н.В., Шомиров С.С.

ГОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия
Минздравсоцразвития России, Астрахань, Россия
Атырауская областная клиническая больница,
Атырау, Казахстан.

Нарушения функции опорожнения толстой кишки играют значительную роль, как в развитии геморроя, так и на этапах его лечения.

В патогенезе геморроидальной болезни запоры связаны с увеличением внутрибрюшного давления, травматизацией слизистой оболочки и сдавлением подслизистой кавернозной ткани. При подготовке больного к оперативному вмешательству процедура очистки толстой кишки может вызвать отек или тромбоз внутренних геморроидальных узлов, что усложняет выполнение операции и дифференцировку тканей во время операции. Задержка стула в послеоперационном периоде либо частые дефекации отражаются на заживлении послеоперационных ран, длительности и характере болевого синдрома.

Цель: улучшить результаты хирургического лечения геморроя 4 стадии путем регуляции опорожнения толстой кишки в до- и послеоперационном периодах, а также проведением кишечного лаважа при подготовке к операции.

Материалы и методы: Изучены результаты лечения 61 больного 4 стадией геморроя за период 2006-2010 годы. Критериями включения служили наличие геморроя 4 стадии и нарушение стула в виде запоров или затрудненной дефекации (частота стула менее чем 1 раз в 2 суток). Критериями исключения было наличие ректоцеле 2-3 ст. либо других органических причин запоров, являющихся показанием к хирургической коррекции. Всем больным изученной группы выполнено оперативное вмешательство – закрытая геморроидэктомия. Мужчин было 35, женщин 26, возраст колебался от 32 до 76 лет, в среднем 52,4±4,1 года. Пациенты были распределены на 2 группы методом простой рандомизации.

В основной группе (n=31) в лечебную программу были включены следующие мероприятия. За 10 дней до операции назначали прием осмотического слабительного (форлакс либо лавакол по 1 пор. 1-2 раза в день); в послеоперационном периоде прием слабительного (1 пор. 1 раз в день) продолжали до 15 дня после операции. Непосредственно подготовку к операции осуществляли методом кишечного лаважа (фортран либо лавакол 3 л накануне операции). В контрольной группе (n=30) специальной подготовки, кроме очистительных клизм не проводили, в послеоперационном периоде применяли вазелиновое масло по показаниям (25 мл 2 раза в день).

Результаты: Назначение осмотического слабительного позволило нормализовать стул у 26 из 31 больного (83,9%) основной группы до операции. После подготовки к оперативному вмешательству методом кишечного лаважа отсутствовал тромбоз и отек геморроидальных узлов на момент выполнения операции. В послеоперационном периоде первая дефекация отмечена у 28 из 31 больного в течение 2-х суток после операции, а затем ежедневно до 15 дня после операции. Болевой синдром носил интенсивный характер и потребовал назначения наркотических анальгетиков только у 11 больных (35,5%).

В контрольной группе опорожнение толстой кишки было нарушено как до операции у всех больных, так и после нее в 22 случаях (73,3%). Подготовка методом очистительных клизм привела к развитию отека у 7 и тромбоза у 4 больных на момент операции. В послеоперационном периоде у 5 больных отмечен жидкий многократный стул на фоне приема вазелинового масла. Болевой синдром был выражен в 25 случаях (83,3%), средние сроки эпителизации увеличились по сравнению с основной группой с 18,3 до 26,1 дней ($p=0,04$).

Выводы: 1. Комплекс мероприятий, направленных на регуляцию опорожнения толстой кишки в дооперационном периоде перед геморроидэктомией позволил выполнить операцию на фоне благоприятного состояния слизистой оболочки, отсутствия отека и тромбоза узлов. 2. Восстановление регулярной дефекации в послеоперационном периоде способствовало улучшению результатов лечения, ускорению заживления ран и уменьшению болевого синдрома.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ

Котелевский Е.В., Крячко А.А., Беденко В.Е., Черняк А.В., Простаков Е.Н.

МУЗ Городская больница №2 «КМЛДО», Хирургическое отделение №3 (колопроктология), Краснодар, Россия

Ректоцеле, требующее хирургической коррекции, встречается у женщин от 15 до 43%, чаще в среднем и пожилом возрасте (В.И. Краснопольский, 1989 г.). В нашем отделении с 2003 по 2009 гг. оперировано 54 женщины с диагнозом ректоцеле 3 степени, в возрасте от 33 до 67 лет, длительностью заболевания от 4 до 25 лет.

Кроме стандартного обследования необходимого для отделения хирургического профиля, выполнена ректороманоскопия, трансректальное УЗИ, ирригоскопия. После подготовки кишечника и влагилица до I-II степени чистоты в плановом порядке пациентам проводилась операция промежностным доступом по традиционной методике. Всем пациенткам при леваторопластике применялся рассасывающийся монофиламентный материал MAXON 0.

У 31 пациентки традиционную леваторопластику дополнили подшиванием полипропиленовой сетки к m. levator ani. Сетка вырезалась прямоугольной формы по размерам промежностной раны, фиксировалась к восстановленной ректовагинальной перегородке по всей поверхности отдельными узловыми швами рассасывающимся монофиламентным материалом MAXON 4/0. Промежностная рана ушивалась наглухо отдельными узловыми швами.

Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. Проводили ежедневные перевязки промежностной раны с обработкой антисептиком, ежедневную санацию полости влагилица слабым раствором перманганата калия. Активизация пациенток с третьих суток. На 10-12 сутки с промежностной раны снимались кожные швы. Пациенты выписывались из стационара в удовлетворительном состоянии с рекомендациями: половой покой 1 месяц, ограничение физической нагрузки 3 месяца.

В обеих группах ранний послеоперационный период протекал идентично.

В отдаленном послеоперационном периоде пациентки, которым выполнена леваторопластика с дополнительным подшиванием полипропиленовой сетки отмечали лучшие отдаленные результаты. Практически полностью восстанавливалась функция прямой кишки, отсутствовали признаки рецидива заболевания. У подавляющего большинства после лечения исчезли полностью жалобы, с которыми они поступали на операцию и они вернулись к нормальной полноценной жизни. У 3 пациенток в отдаленном послеоперационном периоде отмечались удовлетворительные результаты. У 2 пациенток через 3 месяца после операции отмечено отторжение трансплантата с формированием свища ректовагинальной перегородки. Излечение данных больных достигнуто после удаления пропиленовой сетки.

В контрольной группе из 21 пациенток у 8 отмечались хорошие результаты, у 9 – удовлетворительные, у 3 – наступил рецидив заболевания.

Выводы:

- Рассасывающийся монофиламентный шовный материал при пластике ректовагинальной имеет преимущества перед другими шовными материалами.
- Использование при пластике ректовагинальной перегородки полипропиленовой сетки улучшает результаты оперативного лечения, уменьшает сроки социально-трудовой и бытовой реабилитации.
- В связи с возможным отторжением трансплантата проблема требует дальнейшего изучения.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАЛЬПЕЛЯ ПРИ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ

Крячко А.А., Беденко В.Е., Циплугин А.М., Привалова Т.Ю., Чембаху М.Р., Игнатенко В.В.

МУЗ Городская больница №2 «КМЛДО», хирургическое отделение №3 (колопроктология), Россия, Краснодар

Распространенность геморроя достигает 118-120 на 1000 взрослого населения. Каждый третий из пациентов нуждается в хирургическом лечении. Традиционно при 3-4 стадиях выполняется геморроидэктомия по Миллигану-Моргану в различных модификациях.

После широкого внедрения в клиническую практику геморроидэктомий (ГЭ) у 63,4% больных в отдаленном периоде возникали различные осложнения, такие как боль, в области послеоперационных ран (6,7-34,4% больных), задержка мочеиспускания (6,8-25,8% пациентов), кровотечения (19-33%). В отдаленные сроки у 0,4% оперированных пациентов развивается рубцовый стеноз анального канала, у 7-7,5% – недостаточность анального сфинктера, у 26% пациентов в течении 4-5 лет сохраняются незначительные анальные расстройства. Примерно 0,6-4% пациентов нуждаются в повторном лечении в связи с рецидивом заболевания. ГЭ требует обязательной госпитализации больного в стационар на срок от 1 до 2 недель, восстановление трудоспособности занимает от 2 до 5 недель. Осложнения связаны с особенностями анатомического строения прямой кишки и техническими погрешностями при выполнении операции.

В нашей клинике с 2007г применяется геморроидэктомия ультразвуковым г скальпелем Ultra Cision производства фирмы «Этикон Эндо-Хирургия (Джонсон & Джонсон) США. При этом выполняется коагуляция тканей с последующим их рассечением. Операция заключается в выполнении эллипсоидного разреза периаанальной кожи и слизистой анального канала до зубчатой линии вокруг геморроидального узла, поэтапным удалении наружного и внутреннего геморроидального узла поочередно в режимах коагуляции (VAR) широкой поверхностью (от 15 до 18 секунд) и резания (FULL) острой кромкой (до полного пересечения). Далее перескаются сосудистые ножки в верхнем углу раны в режиме коагуляции широкой поверхностью рабочей части инструмента до полного пересечения (от 25-30 секунд). Послеоперационные раны не ушиваются. Ведение послеоперационного периода обычное. После первого стула выписка на амбулаторное лечение (5-4 сутки после операции).

Подобные операции нами выполнены у 27 больных в возрасте от 28 до 68 лет (16 женщин и 11 мужчин, 18 больных с 3 стадией геморроя, 9 с 4 стадией). Контрольная группа – 25 больных в возрасте от 30 до 65 лет (15 женщин и 10 мужчин, 15 больных с 3 стадией, 10 с 4 стадией), которым была выполнена геморроидэктомия по стандартной методике. В основной группе времени операции сократилось 20±5 минут).

Геморроидэктомия с восстановлением слизистой анального канала занимала 40±10 минут. Болевой синдром в первый день после операции реже отмечался у пациентов с использованием ультразвуковым скальпелем: 6 пациентам (22%) назначались наркотические анальгетики, остальные больные получали ненаркотические. В контрольной группе наркотические анальгетики в первые сутки после операции назначались 13 больным (52%), остальные получали ненаркотические анальгетики. В первой группе ненаркотические анальгетики отменены уже на 3-й день после операции, во второй группе больные получали обезбоживание до 7 дней. Дизурические расстройства в раннем послеоперационном периоде в первой группе наблюдались у 2 пациентов (7,4%), мужчины старше 60 лет, во второй группе у 3 больных (12%), так же мужчины старше 60 лет. Сроки пребывания в стационаре больных с геморроидэктомией ультразвуковым скальпелем снижены (в среднем – 5±1 день, в контрольной группе – 8±1 день), что связано с более продолжительным болевым синдромом. Отдаленные результаты прослежены от 1 месяца до 3-х лет. Осложнений не было.

Выводы: Геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем обладает преимуществами по сравнению с традиционной геморроидэктомией. Сокращается время операции, не выражен послеоперационный болевой синдром, уменьшаются сроки пребывания больного в стационаре.

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ

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

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздравсоцразвития России, Москва Россия

Цель: улучшение результатов лечения больных, страдающих ректоцеле.

Материалы и методы: в ФГУ ГНЦ Колопроктологии разработан новый комбинированный хирургический метод лечения ректоцеле 3 степени с применением эндоректальной циркулярной слизисто-подслизистой резекции нижнеампулярного отдела прямой кишки сшивающим аппаратом PRH-03, направленный на ликвидацию пролабирующего участка стенки кишки, резекцию истонченных структур мышечного слоя с формированием соединительно-мышечного каркаса стенки кишки и пластики ректовагинальной перегородки аллотрансплантатом. На предложенный способ получена приоритетная справка на изобретение №2010126915 от 1.07.2010.

Метод заключается в наложении одного циркулярного непрерывного зигзагообразного кисетного шва по передней полуокружности прямой кишки в поперечном направлении, с захватом наибольшего участка избытка слизистой оболочки прямой кишки, и наложение шва в линейном направлении, по задней полуокружности прямой кишки, с выполнением последующей эндоректальной резекции и укрепления ректовагинальной перегородки за счет ее пластики, выполняемой промежностным доступом с применением аллотрансплантата из частично рассасывающейся облегченной монофиламентной сетки «Ultrargo», состоящей из равных частей пролена и монокрила.

К настоящему времени накоплен опыт лечения 12 больных с ректоцеле 3 степени, оперированных по данной методике. Сроки наблюдения за пациентками составили от 1 месяца до 2 лет. Средний возраст пациенток 52,5±3,2 года.

Результаты: у 3 пациенток при ревизию сформированного степлерного шва отмечено незначительное выделение крови между скрепками, в связи с чем наложены дополнительные восьминообразные гемостатические швы. В послеоперационном периоде кровотечений не отмечено. Гнойно-воспалительных осложнений не было.

У 2 (8,3%) пациенток, через 10 дней наступило расхождение кожных швов без нагноения раны. У 2 (16,6%) пациенток наблюдался отек наружных геморроидальных узлов, проводилась консервативная терапия с положительным эффектом. Осложнений в области сформированного слизисто-подслизистого анастомоза не было. Дизурических явлений не зарегистрировано ни у одной пациентки.

При изучении результатов лечения установлено, что через 1 месяц у всех пациенток происходит нормализация опорожнения прямой кишки. Больные не прибегают к ручному пособию при дефекации, очистительным клизмам и слабительным препаратам.

Мы считаем, что при ректоцеле 3 степени необходимо выполнение эндоректальной циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки с пластикой ректовагинальной перегородки аллотрансплантатом, что создает не только прочный каркас истонченных мышечно-соединительных структур ректовагинальной перегородки, но и позволяет добиться ее надежного укрепления аллотрансплантатом.

Выводы: при применении комбинированного хирургического вмешательства у 12 больных с ректоцеле 3 степени во всех случаях получены хорошие результаты. При наблюдении за оперированными больными в течение 2-х лет рецидивов заболевания не отмечено.

Таким образом, накопленный опыт свидетельствует о патогенетической обоснованности и высокой эффективности новой методики лечения ректоцеле вышеописанным методом.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЦИРКУЛЯРНОЙ РЕЗЕКЦИИ СЛИЗИСТО-ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ

Кузьминов А.М., Чубаров Ю.Ю., Подмаренкова Л.Ф., Минбаев Ш.Т., Королик В.Ю.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздравсоцразвития России, 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 214 больных геморроем II, III, IV стадий.

Продолжительность операции в среднем составила 16±5 минут, кровопотеря до 20 мл.

Результаты: У всех оперированных 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 внутренних геморроидальных узлов, вследствие блокады конечных ветвей верхней прямокишечной артерии.

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

В отдаленные сроки после операции в 1 (0,5%) случае диагностировано выпадение внутренних геморроидальных узлов, расцененное, как рецидив заболевания. Произведена геморроидэктомия по Миллигану-Моргану.

У 12 (6,0%) человек сохранялись увеличенные наружные геморроидальные узлы, которые были иссечены.

У 1 (0,5%) больного развилась компенсированная стриктура нижнеампулярного отдела прямой кишки без нарушения проходимости, связанная с идиосинкразией на все металлы. Проведена консервативная терапия с положительным эффектом.

Выводы: Таким образом, накопленный опыт свидетельствует о патогенетической обоснованности и высокой эффективности циркулярной резекции слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки при лечении II, III, IV стадий геморроя.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПОД ДОПплЕР-КОНТРОЛЕМ С МУКОПЕКСИЕЙ И ЛИФТИНГОМ СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ В АМБУЛАТОРНОЙ КЛИНИКЕ

Куктенко А.В., Верещенко В.А.

Тэла ОН Клиник Одинцово, кафедра общей и специализированной хирургии факультета фундаментальной медицины МГУ им. Ломоносова, НУЗ ОБ на ст. Тула ОАО «РЖД», Тула, Россия

Наиболее распространенным методом лечения геморроидальной болезни является геморроидэктомия по Миллигану-Моргану. Однако при этом методе лечения пациенты отмечают снижение качества жизни за счет болевого синдрома, в раннем послеоперационном периоде из возможных осложнений могут возникнуть рефлекторная задержка мочи, кровотечения. В отдаленном периоде возможны такие осложнения, как стриктуры заднего прохода, недостаточность анального сфинктера. Потеря трудо-

способности может составлять до 1,5 месяцев.

В связи с этим распространение получают малоинвазивные методы лечения геморроя, вполне пригодные для применения в амбулаторных условиях.

На наш взгляд наиболее эффективным малоинвазивным методом лечения геморроя является трансанальная дезартеризация геморроидальных узлов под доплер-контролем с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки.

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

Материалы и методы: Наше исследование, основано на наблюдении за 102 пролеченными больными с II-IV стадиями хронического геморроя и ретроспективном анализе за период с 2008г. С II стадией 21 пациент, III стадией 63 пациентов и IV стадией 18. Операции выполнялись с использованием аппарата компании А.М.І.® (Австрия) и специальной насадки RAR-2013 для выполнения мукопексии и лифтинга слизистой. Все операции выполнены под сочетанной либо спинномозговой анестезией.

Результаты: Среднее время операции составляло 32±5,21 мин. После операции болевой синдром отсутствовал, пациенты отмечали дискомфорт, за счет турунды с мазью «Левомеколь» установленной в прямую кишку. Осложнений после операции не отмечено. Длительность заболевания с возвращением к трудовой деятельности занял сроки 1,90±2,41 дня. Пациенты наблюдались через 2 недели, 1 месяц и 4 месяца. Хорошие результаты лечения отмечены у 98 (96%) больных (отсутствие жалоб и признаков внутреннего геморроя, кровомазания). Удовлетворительные у 4 (2%) больных (отсутствие жалоб, периодическое кровомазание при плотном стуле, уменьшение геморроидальных узлов до I стадии). Неудовлетворительных результатов в наших случаях не было.

Через 1 год на прием явилось 20% пролеченных пациентов.

Заключение: Исходя из анализа наших данных, мы считаем, что трансанальная дезартеризация геморроидальных узлов под доплер-контролем с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки эффективный метод лечения геморроидальной болезни в III-IV стадии, а так же может использоваться при II стадии. Данный метод может применяться в амбулаторных условиях и отвечает требованиям малоинвазивной хирургии так как не нарушает качества жизни пациентов в виду отсутствия болевого синдрома и осложнений.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЫШЕЧНО-ФАЦИАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Бабанин А.В.

Областная клиническая больница Святителя Исаафа, кафедра клинических дисциплин БелГУ, Белгород, Россия

В настоящее время для диагностики ректоцеле применяется проктография с натуживанием, электромиография, сонография. Все они должны применяться в комплексе. Ни один из них не в состоянии четко визуализировать мышечно-фасциальные структуры тазового дна и их взаимоотношения.

Цель: Уточнить наличие или отсутствие сопутствующего проляпса слизистой прямой кишки, энтероцеле, а также атрофии или повреждения мышц тазового дна.

Материалы и методы: Мы проводили МР-исследования на аппарате «СИГНА СЕЛЕКТ» фирмы «Дженерал Электрик» (США) со сверхпроводящим магнитом напряженностью магнитного поля 1 Тл с использованием фазированной катушки DUALFLEX. Больные обследовались без какой-либо предварительной подготовки, лежа на спине. Для лучшей визуализации слизистой прямой кишки ее заполняли специальным контрастом: 300 г протертой картофельной массы с добавлением в нее 1,5 мл парамагнитного контрастного препарата Magnevist (Schering, Berlin, Germany). Исследования проводились по стандартным программам и с использованием импульсных последовательностей Spin Echo (SE) и Fast Spin Echo (FSE). Томограммы делались каждые 2 сек. в покое и при максимальном натуживании в сагиттальной, коронарной и аксиальной проекциях. Обследовано более 200 больных.

Результаты: Основным преимуществом магнитно-резонансного исследования является возможность получения высококачественных изображений мягких тканей. Эта особенность при исследовании малого таза позволяет дифференцировать на томограммах и четко визуализировать мочевой пузырь, уретру, матку, влагалище, мышцы тазового дна и прямую кишку как отдельные органы. Это позволяет не только диагностировать ректоцеле, но выяснить его патогенез в каждом конкретном случае, провести дифференциальную диагностику с другими видами проляпса и провести патогенетически обоснованное лечение. Динамические МР-проктограммы больных ректоцеле производятся в сагиттальной проекции. При этом в покое в покое определяется наличие умеренно выраженного выпячивания. При максимальном напряжении выпячивание значительно увеличивается в размерах. После опорожнения отмечается неполное освобождение кишки от контраста. Коронарная проекция позволяет визуализировать леваторы, их атрофию или повреждение, увеличение угла между ними свидетельствует об их расхождении. Сагиттальная проекция при натуживании после опорожнения позволяет визуализировать ректоцеле в сочетании с проляпсом слизистой прямой кишки. Аксиальная проекция МРТ, произведенная после опорожнения при максимальном натуживании, также

показывает инвагинацию слизистой, которая визуализируется в виде двойного контура. Сагиттальная проекция также позволяет четко визуализировать апоневроз Денонвиллея и имеющиеся в нем дефекты, а также энтероцеле, расслаивающее верхнюю часть ректовагинальной перегородки. Причем, если энтероцеле включает в себя большой салник, это делает невозможным установление диагноза при Re-методе исследования (проктография с натуживанием + контрастирование барием петель кишечника).

Заключение: Таким образом, четкая визуализация соединительнотканно-мышечных структур тазового дна, органов малого таза, многоплановость изображения дает возможность оценивать различные фасциальные и анатомические дефекты, которые могут отмечаться при ректоцеле. Это помогает правильно выбрать метод оперативного лечения, улучшить результаты лечения и избежать рецидивов заболевания.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕФЕКТОВ ПОДДЕРЖИВАЮЩИХ СТРУКТУР ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Пустовгар Е.А., Наумов А.В.

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа, кафедрa клинических дисциплин ИГМО БелГУ, Белгород, Россия

В настоящее время для диагностики тазового пролапса все более широко используется ультразвукография (L.V.Rodriguez, S.Raz. 2001 и др.). Существуют различные методы УЗ сканирования органов малого таза и тазового дна.

Цель: разработка алгоритма УЗИ для диагностики тазового пролапса, улучшение результатов его оперативного лечения.

Материалы и методы: Обследовано более 400 больных с различными проявлениями тазового пролапса.

Результаты: У больных ректоцеле после промежностного производим исследование вагинальным датчиком с боковой оптикой после введения в прямую кишку баллона с водой. Это позволяет определить толщину ректовагинальной перегородки, степень расхождения леваторов и их атрофии. Используя указанный метод, у 100 пациенток после реконструкции ректоцеле, выявили группу больных (n=10), у которых рецидив был обусловлен атрофией мышц. Несмотря на произведенную ранее леваторопластику мышечный слой в центральной части перегородки не визуализировался. Последняя была истончена: толщина в центральной части средней трети влагалища составляла, в среднем, $0,4 \pm 0,075$ см, для сравнения у здоровых нерожавших женщин $0,6 \pm 0,056$ см (n=25), а после удачно произведенной леваторопластики она еще больше за счет сшивания по средней линии мышц-леваторов, в среднем $1,1 \pm 0,15$ см (n=50), $P < 0,05$. Ретроспективный анализ историй болезни показал, что у всех этих пациенток до операции было диагностировано ректоцеле III степени. На момент настоящего обследования у 4-х диагностировано ректоцеле III степени, у 6-и – ректоцеле II степени. Таким образом, у части больных, оперированных по поводу ректоцеле, рецидивы обусловлены атрофией мышечного слоя, и традиционной леваторопластики недостаточно. Им показано укрепление ректовагинальной перегородки синтетической сеткой. Широко используем УЗ сканирование при дифференциальной диагностике ректоцеле и энтероцеле. Эндовагинальное исследование при этом является более информативным. Петли тонкой кишки расслаивают ректовагинальную перегородку и опускаются до уровня шейки матки. Такие же результаты получены при промежностном сканировании. В сомнительных случаях исследование проводится в положении стоя. Эндоректальное УЗИ, позволяет осмотреть анальный канал, нижнеампулярный, среднеампулярный и часть верхнеампулярного отдела прямой кишки, изучать строение ректовагинальной перегородки. При этом отмечается более четкая детализация волокон внутреннего и наружного сфинктеров. Эндоанальное УЗИ, идеальное при анальной инконтиненции, показывает дегенерацию внутреннего сфинктера, повреждение внутреннего и наружного сфинктеров. Проведена сравнительная оценка дефекографии и эндоректальной ультразвукографии в диагностике функциональных нарушений тазового дна. Исследования проводили в покое и при натуживании. Использовали линейный датчик с частотой 7,5 МГц. Была выявлена следующая корреляция между данными УЗИ по отношению к дефекографии: ректоцеле 86%; внутреннее выпадение прямой кишки: 80%. Показано, что хотя дефекография является более точным методом, УЗИ позволяет визуализировать сфинктерный аппарат прямой кишки и его повреждения. Для эндоректальных исследований использовали как линейные высокочастотные датчики частотой 5-7 МГц, так и осевые эндоректальные ультразвуковые зонды с ротационным датчиком и изображением в 360°. Последние особенно удобны для детального анализа анатомических структур. При этом данные УЗИ сфинктера прямой кишки при его слабости четко коррелировали с данными анальной манометрии и электромиографии. Мышцы, поднимающие задний проход, лучше визуализировались из промежностного доступа, используя конвексный датчик. Заключение. УЗИ органов таза и тазового дна – недорогое, необходимое для пациента, но в тоже время высокоинформативное исследование.

ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ АППАРАТНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожил Д.А., Наумов А.В.
ГУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Белгород, Россия

Одним из направлений улучшения результатов хирургического лечения хронического геморроя является использование нового, современного оборудования для выполнения геморроидэктомии, применение которого позволяет упростить существующие способы операции и сократить время вмешательства.

Цель: Оптимизация течения послеоперационного периода и улучшение результатов лечения больных хроническим геморроем.

Материал и методы: Проведен анализ хирургического лечения 3-х групп больных хроническим геморроем III-IV ст.: традиционная закрытая геморроидэктомия – 100 больных; геморроидэктомия с использованием Harmonic Scalpel – 52 больных; геморроидэктомия с использованием аппарата Liga Sure – 50 больных, которые достоверно не отличались по полу и возрасту. В послеоперационном периоде больных всех групп вели бестампонным методом с использованием пенного аэрозоля Гипозоль-АН.

Результаты: Продолжительность операции при использовании традиционной техники составила $21,6 \pm 2,3$ мин. при использовании Гармонического скальпеля и $20,9 \pm 2,4$ мин. при использовании Liga Sure. Более выражена была наиболее выражена у пациентов после традиционной геморроидэктомии, в меньшей степени – при использовании аппарата Liga Sure и Гармонического Скальпеля: 4,9; 3,8 и 2,7 баллов соответственно по 5-балльной шкале. Отек тканей в области послеоперационных ран отмечен у 12 (12%) больных 1-й группы, 3 (5,8%) больных 2-й группы, 3 (6%) больных 3-й группы; диуретические расстройств у 23 (23%) больных, 2 (3,8%) и 4 (8%) больных по группам исследования соответственно. Анализ данных проводимых в динамике цитологических исследований для контроля за течением раневого процесса показал, что к 3-им суткам во всех группах отмечалась выраженная гранулоцитарная реакция. С 4-х суток у больных, оперированных с использованием Liga Sure, наблюдались признаки наступления ранней активности регенерации в ранах: в цитogramмах уменьшалась выраженность гранулоцитарной реакции, и появлялись профибробласты, фибробласты, эпителиальные клетки. У большинства больных, оперированных с использованием Гармонического Скальпеля 43 (82,7%), гранулоцитарная и макрофагальная реакция держалась на 1-2 дня дольше, а в контрольной группе – на 3-4 дня дольше. Фибробласты и эпителиальные клетки появлялись позднее, т.е. отмечалась задержка фаз клеточного реакции. Достоверной зависимости отдаленных результатов оперативного лечения в зависимости от его характера обнаружено не было. Доля хороших и удовлетворительных результатов составила 86-91%.

Заключение: Преимуществами использования аппаратных методик для геморроидэктомии являются: техническая простота, надежность, малая травматичность, сокращение времени операции. При их сравнении необходимо отметить оптимизацию течения раннего послеоперационного периода после выполнения геморроидэктомии с использованием аппарата Liga Sure и Гармонического Скальпеля, заключающуюся в снижении интенсивности болевого синдрома, процента воспалительных осложнений и наступления более ранней регенерации тканей послеоперационных ран по сравнению с традиционной геморроидэктомией по Миллигану-Моргану. Отдаленные результаты лечения существенно не зависят от вида используемой методики оперативного вмешательства, что дает каждой право на существование и является методом выбора хирурга.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Куликовский В.Ф., Сторожил Д.А., Олейник Н.В.

ГУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Белгород, Россия

Изучение регуляции физиологических и развития патологических процессов послужили основой для создания концепции об адаптивном биорегулировании с разработкой метода биологической обратной связи или биофидбек-терапии и его применения для лечения колопроктологических больных.

Цель исследования: Изучение эффективности применения метода биологической обратной связи у пациентов с анальным недержанием.

Материал и методы: В Белгородском региональном колопроктологическом центре областной клинической больницы Святителя Иоасафа в период с 2003 по 2011 годы для оценки эффективности биофидбек-терапии у больных с анальным недержанием нами была выбрана однородная по наличию патогенетических механизмов модель нарушения функции кишечного держания, а именно 115 пациентов которым произведена брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной в анальный канал.

Анализ результатов обследований проводился в двух группах. Первую группу составили 59 пациентов прошедшие после операции курс биофидбек-терапии, они включены в основную группу наблюдения; остальные 56 человек не проходившие по различным причинам курс биофидбек-терапии были занесены в контрольную группу наблюдения.

Лечение проводилось по двум методикам: первая – направленная на улучшение сократительной способности сфинктерного аппарата и

вторая – направленная на выработку чувствительности низведенной кишки, а также на улучшение её рефлекторной и накопительной функций.

Эффективность применения метода оценивалась при проведении анализа выраженности субъективных признаков и объективных показателей функции кишечного держания с использованием электрофизиологических, манометрических и биомеханических методов исследования запирающего аппарата в через 3, 6, 9, 12 и 18 месяцев после операции. **Результаты:** При проведении сравнительной оценки изменения частоты стула отмечается более раннее его урежение у пациентов основной группы.

При анализе качественной характеристики акта дефекации следует отметить преобладание одномоментной дефекации по одномоментным срокам у пациентов прошедших курс биофидбек – терапии, по сравнению с пациентами контрольной группы.

Немаловажное значение имеет формирование чувства дифференцировки кишечного содержимого и появление ощущений позывов к дефекации, что отмечается в более поздние сроки послеоперационного периода и с более ранним их возникновением в основной группе.

Следует отметить наиболее раннее прекращение использования гигиенических прокладок и улучшение общего состояния пациентов и субъективной оценки результатов лечения в основной группе, что подтверждается при проведении анализа состояния функции держания кишечного содержимого по данным аноректальной манометрии и профилометрии. А именно, происходит более раннее восстановление сократительной способности наружного сфинктера и мышц тазового дна а также рефлекторной, накопительной и сенсорной функций низведенной кишки.

Выводы: Применение метода биологической обратной связи в колопроктологии для лечения анального недержания патогенетически обосновано и улучшает результаты лечения пациентов после брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной в анальный канал.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ ПУТЁМ ЛАТЕКСНОГО ЛИГИРОВАНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Кутепова Е.В., Бардюк А.Я.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

В настоящее время метод латексного лигирования сохраняет свою актуальность, особенно с учётом возможности его выполнения в условиях поликлиники. Метод не требует анестезии, более выгоден экономически, не прерывает трудовую деятельность пациента, а его применение для лечения лиц пожилого и старческого возраста, которым с учётом частой сопутствующей патологии оперативное лечение противопоказано, не имеет альтернативы. Однако, показания к использованию латексного лигирования геморроидальных узлов в условиях поликлиники оцениваются противоречиво и требуют своего решения.

Цель: уточнение показаний к применению метода латексного лигирования геморроидальных узлов в условиях поликлиники на основании анализа его клинической эффективности.

Материал и методы: Латексное лигирование геморроидальных узлов проведено 520 пациентам в возрасте от 26 до 83 лет (средний возраст – 57,7±2,1). Среди этих больных лиц трудоспособного возраста было 380 (73,1%), старше 60 лет – 140 (26,9%). Метод применён для лечения геморроя второй стадии у 348 (67%) больных, третьей – у 161 (31%) и четвёртой стадии, где имелись выпадающие геморроидальные узлы с чёткой границей без выраженных наружных геморроидальных узлов, – у 11 (12%); при геморрое первой стадии заболевания это вмешательство нами не проводилось.

Для выполнения латексного через аноскоп с волоконным освещением к геморроидальному узлу, выступающему в просвет аноскопа, подвдидли специальный вакуумный лигатор, соединённый с отсосом. За счёт создания в системе отрицательного давления геморроидальный узел втягивался внутрь втулки. При достижении отрицательного давления 0,7-0,8 атм. сбрасывали латексное кольцо на геморроидальный узел, после чего выравнивали давление во втулке лигатора с атмосферным. При технически правильном выполнении процедуры эластическая лигатура пережимает ножку узла, находясь на 5-7 мм выше зубчатой линии.

Результаты: Все вмешательства по лигированию геморроидальных узлов были проведены амбулаторно. В один этап было пролечено 7% пациентов, у которых, как правило, была вторая стадия геморроя. В два этапа пролечено 78% пациентов, и в три этапа – 15% больных.

При анализе эффективности лечения, установлено, что стадии геморроя (при технически правильном проведении лигирования) не влияли на конечный результат. Осложнения возникли у 7 (2,3%) пациентов: у 5 из них – в виде выраженного болевого синдрома, обусловленного, как было установлено при повторной анаскопии, «низкой» локализацией латексного кольца, наложенного на ножку узла на уровне зубчатой линии, т.е. в зоне чувствительного отдела прямой кишки. Латексное кольцо было рассечено с последующим проведением местного лечения.

У 2 пациентов с комбинированным геморроем возник тромбоз наружных геморроидальных узлов из-за отсутствия чётких границ между наружными и внутренними узлами, что не было установлено на этапе дооперационной диагностики. Это осложнение было излечено курсом консервативной терапии.

Вывод: Успех применения латексного лигирования геморроидальных узлов в условиях поликлиники определяется соответствующим отбором больных, согласно установленным показаниям и технически правильным выполнением этого вмешательства.

ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА РАЗВИТИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛАХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ

Логаш Е.И., Русинович В.М., Рычагов Г.П., Гинюк В.А.

Городской центр колопроктологии, УЗ «3-я городская клиническая больница им. Е.В.Клумова». Белорусский государственный медицинский университет, кафедра общей хирургии. Минск, Республика Беларусь.

Геморрой, осложненный кровотечениями и выпадением геморроидальных узлов, является частым проктологическим заболеванием, резко снижающим качество жизни больных. Дифференцированный подход к выбору метода лечения и использование немедикаментозных методов лечебного воздействия позволяют достичь не только хороших отдаленных результатов, но и сократить реабилитационный период. Одним из таких способов лечения является метод фотодинамической терапии (ФДТ).

Цель: разработка новой методики лечения геморроя с применением фотодинамической терапии (ФДТ).

Материалы и методы: В работе использован фототерапевтический аппарат «Ромашка» на основе сверхъярких светодиодов. В качестве фотосенсибилизатора использовался «Фотолон». Пациентам с геморроем, осложненным кровотечением и выпадением 1-2-3 ст. проводилось 5 сеансов фотодинамической терапии на каждый геморроидальный узел. Выполнялась биопсия до проведения лечения, по окончании ФДТ, и через 10 суток. Изменения в геморроидальных узлах изучали на срезах, окрашенных гематоксилином и эозином. Процесс формирования коллагеновых волокон изучали при окраске по Ван-Гизон и МАГ.

Результаты: При внешнем осмотре геморроидальных узлов в процессе лечения с применением ФДТ на 5-7 сутки отмечалось уменьшение их в размерах. Цвет слизистой менялся от синюшного к бледно-розовому. При микроскопическом исследовании после окончания ФДТ (на 5 сутки от начала лечения) отмечено зауставание кровеносных сосудов, просветы их обтурированы тромбами, отек тканей. Пациенты отмечали прекращение или значительное уменьшение выделения крови при дефекации.

На 10 сутки сосуды имеют щелевидную форму, тромбы с признаками организации. В слизистой оболочке умеренная полиморфноклеточная инфильтрация собственной пластинки Мышечные волокна гипертрофированы. Большинство пациентов отмечают прекращение выпадения геморроидальных узлов либо их самопроизвольное безболезненное вправление.

Заключение. При применении ФДТ в геморроидальных узлах происходит замещение соединительной тканью, кровеносные сосуды зауставают и склерозируются, что приводит к снижению или полному исчезновению основных жалоб пациентов на кровотечение при дефекации и выпадение узлов. Положительный результат применения ФДТ в лечении геморроя проявляется за счет противосудостного действия ФДТ, когда клетками-мишенями являются эндотелиальные клетки.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МОДИФИЦИРОВАННОГО СПОСОБА УШИВАНИЯ РАНЫ ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ

Ломаченко Ю.И., Ревин П.В.

Медицинская академия, Смоленск, Россия

Общезвестны закрытая и открытая геморроидэктомии, которые различаются друг от друга по одной особенности: при первом подходе – на послеоперационную рану накладываются швы, при втором – она заживает вторичным натяжением. Наложение швов определяет более быстрое заживление раны и формирование линейных послеоперационных рубцов. Жизнеугрожающим осложнением после геморроидэктомии считается кровотечение из артерии культи сосудистой ножки геморроидального узла.

Цель: оценить результаты клинического применения модифицированного способа ушивания раны после геморроидэктомии.

Пациенты и методы: Изучены результаты лечения 88 пациентов с хроническим геморроем, находившихся на лечении в период 2003-2010 гг. в клинике госпитальной хирургии Смоленской государственной медицинской академии (колопроктологическое отделение КБСМП г. Смоленска). Модифицированный способ ушивания раны после геморроидэктомии (рационализаторское предложение № 1486, СГМА, 2006 г.) заключался в наложении определенной формой дополнительного восьмиобразного шва в области культи сосудистой ножки геморроидального узла. Для оценки течения послеоперационного периода применен метод анкетирования больных. Интенсивность более поздние операции оценивались по индивидуальной рейтинговой 10-балльной шкале.

Результаты: Модифицированный способ ушивания раны после геморроидэктомии позволяет ушить рану узловыми швами с хорошей адаптацией краев слизистой оболочки, в том числе – в области культи сосудистой ножки геморроидального узла, которая фиксируется на уровне слизистой оболочки. Линия формирующегося шва сохраняет линейность и направление, как при других способах ушивания раны после геморроидэктомии. За счёт особенностей восьмиобразного шва протяжённость раны уменьшается, поэтому при дальнейшем ушивании требуется на 1-2 узловых шва меньше, чем при традиционной методике. Анализ единственного случая кровотечения из культи сосудистой ножки геморроидального узла позволил сформулировать следующие требова-

ние: завязанный шов на культе сосудистой ножки геморроидального узла должен располагаться в центре восьмиобразного шва. При этом расстояние от дальнего витка лигатуры восьмиобразного шва до шва культы не должно быть менее 1/3 протяженности восьмиобразного шва. При соблюдении этого условия затягивание последнего не приведет к механическому воздействию на нить ранее завязанного шва культы сосудистой ножки в направлении возможного его соскальзывания с последующим развитием кровотечения.

Интенсивность болей в первые сутки после операции у большинства оперированных (69,9%) соответствовала 8-9 баллам. С 9 суток послеоперационного периода больные не нуждались в регулярном обезболивании. Рефлекторные нарушения мочеиспускания сохранились на протяжении первых двух суток после операции. Первый акт дефекации отмечался у оперированных на 4-5 день. Нормализация дефекации наступала на 11-12 сутки после первого стула. Изучение динамики температурной реакции не выявило отличительных особенностей от обычного течения послеоперационного периода. Средний показатель условной эффективности оперативного вмешательства, по мнению больных, составил $98,7 \pm 0,9\%$.

Заключение: Дополнительный восьмиобразный шов по разработанной методике в области культы сосудистой ножки геморроидального узла при ушивании раны после геморроидэктомии облегчает дальнейшие манипуляции по её ушиванию. Правильно наложенный восьмиобразный шов выполняет дублирующую роль лигатуры культы сосудистой ножки геморроидального узла. Разработанная методика имеет преимущества перед традиционным выполнением операции, о чем свидетельствует наш опыт выполнения геморроидэктомий.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПОДСЛИЗИСТОГО ЛИГИРОВАНИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ СПЛЕТЕНИЙ И ГЕМОРОИДЭКТОМИИ

Ломаченко Ю.И., Ревин П.В.

Медицинская академия, Смоленск, Россия

Выполнение геморроидэктомии у больных геморроем сопряжено с послеоперационными болями, нарушением мочеиспускания и дефекации, развитием осложнений (кровотечение, стриктура, анальная инконтиненция и др.), что определяет актуальность разработки хирургических приемов, представляющих альтернативу данной операции.

Цель: изучить результаты операций с сочетанным применением геморроидэктомии и подслизистого лигирования геморроидальных сплетений у пациентов с хроническим геморроем.

Пациенты и методы: Изучены результаты лечения 50 больных хроническим геморроем, находившихся на лечении в период 2003-2010 гг. в клинике госпитальной хирургии Смоленской государственной медицинской академии (колопроктологическое отделение КБСМП г. Смоленска). В 1-й группе (20 пациентов), наряду с удалением 1-2 геморроидальных узлов, применено подслизистое лигирование геморроидальных сплетений (рационализаторское предложение № 1548, СГМА, 2009 г.; положительное решение о выдаче патента РФ от 10.11.2010 г.). Его суть состоит в наложении непрерывного шва, первый стежок которого проводят под основание внутреннего геморроидального узла в косом направлении от уровня гребешковой линии к сосудистой ножке узла. Далее лигирование в подслизистом слое продолжают наружной частью лигатуры путём наложения поперечных стежков, которые последовательно обвивают ткань внутреннего геморроидального сплетения. Лигатуру завязывают в области сосудистой ножки после последнего выкола иглы в точке нахождения внутренней части нити. Во 2-й группе (30 пациентов) выполнены геморроидэктомия с модифицированным способом ушивания послеоперационной раны (рационализаторское предложение № 1486, СГМА, 2006 г.).

Результаты: Наиболее удобным для подслизистого лигирования является геморроидальный узел на 7 часах условного циферблата (ч.у.ц.). Интраоперационно не отмечено кровотечений и образования клинически значимых гематом. Традиционный операционный доступ не позволяет произвести лигирование по разработанной методике на 11 ч.у.ц. Интенсивность болей в послеоперационном периоде (согласно оценке по индивидуальной рейтинговой 10-балльной шкале) и динамика температурной реакции достоверно не различались в сравниваемых группах ($p > 0,05$). Первый акт дефекации у 13 (65%) из 20 пациентов 1-й группы (65%) отмечался на 3-4 день после операции против 15 (50%) из 30 больных 2-й группы. Нормализация дефекации у пациентов 1-й группы наступала на 9-10 сутки после первого акта дефекации, что составило на 2 дня быстрее, чем во 2-й группе. При этом 11 (55%) больных 1-й группы заявили об этом на 7-8 день после первой дефекации. Ретроспективно изучена продолжительность стационарного лечения и установлено, что она была достоверно больше во 2-й группе, чем в 1-й ($p < 0,01$). Анкетирование в отдаленном периоде показало, что только у одного пациента из 1-й группы беспокоил анальный зуд, во 2-й группе жалобы имелись у 6 (20%) пациентов: эпизодически выделения крови из прямой кишки (2), анальная боль при физической нагрузке (2) или зуд (1), чувство инородного тела в области ануса (1). Осмотр перианальной области и пальцевое ректальное исследование не выявили патологии прямой кишки. По данным эндоректального УЗ-исследования через 2-4 месяца после операции, кровоток в области как подслизистого лигирования, так и удаленных геморроидальных узлов, не лицировался.

Заключение: Операция подслизистого лигирования геморроидальных сплетений, является менее травматичным способом оперативного лечения геморроя и не уступает по своей эффективности геморроидэктомии, улучшает результаты хирургического лечения.

НОВЫЙ МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ТОПОГРАФИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Ломоносов А.Л., Еремеев А.Г., Бегишев О.Б., Ломоносов Д.А., Калинин М.Н., Лисин И.Е.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава РФ, Кафедра госпитальной хирургии, Тверь, Россия

Цель: изучить подвижность проксимальных отделов анального канала (АК) у людей с нормальным актом дефекации.

Устройства для проведения исследования: «Устройство для прижизненного измерения длины анального канала» (Патент № 26398 от 12.12.2002 года) состоящий из конусовидной оливы с отходящим от её вершины стержнем с меткой на нём и линейкой. Для измерения подвижности анального канала в сагитальной плоскости использовались специальный транспортёр.

Материалы и методы: В анальный канал вводят конусовидную оливу и слегка потягивают её наружу. К анусу и метке на стержне прикладывают линейку. Длину АК определяют по расположению метки относительно делений линейки. Транспортёр размещают на точках проекции копчика и симфиза на коже. Центр транспортёра проецируют над задним проходом. По расположению стержня относительно делений транспортёра, со стороны копчика определяют аноскопичный угол (АКУ).

В период с 2007 года по 2010 год нами обследовано 77 здоровых добровольцев, из которых 45 женщин. Средний возраст обследованных составил $43,1 \pm 3,6$ года.

Результаты: Протяжённость анального канала изучали в положении на спине на гинекологическом кресле. Она составила в покое $2,3 \pm 0,1$ см, при волевом усилии (ВУ) $2,7 \pm 0,1$ см. Зарегистрировано удлинение АК после ВУ на $0,4 \pm 0,1$ см. Длина запирающего аппарата прямой кишки (ЗАПК) при натуживании оказалась равной $1,0 \pm 0,1$ см. Отмечено укорочение ЗАПК при натуживании на $1,3 \pm 0,1$ см. Общая подвижность ЗАПК при ВУ и натуживании составила $1,7 \pm 0,1$ см.

Изучение АКУ проводилось в положении на спине на гинекологическом кресле. В покое АКУ составил $84,6 \pm 2,0^\circ$. При ВУ величина АКУ оказалась равной $85,9 \pm 2,0^\circ$. Подвижность стержня оливы при ВУ вперёд выявлена у 42 (54,5%) человек, назад – у 27 (35%) обследованных, её отсутствие отмечено в 8 (10,5%) случаях. Изменение АКУ при ВУ составило в среднем $4,8 \pm 0,5^\circ$. При натуживании АКУ оказался равным $84,8 \pm 2,2^\circ$. Увеличение АКУ при натуживании выявлено у 38 (49,4%) обследованных, уменьшение – у 26 (33,8%) добровольцев, отсутствие изменений – в 13 (16,8%) случаях.

Заключение: Полученные нами данные о локализации уровня максимального сжатия внутреннего сфинктера, увеличение АК при ВУ в целом соответствуют данным анальной манометрии, приводимым в литературных источниках.

В то же время, были получены новые сведения о функциональной анатомии ЗАПК. Исследования показали возможность и перспективность дальнейшей разработки отечественного устройства для изучения функциональной топографии анального канала.

ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ САМОПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ К РЕКТОРОМАНОСКОПИИ

Ломоносов А.Л., Еремеев А.Г., Бегишев О.Б., Ломоносов Д.А., Силаев В.Н., Сараван М.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава РФ, Кафедра госпитальной хирургии, Тверь, Россия

Цель: изучить особенности самоподготовки больных к ректороманоскопии (РРС) в амбулаторных условиях с помощью осмотического слабительного (макрогол и электролиты).

Материал и методы: пациенты самостоятельно принимали 2 литра раствора осмотического слабительного в период с 17 до 19 часов накануне проведения РРС. Исследование проводили на следующий день с 12 до 15 часов. Оценку качества подготовки кишечника к РРС проводили в соответствии с методикой WALTER REED ARMY CENTRE (WASHINGTON). Обследовано 70 больных, которым была выполнена РРС, из них 33 мужчины. Средний возраст пациентов составил $45 \pm 4,3$ года. Протяжённость осмотренных участков толстого кишечника была $19,3 \pm 1,2$ см. Показаниями к проведению РРС были: анальные кровотечения – у 28 (40,1%), анемия – у 5 (7,1%), дискомфорт прямой кишке у 16 (22,9%), нарушения дефекации у 12 (17,1%), рак у родственников, канцерофобия у 5 (7,1%), выделение слизи у 3 (1,4%), осмотр после полипэктомии у 1 (1,4%) у больных.

Результаты: При изучении качества самоподготовки больных к РРС в амбулаторных условиях было выявлено, что у 15 (21,4%) пациентов имела место плохая; у 16 (23,3%) – удовлетворительная; у 18 (25%) – хорошая; у 21 (30%) – отличная подготовка кишечника к исследованию. В целом, приемлемое качество подготовки к РРС отмечено у 55 (78,6%) больных. После проведения РРС были установлены следующие диагнозы: хронический геморрой у 29 больных (39,9%), опухоли прямой и сигмовидной кишки у 10 (14,9%), воспалительные заболевания прямой кишки у 9 (12,9%), прочие заболевания 11 (15,7%), патологии не выявлено у 11 пациентов (15,7%).

Исследование показало, что, длительность приёма препарата составляет в среднем 145 ± 26 мин. При этом употреблялось $1,8 \pm 0,2$ литра раствора. Длительность периода дефекаций составила 635 ± 53 мин.. В среднем регистрировалось 7 дефекаций. Общая продолжительность подготовки оказалась равной $13 \pm 1,1$ часов.

Выводы:

1. Приемлемое качество подготовки кишечника для проведения РРС достигнуто у большинства – 55 (78,6%) больных.
2. Особенностями самоподготовки больных к РРС в амбулаторных условиях являются длительность приема препарата, значительная продолжительность его действия, сопровождающаяся множественными дефекациями, что увеличивает и общую длительность преректоскопической подготовки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ КИСТ

Лури И.А., Цема Е.В.

Главный военно-медицинский клинический центр Министерства Обороны, Киев, Украина

Цель исследования: оценить эффективность проточно-промывного дренирования послеоперационной раны после радикального иссечения осложненных форм эпителиально-копчикового хода.

Материалы и методы: Изучены результаты лечения 75 пациентов с осложненными формами эпителиально-копчикового хода, которые проходили лечение в отделении общей и онкологической колопроктологии Главного военно-медицинского клинического центра МО Украины в период с 2005 по 2008 год. Контрольную группу составили 39 (52%) пациентов, которым проводили лечение в два этапа. Первым этапом проводили раскрытие, санацию и дренирование нагноившихся эпителиально-копчикового хода. После стихания острого воспалительного процесса в крестцово-копчиковой области пациентам контрольной группы проводили второй этап лечения – радикальное иссечение всех элементов эпителиально-копчикового хода с наложением первичных швов. Средний возраст пациентов контрольной группы составил 28,5±4,8 лет, 35 (89,7%) были мужского пола. Основную группу составили 36 (48%) больных, которым проводили радикальное иссечение эпителиально-копчикового хода с наложением первичного шва и последующим проточно-промывным дренированием послеоперационной раны (патент на полезную модель № 43079 Украина, МПК А 61 В 17/00. Способ дренирования послеоперационной раны после иссечения кист крестцово-копчиковой) на протяжении 3-6 суток. Дренирование проводили с помощью двух однопросветных дренажных полихлорвиниловых трубок, проведенных в рану через контрапертуру. Средний возраст пациентов основной группы составил 30,2±4,5 лет, при чем большинство больных (31 или 86,1%) были мужского пола.

Результаты: У 3 (7,7%) больных контрольной группы, после проведения двух этапов лечения в послеоперационном периоде отмечено нагноение раны, что вызвало необходимость распустить швы с последующим ведением раны открытым способом. В основной группе в послеоперационном периоде у 2 (5,6%) пациентов отмечено нагноение послеоперационной раны, что стало причиной перехода к открытому способу ведения раны. Достоверной разницы между частотой нагноения послеоперационной раны в основной и контрольной группе не было ($p < 0,05$).

Вывод: Использование предложенного способа проточно-промывного дренирования послеоперационной раны позволяет проводить лечение нагноившихся форм эпителиально-копчикового хода в один этап с первичным «глухим» ушиванием операционной раны при сохранении соответствующей частоты нагноений послеоперационной раны, в сравнении с двухэтапным методом лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МАЗИ И СВЕЧЕЙ «УЛЬТРОПРОКТ»

Мадамин А.М., Айсав А.Ю.

Кыргызско-Российский Славянский университет, Бишкек, Кыргызстан

В настоящее время заболевания аноректальной зоны, как показывают последние данные отечественных и зарубежных исследователей, имеют тенденцию к учащению. Поэтому геморрой, трещины заднего прохода, проктиты, анальный зуд остаются серьезной проблемой для врачей-колопроктологов, и по сей день актуальна коррекция этих патологических состояний.

Цель исследования: Изучение клинического эффекта суппозиториев и мази «Ультрапрокт» при лечении геморроя, анальных трещин, проктита и зуда заднего прохода.

Материалы и методы: Для клинического изучения мази и суппозиториев «Ультрапрокт» фармацевтической компании «Шеринг» мы выбрали группу больных из 30 человек (основная) с геморроем, анальными трещинами, проктитом и анальным зудом, которые лечились в отделении проктологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики. Для контроля под нашим наблюдением находилась группа из 25 человек, которые, в основном, соответствовали пациентам из основной группы по нозологическим формам, полу и тяжести заболевания.

Пациентам с геморроем, анальными трещинами и зудом заднего прохода свечи «Ультрапрокт» назначались дважды в день после сидячей ванночки со слабо-розовым раствором перманганата калия после промывочного испражнения или очистки кишечника. А мазь «Ультрапрокт» рекомендовали наносить на кожу вокруг заднепроходного отверстия тонким слоем два раза в день.

Для лечения больных контрольной группы с геморроем, анальной трещиной и зудом заднего прохода использовались суппозитории «Анузол»

для лечения проктитов были применены суппозитории с облепиховым маслом в сочетании с другими противовоспалительными средствами.

Результаты: При анализе субъективной оценки динамики болевого синдрома, зуда перианальной кожи, местных воспалительных явлений в виде гиперемии кожи у больных с геморроем, острой анальной трещиной и зудом заднего прохода, которые получили мазь и суппозитории «Ультрапрокт», был отмечен значительный позитивный эффект в течении первых 2-х суток. В целом пациенты применяли мазь и свечи «Ультрапрокт» в течении 7-10 дней и у всех больных результаты лечения были расценены как хорошие.

При лечении больных с проктитом свечи «Ультрапрокт» применяли в комплексе с другими препаратами. Применение данного лечебного комплекса позволило в течение первых суток купировать болевые ощущения в области прямой кишки. При эндоскопическом контроле гиперемия и отек слизистой прямой кишки начали уменьшаться к исходу 3-х суток от начала лечения. В течение 4-5 суток наблюдались скудные выделения крови, которые начали прекращаться со стиханием воспалительных изменений. В данной группе больных у всех пациентов получены хорошие результаты лечения. Больные данной группы лечились в течение 14-16 дней.

В контрольной группе отмечены более длительные сроки лечения в сравнении с основной группой больных.

Заключение: На основе результатов проведенных клинических исследований можно с уверенностью сказать, что мазь и свечи «Ультрапрокт» фармацевтической компании «Шеринг» достаточно эффективны при лечении заболеваний анального канала и прямой кишки, они хорошо переносятся больными, не вызывают побочных явлений.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

Можанов Е.В., Карпунин О.Ю.

Казанский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая больница Минздрава РТ, Казань, Россия

Полнослойный ректальный пролапс представляет собой полную эверсию прямой кишки через анальный канал. Заболевание доставляет значительные физические и эмоциональные страдания, обусловленные еще и тем, что выпадение прямой кишки часто сочетается с анальной инконтиненцией. Несмотря на то, что для лечения заболевания предложено более 100 различных вмешательств, однако ни одно из них не гарантирует удовлетворительного результата (Wassef R., et al, 1986; Gordon H.P., Nivatvongs S., 2007).

Цель: улучшить показание к абдоминальным и промежностным вмешательствам при выпадении прямой кишки.

Материалы и методы: за период с 2001 по 2010 гг. в отделении колопроктологии РКБ МЗ РТ, клинической базе кафедры хирургических болезней №1 КГМУ, под нашим наблюдением находились 44 пациента с выпадением прямой кишки. При этом мужчин было 18 (40,9%), средний возраст – 49,7±17,0 лет; женщин – 26 (59,1%), средний возраст – 59,6±17,7 лет. Выпадение I стадии наблюдали у 8 (18,1%), II – у 13 (29,6%), и III – у 23 (52,3%) пациентов. Сочетание выпадения прямой кишки и анальной инконтиненции имелось у 29 (65,9%) больных: I степени – у 11 (37,9%), II – 13 (44,8%), III – 5 (17,2%). У 27 (61,4%) пациентов отмечены интеркуррентные заболевания. Срок послеоперационного наблюдения составил от 1 до 9 лет.

Результаты: Первую группу пациентов составили 25 (56,8%) больных, которым была выполнена шовная ректопексия по Кюммелю-Зернину в модификации НИИ проктологии. Данная операция на протяжении более 20 лет рассматривалась в нашей клинике как основной метод хирургического вмешательства при ректальном пролапсе. Операция выполняется под эндотрахеальным наркозом. Послеоперационный койко-день при ней составил 10,5. Послеоперационные осложнения возникли в 3 (12%) наблюдениях: в одном – эвентрация, в двух – внутрибрюшное кровотечение. Притом, в одном наблюдении внутрибрюшное кровотечение развилось на фоне печеночной недостаточности, что в последующем привело к летальному исходу. Рецидив выпадения наблюдали в 1 (4%) случае.

У 7 (15,9%) пациентов пожилого и старческого возрастов (средний – 73,3 лет) с тяжелой сопутствующей патологией и протяженностью выпадающего цилиндра кишки, не превышающей 6 см, выполнена промежностная операция Делорма. При этом используем эпидуральную анестезию. У пациентов со склонностью к констипационному синдрому ухудшения моторно-эвакуаторной функции не наблюдали. Все пациенты в послеоперационном периоде отмечали улучшение функции держания. Послеоперационный койко-день составил 11,4. Послеоперационных осложнений не было. Рецидивов пролапса за время наблюдения не выявлено. Бесспорным преимуществом операции, согласно литературным данным (Phillips R.K.S. 2006), является возможность ее повторного выполнения с минимальным дискомфортом для пациента в случае возникновения необходимости устранения рецидива.

12 (27,3%) больным выполнена задне-петлевая ректопексия полипропиленовой сеткой по Е.Н.Веллс (1959). Операцию выполняли через мини-лапаротомный разрез под эндотрахеальным наркозом. Ухудшения эвакуаторной функции прямой кишки не наблюдали, послеоперационных осложнений не было. Рецидивов за время наблюдения не отмечено. Послеоперационный койко-день составил 8,2.

Заключение. Выбор метода оперативного вмешательства при ректальном пролапсе требует дифференцированного подхода и зависит от протяженности выпадающего сегмента, наличия тяжелой сопутствующей патологии, выраженности синдрома констипации.

О ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

Музафаров С.М., Назаров Ф.Н., Музафарова П.С.

Хатлонская областная клиническая больница имени Б.Вахидова, Курган-Тюбе, Республика Таджикистан.

Геморроидальная болезнь является одним из часто встречающихся заболеваний прямой кишки. Им страдает около 80% населения, из которых до 50% нуждается в лечении. Распространенность заболевания среди лиц трудоспособного возраста, ведущая к потере значительного числа рабочих дней, ставит геморроидальную болезнь в ряд общемедицинских и социально-экономических проблем.

Одним из тяжелых осложнений геморроя является кровотечение, частота которого варьирует от 23 до 58%. Однако до сих пор по вопросам тактики и способов лечения заболевания остаются значительные разногласия.

Материал и методы: Мы располагаем опытом консервативного (312) и оперативного (743) лечения больных с различными стадиями и формами геморроидальной болезни, произведенные: за период 2006-2010 гг. У 225 (30,3%) из них имело место его осложнение-кровотечение, причем неоднократно обильно. Анализ этой группы пациентов и посвящена данная работа.

Результаты: Установлено, что у 65 (8,7%) больных кровотечение было необильным, непродолжительным, но частым и были связаны с нарушениями диеты и потреблением спиртных напитков. У 160 (21,5%) пациентов имело место выраженное, рецидивирующее кровотечение, в том числе у 12 (7,5%) из них имело место постгеморрагическая анемия с гемоглобином до 80 г/л, что потребовало до операционной корригирующей терапии.

Больные преимущественно оперировались после остановки кровотечения и полноценного обследования и адекватной подготовки. В 7 случаях операция произведена в отсроченном порядке ввиду неустойчивого окончания кровотечения.

Осложнения в послеоперационном периоде имело место в 5 случаях: у одного больного кровотечение наблюдалось в первые сутки в связи с соскальзыванием лигатуры, у двух – на 5 и 6 сутки в связи с натуживанием, и кровотечения были остановлены зашиванием кровотокающих сосудов в двух случаях отмечено нагноение кожной раны, ликвидированное консервативными мероприятиями. Летальных исходов не было.

Заключение. У больных с геморроидальным кровотечением залогом успеха является правильно выбранная тактика, заключающаяся в полноценной диагностике, адекватной терапии и радикального оперативного вмешательства.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АКТИНОМИКОЗА КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ И ПЕРИАНАЛЬНОЙ ОБЛАСТЕЙ

Муравьев А.В., Журавель Р.В., Малюгин В.С.

Ставропольская Государственная Медицинская Академия, МУЗ «Вторая городская клиническая больница», Ставрополь, Россия

Актиномикоз крестцово-копчиковой и периаанальной областей – хроническое заболевание, приводящее больного к крайнему истощению, образованию гнойных свищей, грубых рубцов и их малигнизации.

Актиномикоз известен с давних времен, но только с 1845 г. его стали выделять в самостоятельную нозологическую единицу. Длительное время актиномицеты считали грибами, только в 60-х годах Ваксман доказал, что актиномицеты являются грамм-положительными бактериями.

Несмотря на яркую клиническую картину (синюшное окрашивание кожи с коричневым оттенком, деревянистую плотность инфильтратов, отделяемое из свищей молочно-розового цвета) подтвердить диагноз достаточно трудно. Неверно мнение, что для окончательного подтверждения диагноза необходимо обязательное обнаружение друз в гнойном отделяемом из свищей, что часто является причиной диагностической ошибки. В случаях, когда друзы получены – диагноз бесспорен. Однако отсутствие друз еще не исключает наличия актиномикоза, чаще всего обнаруживается хронический воспалительный процесс. Нужно также иметь в виду способность друз подвергаться в тканях различным биологическим и дегенеративным процессам (лизирование, гомогенизация, обызвестление). Возбудители актиномикоза могут быть как анаэробами, так и аэробами. Важное значение в диагностике имеет постановка кожно-аллергической реакции с актинолизатом. При положительной реакции эритема имеет размер 1,5-4 см после некоторого поbledнения становится яркой и стойкой, и держится до 24 часов.

Лечение актиномикоза остается одной из актуальных проблем, так как нет единого мнения в выборе метода лечения. Одни являются сторонниками консервативной терапии, другие авторы сторонники только оперативного лечения. В краевом отделении колопроктологии г. Ставрополя используется активная хирургическая тактика, но с тщательной предоперационной подготовкой, продолжающейся до нескольких месяцев. Она заключается в антибиотикотерапии с учетом результатов чувствительности микрофлоры, а при отсутствии чувствительности использовали рифампицин; иммунотерапии актинолизатом или полиоксидоним 15-20 инъекций на курс; при снижении гемоглобина ниже 70 г/л переливание одногруппной крови; промывание свищевых ходов раствором йодинола и введение в прямую кишку йодсодержащего препарата Октагепт; при наличии стриктуры анального канала проведение бужирования, разработанным в нашей клинике бужем, при наличии абсцедирующих участков их вскрытие, дренирование. В зависимости от количества и

объемов инфильтратов проводится от 1 до 3-х курсов предоперационной подготовки, до уменьшения или исчезновения инфильтратов, гнойного отделяемого из свищевых ходов, ликвидации стриктуры прямой кишки. Выбор метода оперативного вмешательства и способы закрытия операционного дефекта зависят от локализации очага поражения, распространенности и наличия осложнений.

НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Муравьев А.В., Малюгин В.С., Журавель Р.В.

Ставропольская Государственная Медицинская Академия, МУЗ «Вторая городская клиническая больница», Ставрополь, Россия

Хирургическому лечению больных со сложными формами экстрасфинктерных свищей прямой кишки посвящено множество работ, но несмотря на это проблема остается полностью не решенной, о чем свидетельствует высокий процент послеоперационных осложнений, таких как рубцовые деформации дистальных отделов прямой кишки, недостаточность анального сфинктера, а также весьма высокий процент рецидивов.

Проанализировав результаты лечения мы пришли к выводу, что основными причинами рецидива заболевания при выполнении операций направленных на пластическое закрытие внутреннего отверстия являются:

1. Отхождение или частичный некроз перемещенного лоскута
2. Негерметичность швов
3. Лигатурный абсцесс, возникающий под перемещенным лоскутом в области ушивания внутреннего отверстия свища.
4. Выраженные геморроидальные узлы и невозможность достаточного гемостаза в области перемещаемого лоскута (что затрудняет проведение самой операции).

Существует более 100 различных методик оперативного лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки, вот лишь наиболее часто используемые:

- 1) рассечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием волокон сфинктера. Недостатком этого метода является довольно частое расхождение швов, что в итоге приводит к недостаточности анального сфинктера.
- 2) лигатурный метод. В настоящее время применяется только по строгим показаниям, при невозможности выполнения пластики из-за выраженного рубцового процесса.
- 3) иссечение свища, ушивание его культи в промежностной ране с задней дозированной сфинктеротомией (метод Рыжика). При выполнении этого вида операции не устраняется внутреннее отверстие, что ведет к большому проценту рецидивов.
- 4) Инвагинация свищевого хода в просвет кишки. Теоретически метод хорош, на практике же выполнить его не удается (трудно инвагинировать рубцовую ткань в просвет свища).
- 5) перевод экстрасфинктерного свища в интрасфинктерный (подслизистый). Хороший метод, но недостатком этого метода является увеличение сроков пребывания в стационаре и необходимость повторной операции.
- 6) иссечение свища с пластикой внутреннего отверстия перемещением слизистой дистального отдела прямой кишки (метод Джад-Робле, метод Блиничева).

Предлагаем вашему вниманию новый метод хирургического лечения данной патологии.

Суть метода: После выделения в виде тяжа свищевого хода и отсеечения его от стенки прямой кишки, со стороны прямой кишки выполняют низведение слизистой лоскута (пластика внутреннего отверстия по Джад-Робле). Под слизистый лоскут на внутренне отверстие свища со стороны просвета кишки укладывается пластина препарата «тахокомб» размером 1,0 на 2,0 см. После чего низведенный лоскут дополнительно фиксируется отдельными узловыми швами.

Благодаря свойствам препарата «тахокомб» достигается идеальный гемостаз в области внутреннего отверстия под перемещенным слизистым лоскутом, что в свою очередь значительно снижает вероятность отслоения последнего в послеоперационном периоде, а также благодаря тому, что препарат создает водо- и воздухопроницаемый слой устраняется сама причина заболевания: проникновение кишечной микрофлоры в окологрязекишечную клетчатку.

ВОЗМОЖНОСТИ ПЛАСТИКИ ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ

Муслимов М.И., Китаев А.В., Столярж А.Б., Айрапетян А.Т., Архиреев С.О.

Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Зверинского МО РФ, Государственная классическая академия им. Маймонида, Москва, Россия

Пациенты с отсутствием половины и более полуокружности анального жома, как правило, требуют выполнения сложных травматичных оперативных вмешательств по созданию «нового» запирающего аппарата прямой кишки перемещением нежных или больших ягодичных мышц. Однако, при условии сохранности анокопчиковой связки, мы считаем

возможным восстановлению функции держания только местными тканями.

Клинический пример: К., 22 лет, получил тупую травму таза с открытыми переломами обеих лонных, левой седалищной костей со смещением отломков, разрывом лонного синдесмоза и крестцово-подвздошного сочленения слева, с нарушением целостности тазового кольца, повреждением пресакрального венозного сплетения. Обширная рана правой паховой области и промежности с разрушением левой половины запирающего аппарата прямой кишки, полным перерывом мембранозной части уретры, разрывом правой половины мошонки без повреждения яичка, обширная забрюшинная и тазовая гематомы.

При поступлении в отделение через 9 месяцев после травмы: анальная воронка сглажена, анус зияет до 3см, слизистая нижнеампулярного отдела прямой кишки пролабирует за пределы наружного отверстия заднего прохода. Кожные покровы левой половины передней и задней промежности деформированы множественными посттравматическими рубцами. Анальный рефлекс слева отсутствует, справа сохранен. Наружный сфинктер представлен в виде линейного мышечного тяжа диаметром до 1,5см, спаянного с рубцовыми тканями у корня полового члена на 11 часах и переходящий в аноскопиковую связку на 7 часах.

Через 10 месяцев после травмы выполнена операция: Сфинктеролеваторопластика посттравматического дефекта запирающего аппарата прямой кишки перемещением копчика с аноскопиковой связкой к седалищному отростку левой лонной кости. Во время операции выполнена мобилизация аноскопиковой связки и копчика. Крестцово-копчиковое сочленение пересечено. Передние леваторы вместе с надкостницей по внутренней поверхности в верхней трети седалищного отростка левой лонной кости отслоены и I-II копчиковые позвонки фиксированы 4 монофиламентными узловыми швами из нерассасывающегося материала к внутренней поверхности левой лонной кости и ее надкостнице. Затем мобилизованный участок сфинктера на 11 часах фиксирован к основанию аноскопиковой связки викриловыми лигатурами. Рана ушита наглухо. Послеоперационное течение гладкое.

Предоперационная ЭМГ, сфинктерометрия через 9 месяцев после травмы – при сегментарной ЭМГ регистрируется отсутствие биоэлектрической активности мышц наружного сфинктера от 12 до 6 часов по циферблату. Выявленные изменения соответствуют недостаточности анального сфинктера III степени.

Послеоперационная ЭМГ, сфинктерометрия через три месяца после реконструктивной операции – При сегментарной ЭМГ выраженных дефектов наружного сфинктера не обнаружено, однако, регистрируется снижение биоэлектрической активности на 12-13 часах по циферблату. Реакция пуборектальной петли не изменена. При сфинктерометрическом исследовании тонус в проекции внутреннего сфинктера и суммарная сократительная способность анального жома несколько снижены. Выявленные изменения соответствуют недостаточности анального сфинктера I степени.

Послеоперационная дефекография (через 3 мес. после операции) – прямая кишка обычно расположена, контуры ее четкие, стенки эластичные. При дефекографии аноректальная зона расположена на 3,4см ниже крестцовооблоковой линии. При выполнении функциональных проб подвижность АРЗ в пределах 0,4 см. Функция держания барьерной взвеси удовлетворительная.

Через 6 месяцев после реконструктивной операции ликвидирована двустольная сигмостома. Функция держания и качество жизни удовлетворительные.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА СТЕПЛЕРНОЙ ГЕМОРОИДОПЕКСИИ

Овчаренко Д.А., Китаев А.В., Диденко В.В., Тарасенко С.А., Тельнова В.Н., Айрапетян А.Т.

Государственная классическая академия им. Маймонида, ФГМУ «Медицинский центр» при Спецстрое России, Москва, Россия, ЦВКГ им. А.А.Вишневого, МУЗГБ №1, Калининград, Россия

Цель исследования: определить оптимальную технику степлерной геморроидопексии при геморрое и ректоцеле.

В ЦВКГ им. А.А. Вишневого, МУЗГБ №1 г.Калининграда, ЦВКГ ФГМУ «Медицинский центр при Спецстрое России» с 2000 по 2010 годы по методу Лонго прооперировано 174 человека в возрасте от 23 до 78 лет. Средний возраст составил – 46,7. Из них мужчин было 96 (55%), женщин 78 (45%). Среднее время операции составило 29±11минут, а средняя длительность лечения – 3,3 суток.

Методика операции. Операция проводится в операционной в положении больного на спине с ногами, приведенными к животу и уложенными на специальные подставки, под спинальной анестезией анестетиками короткого действия. Для выполнения операции фирмой Ethicon выпускается специальный набор одноразовых инструментов, который включает: 33 мм циркулярный степлер PPH-03, крючок для проведения лигатур через прорези степлера PPH (ST100), циркулярный анальный дилататор (CAD33) и аноскоп (PSA33) для наложения кисетного шва. Дилататор имеет четыре отверстия, позволяющие фиксировать его к перианальной коже.

Выполнение дивульсии анального канала не желательно. На 2, 4, 8 и 10 часах на перианальную кожу в 1 см от наружного отверстия заднего прохода накладываются четыре зажима Алиса и анальный канал растягивают в продольном направлении, что облегчает введение аноскопа с obturatorом, при этом происходит вправление наружных геморроидальных узлов. После удаления obturatorа выпадающая слизистая выступает в просвет аноскопа. Дилататор фиксируется к коже. Прозрачность

дилататора позволяет контролировать расположение зубчатой линии. В просвет дилататора вводится окончательный аноскоп, при помощи которого расширяется циркулярно выпадающая слизистая, что обеспечивает возможность наложения кисетного шва на слизистую оболочку прямой кишки на 4-5 см выше зубчатой линии. Шов накладывают аккуратно, удаляя и вновь вводя аноскоп, вращая его по окружности. Используют нить Prolene 2,0. Для безболезненного течения послеоперационного периода кисетный шов должен быть на расстоянии не менее 2,0 см от зубчатой линии и ни в коем случае не должен захватывать покровы анального канала, ножек геморроидальных узлов. После наложения кисетного шва степлер PPH-03 (01) в открытом положении вводят в прямую кишку так, чтобы головка аппарата располагалась выше шва. Завязывают кисетный шов на стержне аппарата и крючком концы нитей выводят наружу через боковые каналы в режущей части аппарата. Снаружи концы нитей связывают между собой, образуя петлю. В результате тракции за петлю фиксирующая кисетным швом слизистая оболочка натягивается в аппарат. Перед прошиванием слизистой оболочки корпус аппарата должен располагаться параллельно анальному каналу. Внутренний сфинктер не попадет в нож аппарата, если отметка на режущей части будет 4 см и более. У женщин перед срабатыванием степлера во избежание захвата задней стенки влагалища проводят ее визуальный и пальпаторный контроль. Таким образом, производится одновременная резекция слизисто-подслизистого слоя прямой кишки и ее прошивание танталовыми скрепками. Для улучшения гемостаза инструмент оставляют в закрытом положении до и после прошивания в течение 20 секунд. Затем аппарат немного открывают, сделав 1/2 оборота, извлекают вместе с резецированными слизисто-подслизистым участком, который должен остаться на корпусе аппарата в виде целостного кольца, что свидетельствует о правильности выполнения операции. Через аноскоп контролируют гемостаз и при необходимости прошивают кровотокающие участки Z-образными швами через линию механического шва, используя нить Vicryl (Polysorb) 3-0. Следует обратить внимание на тщательный гемостаз линии механического шва, в связи с тем, что циркулярный шов располагается в ампуле прямой кишки и фиксирует только слизистую, являющуюся хрупкой структурой. Необходимо любой подозрительный участок на неустойчивый гемостаз укреплять Z-образными швами. Как правило, участки, подозрительные на неустойчивый гемостаз, располагаются в типичных местах (3, 7 11 часах). При нарушениях техники наложения кисетного шва иногда слизистая в механическом шве гофрируется, такие места гофрирования шва всегда необходимо укреплять Z-образными швами. В прямую кишку на сутки вводят марлевую полосу с мазью «Релиф Адванс» и газоотводную трубку. Послеоперационный болевой синдром выражен умеренно и позволяет обойтись без наркотических анальгетиков. Кроме того, мы считаем необходимым операцию геморроидопексии дополнять иссечением наружных геморроидальных узлов в типичных местах, так как последние имеют отдельное кровоснабжение.

Операция показана при клинически выраженном геморрое II, III, IV стадий. Противопоказаниями являются воспалительные заболевания анальной области, фиброзно-измененные внутренние узлы, острый период тромбоза узлов.

Преимуществами операции являются: небольшая продолжительность; отсутствие выраженного болевого эффекта в послеоперационном периоде; быстрое восстановление активного образа жизни и работоспособности; сохранение целостности слизистой анального канала с ее рецепторами.

Вывод.

1. Операцию резекцию слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки можно признать радикальной в хирургическом лечении геморроя. Оперативное вмешательство является малоинвазивным, позволяет в краткие сроки вернуть пациентов к активной жизни с полной физической и социальной реабилитацией.
2. Данный метод имеет право на широкое клиническое применение наряду с уже существующими способами хирургического лечения геморроя.
3. При выраженности наружных геморроидальных узлов целесообразно дополнить основную операцию иссечением этих узлов.
4. У женщин при сочетании геморроя с ректоцеле, а также у пациентов в старческом возрасте операцию Лонго следует считать операцией выбора.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА СЛАБОСТИ ТАЗОВОГО ДНА У МУЖЧИН

Овчаренко Д.А., Китаев А.В., Дмитращенко А.А., Айрапетян А.Т., Тельнова В.Н., Тарасенко С.А.

Государственная классическая академия им. Маймонида, Москва, Россия, ЦВКГ им. А.А.Вишневого, Красnogорск, Московская область, Россия, МУЗГБ №1, Калининград, Россия

Цель: определить оптимальные методы хирургической коррекции синдрома слабости тазового дна у мужчин.

Материалы и методы: В исследовании участвовали 553 пациента – мужчин.

Результаты: По степени выраженности клинических проявлений геморроя пациенты распределились следующим образом: I стадия – 59 (10,7%) больных, II стадия – 286 (51,7%), III стадия – 149 (26,9%), IV стадия – 59 (10,7%). Все больные были распределены на две группы по методам оперативного пособия. Группа I (с резекцией слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки) – составила 213 (38,5%)

пациентов, группа II стандартные (исторически традиционные операции Миллиган-Моргана, Фергюсона) методы оперативного лечения – 340 (61,5%). По данным наших исследований у подавляющего числа пациентов-мужчин страдающих геморроем 2-4 стадий диагностируется газовый пролапс, сопровождающийся передним или задним ректоцелем различной степени выраженности, которые нами диагностировались с помощью дефекографии и МРТ-дефекографии, тонометрии запирающего аппарата прямой кишки. Оперативные вмешательства в группе I выполнялись под спинномозговой анестезией на уровне L2-L3, аппаратами РРН-01.03. Операция геморроидопексии всегда дополнялась иссечением наружных геморроидальных узлов Среднее время продолжительности операции в опытной группе 18-25 минут. Средняя длительность послеоперационного периода составила 4,1 дня. Осложнения в послеоперационном периоде возникли в 16 (7,5%) случаях: у 3 (1,4%) пациентов – на 3, 8 и 12 сутки после операции возникло кровотечение из линии механического шва на 3 и 7 часах, потребовавшее прошивания кровоточащего сосуда и связанное, по нашему мнению, с конструктивными особенностями самого аппарата РРН: у 1 (0,5%) в раннем послеоперационном периоде диагностирована гематома мезоректума, потребовавшая лапаротомии и эвакуации гематомы; у 7 (3,3%) больных в первые сутки послеоперационного периода отмечалась задержка мочи, связанная с наличием хронического простатита и аденомы простаты. 5 (2,3%) пациентам мы были вынуждены удалить скобки с линии механического шва, в связи с выраженным болевым синдромом, в сроки до 35 суток после операции, что позволило значительно уменьшить болевой синдром (во всех этих случаях механический шов располагался в непосредственной близости от зубчатой линии (менее 1,0-1,5см). Во всех случаях в послеоперационном периоде применялись ненаркотические анальгетики, как правило, один раз в сутки на ночь. Средняя длительность применения ненаркотических анальгетиков составила 3,3 дня. При обследовании в послеоперационном периоде у всех пациентов после комбинированного хирургического лечения отмечено исчезновение симптомов, связанных с затруднением акта дефекации. В контрольной группе среднее время продолжительности операции была 42 минуты. Средняя длительность послеоперационного периода составила 7,6 дней. Среди ранних послеоперационных осложнений следует отметить выраженный болевой синдром у всех исследуемых, который потребовал назначение наркотических анальгетиков 3-5 раз в сутки в среднем 4,3 дня и ненаркотических – 3,6 дня (всего 7,9 дня). У 101 (29,7%) пациентов отмечена задержка мочеиспускания от 1 до 3 суток.

Выводы: 1. Наш опыт выполнения операции геморроидопексии (резекции слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки) с иссечением наружных геморроидальных узлов позволяет считать её радикальным методом хирургического лечения геморроя. 2. Геморрой 3-4 стадий, у мужчин, как правило, является клиническим проявлением тазового пролапса.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

Овчаренко Д.А., Китаев А.В., Тельнова В.Н., Дмитращенко А.А., Айрапетян А.Т., Тарасенко С.А.

ЦВКГ им. А.А. Вишневского, ФГМУ «Медицинский центр при Спецстрое России», ГКА им. Маймонида, Москва, Россия, МУЗ ГБ №1, Калининград, Россия

Слизисто-подслизистая резекция нижеампулярного отдела прямой кишки при лечении геморроя у мужчин выполнена в 213 случаях с 2000г. Их возраст варьировал от 18 до 74 лет. Средний возраст составил – 44,7 года. Больные с I стадией – 59 (10,7%) больных, II стадией – 286 (51,7%), III стадией – 149 (26,9%), IV стадией – 59 (10,7%).

Осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли в 16 (7,5%) случаях: у 3 (1,4%) пациентов – на 3, 8 и 12 сутки после операции возникло кровотечение из линии механического шва на 3 и 7 часах, потребовавшее прошивания кровотока сосуда и связанное, по нашему мнению, с конструктивными особенностями самого аппарата РРН: у 1 (0,5%) в раннем послеоперационном периоде диагностирована гематома мезоректума, потребовавшая лапаротомии и эвакуации гематомы; у 7 (3,3%) больных в первые сутки послеоперационного периода отмечалась задержка мочи, связанная с наличием хронического простатита и аденомы простаты. 5 (2,3%) пациентам мы были вынуждены удалить скобки с линии механического шва, в связи с выраженным болевым синдромом, в сроки до 35 суток после операции, что позволило значительно уменьшить болевой синдром (во всех этих случаях механический шов располагался в непосредственной близости от зубчатой линии (менее 1,0-1,5см). В отдаленном периоде у 4 пациентов однократно в сроки от 3 месяцев до 1,5 лет после операции отмечены тромбозы наружных геморроидальных узлов. Следует отметить, что во всех этих случаях тромбоз развивался на фоне чрезмерного употребления алкоголя или острой пищи, и операция степлерной геморроидопексии не дополнялась иссечением наружных геморроидальных узлов.

В послеоперационном периоде от 1 года до 5 лет прослежено 158 пациентов. Все они отмечают исчезновение ранее беспокоивших их клинических проявлений геморроя: боли, выделение крови при дефекации, выпадение внутренних узлов и не испытывают какого либо дискомфорта в повседневной жизни. При наружном осмотре промежности и исследовании прямой кишки: наружные узлы спавшиеся, внутренние узлы значительно уменьшились в размерах, склерозированы, находятся выше зубчатой линии, линия анастомоза шириной не более 2 мм, мягкая, подвижная, располагается выше внутреннего отверстия анального канала на 2-3 см, при визуальном и пальпаторном осмотре с трудом различима. При дефекографии, МРТ-дефекографии – признаков имеющегося ране

ректоцеле и «скольжения» слизистой прямой кишки не отмечается. Все пациенты отмечают улучшение самого процесса дефекации – нет чувства инородного тела после дефекации, акт дефекации ежедневный однократный.

Выводы:

1. Наш опыт выполнения операций степлерной геморроидопексии по методу Лонго 213 пациентам позволяет сделать заключение о том, что данный метод может считаться радикальным хирургическим методом лечения геморроя.
2. Линия механического шва должна располагаться не ближе 2 см от внутренней отверстия анального канала.
3. Учитывать конструктивные особенности аппарата РРН, считаем необходимым укреплять линию механического шва отдельными Z-образными швами.
4. Степлерную геморроидопексию необходимо дополнять иссечением наружных геморроидальных узлов.

ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАБОРОВ GPS И РРН В КОМПЛЕКСНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛЯПСА ЗАДНЕГО СЕКТОРА ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН

Олейник Н.В., Куликовский В.Ф., Наумов А.В., Сторожил Д.А. ГУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Россия

У женщин с опущением тазового дна частота встречаемости геморроидальной болезни увеличивается до 60-70%. Она может быть одним из проявлений тазового пролапса, так как развивается, согласно механической теории, в результате слабости соединительной и мышечной тканей прямой кишки. Сочетанный пролапс должен, по возможности, быть устранен одновременно. Однако по вопросу выбора метода хирургического лечения данной патологии существуют различные мнения.

Цель исследования: улучшение анатомических и функциональных результатов хирургического лечения комбинированного заднего пролапса; оценка возможности одномоментного использования для его коррекции Gynecare Prolift System Posterior (GPS) и набора РРН (производство фирмы «Джонсон & Джонсон»).

Материалы и методы: Для диагностики пролапса использовались клинические методы исследования, ректоскопия с натуживанием по Парку, дефекография, УЗИ и МРТ, аноректальные функциональные тесты с использованием многофункциональной компьютерной системы для изучения функционального состояния тазового дна Poligraf ID фирмы Medtronic (США). 22 пациенткам, средний возраст 43,3±4,1 лет, произведена коррекция опущения заднего сектора тазового дна путем имплантации задней GPS и резекция слизистоподслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки для одномоментного устранения симптомов геморроидальной болезни с использованием циркулярного степлера (набора РРН). Показаниями к операции считали наличие ректоцеле II-III ст., опущение слизистой прямой кишки и геморроидальной болезни II-III степени. Контрольную группу составили 35 пациенток, средний возраст 46,4±3,2 лет, которым выполнена передняя леваторопластика, иссечение избытка слизистой прямой кишки и геморроидэктомия по Миллигану-Моргану с ушиванием ран наглухо.

Результаты: Болевой синдром со стороны ран анальной области был более выражен у больных контрольной группы и не зависел от способа коррекции ректовагинальной перегородки. Наибольшее количество гнойных 5 (14,2%) осложнений отмечено в ранах перианальной области этой же группы больных. При использовании циркулярного степлера гнойных осложнений не отмечено. Нагноение влажной раны отмечено у одной больной (2,9%), которой произведена леваторопластика. Со стороны влажных ран большинство гнойных осложнений 3 (13,6%) отмечено при использовании сетки. Эрозия диагностирована у одной больной (4,5%), гранулема – также у 1 больной (4,5%) основной группы. На диспансерно жаловались 2 (3,8%) больные, перенесшие леваторопластику. Устранение симптомов геморроидальной болезни и рентгенологических признаков пролапса слизистой прямой кишки удалось достичь у всех больных независимо от способа оперативной коррекции. Однако функциональные результаты оказались лучше у больных основной группы. Так нормализацию функции опорожнения отметили 25 (71,4%) пациенток контрольной группы и 21 (95,4%) пациенток исследуемой группы, что подтверждено данными аноректальной манометрии.

Выводы: При сочетанном характере пролапса заднего сектора тазового дна необходимо комплексное хирургическое лечение. Использование наборов GPS и РРН позволяет улучшить функциональные результаты и снизить интенсивность болевого синдрома, по сравнению с традиционной геморроидэктомией. Однако достаточно высокий процент гнойно-воспалительных осложнений, связанных с имплантацией сетки заставляет использовать этот метод с осторожностью и по показаниям.

КОРРЕКЦИЯ АНОРЕКТАЛЬНОГО УГЛА У БОЛЬНЫХ РЕКТОЦЕЛЕ СОЧЕТАННОГО С ПРОКТОГЕННЫМ ЗАПОРМ

Оскретков В. И., Шалапин И. В., Шалапин Д.И.

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Кафедра общей хирургии АГМУФ, Барнаул, Россия

Основным методом выявления патологии тазового дна и нарушения дефекации является проктодефекография с натуживанием. Нами обследовано 53 женщины с ректоцеле, которые предъявляли жалобы на нарушение акта дефекации, проявляющегося длительным, неэффективным натуживанием, затруднением на «выходе» каловых масс, с использованием ручного пособия, слабительных и очистительных клизм для облегчения дефекации.

Вторую группу составили 50 женщин с ректоцеле, у которых был ежедневный самостоятельный стул, с умеренным натуживанием, без ручного пособия или слабительных.

По данным проктодефекографии, у пациенток с ректоцеле сочетанного с запором ощущение тазового дна не сопровождалось удлинением аноскопической связки, а аноректальный угол, который в покое был острый, при натуживании увеличивался на 32° и становился более тупым, но не достигал 90°, это приводило к тому, что при дефекации вектор эвакуации направлен в полость ректоцеле, увеличивая ее размер до 6см и вызывая диастаз передней порции леваторных мышц. Ось анального канала находилась вне вектора эвакуации, поскольку сохранялся исходно имеющийся острый аноректальный угол, выправлению которого препятствовала короткая и (или) менее растяжимая аноскопическая связка.

Данное заключение позволило предположить, что хирургическая коррекция длины аноскопической связки, а следовательно формирование тупого аноректального угла способны положительно влиять на акт дефекации у больных ректоцеле с нарушением акта дефекации. У 9 больных ректоцеле с острым аноректальным углом и короткой аноскопической связкой выполнена традиционная передняя леваторопластика трансвагинальным методом (для устранения диастаза леваторных мышц) и дополнительно пересечена аноскопическая связка. Оперативный доступ осуществлялся через заднюю промежность с выделением связки и ее рассечением. Дренаж через контрапертуру. Рану ушивали наглухо. Осложнений не было. Контрольная проктодефекография проводилась через 1-1,5 года показала, что у всех больных аноректальный угол > 105°, а вектор эвакуации кишечного содержимого направлен в сторону анального канала. Стул самостоятельный с умеренным натуживанием, без ручного пособия или слабительных.

Изменение вектора эвакуации кишечного содержимого за счет коррекции аноректального угла позволяет предотвратить рецидив ректоцеле у нарушении акта дефекации.

ОЗОНОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Островский Е.М., Розанов В.Е.

ФГУЗ Клиническая больница №123 ФМБА, Одинцово, Московская обл., России

Цель: изучить влияние озонотерапии на течение раневого процесса у пациентов с обширными гнойно-некротическими ранами промежности после вскрытия острого парапроктита.

Материал и методы: проанализированы результаты лечения 77 больных с гнойно-некротическими ранами периаанальной зоны и промежности после вскрытия острого парапроктита, средний возраст которых составил 48,5±2,5 лет. У 29 – был подкожный парапроктит, у 22 – ишио-ректальный, у 14 – подковообразный, 6 – пельвиоректальный, 6 – ретро-ректальный.

Все больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 47 больных, в лечении которых применялся аппарат озонотерапии «АОТ-НСК-01-С». В зависимости от выраженности гнойно-некротических процессов в ране применяли проточное орошение в пластиковом мешке озоно-кислородной смесью (концентрация озона 20–40 мг/л). Время воздействия на рану – от 10 до 20 минут. Парентеральное введение 400,0 мл озонированного раствора с концентрацией озона 1 мг/л осуществляли в течение 6-7 суток. Местная санация озонированным раствором с концентрацией последнего 10-15 мг/л. Группу сравнения составили 30 пациентов с аналогичными поражениями, лечение которых проводилось по общепринятым методикам. Эффективность озонотерапии и динамику течения гнойно-некротического процесса в периаанальной области и промежности оценивали по клиническим признакам, данным лабораторных и цитологических исследований.

Результаты: До начала озонотерапии в цитogramмах с ран отмечалось преимущественное 92-95% присутствие нейтрофильных лейкоцитов. Нейтрофилы в 71-85% находились в состоянии дегенерации. В 88% случаев определялся незавершенный фагоцитоз. Тип цитogramм соответствовал некротическому (I) и дегенеративно-воспалительному (II) типу. Для этого периода было характерно почти полное отсутствие макрофагов, лимфоцитов, что свидетельствовало о значительном снижении клеточного иммунитета.

На 7-8 сутки лечения в группе сравнения отмечалась цитологическая картина, характерная для I и II типов. В основной группе цитogramмы соответствовали II и III типам, что проявлялось снижением количества микроорганизмов, отмечалось активация фагоцитоза, завершеного в 50-61% случаев.

Показателем благоприятного течения раневого процесса являлось снижение количества нейтрофилов до 67-81%. Тканевые недифференцированные фибробласты и лимфоциты составляли 12-18% клеток. Возрастало количество макрофагов до 5%. Данные процессы свидетельствуют о начале очищения ран от гнойно-некротических масс и переход во II фазу раневого процесса – фазу регенерации. К 12-18 суткам цитологическая картина во второй группе соответствовала воспалительному (III) и воспалительно-регенераторному (IV) типу. У больных основной группы тип цитogramм соответствовал IV и V. К 21-23 суткам у больных основной группы регенеративные процессы в ране происходили более интенсивно и цитogramмы отпечатков с раневой поверхности соответствовали регенераторному (VI) типу. В то же время у пациентов 2 группы данные изменения цитogramм стали отмечаться только на 27-29 сутки.

Заключение: Озонотерапия оказывает мощное антибактериальное и противовоспалительное действие, антигипоксическое и стимулирующее воздействие на течение раневого процесса. Использование озонотерапии при местном лечении гнойно-некротических ран промежности позволяет ускорить процесс очищения ран от некротического детрита, ускорить сроки заживления ран, что, в свою очередь, позволяет сократить сроки лечения пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТНЫХ МЕТОДИК

Островский Е.М., Розанов В.Е.

ФГУЗ Клиническая больница №123 ФМБА, Одинцово, Московская обл., России

Наиболее распространенным методом хирургического лечения геморроя является геморроидэктомия по Миллиган-Моргану в различных модификациях. Недостатком данной методики является выраженность болевого синдрома после операции, который отмечается у 70-90% больных.

Цель исследования: провести сравнительный анализ эффективности оперативного лечения хронического геморроя с использованием аппаратных методик и оценить результаты лечения больных.

Материалы и методы: в сравнительное исследование включено 124 пациента с хроническим геморроем 2-4 стадии. Среди них женщин было 26, мужчин – 30. Возраст больных был от 24 лет до 77. Пациентов со II стадией геморроя было 16 (28,55), III стадией – 21 (37,6%), IV стадией – 19 (33,9%).

Сравнивались 2 группы больных. В основную группу вошли 56 человек, которым выполнялась, после прошивания ножки геморроидального узла, открытая геморроидэктомия при помощи электрохирургического аппарата Argo 3000 фирмы «Soring» и радиохирургический прибор «Сургитрон™», производства фирмы «Ellman International» (США). Данная группа, в свою очередь, разделена на две подгруппы («А» – 28 больных и «В» – 28 больных соответственно). В контрольную группу включено 68 пациент, которым выполнена закрытая геморроидэктомия по Миллиган-Моргану в модификации №2 ГНЦ колопроктологии. В группах оценивались: продолжительность оперативного вмешательства, интенсивность болевого синдрома с использованием международной визуально-аналоговой шкалы. Рассматривались наличие и выраженность послеоперационных осложнений: дизурических расстройств, послеоперационных кровотечений, сроки заживления ран после операции.

Результаты: Применение электрохирургического аппарата Argo 3000 фирмы «Soring» при выполнении бесшовной геморроидэктомии приводит к значительному сокращению продолжительности операции по сравнению с закрытой геморроидэктомией (15,0±5,0 мин., 39±10,0 мин.). Использование радиохирургического прибора «Сургитрон™», также значительно уменьшает время операции (18,4±5,2 мин.). В первые сутки после операции у пациентов, которым произведена бесшовная геморроидэктомия достоверно низкий уровень болевого синдрома при оценке последнего по десятибалльной аналоговой шкале 2,0±0,5 балла после открытой геморроидэктомии в подгруппе «А» и 3,1±0,4 в подгруппе «В», до 6,0±1,4 балла после закрытой геморроидэктомии. В подгруппе «А» у пациентов, оперированных с использованием электрохирургического аппарата Argo 3000 – в послеоперационном периоде нами не отмечено дизурических расстройств. У троих больных отмечена незначительная кровопотеря (50 мл), которая была купирована консервативными мероприятиями. В подгруппе «В» дизурических расстройств отмечено 2 – у пожилых пациентов, в отличие от больных контрольной группы, где таких больных было 10.

В послеоперационном периоде у больных первой группы применялись преимущественно анальгетики ненаркотического ряда. Уменьшение болевого синдрома приводит к резкому снижению до 3-4 раз необходимости назначения наркотических анальгетиков (0,9±0,4 и 1,2±0,5 мг 2% промедола, 4,35±0,8 мг соответственно). Средняя длительность применения анальгетиков составила 3,6 дня. Сроки нахождения в стационаре у больных основной группы были меньше на 34% по сравнению с контрольной группой больных.

Заключение: Использование электрохирургического аппарата Argo 3000 фирмы «Soring» и радиохирургического прибора «Сургитрон™» позволяет уменьшить послеоперационный болевой синдром, снизить дизурические расстройства и длительность пребывания в стационаре. Значительно сокращается время оперативного вмешательства и количество послеоперационных осложнений.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ

Подмаренкова Л.Ф., Полетов Н.Н.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии»
Минздравсоцразвития России, Москва Россия

До настоящего времени не предложены эффективные способы лечения больных с анальной инконтиненцией. После грацилопластики хорошие результаты отмечены только около 50% оперированных. Для улучшения результатов грацилопластики нами применяется комплекс мероприятий, направленный на увеличение мышечной массы, т.е. рабочей гипертрофии нежной мышцы бедра, что достигалось электростимуляцией и комплексом ЛФК. Электростимуляция нежной мышцы проводилась на аппарате «Электроника» с помощью 2-х накожных электродов, размещенных в проекции мышцы.

Лечебная физкультура включала 5-8 упражнений, связанных с напряжением медиальной группы мышц бедра и сокращением мышц промежности. Подбор упражнений осуществлялся под контролем регистрации электромиограммы нежной мышцы.

Продолжительность подготовки мышцы к операции, в среднем составила 15 дней.

Эффективность подготовки нежной мышцы оценивалась ее электромиограммой.

При оценке моторной активности дистальных отделов толстой кишки у 6 (%) был выявлен гиперкинетический тип моторной активности, наличие которого осложняет проведения пластической операции. Этим больным проведен курс терапии, направленной на нормализацию моторной активности толстой кишки, включающей медикаментозную терапию (энтеросептики, прокинетики, энтеросорбенты и препараты, нормализующие моторику тонкой и толстой кишки) и электростимуляцию прямой кишки путем создания антиперистальтической волны. После проведения курса лечения тип моторной активности изменился на нормокинетический тип.

Создание неосфинктера из нежной мышцы бедра произведено у 55 больных.

Для профилактики возможных дегенеративных изменений, а так же для адаптации нежной мышцы бедра к функции наружного сфинктера был разработан комплекс мероприятий, включающий методы электростимуляции и кинетотерапии на основе биологической обратной связи (БОС). Комплекс начинали проводить с 14-16 дня после операции и был направлен на обеспечение жизнеспособности перемещенной мышцы и включал методы электростимуляции и кинетотерапии. Мы применяли электростимуляцию на электростимуляторе «Анотонус», разработанном в нашем Центре. Курс электростимуляции составлял не менее 14 дней. Кинетотерапия проводилась на основе биологической обратной связи. В качестве контроля за сокращением мышц «неосфинктера» применялась электромиограмма, выведенная на экран монитора.

Через три месяца после операции для развития мышечной силы и работоспособности «неосфинктера» включался комплекс упражнений, обеспечивающий сознательное управление «неосфинктером». Курс лечения состоял из электростимуляции, кинетотерапии и методики БОС терапии выполняемой на стабилометрическом комплексе (МБН).

Через шесть месяцев проводилась выработка условного ректоанального рефлекса и формирование тонической активности, путем тренировок и моделированием наполнения прямой кишки с развитием удерживающей реакции «неосфинктера».

Результаты лечения прослежены у 45 (81,8%) пациентов. У 37 (82,2%) пациентов отмечены хорошие результаты. У 3 (6,7%) больных результаты оценены как удовлетворительные и у 5 (11,1%) эффекта от проводимого лечения не отмечено.

Данные профилометрии у пациентов с хорошими результатами показали, что по мере увеличения сроков после операции происходит увеличение давления, в проекции перемещенной мышцы. Суммарный показатель внутрианального давления «вектор-волюм» увеличивается по отношению к показателям раннего послеоперационного периода, в среднем, на 30%, однако, его величина не достигает нормальных величин. В то же время отмечается значительное увеличение показателя «вектор-волюм» в момент волевого сокращения. Эти показатели даже превышают показатели нормального анального сфинктера.

Таким образом, разработанные мероприятия для подготовки нежной мышцы к ее перемещению перед операцией и реабилитационными мероприятиями послеоперационном периоде привели к хорошим результатам в 82,2%.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ

Полетов Н.Н., Фролов С.А.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии»
Минздравсоцразвития России, Москва Россия

До настоящего времени в центре внимания колопроктологов остается проблема лечения больных анальной инконтиненцией с обширными дефектами сфинктера или его отсутствием. Распространенность инконтиненции колеблется от 1,5 до 40%. При полном отсутствии анального сфинктера операцией выбора мы считаем пластику анального сфинктера нежной мышцей бедра (грацилопластика).

Пациенты и методы: С 1996 по 2010 гг. в ГНЦ колопроктологии наблюдалось 55 больных, страдавших недостаточностью анального сфинктера

3 степени.

Мужчин было 35, женщин – 20. Возраст пациентов колебался от 15 до 68 лет, средний возраст составил 30,56±13,7 лет.

Основной причиной инконтиненции у 27 (49%) больных явились травматические повреждения прямой кишки и промежности. У 14 (25,5%) пациентов недостаточность развилась после операций на дистальном отделе прямой кишки, анальном канале и промежности. В 14 (25,5%) случаях инконтиненция была обусловлена врожденными аноректальными пороками развития. У 28 (50,9%) из 55 больных ранее была наложена двустольная колостома.

Создание неосфинктера из нежной мышцы бедра с одной стороны произведено у 49 (89%) больных, с двух сторон – у 6 (10,9%). В 3 (5,5%) случаях пластика анального сфинктера нежной мышцей бедра с одной стороны была дополнена лейомиопластикой. При выраженной рубцовой деформации промежности у 4 (7,3%) больных односторонняя и у одного (1,8%) пациента двусторонняя грацилопластика сочеталась с кожной пластикой промежности.

Для профилактики дегенеративных изменений перемещенной мышцы, а так же для адаптации ее к функции наружного сфинктера, нами разработан комплекс мероприятий, включающей электростимуляцию неосфинктера и кинетотерапию на основе биологической обратной связи, который применялся пациентам на 15 дней после операции в течение последующих 12 месяцев.

Результаты: Осложнения воспалительного характера после операции развились у 9 (16,4%) пациентов. В двух случаях (3,6%) развился некроз стенки кишки, частичный некроз перемещенных мышц у 3 (5,5%) пациентов, у 3 (5,5%) больных отмечены нагноения ран промежности, гематома раны бедра у одного пациента (1,8%).

Результаты лечения прослежены у 45 (81,8%) пациентов в сроки от 3 месяцев до 14 лет. Хорошим результатом мы считаем восстановление функции держания кишечного содержимого и полную функциональную сохранность перемещенной мышцы. Удовлетворительным результатом – уменьшение степени инконтиненции, анатомическую и функциональную сохранность перемещенной мышцы. Неудовлетворительным результатом отсутствие эффекта от перенесенной операции.

У 37 (82,2%) пациентов отмечены хорошие результаты. При клиническом исследовании пациенты с хорошими функциональными результатами удерживали все компоненты кишечного содержимого. При осмотре у данной группы больных отсутствовало зияние заднего прохода. При пальцевом исследовании определялось несколько сниженное тоническое усилие и удовлетворительное волевое сокращение неосфинктера.

Время произвольного держания у них колебалось от 5 до 10 минут. При функциональных исследованиях неосфинктера перемещенная мышца была жизнеспособна и функционально активна. Электрическая тоническая активность регистрировалась у всех больных и достигала нижней границы нормы. Произвольная электрическая активность была в пределах нормы сфинктерного аппарата. У 3 (6,7%) больных результаты оценены как удовлетворительные. Клинико-функциональное состояние созданного неосфинктера у 2 из этих больных соответствовало I степени недостаточности анального сфинктера, у одного отмечено каломазание. Эффекта от проводимого лечения не отмечено у 5 (11,1%) больных.

Заключение: После грацилопластики в сочетании с предложенным комплексом применяемых мероприятий хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 88,9% пациентов. Грацилопластика обеспечивает герметизацию дистального отдела толстой кишки в момент произвольного сокращения. Для формирования тонической и произвольной активности неосфинктера мы применяем комплекс мероприятий, включающий электростимуляцию и методы БОС терапии.

КОЖНО-ПЛАСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Помазкин В.И.

Свердловская областная клиническая больница №1,
Екатеринбург, Россия

Рубцовая стриктура анального канала является относительно редкой патологией, создающей, однако, серьезные проблемы для пациентов, значительно нарушая акт дефекации. Вопросы выбора оптимального метода лечения этой патологии остаются до конца нерешенными.

Цель: оценка результатов хирургического лечения больных с рубцовыми стриктурами анального канала с дифференцированным выбором метода операции.

Пациенты и методы: За 2002-2009 гг. в отделении колопроктологии СОКБ № 1 г. Екатеринбурга оперированы 41 больной с рубцовыми стриктурами анального канала. Основной причиной рубцовых стенозов являлись операции на прямой кишке и анальном канале. Средний возраст пациентов составил 41,2±5,1 года. Женщин было 32, мужчин 9. Для оптимизации выбора лечения нами предложена классификация анальных стриктур по степени выраженности и протяженности. Компенсированная стриктура была у 12 (29,3%) больных. Поводом для оперативного лечения у таких пациентов являлось сочетание рубцового стеноза с анальной трещиной, резистентной к консервативной терапии. Операция заключалась в иссечении трещины с экономным удалением прилежащих рубцовых тканей, парциальной мобилизацией и низведением слизистой оболочки прямой кишки и дозированной сфинктеротомии.

Результаты: Суб- и декомпенсированное рубцовое сужение анального канала было у 29 (70,7%) больных. Вследствие малой перспективности консервативных мероприятий, оптимальным для этих пациентов, мы считаем оперативное лечение. Операцию производили по предложенному нами методу. Рассечение стриктуры осуществляли в радиальном направлении к окружности анального канала, с частичным экономным иссечением рубцовой ткани, освобождением волокон анального сфинктера и расширением анального канала до нормальных размеров. Количество и локализация стриктуротомических разрезов зависели от расположения рубцового сужения и распространения рубцов по окружности анального канала. Начиная от дистального края стриктуротомического разреза из кожи перинальной области, выкраивали лоскут овальной или ромбовидной формы с полным отделением от окружающей кожи. При этом сохранялась питающая ножка из подлежащей подкожно-жировой клетчатки с сохранением сосудов в основании лоскута. Выкроенный кожный лоскут перемещали в дефект перинальной кожи и слизистой анального канала. Число лоскутов соответствовало числу стриктуротомических разрезов.

У всех 12 больных, оперированных по поводу компенсированного рубцового анального стеноза, были достигнуты хорошие результаты с полным восстановлением функции анального канала. Из 29 пациентов с анопластикой при суб- и декомпенсированных стриктурах первичное заживление с полным приживлением всех перемещенных островковых кожных лоскутов при описанной выше методике было отмечено у 25 больных. Частичное расхождение раны у одного из лоскутов с вторичным заживлением наблюдалось у 3 больных. В более поздний послеоперационный период у 26 (89,7%) больных после анопластики не было признаков рецидива стеноза. У 3 (10,3%) пациентов через 1 месяц после операции были зафиксированы признаки компенсированного рестеноза, потребовавшие бужирования анального канала с последующим полным устранением сужения.

Выводы:

1. Рубцовые стриктуры анального канала требуют дифференцированного подхода к выбору лечения. При компенсированных стенозах основным является консервативное лечение. Показанием к операции служит сочетание данной формы стриктуры с другой патологией анального канала.
2. При суб- и декомпенсированных стриктурах показано оперативное лечение. Оптимальным способом устранения анального стеноза является анопластика с перемещением в анальный канал островковых кожных лоскутов на питающей ножке из подкожной клетчатки.

КОЖНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Помазкин В.И.

Свердловская областная клиническая больница №1, Екатеринбург, Россия

Результаты хирургического лечения эпителиального копчикового хода остаются не вполне удовлетворительными, что обусловлено относительно большим числом послеоперационных раневых осложнений, а также частыми рецидивами заболевания. Целью работы явился сравнительный анализ результатов при использовании традиционного метода хирургического лечения и кожно-пластических операций при эпителиальном копчиковом ходе.

Для возможности сравнительной оценки результатов и выбора метода лечения эпителиального копчикового хода нами предложена классификация его хронических свищевых форм с градацией по степени сложности, с учетом особенностей строения крестцово-копчиковой области. В исследование вошли результаты 335 больных с хроническими свищевыми формами копчикового хода, оперированных в отделении колопроктологии СОКБ № 1 г. Екатеринбурга с 2002 по 2009 гг. Средний возраст пациентов составил 26,7±5,4 лет, мужчин было 227, женщин 108.

В контрольную группу вошли 110 больных с применением метода лечения, включающего симметричное иссечение копчикового хода с прилежащими тканями и последующим ушиванием раневого дефекта с формированием линейной раны, находящейся по средней линии на дне межягодичной складки. У 79 больных была I степень сложности заболевания, у 81 вторая. В основную группу вошли 225 больных с применением кожно-пластических методов оперативного лечения. В этой группе при I степени сложности копчикового хода (157 пациентов) применяли модифицированный метод Karydakis с асимметричным иссечением свищевого хода. При II степени сложности (51 больной) после радикального иссечения всех свищевых ходов использовали мультилооскутную Z-пластику. При III степени сложности (17 пациентов) применяли методику перемещения ромбовидного лоскута по Лимбергу, выкраиваемого в ягодичной области. Эффектом кожно-пластических операций было закрытие раневого дефекта с перемещением ушитых ран от середины межягодичной складки и сглаживанием ее глубины за счет перераспределения ткани.

В контрольной группе общее число раневых гнойных осложнений составило 19,1%, причем число раневых осложнений прогрессивно возрастало при усложнении формы заболевания. В основной группе частота раневых гнойных осложнений составила 4,0%, с равномерным распределением их по степени сложности копчикового хода. Среднее время полного заживления раны в контрольной группе составило 28,4±7,9 дня, в основной группе было существенно меньшим, составляя 14,5±3,8 дня. При оценке отдаленных результатов лечения общее число рецидивов в контрольной группе составило 16,4%. При этом отмечалось прогрессивное учащение возврата заболевания по мере увеличения степени сложности копчикового хода. В основной группе с использованием

кожно-пластических методов при закрытии раневого дефекта частота рецидива составила 3,1%.

Таким образом, использование кожно-пластических операций при оперативном лечении эпителиального копчикового хода позволяет значительно улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения. На наш взгляд необходимым компонентом оперативного лечения копчикового хода для улучшения условий заживления послеоперационных ран и предотвращения рецидивов у пациентов с анатомически неблагоприятными особенностями его расположения, является выравнивание межягодичной складки и смещение послеоперационной раны от ее дна.

ПРИМЕНЕНИЕ АНОКУТАННОГО ЛОСКУТА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Помазкин В.И.

Свердловская областная клиническая больница №1, Екатеринбург, Россия

Лечение сложных параректальных свищей остается актуальной проблемой. Для уменьшения воздействия на структуры сфинктерного аппарата прямой кишки получили широкое распространение различные методики иссечения параректального свища с ликвидацией внутреннего его отверстия с помощью мобилизации и перемещения к краю анального канала лоскута слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки. Однако, при развитии рубцово-воспалительных изменений стенок прямой кишки, достаточная мобилизация слизисто-мышечного лоскута на большое протяжении для низведения его, может быть затруднена вследствие плотной фиксации оболочек прямой кишки друг к другу и к окружающим тканям. Целью нашего исследования являлась оценка результатов лечения рецидивных экстрасфинктерных параректальных свищей с ликвидацией внутреннего отверстия свища с помощью комбинации низведения слизисто-мышечной оболочки прямой кишки и перемещения в анальный канал анокутанного островкового лоскута на питающей ножке из подкожной клетчатки.

В исследование были включены результаты лечения 31 больного с рецидивными экстрасфинктерными параректальными свищами. Мужчин было 26, женщин 5. Средний возраст пациентов составил 44,2±7,1 года. У 26 больных свищи были криптогандалярного происхождения, у 5 пациентов этиологической причиной свища являлась болезнь Крона с поражением анального канала. По локализации внутреннего отверстия у 27 больных свищи были задние, у 4 пациентов передние.

При операции производили выделение свищевого хода до стенки прямой кишки, с сохранением перинальной кожи и подкожной клетчатки в области планируемого для перемещения анокутанного лоскута, и отсекали. Участок анодермы и слизистой оболочки, окружающие внутреннее отверстие свища иссекали в виде площадки. После ушивания внутреннего отверстия свища от края дефекта покровных тканей анального канала отделяли и острым путем мобилизовали в проксимальном направлении слизисто-мышечный лоскут. Из кожи перинальной области выкраивали треугольный островковый лоскут на питающей ножке из подкожной клетчатки. Кожный лоскут смещали в анальный канал, а слизисто-мышечный лоскут низводили книзу, сшивая лоскуты между собой. При этом ушитая рана, фиксированных друг к другу лоскутов, перекрывала внутреннее отверстие свища, обеспечивая отсутствие его контакта с просветом прямой кишки.

В раннем послеоперационном периоде у всех больных анокутаные и слизисто-мышечные лоскуты были жизнеспособны. Поверхностное воспаление ран перинальной области было отмечено у 9 (29%) пациентов. Частичный диастаз краев раны анокутанного лоскута возник у 6 из них. Первичное заживление раны в месте фиксации кожного и слизисто-мышечного лоскутов было у 28 (90,3%) больных. Среднее время полного заживления ран перинальной области, включая рану в месте иссечения наружного отверстия свища, составило 26,6±6,3 дня.

При исследовании отдаленных результатов рецидив свища был отмечен у 2 (6,5%) больных, один из которых был с болезнью Крона анального канала. У обоих пациентов в раннем послеоперационном периоде отмечалась частичная несостоятельность места фиксации лоскутов друг к другу.

Использование комбинации низведения лоскута слизисто-мышечной оболочки прямой кишки и перемещения в анальный канал анокутанного островкового лоскута на питающей ножке из подкожной клетчатки для ликвидации внутреннего отверстия высоких сложных рецидивных параректальных свищей позволяет получить приемлемые результаты их лечения, с низким уровнем рецидивов при сохранении полноценной функции анального сфинктера.

РЕКОНСТРУКЦИЯ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ФЕКАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ

Помазкин В.И.

Свердловская областная клиническая больница №1, Екатеринбург, Россия

Вмешательство при высоких трансфинктерных или экстрасфинктерных свищах представляет собой достаточно сложную задачу, что связано с угрозой травмирования анальных сфинктеров. Еще большая

проблема возникает при лечении рецидивных параректальных свищей, с уже возникшим анальным недержанием. В этом случае, наряду с ликвидацией свища необходимо является восстановление нарушенных структур, ответственных за удерживающую функцию прямой кишки. **Цель исследования:** оценка результатов одномоментной реконструкции анального сфинктера при хирургическом лечении сложных рецидивных параректальных свищей, сочетающихся с фекальной инконтиненцией.

В исследование вошли результаты лечения 20 больных с рецидивными параректальными свищами, осложненными анальной недостаточностью, оперированными в отделении колопроктологии СОКБ № 1 г. Екатеринбурга. Мужчин было 14, женщин 6. Средний возраст пациентов составил 45,2±5,1 года. Все свищи были криптогландулярного происхождения. Экстрасфинктерные параректальные свищи были у 13 пациентов, трансфинктерные у 7. Средний исходный показатель тяжести инконтиненции по шкале Wexner составил 9,3±2,4 баллов. При операции свищевой ход иссекали с рубцово-измененными частями внутреннего и наружного сфинктера заднего прохода. В промежностной ране выделяли малоизмененные части пересеченных сфинктеров и пуборектальной мышцы и производили их раздельное послойное сшивание с созданием дубликатуры. В зависимости от техники дальнейшего восстановления раневого дефекта больные были разделены на две группы. В первой группе, включающей 7 пациентов, слизистую оболочку и перianальную кожу ушивали над восстановленными сфинктерами в продольном направлении с формированием линейной раны по оси анального канала. Особенностью операции во второй группе, в которую вошли 13 больных, являлось то, что в соответствии с расположением и размером образовавшегося дефекта сфинктера мобилизовали полнослойный лоскут стенки нижнеампулярного отдела прямой кишки, с последующим его низведением к краю вновь созданного анального канала. Низведенный лоскут перекрывал сшитые мышечные структуры. Раневые осложнения отмечены у 5 (25%) пациентов. При этом если в первой группе больных с линейным ушиванием раны по оси анального канала гнойно-воспалительные осложнения наблюдались у 3 больных (42,9%), то при низведении полнослойного лоскута стенки прямой кишки они возникли у 2 пациентов (15,3%). Нагноения ран сопровождались практическим полным расхождением сшитых мышечных структур у 2 больных первой группы. Рецидив параректального свища возник у 2 (10%) пациентов. У всех из них ранее были гнойные осложнения. Если в первой группе частота возврата заболевания составила 14,2%, то во второй 7,6%. При оценке континентной функции, оцениваемой по шкале Wexner, в первой группе снижение показателя составило 4,5 баллов (уменьшение с 8,9±2,4 до 4,4±2,1). Во второй группе улучшение показателей было значимо большим, составляя 7,7 баллов (снижение с 9,5±3,3 до 1,8±0,9). Особенно неудовлетворительные результаты были у пациентов с гнойными осложнениями и расхождением краев раны, что требовало повторной восстановительной операции у 2 больных первой группы.

Одномоментная реконструкция анального сфинктера при лечении сложных рецидивных параректальных свищей, сочетающихся с фекальной инконтиненцией у большинства пациентов позволяет получить приемлемые клинические и функциональные результаты. Уменьшение послеоперационных осложнений позволяет добиться метод сочетаний иссечения свищевых ходов с рубцово-измененными тканями, реконструкцию анального сфинктера и низведение полнослойного лоскута стенки прямой кишки к краю вновь созданного анального канала.

САКРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В ПРОКТОЛОГИИ

Попков О.В., Рычагов Г.П., Бычковский Д.Э., Русинович В.М., Бородинец А.Л.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Учреждение здравоохранения «3 городская клиническая
больница им. Е.В.Клумова», Минск, Беларусь

Среди регионарных методов обезболивания широко применяется сакральная анестезия у проктологических пациентов. Она имеет ряд преимуществ:

- простота и безопасность выполнения;
- надежный анальгетический эффект и миорелаксация зоны вмешательства;
- отсутствие значительной фармакологической нагрузки на пациента;
- минимальное влияние на центральную гемодинамику, отсутствие депрессии дыхания.

Цель: Изучение результатов применения сакральной анестезии при оперативных вмешательствах в проктологии.

Материалы и методы: В колопроктологическом отделении УЗ «3 ГКБ им. Е.В. Клумова» за 2006-2010 гг. выполнено 4450 сакральных анестезий. Проведен ретроспективный анализ лечения 296 пациентов, которым выполнены хирургические вмешательства под сакральной анестезией (острый и хронический парапроктит, хронический геморрой, хроническая анальная трещина и др.). Изучены следующие показатели:

- анальгетический эффект;
- уровень сенсорного блока;
- Проведена субъективная оценка анальгезирующего эффекта:
- полная анестезия – 124 (42%);
- хорошо выраженный обезболивающий эффект – 136 (46%);
- умеренная боль, дополнительное обезболивание не требуется 36 (12%);
- Определяли уровень сенсорного блока каждые пять минут после пункции:
- сохранение болевой чувствительности в ответ на раздражение иглой – 0;

- ощущение тупого прикосновения – 169 (57%);

- отсутствие ощущений – 127 (43%).

Серьезных осложнений и побочных эффектов сакральной анестезии не было.

Выводы: Таким образом, сакральная анестезия является оптимальным методом обезболивания в проктологии:

- простота применения;
- отсутствие осложнений;
- высокий уровень анальгетического эффекта.

ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Попков О.В., Рычагов Г.П., Русинович В. М., Бородинец А.Л., Попков С.О.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Учреждение здравоохранения «3 городская клиническая
больница им. Е.В.Клумова», Минск, Беларусь

Свищ прямой кишки – воспалительный процесс в анальной крипте, межсфинктерном пространстве и параректальной клетчатке с формированием свищевого хода. Пациенты с этой патологией составляют около 15-25% всех проктологических больных. Наибольшей проблемой является лечение экстрасфинктерных свищей, при которых рецидивы составляют 8-16%.

Цель: Анализ результатов хирургического лечения пациентов со свищами прямой кишки в колопроктологическом отделении УЗ «3 ГКБ им. Е.В. Клумова».

Материалы и методы: В колопроктологическом отделении УЗ «3 ГКБ им. Е.В. Клумова» за 2006-2010 гг. выполнено 574 операции по поводу свищей прямой кишки:

2006г. – 97

2007г. – 113

2008г. – 118

2009г. – 118

2010г. – 128

Проведен ретроспективный анализ лечения 237 пациентов. Оперативные вмешательства проводились под сакральной анестезией или спинно-мозговой анестезией:

- Мужчин – 142 (60%)

- Женщин – 95 (40%)

Возраст:

20-40 лет – 96 (41%)

40-60 лет – 116 (49%)

60 и более – 25 (10%)

В предоперационном периоде проводили лабораторное, рентгенологическое, эндоскопическое и бактериологическое обследование пациентов. При выборе оперативного вмешательства учитывали:

- отношение свищевого хода и внутреннего отверстия к сфинктеру;
- наличие рубцового процесса по ходу свища;
- наличие инфильтратов и гнойных затеков в параректальной клетчатке. Выполнено операций по поводу интрасфинктерных свищей – 71 (30%), трансфинктерных – 120 (51%), экстрасфинктерных – 46 (19%). При интрасфинктерных свищах выполнялись операции: иссечение свища в просвет кишки с ушиванием дна раны. Нагноения ран, рецидивов, недостаточности анального жома не было.

При трансфинктерных свищах применяли иссечение свища с ушиванием части наружного сфинктера и лигатурный метод. Нагноение раны отмечено у 2 (1,6%), рецидивы – у 7 (5,8%), недостаточность анального жома – у 3 (2,5%).

При экстрасфинктерных свищах выполняли иссечение свища и лигатурный метод, иссечение свища с перемещением слизистого лоскута. Имело место нагноение раны у 2 (4%), рецидивы – 3 (6,5%), недостаточность анального жома – 1 (2,2%).

Средняя длительность стационарного лечения составила – 8 дней.

Нетрудоспособность – 23 дня.

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

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕТЧАТЫХ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОВ В ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ

Русинович В.М., Рычагов Г.П.

Городской центр колопроктологии, Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Актуальность проблемы опущения тазовых органов связана с распространенностью данной патологии и сложностью ее решения. Каждая третья женщина в возрасте старше 45 лет страдает от пролапса различной степени и каждая десятая к 80 годам оперирована. Заболевание носит прогрессирующий характер. Первоначальные незначительные функциональные нарушения, связанные с несостоятельностью связочного аппарата одного из половых органов, могут привести к патологическим изменениям тазовой диафрагмы с уродинамическими, проктологическими и другими нарушениями с полной или частичной утратой трудоспособности. В зависимости от выраженности клинических проявлений проблемой опущения и выпадения внутренних половых органов занимаются урологи, гинекологи или проктологи.

Этиологическими факторами развития пролапса могут быть акушерские и гинекологические пособия, гормональные изменения в менопаузе, системная недостаточность соединительной ткани, заболевания или состояния, приводящие к повышению внутрибрюшного давления. Замечено так же, что клинические симптомы опущения стенок влагалища и выпадения половых органов часто сочетается с варикозным расширением вен нижних конечностей, бронхолегочными заболеваниями, грыжами различных локализаций, эластозом кожи, гипермобильностью суставов, пролапсом митрального клапана.

Хирургическое лечение является основным в комплексной терапии данной патологии. Результаты его пока остаются неудовлетворительными. Многие авторы указывают на 29-40% рецидивов пролапса после первичного хирургического вмешательства и до 60% рецидивов оперированного поля, половина из которых оперируются повторно. В настоящее время генитальный пролапс рядом исследователей рассматривается как грыжа тазового дна, хотя классических признаков грыжи ни цистоэктоцеле, ни цистоцеле или ректоцеле не имеют. В этой связи, операции с использованием аллопластических материалов для укрепления связочного аппарата матки и фасций таза с точки зрения методологического подхода становятся ведущими в лечении данной патологии.

Выбор аллотрансплантата для операций на органах малого таза важен и с позиции профилактики возможных осложнений и для получения хороших функциональных результатов. Наиболее подходящим является легкий монофиламентный, плетный, хорошо растяжимый и эластичный материал, который подавляет развитие инфекции и хорошо прорастает соединительной тканью. Основными принципами операций на органах малого таза с использованием сетчатых материалов должны быть максимальное закрытие фасциальных дефектов и беспованная фиксация сетки. Размещение имплантата может быть свободным на усмотрение хирурга или запрограммированным при использовании стандартных протезов. Целью любого хирургического вмешательства при синдроме тазовой дисценции является восстановление анатомических нарушений и коррекция функциональных расстройств.

Первый личный опыт использования сетчатого аллотрансплантата у пяти больных с ректоцеле свидетельствует об эффективности применения сетчатых материалов с целью коррекции анатомических и функциональных нарушений при ректоцеле. Все оперированные женщины были старше 50 лет. Основной жалобой было отсутствие самостоятельного законченного акта дефекации и необходимость ручного пособия. У всех пациенток были увеличенными внутренне и наружные геморроидальные узлы без признаков кровоточивости. Клинический диагноз ректоцеле установлен на основании анамнеза, данных физического и эндоскопического обследования. Следует отметить, что наиболее вероятные акушерские и гинекологические причины возникновения болезни отмечены лишь у одной пациентки. У двух больных ректоцеле сочеталось с опущением передней стенки влагалища без расстройств акта мочеиспускания.

В предоперационном периоде больные прошли недельный санационный курс гексиконом. Выбор аллотрансплантата и проведение хирургического вмешательства соответствовали принципам, описанным выше. Замена прямокишечно-влагалищной перегородки произведена синтетическим сетчатым протезом системы Synecar Prolift Posterior по стандартной методике. Послеоперационный период протекал гладко. Больные выписаны на 6-7 сутки. Период наблюдения составил от трех до восьми месяцев. Все больные отмечали положительный результат операции на 10-12 день после операции в виде появления позыва на акт дефекации и отказа от ручного пособия. Гнойно-септических или других осложнений, потребовавших удаления протеза не было.

Вывод: использование сетчатых аллотрансплантатов в лечении проктогенного стаза, вызванного дефектом прямокишечно-влагалищной перегородки, может быть альтернативой в хирургическом лечении ректоцеле.

СТЕПЛЕРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ

Рутковский Е.А., Якушенко В.К., Чечнев Е.Ю., Морозов А.Е.
Новосибирский центр колопроктологии, МБУЗ ГКБ № 11,
кафедра хирургии НГУ, Новосибирск, Россия

С конца 90 годов получил распространение новый трансанальный способ лечения ректоцеле по А. Лонго.

С 2008 по 2010 гг. в Новосибирском Центре колопроктологии выполнено 13 операций по поводу передней ректоцеле по методу Лонго. Средний возраст пациенток составил 40,5 лет. В исследуемую группу были включены больные имеющие изолированно переднее ректоцеле 2-3 степени. Все больные страдали проктогенными запорами, 8 пациенток отмечали необходимость применения ручного пособия (трасвагинально или промежностно) для облегчения акта дефекации. 10 пациенток прибегали к ежедневному использованию микроклизм или слабительных препаратов для опорожнения кишки. Всем больным до операции выполнена дефекография, при которой установлен диагноз.

Суть методики состоит в полнослойной резекции пролабирующего участка нижнеампулярного отдела прямой кишки. Попытка резекции слизистой подслизистого слоя является ошибкой и неизбежно ведет к рецидиву заболевания.

Операция выполнялась классически. На переднюю стенку прямой кишки, с обязательным захватом мышечного слоя, накладывали 3 полукисетных атрауматичных шва. Во время сведения степлера, производилась одновременная тракция за нити и визуально и пальпаторно оценивалась интактность стенки влагалища. Ранее мы использовали набор Лонго фирмы Этикон – PRH01, а в последнее время стали работать его

аналогами – PRH03, которые представлены более мощным степлером. Фактически, в период отработки методики мы пользовались степлерами, созданными для геморроидопексии, поэтому с целью укрепления степлерного шва мы дополнительно накладывали П-образные узловые слизисто-мышечные швы нитями ПГА, которыми погружали внутрь степлерный шов. Возможно, поэтому у нас не было ранних послеоперационных кровотечений. В дальнейшем мы всегда стали пользоваться инвагинационной методикой погружения степлерного анастомоза, с этой целью мы намеренно стали накладывать анастомоз на уровне 4-5 см выше зубчатой линии. Длительность операции составляла около 20 мин. В раннем послеоперационном периоде у двух пациенток наблюдалась кратковременная задержка мочеиспускания. Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде был менее выражен в сравнении с больными после операции Миллиган-Моргана. Все больные выписаны на 3-4 сутки после операции на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. Двое пациенток в сроки от 3 мес. до полугода после операции оперированы повторно по поводу развившихся хронических анальных трещин.

Отдаленные результаты прослежены у 12 пациенток в сроки от 6 мес. до 3 лет после операции. Все пациентки были довольны результатом лечения, имели регулярный стул. Причем, у 9 больных регулярный стул восстановился в первые дни после операции у 3 больных в течение 1-3 месяцев.

Выводы: Степлерная резекция прямой кишки является простой и эффективной операцией по ликвидации ректоцеле. Преимуществами этой методики являются: малая травматичность хирургического пособия, снижение болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращение сроков пребывания в стационаре и времени медицинской и социальной реабилитации.

АКТИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ И ПРОМЕЖНОСТИ

Рязанцев Е.В., Кулыгин И.В.

ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П.Огарева», Саранск, Россия

Лечение заболеваний прямой кишки и околопрямокишечной клетчатки является актуальной проблемой современной колопроктологии. Доля острых гнойно-септических заболеваний прямой кишки и промежности в Республике Мордовия среди других нозологических форм остается весомой и тенденции к ее снижению на протяжении пяти лет наблюдения не прослеживается. Число пролеченных больных с острыми гнойными парапроктитами, флегмонами промежности остается относительно стабильным и составляет 8,8-9,3% (95-100 пациентов в год).

Цель: Оценить эффективность активной хирургической тактики в структуре острых гнойно-воспалительных заболеваний прямой кишки и промежности.

Материалы и методы: Проанализированы истории болезней 1371 больного в возрасте от 18 до 79 лет (средний возраст 48,5±3,39 года), находившихся на стационарном лечении в колопроктологическом отделении МУЗ «Городская больница № 13» г. Саранска в 2005-2009 гг. по поводу острых гнойно-воспалительных заболеваний прямой кишки и промежности: муж – 1029, жен – 342. Доля городских пациентов – 78,3%, сельских жителей – 21,7%.

Все больные, госпитализированные в отделение колопроктологии с острыми воспалительными процессами промежности, после стандартного минимального обследования, подвергнуты оперативному вмешательству в первые 2 часа после обращения в приемный покой. В случае отягощенного анамнеза, наличия признаков высокой интоксикации и трудно диагностируемой формы парапроктита (пельвиоректальный), для уточнения диагноза и подготовки к оперативному лечению назначали дополнительные методы исследования и консультации смежных специалистов, проводили предоперационную подготовку.

Результаты: В структуре колопроктологической заболеваемости острые воспалительные заболевания прямой кишки и околопрямокишечной клетчатки составляют 9,68%: острый геморрой – 6,17%, острый проктит и проктосигмоидит – 0,94%, эрозивно-язвенные колиты – 0,87%, острая анальная трещина – 1,68%. На долю острых гнойно-септических процессов промежности и околопрямокишечной клетчатки приходится 13,94%: острый гнойный парапроктит – 8,05%, нагноившийся эпителиально-копчиковый ход – 5,31%, гнилостно-некротическая флегмона промежности – 0,58%. Нами отмечена сезонность заболеваемости острыми гнойными процессами прямой кишки и околопрямокишечной клетчатки, пик которой приходится на жаркие летние месяцы.

Применяемая нами активная тактика лечения – раннее (в первые 2 часа) вскрытие и дренирование парапроктита на стадии инфильтрации позволяет купировать воспалительный процесс в начальном периоде, сократить сроки пребывания в стационаре и не прибегать к назначению антибактериальных препаратов. Процент хирургической активности в 2010 г. вследствие изменения подходов к лечению больных, по сравнению с 2005 г., вырос на 8% и составил 60,7%. Средний предоперационный койко/день у больных с острыми парапроктитами и флегмонами промежности составил 0,09 в 2010 г. по сравнению с 0,3 в 2005 г. В итоге время пребывания в стационаре сокращено в среднем на 5 дней и составило 9,7 койко/дня в 2010 г.

Вывод: Комплексный подход в коррекции гнойно-воспалительного процесса промежности путем оптимизации традиционной консервативной терапии и использования активной хирургической тактики является наиболее оптимальным при лечении острых гнойных воспалительных заболеваний околопрямокишечной клетчатки и промежности.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СУЖЕНИЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Саидов А.С., Исмонов С., Хакимов М., Салимов Д.
ТГМУ, кафедра общей хирургии № 1, Душанбе, Таджикистан

Послеоперационное сужение анального канала довольно редкая патология и возникает в результате технической погрешности хирургических вмешательств, таких как гемморойдэктомия, иссечение трещины, свищей и кондиллом, но чаще встречается после операции геморройдэктомии выполненной при диффузных локализациях геморроидальных узлов.

Цель: разработать модифицированный вариант пластики анального канала. Объект и методы исследования

Пациенты и методы: В отделение колопроктологии ГКБ № 5 и городской центр колопроктологии с 1995 до 2010 проведено обследование и лечение 14 больных с сужением анального канала в возрасте от 25 до 55 лет. Мужчин было – 9, женщин – 5. До поступления к нам, им в не специализированных хирургических отделениях районов было произведено операция гемморойдэктомии. Основными жалобами больных было затруднение акта дефекации после проведенного вмешательства в анальном канале. Диаметр и протяженность сужения определяли с помощью зондов и контрастированием с последующей рентгенографией анального канала. Она колебалась в пределах 0,5-1 см. В 3 случаях сужение анального канала осложнилось каловым завалом.

После соответствующей подготовки все больные были оперированы по предложенной нами методике, сущность которого заключается в следующем:

Под общим или местным регионарным обезболиванием суженное анальное отверстие рассекается спереди и сзади. Под зрительным контролем разрез продолжается проксимально до нормальной слизистой оболочки. Глубина разреза должна доходить до волокна анального сфинктера. Но иногда мы задний разрез сочетаем с задней сфинктеротомией. Далее в анальный канал вводим зеркало и проводим девальсию. Образующийся продольные раны на передней и задней стенки анального канала ушиваются в поперечном направлении (периаанальная кожа с слизистой оболочкой). Для ликвидации натяжения отступая на 2-2,5 см от анального отверстия спереди и сзади производим послабляющей поперечные разрезы. Длина разреза зависит от степени натяжения тканей и обычно она колеблется в пределах 2-3 см. Эта рана ушивается в продольном направлении. В послеоперационном периоде в анальный канал вводится проктосидиальная мазь, а снаружи на рану накладывался антисептический раствор.

Результаты: Вышеуказанным способом оперировано 14 больных. Послеоперационное осложнение встречалось в 3-х случаях (в 1 случае расхождение швов и 2 случаях нагноение ран). У всех больных в послеоперационном периоде нормализовался акт дефекации.

Таким образом, по предложенной методике оперировано небольшое количество больных, и на основании полученных результатов сделать какие-то серьезные выводы ещё рано. Исследование в этом направлении продолжается.

ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРАПРОКТИТ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Сидоров И.Н., Евдокимов Г. М., Дугин Ю.П., Дугин А.Ю., Плавас Н.В.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Росздрава»,
Кафедра факультетской хирургии и онкологии, Саратов, Россия

Вопросу лечения парапроктита посвящено много исследований и публикаций как в нашей стране, так и за рубежом. Отсутствие единых представлений о патогенезе и методах лечения парапроктита особенно проявляется при оказании экстренной хирургической помощи. До сих пор при острых формах парапроктита чаще всего производят радикальные операции – разрезы с целью опорожнения гнояника, без устранения источника его возникновения. Такая тактика в большинстве случаев приводит к рецидивам острого парапроктита или хроническому процессу, т.е. свищам прямой кишки.

За последние три года с данной патологией оперировано 80 больных: с острым парапроктитом 54, с хроническим – 26. Мужчин было 57, женщин 23 в возрасте от 20 до 60 лет.

Заболевание, как правило, начинается остро. Вслед за коротким предомальным периодом (не более трех дней), выражающимся в недомогании, слабости, головных болях, появляются озноб, лихорадка и нарастающие боли в прямой кишке, промежности или в тазу. Это наиболее постоянные симптомы заболевания. Клинические проявления острого парапроктита не отличаются разнообразием, однако степень выраженности симптомов зависит от локализации процесса, вида бактерий или их ассоциации, а также реактивных способностей организма.

При лечении больных мы использовали общепринятую классификацию острого парапроктита: подкожный, подслизистый, седлищно-прямокишечный, тазово-прямокишечный и позадипрямокишечный. Самой частой формой заболевания был подкожный парапроктит. Данная форма установлена у 28 пациентов, подслизистый у 12 больных, седлищно-прямокишечный у 8, тазово-прямокишечный у 1, позадипрямокишечный в 5 случаях. Все больные с острым парапроктитом были экстренно прооперированы. Оперативное вмешательство выполнялось под общим обезболиванием. Целью операции являлось вскрытие и дренирование гнояника, ликвидация внутреннего отверстия свища. Выбор метода операции зависел от локализации гнояника, внутреннего

отверстия и расположения свищевого хода по отношению к сфинктеру. Рецидив заболевания возник у одного больного с седлищно-прямокишечным парапроктитом. Оперативное лечение острого парапроктита может закончиться выздоровлением или формированием свища прямой кишки.

При исследовании больных со свищевой формой хронического парапроктита, интрасфинктерные свищи диагностированы у 20 больных, трансфинктерные у 4, экстрасфинктерные у 2 пациентов. Клинические проявления хронического парапроктита зависят от длительности заболевания и нарушения оттока гнояного содержимого. Общее состояние больных страдает мало. Длительное сосуществование воспалительного очага в промежности ведет к появлению раздражительности, бессонницы, головной боли, снижению работоспособности.

После предоперационной подготовки все больные оперированы. Пациентам с интрасфинктерными свищами выполнена операция Габриэля.

Больным с трансфинктерными свищами проводили иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны. При лечении экстрасфинктерных свищей мы использовали лигатурный метод. У всех оперированных больных, послеоперационное течение гладкое, рецидивов заболевания не отмечено.

Таким образом, знание клинических проявлений острого и хронического парапроктита, особенностей течения заболевания, своевременное радикальное хирургическое лечение, является надежной профилактикой рецидива заболевания.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В АМБУЛАТОРНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

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

Последнее десятилетие развития хирургии и колопроктологии характеризуется внедрением новых диагностических и лечебных технологий, созданием современного оборудования, облегчающего работу хирурга и снижающего травматизм пациента. Все более важное место начинает занимать амбулаторная колопроктологическая помощь. В поликлинике проводится не только консультативный прием, но и выполняются несложные операции, внедряются малоинвазивные методики лечения, организуются стационары одного дня. Одновременно в стационарах увеличивается доля пациентов, получающих малоинвазивное лечение с пребыванием на койке 1 день.

Одно из развивающихся направлений новой медицинской техники – ультразвуковые хирургические аппараты, в которых для разъединения, прижигания, сварки биологических тканей используется низкочастотный ультразвук, такие как УРСК, «Проктон», «Генитон» и другие.

В 2003 году авторами был получен патент на ультразвуковую склеротерапию кавернозного тела и начато создание хирургического комплекса «Проксон».

В настоящее время этот аппарат работает в клинике и может быть использован при лечении различной патологии в амбулаторной колопроктологической практике.

Генератор работает в диапазоне частот от 17 до 70 кГц, что позволяет использовать инструменты разного назначения. С генератором одновременно соединены три рабочих узла:

1. ультразвуковой скальпель;
2. кавитирующая насадка;
3. узел для ультразвуковой кавитации геммороя с дозатором.

Использование ультразвукового скальпеля при выполнении операций на анальном канале и периаанальной области при свищах, анальных трещинах, эпителиальном копчиковом ходе значительно 1) сокращает время операции, 2) уменьшает травматизм близлежащих тканей, 3) облегчает работу хирурга, 4) снижает кровоточивость в послеоперационной ране, 5) ускоряет процесс заживления.

Далее рассматриваются особенности применения ультразвукового хирургического аппарата при различной патологии в амбулаторной колопроктологической практике.

Хочется остановиться на методе открытой ультразвуковой сфинктеротомии при анальной трещине в амбулаторных условиях. Как известно, основным патогенетическим фактором развития анальной трещины является сфинктероспазм, приводящий впоследствии с рубцовому перерождению мышечных волокон, участвующих в спазме. При осмотре мы можем наблюдать на дне трещины белесые рубцово-измененные мышечные волокна. В тех случаях, когда у пациента нет выраженных внутренних пограничных бугорков, мы выполняем открытую сфинктеротомию ультразвуковым скальпелем. Анестезии 5-10 мл 1% раствора лидокаина под трещину хватает для эффективного обезбоживания на 2-3 часа. Сама операция занимает от 10 секунд до 1 минуты в случае иссечения наружного пограничного бугорка.

Послеоперационный период протекает в амбулаторных условиях. Больному рекомендуется гигиена и самостоятельный стул. Заживление происходит вторичным натяжением (обычно на 20-40 сутки). Особенностью этой операции является одновременная коагуляция мелких сосудов за счет поверхностного термического эффекта от ультразвукового воздействия, что избавляет хирурга от наложения швов, уменьшает болевой синдром, стимулирует эпителизацию трещины.

Боле 50% всех амбулаторных вмешательств у колопроктологических больных относятся к склерозирующему лечению геммороя с ультразвуком. Один из рабочих узлов аппарата «Проксон» имеет удобную для руки форму «пистолета». На рукоятке крепится шпирит объемом 5 мл, который соединяется с инструментом через одноразовый катетер. Методика процедуры проста и выполняется как обычная склеротерапия. Инструмент,

подающий раствор и передающий ультразвуковые колебания – игла диаметром 2,5 мм – вводится в тело внутреннего узла выше гребешковой линии. Перфорация выполняется с включением ультразвуковых колебаний, что облегчает продвижение инструмента. Игла вводится на 2-3 см по направлению к ножке узла с одновременной инъекцией препарата (1-2 мл 3% этангисклерола). Под воздействием ультразвука в узле возникает большое количество кавитационных пузырьков, и узел увеличивается в размере в 2-3 раза, а инструмент нагревается до 80-90°C, образуя в теле геморроидального узла коагуляционный канал. После извлечения инструмента из узла, избытки препарата свободно изливаются в просвет кишки. Таким образом, осуществляется декомпрессия и уменьшается токсичное воздействие склерозанта.

Мы сравнили результаты лечения 486 пациентов – склеротерапия с ультразвуком и 585 пациентов – традиционная склеротерапия. Число осложнений снизилось в 3 раза, число рецидивов в 7 раз.

Выводы: Развитие амбулаторной колопроктологии тесно связано с внедрением высокотехнологичных устройств во врачебную практику. Использование ультразвуковой хирургической техники позволяет:

- расширить оперативную активность амбулаторного колопроктолога;
- сократить срок лечения больных;
- снизить финансово-экономические затраты на лечение;
- уменьшить число осложнений;
- снизить число рецидивов проктологических заболеваний.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ПАРАПРОКТИТОВ

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

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 и СР РФ треть больных острым парапроктитом обращаются 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.

В нашем сообщении мы оцениваем результаты лечения 109 пациентов с помощью ультразвуковых технологий, проведенного в амбулаторных условиях: 1) с диагнозом острый парапроктит – 32 пациента; 2) с диагнозом интрасфинктерный параректальный свищ – 26 пациентов; 3) с диагнозом чресфинктерный параректальный свищ – 32 пациента; 4) с диагнозом экстрафинктерный параректальный свищ – 19 пациентов. Для внедрения этого метода в широкую практику нами создано производство аппарата «Проксон», позволяющего выполнять склеротерапию с ультразвуком, «озвучивание» ран и полостей, хирургические вмешательства с помощью ультразвукового скальпеля. В 2007 году получено регистрационное удостоверение и сертификат РФ.

В амбулаторных условиях прооперировано 60 пациентов с острым парапроктитом: с использованием ультразвуковых технологий – 32 пациента, традиционным способом – 28 пациентов.

С использованием ультразвуковых технологий прооперировано 32 пациента: 21 больной – с подожным парапроктитом; 11 больных – с ишиоректальным парапроктитом. В результате сроки наблюдения, требующие перевязок сократились до 1-2 дней.

В настоящее время выполнено в амбулаторных условиях с помощью ультразвукового скальпеля при интрасфинктерных свищах – 26 операций, при чресфинктерных свищах (операция со швом сфинктера) – 23 операции.

Для удобства оценки боли пациентами нами была предложена не цифровая, а аналоговая шкала оценки:

- Нестерпимая боль – боль, не снимающаяся ненаркотическими обезболивающими препаратами и требующая назначения наркотических анальгетиков.
- Сильная боль – боль, требующая постоянного приема ненаркотических обезболивающих и купируемая ими.
- Умеренная боль – периодическая боль, требующая эпизодического приема обезболивающих и легко устранимая.
- Слабая боль – боль, не требующая приема обезболивающих.
- Отсутствие боли.

В результате после вмешательства с ультразвуком больных со «слабой болью» было значительно больше.

После выполнения операций ультразвуковым скальпелем наблюдалось снижение осложнений в 3 раза.

Срок заживление раны составил в опытной группе (ультразвуковой скальпель) – 34±3 дня; в контрольной группе (скальпель) – 48±4 дня.

В настоящее время подана заявка на патент по безоперационному лечению сложных параректальных свищей. За период с 01.2008 года по 12.2009 года пролечено 9 пациентов с диагнозом чресфинктерный параректальный свищ и 19 пациентов с диагнозом экстрафинктерный параректальный свищ.

Основные проблемы при лечении сложных параректальных свищей это: 1) сложность хирургической вмешательства; 2) длительный послеоперационный период, требующий госпитализации; 3) длительная потеря трудоспособности; 4) опасность осложнений, в первую очередь, несостоятельности.

Сложность самоизлечения параректальных свищей связана с тем, что внутренняя поверхность хода выстлана эпителиальной тканью, не дающей возможности стенкам свища склеиться и заполниться фиброзной тканью. Для удаления эпителиальной ткани мы применили химическую абляцию с ультразвуковым воздействием. Известно, что при передаче ультразвуковых колебаний низкой частоты (25-50 кГц) и достаточной мощности (5-10 Вт) в жидкости возникает процесс кавитации.

Кавитация в жидкой среде приводит к трем важным эффектам: 1) переводу в жидкую фазу плотных структур – фиброзные пленки, густой гной и гнойные пробки; 2) проникновению жидкой фазы во все каналы полости и складки; 3) импрегнации жидкой фазы в ткани на 0,3 мм.

Именно эти эффекты ультразвукового воздействия позволили создать эффективную методику малоннвазивного 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 свищевой ходы и наличия затеков, склерозант проникает во все складки и полости свищевой ходы, импрегнируется в эпителиальную выстилку свища, вызывая химическую абляцию внутренних оболочек свищевой ходы.

Эта процедура выполняется 2-3 раза с перерывом в сутки. Результат оценивается через месяц. Из 28 пациентов через месяц у 10 наступило закрытие свищевой ходы. Через 2 месяца наблюдения и 2х этапов лечения свищевой ход закрылся у 24х пациентов. Через 3 месяца свищевой ход закрылся у 26 пациентов. При наблюдении от 6 месяцев до 2х 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.

ТЕХНИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА С ПОМОЩЬЮ ОДНОГО ШВА

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

Разрывы промежности в родах с последующей анальной инконтиненцией до сих пор составляют акушерскую проблему. Частота разрывов промежности в родах даже в родильных домах, а особенно в отдаленных сельских районах, где роды зачастую проводятся без врача и акушерки, не снижается. При всех профилактических мерах (массаж промежности и т.п.) эти травмы нередки, и после обычного послеродового ушивания образовавшихся ран промежности почти у половины женщин остаются те или иные нарушения анальной континенции. D.Gordon и соавт. пишут, что независимо от родов такие нарушения, вообще имеют место почти у 30% хронических гинекологических больных, но многие женщины их скрывают. По другим данным (Jonahson P., Malouf A.J. и соавт.) спонтанная или постэпизитомическая послеродовая анальная недостаточность развивается почти в 85% при вагинальных родах и является одной из причин резкого увеличения в цивилизованных странах родов путем кесарева сечения.

Проблема недостаточности мышц тазового дна у женщин остается актуальной. Разрыв промежности одно из наиболее частых осложнений родов: частота от 7 до 15% всех родов, у первородящих в 2-3 раза чаще, чем у повторнородящих.

Экстренное ушивание не всегда способно восстановить мышечную анатомию, а ограничивается ушиванием кожи и слизистой.

Материалы и методы: нами обследовано 186 женщин с различной степенью мышечных нарушений с анамнезом от 10 до 25 лет.

I степень наблюдалась в 133 случаях; у 44 наблюдалось ректоцеле 1 степени; у 61 ректоцеле 2 степени; у 18 ректоцеле 2 степени + цистоцеле; у 10 ректоцеле 3 степени.

То есть при нарушении целостности связки между передними леваторами и расхождению их к стенкам таза, но при сохранении функции анального жоиа в 100% случаев развивается ректоцеле разной степени. II степень наблюдалась в 49 случаях; ректоцеле 1 степени наблюдали у 9 женщин; ректоцеле 2 степени наблюдали у 3 женщин; цистоцеле наблюдали у 26 женщин. Инконтиненция анального сфинктера 1 степени – 38 женщин; инконтиненция анального сфинктера 2 степени – 5 женщин; инконтиненция анального сфинктера 3 степени – 0 женщин.

При данной степени мышечных нарушений ректоцеле развивается реже (24,5%), но выражена различной степени инконтиненция анального сфинктера.

III степень наблюдалась в 3 случаях; у одной пациентки имелась клоака; у 2х пациенток был ректовагинальный свищ с небольшой кожей перемычкой в области промежности.

Техника операции заключается в следующем: разрез имел треугольную форму с основанием на промежности. При этом верхний угол располагался выше избытка слизистой влагалища и при иссечении этого лоскута удалялся участок ректоцеле. В ране выделялись концы пересеченного сфинктера и леваторы, после чего большой иглой с двойной викриловой нитью делался вкол в правый угол раны с захватом сфинктера и леватора с одной стороны, выход в рану, вкол за левым леватором с охватом его и сфинктера с выходом в левый угол раны. При натяжении мышцы сближались и кровообращение не было нарушено.

Но при выполнении этой техники наблюдались преимущества и недостатки. К преимуществам мы относим: 1) сохранность кровообращения, так как кровь может поступать к зоне шва с двух сторон и также сохранен отток; 2) после загибания шва в ране остаются два пространства – выше и ниже шва, которые могут свободно дренироваться через рану и не требуют снятия швов с мышечной ткани в случае нагноения; 3) при загибании шва происходит не только сближение краев пересеченного сфинктера и сближение передних леваторов, но и сближение этих двух мышечных структур друг с другом.

К недостаткам можно отнести: 1) большой объем мышечных и соединительных тканей, попадающих в шов, что требует интенсивного стягивания шва и может привести к его частичному прорезыванию со снижением функционального результата. Именно этот недостаток заставил нас модифицировать операцию путем проведения шва только через мышечные структуры в переменных плоскостях. Через концы пересеченного сфинктера из наружного угла раны к середине основания в сагиттальной плоскости, затем охват левого леватора во фронтальной плоскости, охват правого леватора во фронтальной плоскости, затем из середины основания через пересеченный конец сфинктера в левый угол раны.

Таким образом, при загибании шва удалось сохранить преимущества метода и устранить недостаток.

В данном варианте сохраняется кровоснабжение области шва, имеются дренируемые в рану пространства, при загибании сближаются края передней порции сфинктера, леваторы и обе структуры друг с другом, не вовлекая соединительнотканые структуры.

Результаты: При измерении давления во влагалище аппаратом «Peritron» функциональный результат зафиксирован сразу после операции. В послеоперационном периоде результат не ухудшается, а показатель давления даже увеличивается. По данной методике выполнено 38 операций.

В 2 случаях отмечено нагноение послеоперационной гематомы, которое купировано путем дренирования и обработке антисептиками с УЗ в течение 2-3 дней.

При этом швы на мышцах не снимались. Наступило заживление ран в течение 2х недель, функциональные результаты хорошие. У всех женщин ликвидировано ректоцеле и недостаточность сфинктера. Через 3 месяца, при необходимости, восстановлена половая жизнь.

Диспареуния не наблюдалась. Умеренный болевой синдром наблюдался в 18% случаев в течение 6 месяцев, затем купировался.

По данным литературы, частота нагноений послеоперационной раны при традиционной сфинктеропластике составляет 15-30%. При нашей модифицированной технике этот показатель составил 5,26%. Также, по данным литературы, при выполнении традиционной сфинктеропластики рецидив заболевания происходит в 8,8% случаев, тогда как при выполнении передней сфинктеропластики с помощью одного шва в нашей практике рецидивы заболевания не наблюдались.

Выводы:

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

ОЦЕНКА ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИ СКЛЕРОТЕРАПИИ С УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ

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

Колопроктологи всего мира продолжают создавать новые методы малоинвазивного лечения геморроя. Все методы имеют свои преимущества и недостатки. В нашей клинике в течение 15 лет используется метод склеротерапии геморроя. В 2000г. совместно с профессором Саврасовым из университета им. Баумана (Москва) был создан и запатентован метод склеротерапии геморроя с ультразвуковым воздействием. Для этого был создан ультразвуковой хирургический аппарат «Проксон». В настоящее время лечение данным методом получили 3840 пациентов с геморроем, что требует оценки эффективности метода.

Методы: Аппарат «Проксон» имеет 3 рабочих узла: 1) специальный инструмент для введения склерозанта в полость узла, 2) узел с ультразвуковым скальпелем, 3) узел с инструментом для обработки ран и полостей.

Техника метода достаточно проста. Для осмотра и самой процедуры используются стерильные аноскопы с автономным освещением фирмы Sarpmed.

Таким образом, имея такое оборудование в амбулаторной операционной, колопроктолог может решать множество проблем.

При введении склерозанта в геморроидальный узел одновременно с ультразвуковым воздействием его действие на ткани становится более интенсивным. Препарат распространяется шире и глубже. С одной стороны – это повышает эффективность процедуры, а с другой – растет вероятность развития осложнений.

В течение процедуры мы имеем несколько видов воздействия.

- 1) Более широкий контакт склерозанта с эндотелием измененных кавернозных тел.

- 2) Импрегнация склерозанта в эндотелий за счет ультразвуковой кавитации.

- 3) УЗ сварка тканей на конце инструмента.

- 4) Образование канала по ходу инструмента за счет термического эффекта.

Именно эти пункты дают полное отличие этого метода от традиционной склеротерапии.

После завершения процедуры препарат эвакуируется из геморроидального узла по инструментальному каналу в просвет прямой кишки, снижая местный токсический эффект.

Проведена сравнительная оценка эффективности лечения, количества и качества осложнений в двух группах пациентов. Основная группа: 1028 пациентов (срок наблюдения 3 года) – склеротерапия с ультразвуковым воздействием. Контрольная группа: 585 пациентов – традиционная склеротерапия.

Результаты: Для уменьшения числа осложнений снижена концентрация этюксисклерола до 0,5% с увеличением количества препарата с 2мл до 3мл.

Общее число осложнений при склеротерапии с ультразвуком по сравнению с традиционной склеротерапией снизилось в 3 раза.

Эффект ультразвуковой сварки внутри геморроидального узла приводит к образованию искусственной связочной системы как трейтца, которая фиксирует узел в анальном канале.

Выводы:

1. Новый метод мининвазивного лечения геморроя более эффективен.
2. Он прост в выполнении, не снижает работоспособность пациентов и может быть использован амбулаторно.
3. При снижении числа осложнений возросла эффективность не только при 3-й, но и при 4-й стадии заболевания.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

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

ГУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Белгород, Россия

Правильная и своевременная диагностика колопроктологических заболеваний, а также оценка результатов лечения возможна только при проведении комплексной оценки функционального состояния прямой кишки и мышц тазового дна.

Цель: Разработка методических программ с алгоритмом обследования и определения основных диагностических критериев необходимых для проведения комплексной оценки функционального состояния прямой кишки и мышц тазового дна.

Материал и методы: В Белгородском региональном колопроктологическом центре с 2003 года разработан перечень основных физиологических функций, которые необходимо исследовать для полной оценки функционального состояния прямой кишки и мышц тазового дна с расчетом их нормальных параметров. С этой целью проведены исследования у 112 пациентов, не страдающих колопроктологическими заболеваниями и не предъявляющих жалоб на нарушение держания кишечного содержимого.

Исследования проводились на полифункциональном лечебно-диагностическом комплексе «Polygraf» американской фирмы «Medtronic», включающие в себя аноректальную манометрию, профилометрию анального сфинктера и электромиографию сфинктерного аппарата прямой кишки и мышц тазового дна.

Результаты: Нами исследованы следующие параметры, отражающие основные физиологические функции прямой кишки.

Сократительная функция с определением тонического напряжения в покое на уровне наружного и внутреннего сфинктеров; амплитуды и длительности волевого сокращения на уровне наружного сфинктера; реакции сфинктерного аппарата прямой кишки и пубо-ректальной мышцы на натуживание, а также регистрации медленных и ультрамедленных волн тонической активности внутреннего сфинктера с определением их амплитуды и частоты.

Рефлекторная функция с определением и исследованием ректо-анального ингибиторного рефлекса со стороны внутреннего сфинктера прямой кишки. При этом оценивали порог рефлекса; продолжительность латентного периода; амплитуду и продолжительность ректо-анального ингибиторного рефлекса.

Сенсорная функция прямой кишки с выявлением субъективных ощущений наполнения при введении воздуха в ректальный баллон. При этом определяли порог первого ощущения наполнения; порог первого позыва к дефекации и максимально терпимый объем.

Эвакуаторная функция считалась удовлетворительной при возможности больного самостоятельно при натуживании вытолкнуть ректальный баллон объемом 150 мл в физиологическом положении для акта дефекации.

Накопительная функция прямой кишки оценивалась следующими характеристиками: определялась адаптационная способность кишечной стенки с регистрацией величины максимального давления, времени адаптации, уровня остаточного давления и эластичности прямой кишки с вычислением коэффициента эластичности. Кроме этого, определялся порог сократительного ответа стенки прямой кишки.

При анализе данных профилометрии оценивали показатели средней протяженности профиля анального сфинктера и зоны повышенного давления, значения их максимальных и средних давлений, их векторные объемы и коэффициенты асимметрии в состоянии покоя и при волевом сокращении.

При анализе суммарной электромиограммы наружного сфинктера в состоянии покоя определяли её тип, амплитуду и частоту колебания биопотенциалов. При волевом сокращении наружного сфинктера оценивали амплитуду электрической активности и время рекрутирования мотонейронов.

Выводы: Диагностика и лечение колопроктологических заболеваний на современном этапе возможна только после комплексной оценки функционального состояния прямой кишки и мышц тазового дна.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ НОРМАЛЬНОГО АНАЛЬНОГО ДЕРЖАНИЯ

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

ГУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Белгород, Россия

Качественное лечение пациентов с анальной инконтиненцией возможно только при глубоком изучении физиологических характеристик отражающих параметры нормального анального держания и их изменения при различных патологических состояниях.

Цель: Изучение патогенетических особенностей восстановления функции анального держания у пациентов с анальной инконтиненцией в процессе лечения.

Материал и методы: В Белгородском региональном колопроктологическом центре областной клинической больницы Святителя Иоасафа в период с 2003 по 2011 годы для изучения механизмов восстановления функции анального держания обследовано 126 пациентов находящихся на лечении по поводу анальной инконтиненции.

Исследование проводились на аппарате «Polygraf ID» американской фирмы «Medtronic» по методике аноректального функционального теста, включающего себя аноректальную манометрию, профилометрию анального сфинктера и электромиографию сфинктерного аппарата прямой кишки и мышц тазового дна, с изучением накопительной, эвакуаторной и сенсорной функций прямой кишки.

Результаты: 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 механизма нормального держания кишечного содержимого.

А именно: усиление в процессе лечения сократительной способности наружного сфинктера и мышц тазового дна ведет к восстановлению тонической активности внутреннего сфинктера с последующим формированием нормального коло-анального ингибиторного рефлекса. При его возникновении включается комплекс приспособительно-компенсаторных механизмов со стороны прямой кишки, в частности, происходит улучшение накопительной функции с формированием нормальных субъективных порогов чувствительности прямой кишки и возникновением своевременных позывов к дефекации с адекватной ответной реакцией сфинктерного аппарата – цикл замыкается. При выпадении какого-то из звеньев данного процесса добиться хороших результатов лечения анального недержания практически невозможно.

Следует отметить особое значение в данном процессе функциональной активности внутреннего сфинктера, который выполняет связующую роль для согласованной работы прямой кишки и сфинктерного аппарата.

Выводы: Учитывая закономерности восстановления нормального анального держания необходимо помнить, что для согласованной работы прямой кишки и сфинктерного аппарата, необходимым условием является анатомическая целостность и функциональная активность внутреннего сфинктера, как связующего звена между анальным и кишечным компонентами держания. Данный факт необходимо учитывать при выполнении операций в колоректальной хирургии.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЗИ БЕЗОРНИЛ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ

Сулима В.Ф.

Днепропетровская государственная медицинская академия, Днепропетровск, Украина

Лечение пациентов с хроническим комбинированным геморроем, выбор для этого эффективных методов, до настоящего времени остается одной из актуальных проблем проктологии, которая усугубляется нерешенностью вопросов унификации лечебного алгоритма, что приводит к выбору различной лечебной тактики различными специалистами при одинаковой стадии заболевания.

Цель: Целью работы является улучшение результатов лечения пациентов с хроническим комбинированным геморроем за счет необходимого эффективного действия мази Безорнил в комплексе противогеморроидальных средств.

Материалы и методы: Препарат Безорнил, мазь в тубах по 10 г был применен у 32 пациентов – основная группа, в комплексном лечении хронического комбинированного геморроя 3 ст. (больные женского и мужского пола от 25 до 60 лет) + стандартное лечение. Контрольная группа – 30 пациентов с хроническим комбинированным геморроем 3 ст., которые получали стандартное комплексное лечение. Во время лечения больные получали назначенные препараты и им проводились необходимые исследования. Стандартное комплексное лечение включает выполнение в плановом порядке операции геморроидэктомия под местной анестези-

ей, послеоперационное обезболивание, туалет послеоперационных ран, ванночки, повязки с мазью, соблюдение диеты и щадящего режима.

Мазь Безорнил применяли местно после выполнения геморроидэктомии дважды в день во время перевязок после туалета послеоперационных ран, промывания ран раствором антисептического средства (хлоргексидин) и высушивания ран стерильной марлевой салфеткой. Мазь наносили на стерильные марлевые салфетки, которыми закрывали раневые поверхности, после чего накладывали стерильную повязку. Процедура выполнялась каждый день дважды в день с интервалом 10 часов на протяжении 5 суток.

Результаты: Под воздействием терапии поверхностных ран после геморроидэктомии мазью Безорнил у больных уменьшились воспалительные изменения в ранах и окружающих тканях, изменился характер выделений из ран, изменилось количество самих выделений, стимулировалось формирование грануляций.

Значительный клинический эффект отмечался уже к 3-й суткам, полный клинический эффект отмечался к концу 5-х суток. Положительная динамика клинических проявлений была подобной как у больных основной группы, так и контрольной. Однако, исчезновение клинических проявлений наступало в контрольной группе только к 7-м суткам. Начало формирования грануляций у больных основной группы было на 2-е суток раньше, чем у пациентов контрольной группы, что указывает на эффективность препарата Безорнил. Отмечена также положительная динамика субъективных жалоб у больных основной и контрольной групп после проведения рекомендованного комплексного лечения.

Таким образом, результаты исследования препарат Безорнил, полученные на основании изучения сравнительной динамики объективных клинических проявлений, свидетельствуют о высокой выраженной фармакотерапевтической активности препарата.

Выводы: Препарат Безорнил, мазь в тубах по 10 г производства фармацевтического предприятия «Майнлун» (КНР) имеет значительное заживляющее действие при лечении послеоперационных поверхностных ран при хроническом комбинированном геморрое, хорошо переносится больными, не вызывает патологических изменений со стороны органов кровообращения, выделительной системы. Учитывая значительную терапевтическую эффективность, мазь Безорнил может быть рекомендована для комплексного лечения больных хроническим комбинированным геморроем в послеоперационном периоде.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА У ЖЕНЩИН, МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

Тарасенко С.А., Китаев А.В., Дмитраченко А.А., Айрапетян А.Т., Тельнова В.Н., Родионов Д.А., Овчаренко Д.А.,

Государственная классическая академия им. Маймонида, Москва, Россия, ЦВКГ им. А.А.Вишневского, Красногорск, МУЗГБ №1, Калининград, Россия

Цель: определить оптимальные методы хирургической коррекции синдрома слабости тазового дна у женщин.

Материалы и методы: В исследовании участвовали 302 женщины. В возрасте от 25 до 72 лет. Пациенток с I степенью ректоцеле было 32 (10,5%), со II – 78 (25,7%) и с III – 193 (63,8%). Цистоцеле I степени было у 88 (29,1%), II степени – 116 (38,4%), III степень – 98 (32,5%). Из наиболее частых клинических симптомов встречались: боли в поясничной области – у 90,6%, боли в промежности без четкой локализации – у 31,3%, боли в анальном канале – у 23,4%, затрудненный акт дефекации – у 79,7%, чувство неполного опорожнения прямой кишки у 96,9%, необходимость ручного пособия при дефекации – у 29,7%, инконтиненция – у 17,2%, дробный стул – у 42,2%, ректальные кровотечения – у 73,4%, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря – у 67,2%, недержание мочи при повышении внутрибрюшного давления – у 51,6%, диспареуния – у 10,9%, чувство дискомфорта в промежности – у 10,9% больных. Всем пациенткам проводилось комбинированное лечение, включавшее в себя консервативную терапию и оперативное вмешательство. В послеоперационном периоде проводилась электростимуляция запирающего аппарата прямой кишки и лечебная физкультура с комплексом упражнений для мышц тазового дна. Все 302 пациентки были оперированы. 104 (34,4%) из них в репродуктивном возрасте при ректоцеле I-II степени и предполагаемом планировании в будущем беременности оперативное вмешательство ограничивали только степлерной резекцией слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки двумя аппаратами PPH-01 (03). 158 (52,4%) пациенткам использовали трансвагинальный доступ, 87 (55,1%) больных из них с применением проленовых сеток GPSSL, Prolift фирмы «Этикон», у 40 (13,2%) – промежностный доступ. С 2002 года нами при оперативном лечении ректоцеле применялся только трансвагинальный доступ, как наиболее адекватный, с обязательным применением аллопластических материалов. 74 (24,5%) пациенткам оперативные вмешательства дополнялись slingовыми операциями на уретре проленовыми сеткамиTVT-O, IVS. Объем операций зависел от выраженности ректоцеле. У больных с ректоцеле I степени и пациенток в репродуктивном возрасте ограничивались резекцией слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки двумя циркулярными степлерами PPH-01 (03). При ректоцеле II-III степени производились комбинированные вмешательства – передняя аутоаллолеворопластика трансвагинальным доступом с использованием проленовых сеток GPSSL, Prolift, slingовая операция на уретре (TVT-O, IVS) и резекция слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки, как правило, двумя степлерами PPH. У всех больных послеоперационный период протекал без осложнений. Все больные наблюдаются в сроки от 6 месяцев до 5 лет и более после операции по разработанной методике, рецидива заболевания не отме-

чено. Во всех случаях после комбинированного хирургического лечения отмечено исчезновение симптомов, связанных с затруднением акта дефекации. У 2 пациентов отмечено расхождение швов леваторов при сохранении эластичности ректовагинальной перегородки в связи с прорезыванием швов из-за атрофии леваторов. В отдаленном периоде через 3 и 5 месяцев сформировались рубцовые стриктуры слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки у 2-х пациенток, потребовавшие хирургической коррекции.

Выводы: 1. Методы хирургической коррекции ССТД у женщин должны выбираться в зависимости от стадии ректоцеле, должны быть комбинированными и одномоментными. 2. Предпочтительным доступом для пластики тазового дна считаем трансвагинальный. 3. Использование современных сетчатых имплантатов считаем эффективным и обязательным.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АБСЦЕССОМ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Давыденко А.В.

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

Цель: Повысить эффективность хирургического лечения больных с абсцессом эпителиального копчикового хода (ЭКХ), путем использования разработанных нами технологий.

Материалы и методы: Анализ клинических наблюдений основан на комплексном лечении и изучении результатов операций у 92 больных с абсцессом ЭКХ, в отделении БСМП №2 г.Ростова-на-Дону. Больные были разделены на две клинические группы. В I группе (44 пациента) лечение абсцесса ЭКХ выполняли по общепринятой методике, а во II группе (48 пациентов) с учётом стадии развития острого тканевого гипертензионного синдрома (ОТГС). Во время операции выполняли ультразвуковую кавитацию ран, а в послеоперационном периоде применяли озонотерапию.

Динамический мониторинг внутритканевого давления проводили аппаратом «Stryker»REF по оригинальной методике (Федеральный патент РФ №2248179 и №2271733). Это позволило у 46,7% больных II клинической группы объективно поставить диагноз ОТГС и выполнить подкожную фасциотомию медиальной фасциальной узлы ягодичной области по оригинальной технологии (Федеральный патент РФ №2393783).

Результаты: Всем больным I и II групп наблюдения выполнена двухэтапная радикальная операция. До начала лечения абсцесса ЭКХ уровень микробной обсемененности ран во всех случаях (92 больных) был высоким и составлял от 106 до 108 микробных тел на 1 г. ткани. После вскрытия абсцесса, антибактериальной терапии, а у больных основной группы ультразвуковой кавитации гнойной раны и озонотерапии на фоне проводимой профилактики или лечения ОТГС, этот показатель прогрессивно снижался. Так у больных основной группы показатель микробной обсемененности тканей оказался ниже критического уровня (105 микробных тел на 1 г. ткани) на 4-5 сутки, а у больных контрольной группы на 7-8 сутки. При этом завершающий этап лечения абсцесса ЭКХ у больных основной группы проводили на фоне слабо выраженного (8 больных) или полного отсутствия (40 больных) отека тканей ягодичной и крестцово-копчиковой областей на фоне нормального градиента тканевого давления. Тогда как у большинства больных (36 пациентов) контрольной группы отёк тканей сохранялся при выполнении второго этапа радикального лечения абсцесса ЭКХ.

У больных основной группы второй этап операции выполняли на 5-6 сутки. Вид операции по закрытию раневого дефекта крестцово-копчиковой области зависел от индивидуальной шкалы тяжести течения абсцесса ЭКХ (Федеральный патент №2408292). 34 больным (70,8%) были наложены вторичные швы. Причём только у 2 больных (5,9%) была отмечена несостоятельность этих швов, и в дальнейшем рану вели открытым способом до выполнения её сочными грануляциями. У 4 больных (8,3%) была выполнена пластика раневого дефекта свободным кожным трансплантатом. У 10 больных (20,8%) с дефектом тканей более 40 см² выполнена пластика кожно-подкожно-фасциальным трансплантатом (Федеральный патент №2398532). Основная масса – 44 (91,6%) больных, на 9-10 сутки выписаны из стационара. Средний срок пребывания в стационаре составил 9,44±0,53 суток (p<0,05).

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

НЕДОСТАТКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ МЕТОДОМ ЭЛЕКТРОЛИГИРОВАНИЯ

Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И.,
Ахмеров Р.Р., Гареев Р.Н., Султанбаев А.У.

Башкирский государственный медицинский университет,
Уфа, Россия

Цель: изучение эффективности использования генератора «Liga Sure» в хирургическом лечении геморроя.

Материалы и методы: Клинический материал составил 185 больных хроническим геморроем 3-4 стадии. В основной группе – 82 пациента,

оперированные с использованием генератора «LigaSure». В контрольной – 103 больных, оперированные по Миллигану – Моргану во 2 модификации НИИ проктологии. Мужчин было 134 (72,4%), женщин 51 (27,6%).

Результаты: Продолжительность геморроидэктомии при применении генератора «LigaSure» значительно сократилась и составила в основной группе в среднем 13+3,7 минут, а в контрольной – 48+10 минут.

Достоверно чаще встречался в контрольной группе выраженный болевой синдром. При изучении потребности в обезболивании выяснилось, что в основной группе на большое использовано 1,06+0,5 мл, а в контрольной – 1,96+0,5 мл 2% р-ра омнопона. НПВС использовались в основной группе в на протяжении 2,5+0,6, а в контрольной – 5,6+0,9 суток.

Диуретические расстройства встречались в контрольной группе в 8 (7,7%), а в основной в 2-х случаях (2,4%). Обильные кровотечения в контрольной группе встречались в 3-х случаях (2,9%), в основной – случаев кровотечения не было. Выраженный отек перипанальной области встречался в основной группе в 2-х (2,4%), а в контрольной – в 10 случаях (9,7%).

Вместе с тем в позднем послеоперационном периоде, через 10 мес после операции в основной группе было 3 случая стеноза анального канала (3,6%), во всех случаях производилось бужирование анального канала с полным излечением. Все три случая стеноза анального канала наблюдались при геморрое 4 стадии, и, видимо, связаны с чрезмерным радикализмом при геморроидэктомии. В контрольной группе поздних осложнений не было.

При изучении влияния электролигирования на ткань геморроидального узла отмечается однотипная реакция всех гистологических тканей. Зона непосредственного воздействия аппарата на ткани, а также кровеносные сосуды характеризуется деструкцией, расплавлением белков и коллагена. Однако зона повреждения узкая и деструктивные процессы распространяются на 300-500 мкм, далее гистологическая структура тканей не изменена.

С целью изучения влияния электролигирования на функциональное состояние анального сфинктера произведена сфинктерометрия в основной группе после операции происходило гораздо более раннее восстановление функции анального сфинктера.

Вывод: 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 диурезов (в 2,4 раза), кровотечений (в основной группе не встречались), отека перипанальной области (в 3 раза). Наряду с тем в позднем периоде было 3 случая стеноза анального канала (3,6%). Полученные данные говорят о том, что геморроидэктомия, выполняемая аппаратом «LigaSure», является малотравматичным, удобным в применении способом лечения геморроя, позволяющий значительно улучшить результаты геморроидэктомии и уменьшить число послеоперационных осложнений, но требующим осторожности при распространённом процессе.

ВАРИАНТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ГЕМОРОЯ

Титов А.Ю., Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии»
Минздравсоцразвития России, Окружное отделение
амбулаторной колопроктологии, ГКБ № 81, Москва, Россия

Общепринятой классификацией хронического геморроя на сегодняшний день среди колопроктологов является классификация, выделяющая 4 клинические формы геморроя: 1 стадия – кровотечения без выпадений геморроидальных узлов; 2 – кровотечения с выпадением узлов, самостоятельно вправляющиеся в анальный канал; 3 – кровотечения с выпадением узлов, требующие ручного вправления в анальный канал и 4-я стадия – кровотечения с постоянным выпадением и невозможностью вправить геморроидальные узлы в анальный канал. Представленная классификация в целом удовлетворяет работу «стационарных» колопроктологов, прежде всего тех медицинских учреждений, в которых операцией выбора при хирургическом лечении геморроя является геморроидэктомия. Но в практике «амбулаторных» колопроктологов представленная классификация не отражает все аспекты лечебного процесса связанные, прежде всего с тем, что в амбулаторной практике внутренние геморроидальные узлы (ВГУ) подвергаются воздействию, как правило, не одномоментно, а поочередно. При этом следует отметить, что далеко не всегда все 3 ВГУ соответствуют стадии, указанной в диагнозе. К примеру, у больного с 4 стадией геморроя может выпадать только один ВГУ. Особенно часто подобная картина наблюдается у больных пожилого и старческого возраста. Или при 1 стадии геморроя далеко не всегда могут кровоточить все 3 основных ВГУ.

В этой связи предлагается следующие дополнения к существующей классификации. После диагноза «комбинированный геморрой такой-то стадии в скобках указываются 3 цифры (от 0 до 4), идущие через запятую. При этом первая цифра всегда отражает стадию 3-х часового ВГУ, вторая – 7-и часового и третья цифра отражает стадию 11-и часового ВГУ. Например, диагноз: «комбинированный геморрой 3 ст. (0,1,3)» говорит о том, что на 3-х часах узла практически нет, на 7 часах – небольшой узел 1-й стадии и на 11 часах – выпадющий ВГУ 3 стадии. Определяющим для постановки подобного диагноза является правильная первичная диагностика геморроя. С этой целью кроме пальцевого осмотра необходима аноскопия с осмотром каждого из ВГУ на 3,7 и 11 часах. Аналогично можно дополнять цифрами диагноз не только при комбинированном, но и при внутреннем геморрое.

На протяжении последних 4 месяцев в клинической практике окружного отделения амбулаторной колопроктологии ГКБ №81 используется

предлагаемая классификация, что позволяет нам дифференцированно прибегать к хирургическому лечению этого заболевания. Комбинация геморроидэктомии с малоинвазивными способами лечения, позволяет значительно облегчить переносимость хирургической коррекции заболевания. Когда предлагаемый вариант классификации станет привычным и прочно войдет в клиническую практику представляется допустимым, отказ от её первой (интегральной) цифры.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОЛЛАГЕНОВЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ

Титов А.Ю., Фролов С.А., Мудров А.А., Джанаев Ю.А., Шахматов Д.Г.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздрава России, Москва Россия

По данным Всемирной Организации Здравоохранения более 40% трудоспособного населения индустриально развитых стран страдает запорами, при этом до 80% в этой категории больных составляют женщины различных возрастных групп. Столь выраженное преобладание женщин связано с тем, что на первый план выходит проктогенная составляющая хронических запоров. Родовая травма, тяжелый физический труд, стрессы приводят к ослаблению и дегенерации связочного и мышечного аппарата малого таза, на фоне снижения содержания женских половых гормонов происходит атрофия коллагеновых структур, т.е. развивается синдром опущения промежности. Клинически это проявляется недержанием мочи, опущением и выпадением внутренних женских половых органов, недержанием кишечного содержимого, что часто приводит к инвалидизации и социальной дезадаптации пациентов. В настоящее время установлено, что атрофия соединительнотканых (коллагеновых) структур малого таза играет важную роль в патогенезе развития синдрома опущения промежности с нарушением моторной функции толстой кишки. Свойства соединительной ткани зависят от уровня содержания в ней коллагена и от его свойств (эластичность, устойчивость к нагрузке). Однако, по мнению многих исследователей, так и исходя из нашего опыта, использование методов консервативной терапии, несмотря на их многообразие и патогенетическую обоснованность, эффективно лишь в 43,8% наблюдений. В 56,2% случаях требуется хирургическое лечение. В связи с этим крайне актуальным является внедрение новых способов оперативной коррекции, состояний, связанных с нарушением фиксации органов таза.

Материалы и методы: С ноября 2010 по февраль 2011 года оперировано 8 пациенток по поводу ректоцеле Зст. Диагноз установлен на основании комплексного клинико-инструментального обследования. Возраст больных колебался от 34 до 57 лет, средний возраст составил 46,3 ± 8,3,2 года. Средняя длительность анамнеза заболевания составила 9,21 ± 4,8 лет. Во всех случаях для пластики ректовагинальной перегородки использованы коллагеновые имплантаты.

Структура и свойства имплантата:

Свиная кожа, лишенная антигенной структуры и спаянная химически). Данный материал не обладает антигенными свойствами и устойчив к тканевым и бактериальным ферментам. Не деформируется в тканях. Может использоваться в присутствии инфекции. Допускает длительное дренирование при обширной диссекции подкожной клетчатки. Не вызывает спаек при контакте с органами.

Преимущества:

Процесс поперечного химического спаивания делает импланты устойчивым к атакам макрофагов, тканевой и бактериальной коллагеназе. Не деформируется в тканях, прорастает сосудами и окружающими тканями. Растет вместе с окружающими тканями (при условии нормального кровоснабжения).

Результаты: Анализ непосредственных результатов фиксирующих операций с применением коллагеновых имплантов показал их эффективность уже в раннем послеоперационном периоде. Ни у одной пациентки, оперированной предложенным методом, не возникло интраоперационных осложнений.

Болевой синдром практически отсутствовал у всех 8 пациенток, в связи с чем, ненаркотические анальгетики применялись лишь в первый день после операции. По койко-день в исследуемой группе составил в основной группе всего 8 + 2 дня.

Сроки наблюдения составили от 20 до 60 дней. Субъективные данные хороших результатов лечения объективно подтверждаются результатами проведенных физиологических и рентгенологических методов исследования, в частности, манометрией, дефекографией. Важно отметить, несмотря на то, что у одной пациентки не выявлено признаков рецидива заболевания, коллагеновый имплант в ректовагинальной перегородке практически не определяется при клиническом осмотре, начиная со 2 дня после операции.

Заключение: полученные результаты обнадеживают. Однако требуется оценка отдаленных результатов лечения данной категории больных.

РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОСТОЯНИЙ, СВЯЗАННЫХ С НАРУШЕНИЕМ ФИКСАЦИИ ОРГАНОВ ТАЗА

Титов А.Ю., Фролов С.А., Мудров А.А., Джанаев Ю.А., Шахматов Д.Г.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздрава России, Москва Россия

С мая 2009 по август 2010 года обследовано 48 пациенток с нарушением фиксации органов таза с преобладанием тех или иных клинических проявлений. Возраст больных колебался от 21 до 67 лет, средний возраст составил 46,3 ± 13,2 года. Средняя длительность анамнеза заболевания составила 10,1 ± 3,8 лет.

Проведенные инструментальные исследования позволили выявить ряд закономерностей, характерных для больных с пролапсом тазовых органов. Важно подчеркнуть, что выявленные изменения, происходят на фоне снижения общего количества коллагена и дезорганизации и деструкции соединительной ткани. Следует подчеркнуть, что, если в среднем, в группе наиболее характерным являлся количественный признак – снижение общего количества коллагена отмечено на 14%, то в 17 наблюдениях отмечалось снижение общего количества коллагена на 43%, а также отмечались выраженные изменения качественных признаков.

Комплексная консервативная терапия, включавшая препараты, направленные на нормализацию моторно-эвакуаторную функцию толстой кишки, заместительную гормональную терапию, курсы лечебной физкультуры, проводилась всем 48 пациенткам, вошедшим в обследование. Результаты комплексного консервативного лечения оценивались по следующим критериям:

- Удовлетворительные результаты – полное отсутствие клинических признаков, улучшение показателей инструментальных методов исследования

- Плохие результаты – отсутствие улучшения или ухудшение состояния пациента.

При сравнительном анализе результатов лечения мы выявили, что консервативное лечение оказалось эффективным у 21 (43,8%) больной. При этом у 27 пациенток оказалось необходимым применение хирургического лечения. Важно отметить, что в эту группу вошли все 17 больных, у которых выявлены выраженные нарушения структуры соединительной ткани.

При неэффективности консервативной терапии были разработаны и применены оригинальные оперативные вмешательства.

Контрольные исследования, проведенные после фиксирующих операций, показали их эффективность.

Таким образом, результаты проведенной НИР показали, что применение методов консервативной терапии, несмотря на их многообразие и патогенетическую обоснованность, эффективно лишь в 43,8% наблюдений. В 56,2% случаях потребовалось хирургическое лечение.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА И РЕКТОЦЕЛЕ

Тотиков В.З., Джанаева Д.Б., Тотиков З.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

Цель: Разработка эффективных методов лечения позволяющих произвести восстановление анатомо-топографического дефекта и анатомо-функциональную коррекцию тазового дна в целом.

Материалы и методы: Нами изучены результаты лечения 287 женщин с тазовым пролапсом и ректоцеле. В зависимости от вида операции, а также от характера сочетаний опущений гениталий и ректоцеле, пациентки были разделены на 4 группы. В 1 группе пациенток с 1-2 степенью опущения, 2-3 степенью ректоцеле, выполнены переднезадняя кольпорафия, леваторопластика. Во 2 группе с тем же вариантом сочетания опущения и ректоцеле выполнены переднезадняя кольпорафия, пластика ректовагинальной перегородки с использованием синтетического материала по разработанному в клинике способу. В 3 группе с 3 степенью пролапса и ректоцеле 2-3 степени выполнены влагалищная экстирпация матки. В 4 группе с аналогичным сочетанием ректоцеле и опущение половых органов выполнено восстановление тазовой диафрагмы с использованием сетчатого материала по разработанному в нашей клинике способу.

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 16 – четвертой. Отличные результаты получены у 12,5% первой группы, 18,6% – второй, 12,3% – третьей и 25% – четвертой группы. Хорошие – у 41,7% пациенток первой группы, 60,5% – второй, 55,1% – третьей и 63,5% – четвертой группы. Удовлетворительные результаты получены у 37,5% – первой группы, 20,9% – второй, 16,3% – третьей и 10,5% четвертой группы. Неудовлетворительные результаты выявлены у 8,3% больных первой и 14,3% третьей групп, во второй и четвертых

группах неудовлетворительных результатов не выявлено.

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

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 одновременно ликвидацию ректоцеле, профилактику развития энтероцеле. Кроме того, не требуется выполнения второго этапа операции – кольпоперинеоловаторопластики.

НОВЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

Тотиков В.З., Тотиков З.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

Цель: разработка способов лечения, позволяющих снизить в послеоперационном периоде болевой синдром, а также развитие стриктур анального канала и недостаточность анальных сфинктеров.

Материалы и методы: Для решения поставленной цели при радикальном лечении III-IV стадий геморроя нами разработано специальное зеркало, которое позволило улучшить доступ к операционному полю и исключить травматичную дивульсию анального канала. Геморроидэктомия с использованием специального зеркала мы выполняли в трех вариантах – открытую, закрытую и подслизистую.

Оперативное вмешательство, как правило, завершали только введением в анальный канал ультрапрокта или проктоседла, или постеризана в виде мазей или свеч.

Всего геморроидэктомия с использованием специального анального зеркала нами выполнена у 542 больных.

Результаты: В послеоперационном периоде рефлекторная задержка мочи отмечена у 11 (2,0%) больных, носившая кратковременный характер. Болевой синдром, требовавший обезболивания наркотическими средствами был отмечен у 15 (2,7%) больных, который купировался на 2-3 сутки. У остальных больных в послеоперационном периоде наркотические обезболивающие препараты назначались только в первые сутки, в дальнейшем до первого стула 25% больных получили ненаркотические анальгетики. У 3 (0,5%) больных имело место кровотечение из кожной раны. У одного из них кровотечение отмечено из зоны проекции ножки узла. Кровотечение остановлено после дополнительного прошивания. У остальных 2 больных кровоточили сосуды из раны перианальной кожи. У этих больных также кровотечение остановлено путем прошивания. Еще у 2 (0,3%) выявлен подслизистый гноиник. В обоих случаях гноиники вскрыты ручным пособием.

Отдаленные результаты от 6 месяцев до 2 лет мы наблюдали у 96 больных. 56 больных были опрошены по телефону, 40 пациентов согласились на осмотр. У одного больного выявлена задняя анальная трещина, у 2 больных умеренно выраженная стриктура анального канала, которая была в обоих случаях ликвидирована после бужирования.

В наших наблюдениях в послеоперационном периоде у больных с подслизистой геморроидэктомией осложнений мы не отметили. Наркотические анальгетики назначались в послеоперационном периоде в течение 1 суток, только с профилактической целью.

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

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ ПРИ ПОМОЩИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАЛЬПЕЛЯ

Тян Л.В., Туребаев Д.К., Осипов Д.П.

АО «Медицинский университет Астана», Астана, Казахстан

Развитие новейших технологий придало новый импульс в развитии хирургической техники. В последнее время в литературе опубликованы статьи об успешном применении ультразвукового гармонического скальпеля при самых разнообразных операциях в колопроктологии, в том числе и для хирургического лечения геморроя. Зачастую в практике колопроктологов встречается хронический парапроктит с различными вариантами расположения свищевых ходов по отношению к сфинктеру, в сочетании с хроническим геморроем поздних стадий, что диктует необходимость в проведении оперативных вмешательств в отношении этих заболеваний. При использовании ультразвукового скальпеля возможна коагуляция сосудов до 3 мм, а по некоторым данным – до 5 мм в диаметре. При применении ультразвукового гармонического

скальпеля отмечается значительное уменьшение интенсивности и продолжительности послеоперационного болевого синдрома, уменьшение сроков послеоперационной реабилитации пациентов. В своей работе мы использовали ультразвуковой гармонический скальпель ULTRA CISION HARMONIC SCALPEL ETHYCON ENDO-SURGERY, производства фирмы «Этикон Энд-Хирургия».

С февраля 2009 года по январь 2011 года в проводимое исследование были включены 48 больных хроническим парапроктитом свищевой форма в сочетании с хроническим геморроем 3-4 стадии. Возраст пациентов колебался от 24 до 71 лет, в среднем составил 47,2±11,2.

Свищевые ходы по отношению к сфинктеру у 27 больных располагались транссфинктерно, с захватом не более ½ порции сфинктера, у 16 пациентов располагался интрасфинктерно, и у 5 больных с захватом более ½ порции сфинктера (экстрасфинктерно). Третья стадия хронического геморроя диагностирована в 29 случаях, четвертая у 19 больных.

Во всех случаях оперативные вмешательства производились под комбинированным обезболиванием – перидуральной анестезией с внутривенным потенцированием.

Результаты: первым этапом производилось иссечение свищевых ходов, методом вскрытия в просвет прямой кишки с наложением при необходимости первичных узловых швов. При расположении свищевого хода с захватом более ½ порции сфинктера (экстрасфинктерно), проводилось иссечение свищевого хода с восстановлением анального сфинктера узловыми викриловыми швами. Вторым этапом производилась открытая геморроидэктомия с применением ультразвукового скальпеля, что привело к значительному сокращению продолжительности вмешательства по сравнению с традиционным оперативным вмешательством (44,0±17,0 мин., 75,0±18,0 мин. соответственно).

Сокращение продолжительности оперативного вмешательства при использовании гармонического скальпеля достигается за счет сокращения продолжительности геморроидэктомии. Иссечение наружных и внутренних геморроидальных узлов и пересечение сосудистых ножек производится быстрее гармоническим скальпелем по сравнению с традиционными методами геморроидэктомии.

Наиболее опасным возможным осложнением при выполнении сочетанной операции, является кровотечение из области послеоперационных ран, а так же пересекаемых сосудистых ножек геморроидальных узлов. Профилактикой перечисленных осложнений является тщательная операционная техника. Во избежание кровотечения следует производить адекватную коагуляцию предпочтительно плоской поверхностью рабочего инструмента. При возникновении кровотечения необходимо прошивание кровоточащего участка раны или культи ножки геморроидального узла 8-образным швом.

ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОГАСТРОЭНТЕРОКОЛОГРАФИЯ КАК СПОСОБ ОЦЕНКИ СТИМУЛИРОВАННОЙ МОТОРИКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Фоменко О.Ю., Ступин В.А., Смирнова Г.О., Подмаренкова Л.Ф., Силуянов С.В., Титов А.Ю., Алешин Д.В., Веселов А.В.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздрава России, Москва, Россия

Проблема оценки моторно-эвакуаторной функции ЖКТ является одной из актуальных задач гастроэнтерологии и колопроктологии. Основу рефлекторной регуляции моторной функции толстой кишки составляют висцеро-висцеральные рефлексы, среди которых главную роль играет гастроколический. Для неинвазивной оценки моторной функции желудка и тонкой кишки наиболее часто применяют метод периферической электрогастроэнтеромиографии.

Цель: изучение возможностей метода периферической электрогастроэнтеромиографии для оценки нарушения моторики толстой кишки.

Материалы и методы: Обследованы 149 здоровых добровольцев (75 мужчин и 74 женщины, средний возраст – 32,6±4,2 года) и 29 больных с хроническими запорами (6 мужчин и 23 женщины, средний возраст – 36,1±8,9 лет). Нами был использован прибор «Гастроскан-ГЭМ». Для регистрации моторики толстой кишки нами был модифицирован стандартный метод и введена дополнительная 40-минутная запись сигнала после пищевой стимуляции, что позволило нам оценить 2-ю фазу гастроколического рефлекса. Модифицированный метод мы обозначили как периферическая электрогастроэнтерокологграфия (ПЭГЭКГ). Оценивалась относительная электрическая активность каждого отдела ЖКТ в % (отношение абсолютных значений электрической активности в каждом отделе ЖКТ к суммарной активности); коэффициент ритмичности (соотношение длины огибающей спектра отдела ЖКТ к ширине спектрального участка на оси абсцисс); коэффициент соотношения (отношение электрической активности вышележащего отдела к нижележащему).

Результаты: 1) У добровольцев при суточном мониторинге записи моторной активности регистрировалась 1-ая и 2-ая фазы гастроколического рефлекса. Максимум 1 фазы отмечался на 4-9 минуте, что проявлялось повышением изучаемых показателей в среднем в 1,3-1*5 раза, т.е. более чем на 30,0% по сравнению со значением натошак. Длительность ее составила от 3 до 6 мин. (4,0±1,9мин). Вторая фаза гастроколического рефлекса наблюдалась у всех пациентов в среднем через 34,0±6,8мин. Повышение показателей на частотах толстой кишки во 2-ю фазу было более выражено (в 1,5-1,8 раз, т.е. более чем на 50%) и более длительно (6-7 мин, среднем 4,9±1,6 мин). 2) У больных с запорами было выявлено значительное снижение коэффициента ритмичности на частотах толстой кишки в среднем на 63,8% при базальном исследовании, на 69,1%

после пищевой стимуляции в 1-ю фазу и на 78,5% во 2-ю фазу гастроколического рефлекса, соответственно, по сравнению с соответствующими показателями у добровольцев. 3) Снижение показателя относительной электрической активности толстой кишки у больных с запорами было менее значимо. Оно составило в среднем 29,0% при базальном исследовании, 64,5% в 1-ю фазу гастроколического рефлекса и 70,0% во 2-ю фазу гастроколического рефлекса, соответственно, относительно соответствующих показателей у добровольцев.

Выводы: 1) Модификация метода периферической электрогастроэнтеромии путем введения 3-го этапа 40 минутного исследования позволяют неинвазивно выявлять нарушения моторной функции толстой кишки как натощак, так и после пищевой стимуляции. 2) У больных с хроническими запорами критерием нарушения моторно-эвакуаторной функции толстой кишки является снижение показателей относительной электрической активности и коэффициента ритмичности, как при базальном исследовании, так и в обе фазы гастроколического рефлекса. 3) Коэффициент ритмичности является более чувствительным признаком нарушения базальной и стимулированной двигательной активности толстой кишки

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

Фролов С.А., Подмаренкова Л.Ф., Полетов Н.Н.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздрава России, Москва Россия

На протяжении многих десятилетий в центре внимания колопроктологов остается проблема лечения недостаточности анального сфинктера. Распространенность анальной инконтиненции колеблется от 1,5 до 40%. При полной недостаточности анального сфинктера операцией выбора мы считаем пластику анального сфинктера нежной мышцей бедра (грацилопластика).

Материалы и методы: С 1996 по 2010 гг. в ГНЦ колопроктологии наблюдалось 55 больных, страдавших недостаточностью анального сфинктера 3 степени

Мужчин было 35, женщин – 20. Возраст пациентов колебался от 15 до 68 лет, средний возраст составил 30,56±13,7 лет.

Основной причиной недержания у 27 (49%) больных явились травматические повреждения прямой кишки и промежности. У 14 (25,5%) пациентов недостаточность анального сфинктера развилась после операций на дистальном отделе прямой кишки, анальном канале и промежности. В 14 (25,5%) случаях недержание кала было обусловлено врожденными аноректальными пороками развития. У 28 (50,9%) из 55 больных ранее была наложена двустольная колостома.

Создание неосфинктера из нежной мышцы бедра с одной стороны произведено у 49 (89%) больных, с двух сторон – у 6 (10,9%). В 3 (5,5%) случаях пластика анального сфинктера нежной мышцей бедра с одной стороны была дополнена лейомиопластикой. При выраженной рубцовой деформации промежности у 4 (7,3%) больных односторонняя и у одного (1,8%) пациента двусторонняя грацилопластика сочеталась с кожной пластикой промежности.

Для профилактики дегенеративных изменений перемещенной мышцы, а так же для адаптации ее к функции наружного сфинктера, нами разработан комплекс реабилитационных мероприятий, включающий электростимуляцию неосфинктера и кинетотерапию на основе БОС, который применялся у пациентов на 15 дней после операции в течении последующих 12 месяцев.

Результаты: Различные осложнения воспалительного характера после операции развились у 9 (16,4%) пациентов. У 3 (5,5%) больных отмечены нагноения ран промежности. В двух случаях (3,6%) развилась некроз стенки кишки, гематома раны бедра у одного пациента (1,8%), частичный некроз перемещенных мышц у 3 (5,5%) пациентов.

Результаты лечения прослежены у 45 (81,8%) пациентов в сроки от 3 месяцев до 14 лет. Под хорошими результатами мы понимаем восстановление функции держания кишечного содержимого и полную функциональную сохранность перемещенной мышцы. Под удовлетворительным результатом – уменьшение степени недержания кишечного содержимого, анатомическую и функциональную сохранность перемещенной мышцы. Неудовлетворительными результатами мы считаем отсутствие эффекта от перенесенной операции.

У 37 (82,2%) больных отмечены хорошие результаты. При клиническом исследовании пациенты с хорошими функциональными результатами удерживали все компоненты кишечного содержимого. При осмотре у данной группы больных отсутствовало зияние заднего прохода. При пальцевом исследовании определялось несколько сниженное тоническое усилие и удовлетворительное волевое сокращение неосфинктера. Время произвольного держания у них колебалось от 5 до 10 минут. При функциональных исследованиях неосфинктера перемещенная мышца была жизнеспособна и функционально активна. Электрическая тоническая активность регистрировалась у всех больных и достигала нижней границы нормы. Произвольная электрическая активность была в пределах нормы сфинктерного аппарата. У 3 (6,7%) больных результаты оценены как удовлетворительные. Клинико-функциональное состояние созданного неосфинктера у 2 из этих больных соответствовало 1 степени недостаточности анального сфинктера, у одного отмечено каломазание. Таким образом, у 88,9% пациентов удалось получить хорошие и удовлетворительные функциональные результаты.

Из-за осложнений развившихся в раннем послеоперационном периоде у 5 (11,1%) больных эффекта от проводимого лечения не отмечено.

Заключение: Грацилопластика обеспечивает герметизацию дистального отдела толстой кишки в момент произвольного сокращения. Для формирования тонической и произвольной активности неосфинктера разработан комплекс реабилитационных мероприятий, включающий электростимуляцию и методы БОС терапии. После грацилопластики в сочетании с предложенным комплексом послеоперационной реабилитации хорошие результаты отмечены у 82,2% больных, а в 6,7% удовлетворительные.

ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГРАЦИЛОПЛАСТИКИ

Фролов С.А., Полетов Н.Н.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздрава России, Москва Россия

Одной из самых сложных проблем в колоректальной хирургии является лечение больных с обширными дефектами анального сфинктера, или полным его отсутствием. Осложнения, развивающиеся после грацилопластики, обусловлены анатомическими особенностями перемещаемой нежной мышцы, травматичностью самой операции, и рубцовыми изменениями тканей промежности.

Важную роль для снижения частоты послеоперационных осложнений играет технически правильное выполнение оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде могут отмечаться следующие осложнения: нагноение послеоперационных ран, формирование гематом в области ран, некроз перемещенной мышцы и некроз дистального отдела толстой кишки, вокруг которого проводится мышца. С целью уменьшения травматизации тканей при мобилизации нежной мышцы бедра мы использовали крючки «USSC mini harvest system». Крючки снабжены встроенным источником света, что позволяет производить мобилизацию мышц острым путем под контролем зрения, что обеспечивает хороший гемостаз и малую травматичность данного этапа операции.

В ряде случаев, из-за анатомических особенностей строения тела и сосудисто-нервного пучка, длины нежной мышцы бедра может не хватать для создания неосфинктера. С этой целью мы произвели ее удлинение полипропиленовой сеткой. Она фиксируется к сухожилию мобилизованной мышцы, и после проведения мышцы вокруг дистальной части кишки свободный конец сетки фиксировался к надкостнице седалищного бугра.

Практически у всех пациентов с полным недержанием кишечного содержимого органического генеза имеются рубцовые изменения промежности, выраженные в той или иной степени. При значительных рубцовых изменениях тканей промежности, произвести формирование неосфинктера без дополнительного вмешательства по поводу рубцов невозможно. В связи с этим мы проводим сочетанную операцию грацилопластики, ликвидации деформирующих рубцов, и кожную пластику промежности.

Результаты: У 55 больных выполнена пластика анального сфинктера нежной мышцей бедра. Различные осложнения после грацилопластика зафиксированы у 9 (16,4%) пациентов. В 3 (5,5%) наблюдениях возникло нагноение раны промежности. У 1 (1,8%) больного образовалась гематома раны бедра. В 3 (5,5%) случаях отмечен частичный некроз перемещенных мышц и в 2 (3,6%) случаях, развилась некроз кишечной стенки. Важно отметить, что 7 (77,8%) из 9 пациентов, у которых были зафиксированы осложнения, перенесли грацилопластику с использованием традиционной техники. Использование малотравматического способа мобилизации нежной мышцы при помощи крючков «USSC mini harvest system» позволило уменьшить травматичность операции, что способствовало снижению частоты воспалительных осложнений. При недостаточной длине нежной мышцы, удлинение ее сухожильного конца с помощью полипропиленовой сетки, позволяло сформировать полноценное мышечное кольцо неосфинктера. Осложнения у пациентов перенесших операцию с использованием указанных технических особенностей отмечались в 2 (22,2%) случаях (нагноение промежностной раны, некроз стенки кишки в области прилегания трансплантата).

Таким образом, из 20 пациентов, перенесших традиционный вариант грацилопластики, осложнения развились в 7 (35%) наблюдениях, что сопоставимо с данными других авторов. В то же время из 35 больных, которым была выполнена операция с модифицированной техникой, осложнение развилось лишь в 2 (5,7%) случаях.

Заключение: Частота ранних послеоперационных осложнений после грацилопластики, в общем, составила 16,4%, что ниже по сравнению с литературными данными. Этому способствовало внесение в технику операции таких изменений, как: использование крючков «USSC mini harvest system» для выделения нежной мышцы, удлинение сухожильного конца нежной мышцы полипропиленовой сеткой, создание неосфинктера из нежной мышцы бедра с одномоментным иссечением рубцов, деформирующих промежность, и кожной пластикой.

Полученные результаты свидетельствуют, что применяемая нами модифицированная техника грацилопластики позволяет значительно уменьшить количество послеоперационных осложнений и дает возможность выполнить операцию пациентам с выраженными рубцовыми изменениями промежности и анатомически короткой нежной мышцей бедра.

ТИБИАЛЬНАЯ НЕЙРОМОДУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

Фролов С.А., Полетов Н.Н., Костарев И.В., Подмаренкова Л.Ф., Джанаев Ю.А.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздрава России, Москва

В настоящее время все большую популярность приобретают методы лечения недостаточности анального сфинктера (НАС), основанные на стимуляции нервных путей, иннервирующих анальные сфинктеры и прямую кишку. Данный вид воздействия называется нейростимуляцией или нейромодуляцией. Одним из видов нейромодуляции, применяемой при лечении анальной инконтиненции является тиббиальная нейромодуляция (ТНМ). Целью настоящего исследования является улучшение результатов лечения пациентов с нейрогенной и идиопатической формами функциональной недостаточности анального сфинктера, а также оценка эффективности ТНМ в лечении больных органической формой НАС с дефектом сфинктера < 1/3 окружности.

Материалы и методы: С февраля по ноябрь 2010г. в ГНЦ колопроктологии тиббиальная нейромодуляция проведена 18 пациентам. Из них функциональная НАС 1-3 степени отмечалась у 15 (83,3%) пациентов, а в 3 (16,7%) наблюдениях имелась органическая форма НАС 2-3 степени с дефектом сфинктера мене 1/3 окружности. Возраст больных колебался от 19 до 73 лет (M=40,2±17,2 лет). Мужчин было 4, женщин – 14. У 7 (38,9%) больных имелась первая степень недостаточности анального сфинктера, у 5 (27,8%) пациентов – вторая и у 6 (33,3%) – третья. Пациентам проводилось от 12 до 14 сеансов ТНМ с частотой от 1 до 3 раз в неделю (сила тока 1-20мА, частота 20-35 Гц, длительность импульса 200мкс).

Оценка результатов лечения производилась по 3 шкалам. Субъективное улучшение функции держания оценивалось по шкале от 0 до 100%, и по шкале анальной инконтиненции Wexner. Изучение влияния ТНМ на качество жизни у больных НАС выполнялось по шкале качества жизни FICL.

Всем пациентам до начала курса лечения и после проведения 12 сеансов тиббиальной нейромодуляции выполнялось комплексное исследование функционального состояния запирательного аппарата прямой кишки.

Результаты. Субъективное улучшение после проведения курса ТНМ отмечено у 14 (77,8%) из 18 больных. В 4 (22,2%) наблюдениях эффект от лечения отсутствовал. Среди пациентов с органической НАС, эффект от лечения зафиксирован в 2 из 3 наблюдений. При оценке функции держания по субъективной шкале, установлено, что у 72,2% произошло улучшение функции держания от 10 до 75%. У 1 (5,55%) больной с ФНАС 1 степени зафиксировано улучшение на 90% от исходного уровня. При оценке функции держания по шкале Wexner установлено, что после курса лечения отмечается снижение количества баллов независимо от стадии заболевания. Это свидетельствует об эффективности методики, однако статистически значимое снижение среднего уровня баллов зафиксировано лишь у больных с 2 и 3 степенью НАС (p=0,0253). Качество жизни пациентов оценено по специализированному вопросу FICL. Нами установлено, что значимое улучшение выявлено лишь по 4-му разделу вопросника (смущение/чувство стыда) и наблюдается у больных с 2 и 3 степенью анальной инконтиненции (p=0,032).

Положительные изменения хотя бы 1 показателя, характеризующего функциональное состояние запирательного аппарата прямой кишки >30% от исходного уровня, зафиксированы у 15 (83,3%) пациентов, а незначительные изменения или их отсутствие – у 3 (16,7%) больных.

Заключение. Таким образом субъективное улучшение функции держания после тиббиальной нейромодуляции развивается у 77,8% больных с НАС, что полностью соответствует литературным данным (эффект в 31,25 – 87,5% наблюдений). ТНМ может применяться в лечении больных с органической НАС при одиночном дефекте сфинктера до 1/3 окружности. Более выраженный эффект от ТНМ отмечается у пациентов с 2 и 3 степенью НАС. Существенное положительное изменение отдельных показателей характеризующих функциональное состояние запирательного аппарата прямой кишки наблюдается в 83,3% случаев, однако четкой закономерности и статистически значимых различий между показателями до и после лечения на данный момент не выявлено.

ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ И ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Фролов С.А., Сушков О.И., Максимова Л.В., Пшеленская А.И.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздрава России, Москва

Цель исследования: Улучшение результатов лечения пациентов, оперированных по поводу свищей прямой кишки различной локализации, а также хронического воспаления эпителиального копчикового хода.

Материалы и методы: Проведено исследование воздействия тока высокой частоты на динамику раневого процесса у 29 больных, оперированных в ГНЦ колопроктологии по поводу свищей прямой кишки, а также ЭХК. По поводу интрасфинктерных свищей оперирован 1 пациент, трансфинктерных – 11, экстрафинктерных – 4. Иссечение ЭХК выполнено у 13 больных. Всем больным, участвующим в исследовании, на 2 день после оперативного вмешательства проводилась электроглю-

терапия всей поверхности раны импульсами высокочастотного тока (экспозицией 3 с) с введением стимуляционной иглы на глубину 4 мм в шахматном порядке через каждые 8-10мм. Наряду с этим использовались стандартные методы ведения ран, (промывание антисептическими растворами, использование маевых повязок).

Результаты: При анализе мазков-отпечатков уже на 3 день после операции и воздействия высокочастотного тока было отмечено появление единичных одноядерных гистиоцитов. К 9 дню определялось очищение ран с наиболее полным формированием грануляционной ткани. В мазках-отпечатках – пласты незрелого плоского эпителия и скопления волокнистых тяжей, что свидетельствует об активном формировании рыхлой волокнистой соединительной ткани. К 14 дню отмечалось уменьшение размеров ран с образованием нежной рубцовой ткани по периферии. В раневых отпечатках появляются фибробласты, что свидетельствует об образовании рубцовой соединительной ткани. На 21 сутки после операции макроскопически определяется эпителизация ран и формирование послеоперационных рубцов. В мазках-отпечатках – клетки зрелого плоского эпителия, а также элементы рубцовой ткани. К 28-32 дню эпителизация послеоперационных ран зафиксирована у всех пациентов, у большинства из них отмечается полное заживление раны с образованием соединительнотканного рубца.

Заключение: Результаты клинических и цитологических методов исследования позволяют предположить, что стимуляция заживления раны при помощи метода иглотерапии высокочастотным током способствует более активному течению фаз раневого процесса, «наслоению», (одновременному протеканию).

ВЫБОР МЕТОДА РЕКОНСТРУКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН С ЗАДНИМ ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Хитарьян А.Г.¹, Соловьев О.Л.², Ковалев С.А.¹, Дульгеров К.А.¹, Соловьева Г.А.², Соловьев А.О.²

¹ НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный» С.-К.ж.д. ОАО «РЖД»,
² ЗАО МНПО «Клиника «Движение»», Ростов-на-Дону, Россия

Пролапс гениталий среди женщин имеет высокое распространение. Частота данной патологии достигает 28-38,8% среди всех гинекологических заболеваний. Этот процесс имеет всегда прогрессирующее течение, сопровождаясь развитием структурно-функциональных нарушений. Несвершенство хирургических методов и проблема сопутствующей патологии органов малого таза приводит к развитию большого числа рецидивов данного заболевания, частота которых достигает 33-61,3%. Учитывая постоянный рост продолжительности жизни, увеличение доли женщин пожилого возраста, а также тенденция к омоложению заболевания необходимо увеличение частоты высокотехнологичных хирургических методов лечения, позволяющих реабилитировать этих больных, что имеет большое медицинское и социальное значение.

Целью работы явилось улучшить результаты хирургического лечения заднего тазового пролапса у женщин путем индивидуального подбора методов хирургической реконструкции тазового дна, включая выполнение стандартных операций (сакроспинальная кольпексия, перинеолеваторопластика, задняя кольпоррафия) на фоне и при отсутствии использования системы Tension-free transvaginal mesh.

Материалы и методы: За период с декабря 2007 по октябрь 2010 года на базе «Центра амбулаторной проктологии Дорожной клинической больницы на ст. Ростов-Главный» С.-К.ж.д. выполнено хирургическое лечение заднего тазового пролапса 114 пациентам со II-IV стадиями заболевания. Возраст больных колебался от 31 до 70 лет, в среднем составил 62,3±1,9 лет. Длительность заболевания в среднем была 4,3±1,5 лет. В зависимости от тактики хирургического лечения больные были разделены на 2 группы: основная, включающая 78 (68,4%) человек, и контрольная, объединяющая 36 (31,6%) пациенток. В основной группе для реконструкции тазового дна наряду со стандартным хирургическим лечением была использована система PROLIFT по разработанным нами показаниям. В контрольной группе больные были оперированы стандартным хирургическим способом, включающим выполнение сакроспинальной кольпексии, перинеолеваторопластики, задней кольпоррафии. Всем пациентам после опроса, клинического осмотра, мануального гинекологического и проктологического исследования проводили обязательное специализированное обследование, которое включало определение стадии пролапса по системе POP-Q, эвакуаторную рентгеновскую проктодефекографию, функциональную тоноперианеаметрию, ультразвуковое исследование центральной части промежности (ЦЧП) с функциональной пробой при натуживании, УЗИ органов брюшной полости. По показаниям проводили фиброколоноскопию, уродинамическое исследование мочи, цистоскопию.

В основной группе пациенток для выполнения забрюшинной влажной кольпексии использовали систему Prolift (ETHICON "Women's Health & Urology" Johnson & Johnson Company, США), включающую оригинальный одноразовый набор из полипропиленовой синтетической сетки и инструментов для её расположения в полости малого таза. Фиксацию синтетического имплантата осуществляли путем проведения ножек протеза с помощью перфоратора через связки в полости малого таза. Клиническую эффективность реконструкции тазового дна у больных в заднем тазовом пролапсом изучали в ранний и отдаленный послеоперационные периоды.

Результаты: Все пациентки по системе POP-Q имели II-IV стадии заднего тазового пролапса. Проведение проктодефекографии в основной группе позволило уточнить, что ректоцеле более 4 см встречалось в 60,3%

(n=47), задержка контраста в кармане ректоцеле наблюдалась в 37,2% (n=29), опущение органов малого таза в стадии декомпенсации мышц тазового дна имело место в 28,2% (n=22). В контрольной группе ректоцеле более 4 см было установлено в 58,3% (n=21), контраст задерживался в кармане ректоцеле в 41,7% (n=15), опущение органов малого таза в стадии декомпенсации мышц тазового дна встречалось в 33,3% (n=12). Ультразвуковая картина несостоятельности тазового дна складывалась из истонченных мышечных пучков, асимметричного расположения их относительно сухожильного центра, деформации и отсутствия самого сухожильного центра, диастаза m. levator ani. Маркером состояния тазового дна при ультразвуковой визуализации служила по общепринятой методике m. bulbospongiosus, представляющая собой медиальные пучки леваторов и часто обозначаемая клиницистами как ножки леваторов. Мышечные пучки определялись как более гиперэхогенные образования с относительно четкими контурами и визуализируемыми границами. Толщина мышечных пучков у женщин с клиническими проявлениями пролапса гениталий составляла менее 15 мм. Сухожильный центр промежности определялся в виде гипоэхогенной структуры между задней стенкой влагалища и передней стенкой прямой кишки. При пролапсе гениталий высота промежности составляла менее 10-15 мм.

При реконструкции тазового дна нами были разработаны критерии для использования Prolift posterior при заднем тазовом пролапсе:

1. Задний пролапс тазовых органов II-IV стадии по POP-Q
2. Ректоцеле 2-3 степени, рецидивирующая и/или декомпенсированная форма
3. ФН ЦЧП умеренной и высокой степени выраженности по результатам тоноперианеометрии и снижение высоты ЦЧП менее 15 мм по данным сонографии

Из основной группы у 21 пациентки (26,9%) наблюдались вышеуказанные критерии, что явилось основанием применения системы Prolift для хирургической реконструкции тазового дна. У остальных женщин основной группы и у пациенток контрольной группы выполнялись стандартные хирургические операции.

Отдаленные результаты лечения были прослежены в сроки от 6 месяцев до 2 лет после операции. В основной группе «отличный» функциональный результат (отсутствие жалоб, связанных с моторно-эвакуаторной дисфункцией прямой кишки) был отмечен у 69 (88,5%) пациенток, «хороший» (незначительно выраженная дисфункция) и «неудовлетворительный» (выраженная дисфункция прямой кишки) результат – у 7 (8,9%) и 2 (2,6%) пациенток, соответственно. В контрольной группе «отличный» функциональный результат наблюдали у 21 (58,3%) больной, «хороший» – у 11 (30,6%) и «неудовлетворительный» – у 4 (11,1%) пациенток, соответственно. Таким образом, в основной группе встречаемость отличных функциональных результатов была выше ($\chi^2=13,45$, $p=0,0002$) по сравнению с контрольной группой.

В основной группе повторные операции по поводу рецидивов пролапса тазовых органов наблюдались в 2,6% (n=2), а в контрольной группе рецидивы встречались у 4 (11,1%) больных и были более частым явлением ($\chi^2=3,61$, $p=0,05$).

Выводы:

1. У больных с задним тазовым пролапсом II-IV стадии с высокой частотой встречаются ректоцеле 3 стадии (более 4 см) (60,3% и 58,3% в основной и контрольной группе, соответственно), ФН ЦЧП умеренной степени выраженности по данным функциональной тоноперианеометрии и ультрасонографии тазового дна (85,9% и 86,1% в основной и контрольной группе, соответственно), что является показанием к использованию системы Tension-free transvaginal mesh при реконструкции тазового дна с целью предупреждения рецидивов.
2. Индивидуальное решение об использовании системы Tension-free transvaginal mesh при реконструкции тазового дна у больных с задним тазовым пролапсом позволяет повысить частоту отличных анатомических и функциональных результатов, соответственно, с 52,8% до 89,7% и с 58,3% до 88,5%.

СПОСОБЫ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ ГЕМОРОЯ

Хитарьян А.Г.¹, Соловьев О.Л.², Ковалев С.А.¹, Соловьев А.О.²

¹ НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный» С.-К.ж.д. ОАО «РЖД»,

² ЗАО МНПО «Клиника «Движение»», Ростов-на-Дону, Россия

Геморрой является наиболее частым заболеванием прямой кишки. Его распространенность составляет 118-120 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34 до 41%. В последнее время в малоинвазивной хирургии при лечении геморроя благодаря разработкам Соловьева О.Л. и Саврасова Г.В. (2002) появился способ, позволяющий сочетать склерозирующее лечение геморроидальных узлов одновременно с воздействием на ткань ультразвуковой кавитацией. Ультразвуковая кавитация относится к наиболее важному из эффектов ультразвука, обеспечивающему интенсивное распространение лекарственного препарата в зоне воздействия и импрегнацию им тканей.

Целью работы явилось улучшение результатов малоинвазивного лечения хронического геморроя.

Материал и методы: За период с 2007 по 2010 год склерозирующее лечение геморроидальных узлов в сочетании с ультразвуковой кавитацией выполнено у 853 пациентов (546 женщин и 307 мужчин, в возрасте от 17 до 91 года). Длительность основного заболевания составила в среднем 8±5,3 года.

Среди общего количества больных были сформированы две группы – основная (n=515) и контрольная (n=338). В основной группе пациентов

соблюдались более четкие показания для проведения УЗ-склеротерапии – хронический геморрой I-III стадии с четкими границами внутренних геморроидальных узлов. При проведении лечения в основной группе для профилактики осложнений соблюдался строгий контроль за «погружением иглы» в ткань узла не более 1-1,5 см в «опасной зоне» – от 11 до 1 часов условного циферблата. Лечение проводили до полного исчезновения клинического симптома путем увеличения кратности УЗ-склеротерапии. Для этого больные подвергались мониторингу после выполнения первого воздействия через 2, 4 месяца и 1 год. Таким образом, в основной группе были оптимизированы показания и противопоказания к УЗ-склеротерапии, методика и этапность проведения лечения. В контрольной группе УЗ-склеротерапия была проведена стандартным методом без направленного отбора больных. По итогам анализа полученных результатов проводили типирование геморроидальных узлов.

Для выполнения ультразвуковой склеротерапии использовался ультразвуковой хирургический комплекс «Проксон». В качестве склерозирующего раствора вводили «Токсисклерол 3%» объемом 2 мл на каждый узел.

В послеоперационный период все пациенты были осмотрены в сроки 2, 4 месяца и 1 год после операции.

Результаты: В результате были выделены 3 типа узлов: I тип – любой объем внутреннего геморроидального узла с умеренной подвижностью, хорошим кровенаполнением, сохранением тонуса и нормальной длиной анального канала; II тип – любой объем внутреннего геморроидального узла с низким кровенаполнением и выраженным развитием соединительной ткани; III тип – большой объем внутреннего геморроидального узла с выраженной подвижностью, особенно, в случае снижения тонуса и длины анального канала.

Среди обследованных двух групп I тип узлов встречался у 630 (73,9%), II тип – у 151 пациента (17,7%), III тип – у 72 (8,4%) больных. В основной группе встречались больные с узлами только I типа.

В основной группе осложнения в послеоперационный период не наблюдались. В контрольной группе послеоперационные осложнения развились у 14 пациентов (4,1%). В исследовании ректоскопивно был проведен тщательный анализ дооперационных характеристик пациентов с развивающимися впоследствии осложнениями УЗ-склеротерапии узлов.

Наибольший процент хороших результатов (90,0%) был достигнут в основной группе при I-II стадии хронического геморроя, а наименьший – при III стадии заболевания в контрольной группе (61,9%). Неудовлетворительный результат лечения в основной группе при I-II стадии заболевания отсутствовал, а при III стадии был единственным (1,9%). В контрольной группе неудовлетворительный результат встречался в одной пятой (18,6%) и в одной четвертой (25%) случаев, соответственно, для I-II и III стадий.

Таким образом, можно говорить о том, что качество УЗ-склерозирования зависит от кровенаполнения внутренних геморроидальных узлов. При замещении ткани геморроидального узла соединительно-тканевыми элементами эффективность изучаемого воздействия снижается.

По итогам исследования с целью профилактики развития осложнений нами был создан «Рабочий алгоритм проведения УЗ-склерозирования внутренних геморроидальных узлов»:

- комплексное обследование пациента, включавшее проведение колоноскопии, сфинктероманометрии, катетерной баллонной анетометрии, трационной пробы по выпадению геморроидальных узлов, трансанального ультразвукового исследования;

- из группы пациентов, которым показано проведение УЗ-склерозирования внутренних геморроидальных узлов, необходимо исключить пациентов со 2 и 3 типами узлов;

- соблюдение показаний, техники и этапности лечения.

Вывод: Тщательное дооперационное обследование больных с хроническим геморроем с типированием узлов, учет их размеров, кровенаполнения, подвижности и выраженности соединительной ткани, а также воспалительных заболеваний анального канала и параректальной клетчатки позволяет повысить частоту хороших результатов лечения с 72,1% до 90% при I-2 стадиях и с 61,9% до 87,9% при 3 стадиях геморроя, а также избежать после ультразвуковой склеротерапии геморроидальных узлов таких осложнений как их ущемление, выпадение и тромбоз.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НАГНОИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Циплугин А.М., Беденко В.Е., Котелеский М.Б., Крячко А.А., Простаков Е.Н.

МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Хирургическое отделение №3 (колпроктология), Краснодар, Россия

Располагая опытом лечения более 1000 больных с нагноительными заболеваниями аноректальной зоны. В эту группу мы относим: нагноение эпителиальных копчиковых ходов (ЭКХ) и острый парапроктит. Больные с нагноением ЭКХ составляют около 12% всех проктологических больных, пролеченных в стационаре, с острым парапроктитом – 21%.

Все пациенты с НЗАЭ поступали в экстренном порядке. Для подтверждения диагноза в сложных случаях (в первую очередь глубокие парапроктиты) выполняли трансанальное УЗИ, КТ.

В случае подкожно-подслизистого парапроктита, при отсутствии выраженного воспалительного инфильтрата и выявлении пораженной крипты, выполняли хирургическую обработку парапроктита.

При выраженной воспалительной инфильтрации параректальной клетчатки применяли двухэтапное оперативное лечение. На первом этапе производили вскрытие гноиника под спинномозговой анестезией в

условиях операционной. Рану в послеоперационном периоде вели консервативно с использованием водорастворимых мазей на основе полиэтиленгликоля (Левомиколь, Левосин). Признаки острого воспаления купировались в течение в течение 2-5 дней.

Второй этап состоял в радикальной операции. В случае нагноения ЭКХ под спинномозговой анестезией выполняли иссечение ходов до надкостницы крестца. Гемостаз осуществляется электрокоагуляцией. Операция заканчивается подшиванием краев раны ко дну лавсановыми швами. При этом сохраняется «дренирующая дорожка». В послеоперационном периоде выполняются перевязки с йодпионом. Выписка из стационара через 5-7 дней. Швы снимались через 11-12 дней.

При парапроктите на втором этапе операция направлена на устранение внутреннего отверстия – иссечение крипты с рассечением сфинктера при трансфинктерном ходе, пластика по Блиничеву или Джа-Драбле при экстрасфинктерном. Проведение лигатуры в последнее время использовали редко.

В трети случаев при одномоментной операции по поводу парапроктита, по данным литературы и нашим наблюдениям, внутреннее отверстие найти не удается и иссекается ближайшая крипта. При двухэтапном оперативном лечении второй этап выполняется в относительно «холодном» периоде, поэтому внутреннее отверстие в крипте, послужившее причиной возникновения нагноения параректальной клетчатки, удавалось обнаружить практически всегда.

По нашему мнению, выбор двухэтапной тактики оперативного лечения нагноительных заболеваний аноректальной зоны позволяет улучшить результаты лечения, уменьшить количество послеоперационных осложнений, в первую очередь нагноительных, уменьшить количество рецидивов заболеваний.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

Чепляк Н.С., Чепляк А.Н.* , Стрельцова Е.А., Чепляк С.Н.

*Винницкая областная клиническая больница им. Н.И.Пирогова, *Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова МЗ Украины, Винница, Украина*

Наиболее частой причиной патологии ректовагинальной перегородки являются разрывы промежности в родах или другие травматические повреждения промежности, которые зачастую сочетаются с повреждением анального сфинктера.

Пластические операции на анальной области относятся к операциям высокой степени риска по возникновению гнойных осложнений в операционной ране. Достаточно часто у больных наблюдается нагноение и несостоятельность наложенных швов, и требуется повторное хирургическое вмешательство. С каждой последующей операцией значительно снижается эффективность хирургической коррекции инконтиненции и в некоторых случаях это может вызвать инвалидизацию пациента.

Инфицирование происходит из просвета прямой кишки в послеоперационный период вследствие постоянного обсеменения операционной раны кишечной микрофлорой. Происходящие процессы во влагалище имеют отрицательное воздействие на ферментативную функцию и нормальную половую жизнь пациентки. Для предупреждения гнойных осложнений необходимо создать в анальной области регулируемое депо антибактериальных препаратов.

Имеются большие разногласия при подготовке больных к операции, не разработаны точные критерии этой подготовки.

Для достижения хорошего результата при лечении ректовагинальных свищей в сочетании с недостаточностью анального сфинктера необходимо иметь в виду наличие дисбактериоза кишечника, чистоту влагалища, воспалительные заболевания гениталий, чтобы провести адекватную предоперационную коррекцию выявленных изменений.

В клинике за период 2004-2010 гг. прооперированы 32 женщины с послеоперационным разрывом промежности и недостаточностью анального сфинктера II-III степени и 2 женщины с врожденными ректовагинальными свищами. У 18 женщин было сочетание недостаточности анального сфинктера и ректовагинального свища.

Предоперационная подготовка включала в себя назначение безшлаковой диеты, очищение прямой кишки накануне вечером и утром в день операции. Всем женщинам в течение 1 недели до операции проводилось лечение вульвовагинита препаратом Нео-Пенотран – вагинальные свечи (500 мг метронидазола + 100 мг миконазола нитрата), Шеринг АГ, Германия. Режим лечения: по 1 свече во влагалище утром и вечером на протяжении 7 дней.

Пациенткам была выполнена передняя сфинктеролеваторопластика по классической методике. Во всех случаях был использован промежуточный доступ. Целью оперативного вмешательства являлось восстановление анатомической структуры ректовагинальной перегородки и анального сфинктера с ушиванием разошедшихся ножек лобково-прямокишечной мышцы.

В послеоперационном периоде назначали строгий постельный режим до 7-го дня. Перевязки с препаратом Диоксизоль выполнялись ежедневно, без введения тампонов в прямую кишку. Кожные швы снимались на 10-е сутки, нагноений послеоперационных ран не наблюдалось.

Через 2 месяца после операции сфинктер у всех пациентов был нормотоничен, волевое сокращение сфинктера удовлетворительное. Рецидив отмечен у 2 больных, что составило 4,5%.

Быстрый клинический и достаточный санлирующий эффект препарата Нео-Пенотран и включение в комплекс послеоперационного лечения у

больных с прямокишечно-влагалищными свищами и недостаточностью анального сфинктера местной терапии препаратами на современной гидрофильной основе оказывают положительное воздействие на репаративные процессы и заживление ран промежности и анального канала.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕМОРОИДАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ И ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Черепанин А.И., Горяинов А.Н., Додица А.Н., Ан В.К.

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, ГКБ № 67, Москва, Россия

Больные с геморроидальной болезнью занимают первое место по частоте обращаемости среди пациентов общепроктологического профиля, среди них кровотечение является наиболее частым осложнением и причиной обращения.

Если лечения хронического геморроя у большинства колопроктологов не вызывает сомнений, то вопросы тактики хирургического лечения острого геморроя (ОГ), осложненного профузным кровотечением и постгеморрагической анемией тяжелой степени остаются дискуссионными.

Цель работы: оценка эффективности тактики лечения больных геморроидальным кровотечением и высоким операционно-анестезиологическим риском (ВОАР) с использованием модифицированной геморроидэктомии по методу Купера.

Анализированы результаты лечения 2147 больных с геморроидальным кровотечением с 2008 по 2010 годы, из них в исследуемую группу вошли 172 (8%) больных с высоким операционно-анестезиологическим риском (4 ст. по классификации ASA), обусловленным кровопотерей (III-IV степени), а также тяжелыми интеркуррентными заболеваниями. Средний возраст – 40,8±8,5 лет. Мужчин – (97) 61,4%, женщин – (75) 38,6%. У (22) 12,8% больных уровень гемоглобина колебался от 40 г/л до 80 г/л. Диагностика геморроя как источника кровотечения основывалась на жалобах, анамнезе, внешнем осмотре и пальцевом исследовании, эндоскопическое исследование использовали для исключения сопутствующих заболеваний.

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, тугой тампонадой анального канала в условиях приемного отделения. 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.

Всем пациентам выполнена модифицированная нами операция Соорег (прошивание и дублирующая перевязка внутренних геморроидальных узлов с минимальной мобилизацией слизистой без их отсечения), которую считаем методом выбора в экстренной ситуации. Интраоперационная кровопотеря не превышала 5 мл, отмечено значительное снижение послеоперационной боли. В послеоперационном периоде продолжали терапию, направленную на коррекцию волеми, анемии, микроциркуляторных, водно-электролитных нарушений, крагулопатии. Пациентов выписывали в удовлетворительном состоянии по достижении уровня Hb более 100 г/л, регулярном стуле без примеси крови и «отхождению» культи внутренних геморроидальных узлов. Средний койко-день – 14,1±2,5, летальных исходов не было.

Выводы: 1. Выбор тактики лечения больных с ОГ и ВОАР, осложненным кровотечением и анемией должен основываться на степени ОАР.

2. При стабильной гемодинамике показана экстренная геморроидэктомия, при нестабильной гемодинамике – остановка кровотечения временной тампонадой анального канала, предоперационная подготовка в течение не более 24 часов с последующей срочной геморроидэктомией.

3. Операция по типу Соорег в нашей модификации является эффективным методом лечения больных с профузным геморроидальным кровотечением, осложненным: постгеморрагической анемией.

ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ТРАНС-И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ РЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

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

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

С целью повышения эффективности лечения больных с полными экстра- и трансфинктерными ректальными свищами в отделении колопроктологии клиники РостГМУ разработан диагностический алгоритм обследования больных с хроническим парапроктитом, ректальными свищами. Настоящий алгоритм включает выполнение фистулографии, эндоректального УЗИ, анальной манометрии, электромиографии, а также определение типа тазовой топографии по методике В.В.Москаленко. При свищах 4 степени сложности (по Ю.В.Дульцеву, К.Н.Саламову) дополнительно выполнялась спиральная КТ или МРТ.

На основании анализа данных диагностических, анатомических и морфометрических методов исследования, а также результатов оперативного лечения транс- и экстрасфинктерных ректальных свищей, был разработан оригинальный способ хирургического лечения (патент России № 2326604 от 20.06.08 г.). Применение способа направлено на улучше-

ние отдаленных результатов, предотвращение рецидивов заболевания, а также профилактики развития недостаточности анального сфинктера. Предлагаемый способ основан на использовании фасциально-мышечного трансплантата 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 и под углом 120° к горизонтальной оси при сакропетальном типе тазовой топографии над внутренним отверстием свища, сочетании иссечения свища с мерирами, направленными на ликвидацию остаточной полости, купирование воспаления и реваскуляризацию зоны пластики. Кроме того, данный способ предусматривает различия в технике операции в зависимости от типа тазовой топографии (сакропетального, либо симфизопетального).

Предложенная методика была использована в лечении 26 больных с хроническим парапроктитом, ректальными свищами 2-4 степени сложности. В послеоперационном периоде применялись антибактериальные препараты, анальгетики, средства, улучшающие микроциркуляцию, по общепринятым схемам. Отмечено, что 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 сфинктерометрия (при отсутствии характерных жалоб) не выявили признаков недостаточности замыкающего аппарата.

Анализ полученных результатов выявил факторы, позволяющие предотвратить развитие недостаточности анального сфинктера, местных гнойно-воспалительных осложнений и послеоперационных рецидивов заболевания. Мы считаем, что эффективность способа, по сравнению с известными аналогами, обусловлена следующими преимуществами:

1. Дополнительное укрепление внутреннего отверстия снижает вероятность рецидива свища;
2. Ликвидация остаточной полости предотвращает инфильтративно-воспалительные и нагноительные осложнения;
3. Использование фасциально-мышечного несвободного лоскута позволяет достичь последующей реваскуляризации зоны пластики.
4. Применение способа учитывает индивидуальные особенности тазовой топографии применительно к технике операции.

ТОПОГРАФИКО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА СПОСОБА БОКОВОЙ СФИНКТЕРОМИИ ПРИ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИНАХ

Черкасов М.Ф., Грошин В.С., Черкасов Д.М.

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

Цель: разработка и анатомическое обоснование хирургических доступов для атравматичного выполнения сфинктеротомии при минимальной травме сосудов.

Материалы и методы: На 60 трупах изучена хирургическая анатомия прямой кишки и ее запирающего аппарата, фасциальных и мышечных структур промежности и тазового дна применительно к обоснованию техники сфинктеротомии при анальных трещинах, в т.ч. при наличии сопутствующей проктологической патологии.

Результаты: Установлено, что ветви верхней прямокишечной артерии распределяются во всех оболочках ампулы прямой кишки, а в анальном канале – только в слизисто-подслизистом слое, не давая ветвей в мышечную оболочку. При ампулярной форме прямой кишки при брахи- и мезоморфном телосложении, положение их соответствует 3, 7 и 11 часам условного циферблата. Но в большинстве случаев, артерии кровоснабжают 2-3 компактные сети (узла), чаще на 2-4 и 8-10 часах. При долихоморфном типе телосложения имеется от 4-6 до 8-12 таких диффузно расположенных комплексов. Описаны возрастные и межполовые различия в строении тазового дна, позволившие установить взаимосвязь между формами прямой кишки и типом тазовой топографии. Выявлены особенности строения и топографии сфинктеров. При этом, поверхностная часть наружного сфинктера лучше развита у людей с сакропетальным типом тазовой топографии. При оценке иннервации важно, что большая часть волокон тазового сплетения спускается по задней стенке кишки, а в каудальных ее отделах распределяется дорсалатерально. В заднебоковых секторах имеется наибольшая плотность ветвей половых нервов, отходящих от крестцового сплетения и отвечающих за иннервацию наружного сфинктера, перинальной кожи и заднего прохода.

Выводы:

1. Наибольшее значение в анатомическом аспекте изучения анальных трещин имеет строение анального канала, сфинктеров, а также их васкуляризация и иннервация.
2. При выполнении перинальных дугообразных сфинктеротомных разрезов по задней полуокружности сохраняются симпатическая иннервация за счет верхнего прямокишечного сплетения, частичная денервация лишь ослабляет спазм, не вызывая инконтиненции при неполном пересечении сфинктера.
3. Изучив характер изменений типовой анатомии и выявив особенности строения, васкуляризации, расположения и синтопии сфинктеров, фасциальных структур мягкого остова прямой кишки, мы разработали и индивидуально обосновали способ лечения анальных трещин (патент РФ №2293529 от 20.02.07 г.).

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

Шахрай С.В., Гаин М.Ю.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Доказанным является тот факт, что трансформация острой трещины в хроническую развивается на фоне стойкого гипертонуса внутреннего анального сфинктера. Разработанные за последние годы методы фармакологического воздействия на основные механизмы развития сфинктероспазма позволяют минимизировать показания к хирургическому вмешательству у данной категории больных и в большинстве своем перевести лечебный процесс из стационара в условия амбулаторного кабинета. **Цель:** оценка результатов лечения хронической анальной трещины в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материалы и методы: Нами проведена оценка эффективности лечения больных с хронической анальной трещиной в трех группах сравнимых больных. В первую группу (27 человек) вошли пациенты, которым было произведено лечение по следующей схеме – инъекционное однократное введение в область внутреннего анального сфинктера препарата «Диспорт» по 80 ЕД с каждой полуокружности + введение свечей с метилурацилом или облепихой. Вторую группу (31 человек) составили пациенты, которым применяли инъекционное однократное введение в область внутреннего анального сфинктера препарата «Диспорт» по 30 ЕД с каждой полуокружности + аэрозольное введение в анальный канал препарата «Изокет» 3 раза в день. В третью группу вошли 19 больных, которым применен следующий объем лечения: деструкция зоны анальной трещины с использованием лазерного медицинского аппарата «МЕДИОЛА КОМПАКТ» длиной волны 1560 Нм с мощностью 14 Вт и блокада внутреннего анального сфинктера из одной точки по задней стенке препаратом «Диспорт» в дозе 60 единиц, в послеоперационном периоде местно применяли свечи с метилурацилом и облепихой, параллельно выполняли ретроанальные блокады препаратом «Эрбисол» 1 раз в 7 дней, всего 4 раза.

Результаты: Результаты лечения оценивали еженедельно по интенсивности болевого синдрома при дефекации, а также визуально при выполнении аноскопии по скорости эпителизации зоны анальной трещины. Степень интенсивности болевых ощущений оценивали по визуальной аналоговой шкале.

В первой группе пациентов заживление хронической анальной трещины в течение двенадцати недель наблюдения отмечено у 21 человека (77,7%).

Во второй группе исчезновение клинических признаков хронической анальной трещины и ее эпителизация наступила за такой же период у 27 пациентов (87,1%).

У пациентов четвертой группы при контрольной аноскопии эпителизация зоны вмешательства наблюдалась у всех в промежутке с десятого по двенадцатый день.

Выводы:

1. Применение консервативных методов воздействия на основные патогенетические механизмы развития хронической анальной трещины позволяют минимизировать показания к оперативному лечению.
2. При комбинированном применении «Диспорта» и «Изокета» отмечена возможность снижения дозы ботулотоксина минимум в 2,5 раза при сохранении лечебного эффекта.
3. Эффективным способом амбулаторного лечения хронической анальной трещины является комбинация лазерной вапоризации тканей длиной волны 1560 Нм в зоне фиссуры в сочетании с блокадой внутреннего анального сфинктера препаратом «Диспорт».

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОГО МЕДИЦИНСКОГО АППАРАТА «МЕДИОЛА КОМПАКТ» В ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗА ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

Шахрай С.В., Гаин М.Ю.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Выраженный местный дискомфорт и болевая реакция у пациентов с острым тромбозом геморроидальных узлов в значительной степени влияют на физическую, социальную и часто психическую сферу человека, ограничивают его трудоспособность. Поэтому разработка и внедрение эффективных методов лечения острого геморроидального тромбоза является важной с экономической и социальной точки зрения медицинской задачей.

Цель: оценка результатов лечения острого геморроидального тромбоза в амбулаторно-поликлинических условиях с применением лазерного медицинского аппарата «МЕДИОЛА КОМПАКТ».

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 225 пациентов. В 135 случаях имел место нодулярный тип тромбоза при котором возможно выполнение в амбулаторных условиях хирургического вмешательства в виде того или иного варианта тромбэктомии, что составляет 60% больных. У 48 пациентов (48 человек) применили комплексную методику лечения острого тромбоза геморроидальных узлов: перед вмешательством вводили инъекционно в ретроанальную клетчатку лекарственную комбинацию, состоящую из цефалоспоринового антибиотика, тканевого репаранта «Эрбисол» и анестетика, далее применяли пункционную вакуумную тромбэктомию с локальной деструкцией кавернозной капсулы лазерным излучением медицинского аппарата «МЕДИОЛА КОМПАКТ» с длиной волны 1560 Нм и мощностью 12 Вт

путем проведения световода к очагу воздействия через просвет пункционной иглы, в течение 5 дней после манипуляции назначали местную терапию мазевыми противовоспалительными аппликациями и венотоники. Вторую группу составили 87 человек, предпочтение применяли традиционную консервативную терапию в виде приема таблетированных венотоников, а также дезагрегантов и местную противовоспалительную, антикоагуляционную терапию мазями и свечами.

Результаты: Результаты лечения оценивали по динамике болевой реакции, степени анального дискомфорта и морфологическим местным изменениям. Степень болей и дискомфорта оценивали по визуальной аналоговой шкале. Анализ результатов лечения показывает преимущество активной хирургической тактики, что позволяет ко 2-3 суткам всем пациентам 1-й группы избавиться от болевых ощущений, при этом более чем у 80% больных этой группы уже на 2-е сутки после вмешательства боли отсутствуют. Во второй же группе у подавляющего количества наблюдаемых (90% больных) только с 3-х суток терапии появляется положительная динамика и в 60% случаев только к концу первой недели у пациентов исчезает болевая реакция. Анализ результатов лечения между 1-й и 2-й группами выявил достоверные различия по болевой реакции, скорости исчезновения анального дискомфорта, психоэмоциональному статусу, что может говорить о преимуществах пункционной тромбэктомии с лазерной деструкцией перед широко применяемой на практике консервативной терапией острого тромбоза геморроидальных узлов.

Выводы:

1. Около 60% пациентам с острым геморроидальным тромбозом возможно применение активной хирургической тактики в амбулаторных условиях.
2. Эффективными методиками оперативного лечения острого геморроидального тромбоза при локальной форме 1-2 степени является применение хирургической тромбэктомии с использованием полупроводникового лазерного медицинского аппарата «МЕДИОЛА КОМПАКТ».

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Шин И.П., Павленко В.В., Птахин А.В., Гзюган А.А.

Межтерриториальное колопроктологическое отделение на базе областного клинического госпиталя ветеранов войны, Кемерово, Россия

В колопроктологии часто встречаются различные сочетания заболеваний аноректальной области. По данным различных авторов геморрой в сочетании с анальной трещиной встречается от 25 до 57% случаев, с параректальными свищами – от 12 до 36,9%.

Цель: Проанализировать результаты симультанных операций при сочетанных заболеваниях аноректальной области.

Материал и методы: В межтерриториальном колопроктологическом отделении г. Кемерово за период с 2006 до 2010 гг. было прооперировано 537 больных в плановом порядке. Мужчин было – 224 (41,7%), женщин – 313 (58,3%). Возраст больных колебался от 20 до 78 лет. Всем больным выполнен стандартный набор исследований: пальцевое, аноскопия, ректороманоскопия, колоноскопия.

Были выявлены следующие сочетания заболеваний: геморрой и трещина – 326 (60,7%), геморрой и анальный полип – 95 (17,7%), геморрой и параректальный свищ – 51 (9,5%), геморрой, трещина и анальный полип – 39 (7,3%), геморрой и ректоцеле – 11 (2,0%), геморрой, свищ и трещина – 9 (1,7%), геморрой и ворсинчатая опухоль нижнеампулярного отдела прямой кишки – 6 (1,1%) случаев.

Результаты: Способ оперативного вмешательства определялся в зависимости от сочетания заболеваний. Во всех случаях применялась спинномозговая анестезия («Маркаин Спинал»). Больным до начала операции проводилась антибиотикопрофилактика однократным внутривенным введением цефалоспоринов 1-2 поколения (1-2 г). В начале операции всем больным проводилась дивульсия ануса. Спектр оперативных вмешательств был следующим: при сочетании геморроя и анальной трещины выполняли геморроидэктомию по методу Миллигана – Моргана с восстановлением слизистой и иссечение трещины с пластикой слизистой; при сочетании с анальным полипом – геморроидэктомию с иссечением полипа; при сочетании с параректальным свищем – геморроидэктомию и иссечение свища в зависимости от сложности последнего; при сочетании с ректоцеле – трансвагинальная леваторопластика и геморроидэктомию; при сочетании со свищем и трещиной – геморроидэктомию с иссечением свища и трещины с пластикой анального канала; при сочетании с ворсинчатой опухолью – геморроидэктомию и трансанальное иссечение опухоли.

Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 56,8±12 мин. Во всех случаях не потребовалось дополнительного обезболивания во время операции. Средний койко-день составил 10,3.

В послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения: струйные кровотечения, потребовались прошивания – 15 (2,8%), нагноения раны – 8 (1,5%). Летальных случаев не было.

Выводы: Симультанные операции позволяют: 1. избавиться больных от двух и более заболеваний аноректальной области за одну госпитализацию, 2. сократить сроки пребывания в стационаре, 3. уменьшить отрицательное влияние повторных госпитализаций на психо-эмоциональное состояние больного, 4. повысить экономическую эффективность за счет уменьшения материальных затрат.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ГЕМОРОИДОПЕКСИИ

Шудрак А.А., Цема Е.В., Нечай В.С., Уманец Е.И., Биба А.П.

Главный военно-медицинский клинический центр, Киев, Украина

Цель: Изучить результаты лечения больных с хроническим геморроем III-IV стадии с использованием модифицированной геморроидопексии.

Пациенты и методы: В период с 2004 по 2010 год хирургическое лечение проведено 468 пациентам с хроническим геморроем III-IV стадии, которые были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 322 пациента (212, или 65,84% мужчин и 110, или 34,16% женщин), которым была выполнена закрытая геморроидэктомия. Во вторую группу вошли 146 пациентов (84, или 57,5% мужчин и 62, или 42,5%), которым лечение проводили с использованием предложенного нами метода – модифицированной геморроидопексии. Методика проведения модифицированной геморроидопексии следующая. После завершения операции по методу Лонго с помощью аноскопа атравматическим шовным материалом (Викрил 3/0) в проекции сосудистых геморроидальных ножек накладывали Z-образные швы с захватом подслизистого слоя на 0,2 см выше и на 0,5 см ниже скобочного шва, при недостаточной репозиции выпавших внутренних геморроидальных узлов дополнительным обвивным швом достигали полного их «лифтинга». Операцию заканчивали введением в анальный канал гемостатического тампона «Спонгостан». Средний возраст пациентов первой группы составил 48,3±5,2 года, второй группы – 44,7±6,5 года.

Результаты: Средняя продолжительность операции в первой группе составила 28±5,2 мин., во второй – 17±3,4 мин., интраоперационная кровопотеря в первой группе – 100±50 мл, во второй – 20±10 мл, выраженность болевого синдрома после операции по визуальной аналоговой шкале составила 5,2 бала в первой группе против 2,3 бала во второй группе (максимум – 7 баллов), послеоперационный койко-день составил 5,8 дня в первой группе и 2,4 дня во второй. Среди ранних послеоперационных осложнений кровотечение развилось у 6 пациентов (1,86%) первой группы и 2 (1,36%) – второй, которые были устранены дополнительным прошиванием сосудистых ножек геморроидальных узлов, задержка мочеиспускания отмечена у 40 (12,4%) пациентов первой и 12 (8,2%) пациентов второй группы, ликвидированная катетеризацией мочевого пузыря. Восстановление трудоспособности возникало на 18±5,5 день в первой группе против 6±2,7 день во второй группе. Отдаленные результаты оценивали через 1 год после операции. В первой группе рецидив заболевания отмечен у 2 больных (0,62%), во второй группе у 1 пациента (0,68%). Стриктура анального канала возникла у 5 пациентов (1,55%) первой группы, что потребовало проведения в последующем бужирования анального канала, во второй группе указанного осложнения не отмечено.

Вывод: Применение модифицированной геморроидопексии позволило уменьшить частоту послеоперационных осложнений без увеличения количества рецидивов заболевания у больных с хроническим геморроем III-IV стадии.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ФОРМ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ

Этков В.Н., Попов Р.В., Коротких Н.Н., Воллис Е.А.

Воронежская государственная медицинская академия имени Н.И. Бурденко. Кафедра хирургии с курсом травматологии, ортопедии и оториноларингологии института последипломного медицинского образования, Воронеж, Россия, Воронежская областная клиническая больница №1.

Свищи прямой кишки наиболее распространенное колопроктологическое заболевание. Прямокишечные свищи занимают пятое место по встречаемости в структуре общепроктологических заболеваний, и составляют до 15% госпитализаций в специализированные отделения после геморроя, анальных трещин, острых парапроктитов.

Несмотря на то что, известно более ста способов операций при экстрасфинктерных и трансфинктерных прямокишечных свищах процент рецидивов при хирургическом лечении данной патологии сохраняется на уровне 11,7%, а анальной недостаточности – на уровне 14,6%.

При хирургическом лечении 12 больных (12 мужчин), с чресфинктерными и экстрасфинктерными прямокишечными свищами применялась методика с использованием фибринового клея.

Больным было проведено дооперационное обследование, включавшее ультразвуковое исследование ректальным датчиком и фистулография с использованием разработанного нами оригинального устройства (решение о выдаче патента на изобретение от 7.02.2011 г., №2010102334), при необходимости выполнялась компьютерная томография малого таза.

В результате дооперационного обследования у двоих пациентов выявлены экстрасфинктерные подковообразные передние прямокишечные свищи третьей степени сложности, у троих – задние чресфинктерные прямокишечные свищи, у пятерых – передние чресфинктерные прямокишечные свищи.

Использование фибринового клея осуществляли в случаях отсутствия затёгов в параректальную клетчатку и грубых рубцовых изменений анальных крипт.

Хирургическое лечение выполнялось под спинальной анестезией. Первым этапом проводили механическую обработку свищевых ходов с помощью разработанных нами оригинальных устройств (решение о выдаче патента на изобретение от 17.01.2011 г., №2010102337). Затем

иссекали внутреннее отверстие свища с формированием лоскута из слизистой анального канала. Далее при помощи зонда проводили полипропиленовый катетер диаметром 2 мм от наружного свищевого отверстия к внутреннему. Экстемпорально приготовленную клеевую композицию (Tissuol Kit) медленно вводили, продвигая катетер от внутреннего свищевого отверстия к наружному, тем самым заполняя весь свищевой ход. В течение трёх-четырёх минут клеевая композиция загустевала. Затем ушивали внутреннее отверстие свищевого хода в мышечном слое анального канала при помощи восьмьюобразного шва, рассасывающейся атравматичной нитью. Заключительный этап заключался в пластики слизистой анального канала со смещением линии швов. Послеоперационный период у больных протекал гладко, без осложнений. Отмечалось снижение болевого синдрома по сравнению со стандартными методиками хирургического лечения прямокишечных свищей, что позволяло проводить раннюю активацию больных. На третьи-четвертые сутки после восстановления стула больные в удовлетворительном состоянии были выписаны из стационара. При наблюдении пациентов в сроки до года рецидивов заболевания и недостаточности анального сфинктера не выявлено. Первый опыт применения фибринового клея демонстрирует эффективность данной методики в хирургическом лечении больных с экстрасфинктерными и транссфинктерными прямокишечными свищами.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАТЕКСНОГО ЛИГИРОВАНИЯ УЗЛОВ В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Эктов В.Н., Попов Р.В., Сомов К.А., Воллис Е.А.

Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н.Бурденко. Кафедра хирургии с курсом травматологии, ортопедии и оториноларингологии института последипломного медицинского образования, Воронежская областная клиническая больница №1, Воронеж, Россия

Латексное лигирование геморроидальных узлов является одним из распространенных и эффективных методов лечения хронического геморроя. Определенным ограничением к использованию данной методики является наличие комбинированных форм хронического геморроя, т.к. лигированием узлов не устраняется косметический дефект, обусловленный наличием наружного геморроидального комплекса.

Для улучшения результатов и расширения показаний к малоинвазивным хирургическим вмешательствам при лечении хронического геморроя нами разработаны и внедрены в клиническую практику различные варианты латексного лигирования узлов.

В настоящее время применяются следующие варианты латексного лигирования геморроидальных узлов:

1. Этапное лигирование узлов по стандартной методике (производится лигирование одного или двух внутренних геморроидальных узлов за одну манипуляцию)
2. Одновременное лигирование узлов по стандартной методике (выполняется лигирование не менее трёх внутренних геморроидальных узлов за одну манипуляцию)
3. Латексное лигирование сосудистых ножек геморроидальных узлов используется у пациентов с I-II стадией хронического геморроя, при этом производится лигирование слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки на 5 см выше зубчатой линии в проекции основных сосудистых магистралей на 3, 7 и 11 часах по циферблату.
4. Двойное лигирование сосудистых ножек и геморроидальных узлов применяется у пациентов с III-IV стадией хронического геморроя, при этом осуществляется лигирование слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки на 5 см выше зубчатой линии в проекции основных сосудистых магистралей на 3, 7 и 11 часах по циферблату в сочетании с одномоментным лигированием внутренних геморроидальных узлов. На физических и анатомических моделях установлено, что данный вариант лигирования слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки создает натяжение тканей и, не вызывая анатомических сужений, обеспечивает эффект локального лифтинга в зоне манипуляции. Данный метод позволяет добиться снижения кровотока в магистральных сосудах и удалить внутренние геморроидальные узлы, а так же устранить косметический дефект, обусловленного наличием наружного геморроидального комплекса, за счет локальной мукопексии и лифтинга слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки. Процедура проводится под спинальной анестезией в положении пациента для камнесечения, при отработанной методике длительность ее составляет 7-10 минут.
5. Сочетание различных вариантов латексного лигирования с иссечением наружных геморроидальных узлов.

Вышеуказанные варианты лигирования узлов использованы в лечении 126 пациентов с различными стадиями хронического геморроя. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не выявлено, отмечено уменьшение болевого синдрома и сокращение сроков временной нетрудоспособности.

Разработанные варианты лигирования геморроидальных узлов, обеспечивая малую травматичность процедуры, расширяют возможности ее результативного применения при различных стадиях хронического геморроя.

АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА, НЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ, НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ

Яковлев А.Е., Долгих О.Ю., Карасев С.А.

Московский и Самарский филиалы, НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Самара ОАО «РЖД», Москва, Россия, Самара, Россия

Цель: провести пилотное исследование возможности применения и эффективности нового подхода к лечению анальной трещины, используя минимально инвазивную сакральную нейростимуляцию. Разработать базу для проведения широкого контролируемого исследования.

Материалы и методы: пациентам проводилась рутинная установка одного временного восьми канального электрода для сакральной корешковой нейростимуляции. Воздействие проводилось в течение 20 минут трижды в день. Электрод удалялся через три недели курса стимуляции.

Результаты: пациенты испытывали немедленное улучшение, уменьшение анальной боли непосредственно с началом нейростимуляции. Эффект уменьшения боли длился от 10 до 12 часов. Соответственно стимуляция проводилась короткими эпизодами, обеспечивая одновременно и комфорт пациента и продление жизни батареи стимулятора. У всех пациентов анальная трещина заживала по прошествии трех недель временной сакральной нейростимуляции. Мы не отметили рецидива трещины по прошествии года после лечения ни у одного из пациентов, принимавших участие в исследовании.

Заключение: сакральная нейростимуляция предлагает эффективное альтернативное лечение хронической анальной трещины. Это актуально для тех пациентов, которые по той или иной причине избегают более инвазивных хирургических способов лечения.

ГЛАВА 3. КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

РОЛЬ ОНКОМАРКЕРОВ P-53 И BCL-2 В ПРЕОДОЛЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ПРИ ДИССЕМИНРОВАННЫХ ФОРМАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Абдужаппаров С.Б., Исламов Х.Д., Матниязова Ш.Я.

Онкологический Научный центр МЗ РУз., Ташкент, Узбекистан

Одним из компонентов комбинированного или комплексного лечения злокачественных новообразований толстой кишки является химиотерапия. Помимо высокой токсичности цитостатиков, которая ограничивает проведение адекватной химиотерапии, резистентность опухоли является серьезным препятствием в достижении желаемого эффекта терапии. В большинстве опухолей множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) является индуцированной (приобретенной). Большинство ученых считают что в развитии механизма резистентности опухоли к проводимой химиотерапии, важное значение имеет повышение активности мембранного гликопротеина, функционирование системы глутатиона, изменение генов и белков, ответственных за апоптоз, а также генетического фактора и сосудистого эндотелиального фактора роста клеток.

Цель: исследовать роль молекулярно-генетических исследований в преодолении МЛУ у больных с диссеминированными формами колоректального рака

Материал и методы: В отделении колопроктологии РОНЦ МЗ РУз 17 больным с распространенными формами колоректального рака проведено комплексное лечение. После симптоматической операции (наложение колостомы), проводилась химиотерапия. Полихимиотерапия проводилась по 2 протоколам: I протокол (13 пациентов) в режиме FOLFOX-4. У 4 больных развилась химиорезистентность опухоли и больные переведены к схеме химиотерапии по FOLFIRI. II протокол (4 пациента) – эндолимфатическая полихимиотерапия с СВЧ-гипертермией с использованием 5-ФУ, оксалиплатина и лейковорина. У 2 пациентов вследствие химиорезистентности опухоли схема химиотерапии проведена по FOLFIRI. Всем больным проводили дополнительные исследования, направленные на изучение наличия у них множественной лекарственной устойчивости. Это определения онкогенов p53, bcl-2, тумор некротического фактора и S-глутатион трансферазы.

Результаты: После проведения симптоматических операций осложнений не отмечено. Объективное состояние больных по шкале ВОЗ ECOG оценено в 2 бала у 11, в 3 бала – у 6 пациентов. При морфологическом исследовании биопсийного материала из опухоли лечебный патоморфоз I степени обнаружено у 5, II степени у 4 пациентов. При определении p53 гиперэкспрессия выявлено у 9 больных (+++), что показывает высокие показатели апоптоза в тканях опухоли. При определении bcl-2 гиперэкспрессия данного белка выявлена у 5 пациентов. Динамический контроль за состоянием опухоли с использованием УЗС и КТ показало следующие данные: регресс опухоли на 50% отмечено у 4; на 25% у 2 пациентов. У 5 больных отмечено стабилизация процесса. В 6 наблюдениях отмечено прогрессирование ракового процесса.

Выводы:

1. У больных с распространенными формами колоректального рака необходимо проводить исследование онкомаркеров p53, bcl-2 для прогнозирования эффективности лечения.
2. В первой линии полихимиотерапии следует проводить по схеме FOLFOX-4, в качестве второй линии схему FOLFIRI.

3. Применение эндолимфатической химиотерапии с КВЧ терапией приводит к значительной регрессии опухоли у больных с гиперэкспрессией p53 гена, что способствует улучшению отдаленных результатов лечения у больных с распространенной формой рака толстой кишки.

ВОЗМОЖНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНЫХ ЭКЗЕНТЕРАЦИЙ МАЛОГО ТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Алексеев Б.Я., Сидоров Д.В., Бутенко А.В., Гришин Н.А., Ложкин М.В., Троицкий А.А., Майновская О.А., Петров Л.О.

ФГУ «МНИОИ им. П.А.Герцена» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Несмотря на существенное улучшение результатов хирургического лечения больных раком прямой кишки (РПК), достигнутое за последние два десятилетия, местные рецидивы опухоли развиваются у 3-10% больных. С другой стороны, не менее чем у 15-30% первичных больных диагностируются местнораспространенные опухоли, вовлекающие соседние тазовые органы.

Материалы и методы: Нами накоплен опыт 30 экзентераций малого таза, выполненных по поводу местнораспространенных опухолей прямой кишки с 2004 по 2009 годы. 13 пациентов оперированы по поводу первичных опухолей. 17 – по поводу рецидивных. Средний возраст больных составил 52,3±14,4 лет (28-78). Тотальные экзентерации малого таза (удаление всех тазовых органов) выполнены 14 больным. Задние экзентерации малого таза (удаление прямой кишки, матки, придатков, влагалища) – 16 пациенткам.

В данной работе нами проанализированы непосредственные и отдаленные результаты тотальных экзентераций малого таза. В эту группу вошли 6 пациентов (5 мужчин, 1 женщина) с первичными опухолями прямой кишки и 8 больных (7 мужчин, 1 женщина) с рецидивами РПК. Средняя продолжительность операции составила 403±133,1 минуты (от 240 до 680). Средний объем кровопотери – 5169 мл (от 1200 до 12000).

Обеим женщинам выполнены инфралевоатерные тотальные экзентерации малого таза (брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, экстирпация матки с придатками, экстирпация влагалища, цистэктомия). Дривация мочи обеспечена путем формирования тонкокишечного резервуара по Брикеру. У 6 мужчин после тотальной экзентерации малого таза реконструкция мочевого пузыря выполнена путем формирования резервуаров из сегмента тонкой (у 4 больных) или толстой (у 2 пациентов) кишки. У 3 пациентов дривация мочи была обеспечена путем билатеральной уретерокутанеостомии. Супралевоатерные тотальные экзентерации малого таза удалось выполнить 5 мужчинам. Во всех случаях выполнена пластика сегментом тонкой кишки по Штудеру, сформированы коло-анальные анастомозы.

Результаты: По данным планового морфологического исследования удаленных препаратов, R0 резекции удалось выполнить в 11 (78,5%) случаях. Наличие микроскопических очагов опухолевого роста по латеральному краю резекции было выявлено у 3 (21,5%) пациентов (R1). Послеоперационные осложнения развились у 8 пациентов, умер в стационаре один пациент. Таким образом, послеоперационные осложнения в этой группе больных имели место у 57,1% больных, послеоперационная летальность составила 7,1%.

Отдаленные результаты прослежены у 12 пациентов в сроки от 10 до 48 месяцев после операции (медiana – 26 месяцев). Общая выживаемость в эти сроки составила 83,3% (10 больных). Безрецидивная выживаемость – 75% (9 пациентов). У двух больных развились рецидивы опухоли (в обоих случаях – после R1 резекций), еще у одного отмечена генерализация опухолевого процесса. Влияния объема реконструктивного этапа вмешательства на отдаленные результаты не отмечено. Функциональные результаты оцениваются как хорошие у всех пациентов после ортотопической пластики мочевого пузыря. Все 5 больных удерживают мочу. У одного пациента имеет место избыточная емкость мочевого резервуара.

Выводы: Выполнение экзентераций малого таза при местнораспространенных опухолях прямой кишки позволяет рассчитывать на радикальное удаление опухоли и, как следствие, на длительное излечение этой крайне тяжелой и разнородной группы больных. Выполнение полноценной реконструкции мочевого пузыря позволяет рассчитывать на улучшение качества жизни больных без отрицательного влияния на онкологические результаты.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ВНУТРИТАЗОВАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ С ГИПЕРТЕРМИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Алексеев М.В., Шельгин Ю.А., Рыбаков Е.Г.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колорпроктологии» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Местнораспространенные формы рака прямой кишки выявляются в 20-30% и связаны с высокой частотой рецидивов (26-37%) и низкой 5-летней выживаемостью (38-52%). При данной форме рака стандартом является проведение в предоперационном периоде химиолучевой терапии, однако, данный вид лечения по разным причинам не может быть проведен всем пациентам данной категории. В качестве комбина-

рованного лечения возможно проведение интраоперационного лечения, в частности интраоперационной внутритазовой химиотерапии с гипертермией (ИВТХГ).

Цель исследования: Снижение частоты развития местных рецидивов при местнораспространенном раке прямой кишки путем применения интраоперационной внутритазовой химиотерапии с гипертермией (ИВТХГ).

Материалы и методы: С сентября 2003 по январь 2011 года в исследование включено 120 пациентов (по 60 в основную и контрольную группу) с аденогенным местнораспространенным раком прямой кишки. Пациентам основной группы была проведена ИВТХГ, контрольной – только оперативное лечение. Обе группы были сопоставимы по полу и возрасту. Все опухоли, в основном циркулярные, фиксированные или малоподвижные по отношению к стенкам таза, соответствовали III стадии. Группы были сопоставимы по TNM и степени дифференцировки опухоли. ИВТХГ проводилась после удаления опухолевого препарата 150 мг цисплатина в 1000мл 0,9% раствора NaCl, постоянная температура перфузата поддерживалась на уровне 44-45°C, время проведения составляло 60 минут.

Результаты: В обеих группах не было периоперационной летальности. Ранние послеоперационные осложнения в основной группе возникли в 15,8% случаев, в контрольной – в 14% (p=1,0). Осложнения не связаны с проведением ИВТХГ, признаков системной токсичности цисплатина не было. Проведение ИВТХГ не удлиняло время нахождения пациента в стационаре, так средний послеоперационный койко-день в основной группе был 17 дней, в контрольной – 16 дней. Местный рецидив выявлен у 4 (6,7%) пациентов основной группы и у 8 пациентов (13,3%, p=0,36) в контрольной группе (медiana прослеженности – 28 мес. (1-74 месяца)). В основной группе 3-летняя актуальная безрецидивная выживаемость составила 74±Н,7%, в контрольной – 60±13,6% (p=0,65).

Заключение: Данные исследования свидетельствуют об эффективности ИВТХГ при местнораспространенном раке прямой кишки. Применение ИВТХГ позволяет снизить частоту развития местных рецидивов в 2 раза и значительно увеличить безрецидивную выживаемость при отсутствии увеличения послеоперационных осложнений.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ, КАК ЭТАП КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Алиев В.А.¹, Барсуков Ю.А.¹, Ткачев С.И.², Тюлядин С.А.³, Николаев А.В.¹, Кузьмичев Д.В.¹, Федянин М.Ю.³, Мамедли З.З.¹, Атрошенко А.О.¹, Тагеев И.Ш.¹

¹ Отделение проктологии РОНЦ им.Н.Н.Блохина РАМН, Москва.

² Отделение радиационной онкологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва,

³ Отделение клинической фармакологии и химиотерапии онкологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва, Россия

Ежегодно в мире регистрируется 1 миллион больных колоректальным раком, у 20% диагностируется IV стадия заболевания, при этом лишь 10-15% этих пациентов имеют резектабельные метастазы. Проведенные исследования в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН показали, что удаление первичного очага увеличивает показатели выживаемости, а проведение современной послеоперационной ПХТ улучшает 2-х летние результаты, по сравнению с симптоматическими (обходные анастомозы и колостомия) (52,7±13,4% против 17,2%, p<0,05). Одновременное использование «неодыювантной» лучевой терапии и системной ПХТ наиболее обоснованно у больных при раке прямой кишки с резектабельными синхронными отдаленными метастазами.

Цель: изучить роль предоперационной химиолучевой терапии в программе комплексного лечения метастатического рака прямой кишки.

Материалы и методы: За период с 2007 по 2010 гг. в клинике проведено комплексное лечение 29 пациентам. У 11 (37,9%) больных диагностировано монолобарное поражение печени, 8 (27,5%) – билобарное. Метастазы в легкие выявлены у 6 (20,6%) пациентов, в яичники – у 2 (6,8%), в печень и легкие – у 2 пациентов. Выбор программ предоперационной лучевой терапии определялся степенью распространения первичного очага. Всем пациентам проведено 3 курса предоперационной ПХТ в комбинации фтороимидиновых препаратов и оксалиплатина. Первый курс проводился на фоне лучевой терапии.

При стадии T2-3NxM1 у 19 из 29 (65,5%) больных с использована лучевая терапия РОД 5 Гр пять дней до СОД 25 Гр с двумя радиомодификаторами: локальная СВЧ-гипертермия + введение (per rectum) полимерной композиции, содержащей Метронидазол 10 мг/м². Лечение проводилось на фоне 3 курсов ПХТ по схеме FOLFOX6. Остальным 10 пациентам стадий T4NxM1 проведена пролонгированная лучевая терапия; РОД 4 Гр три раза в неделю до СОД 36-40 Гр на фоне радиомодификаторов и 3 курсов ПХТ по схеме XELOX.

Результаты: выраженной токсичности, требующей отмены химиотерапии, не отмечено. У одной пациентки редуцирована доза химиопрепаратов. Один больной умер до операции (острая коронарная недостаточность). После оценки эффекта 27 больным выполнено хирургическое вмешательство различного объема. ЦРО в полном объеме (R0) выполнены у 9 (33,3%) больных, 5 – одновременно. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки выполнена 8 из 27 (29,6%), сфинктеросохраняющие операции – 16 (59,2%), 1 (3,7%) выполнена сигмостомия. В послеоперационном периоде отмечено 3 несостоятельности швов анастомоза (у 2 осложнения купированы трансверстостомией, 1 – консервативно), у одного возникла кишечная непроходимость (лапаротомия – энтеролитис). Двум пациентам проводится неадекватное лечение. У 3 (11,1%)

пациентов с множественным билобарным поражением печени после операции на первичном очаге в 1-й год наблюдения зарегистрировано прогрессирование (1 умер). Изучен лечебный патоморфоз в опухоли у 27 (93,5%) больных, при этом во всех случаях зарегистрировано повреждение опухоли разной степени: в первичной опухоли – II степень лечебного патоморфоза в 48,1%, III степень – в 37,1%; в отдаленных метастазах – II степень зарегистрирована в 44,4%, IV степень – 33,3%.

После R0 резекций 3 больных наблюдаются в сроки от 1 до 3 лет без рецидива. Остальные пациенты продолжают получать лекарственную терапию. Медианы выживаемости нет, т.к. половина больных не прожила и 2 лет. Исследование продолжается.

Выводы: созданные программы неoadвантной химиолучевой терапии МРПК наряду с приемлемым профилем токсичности дают возможность выполнить сфинктеросохраняющие операции у тяжелой, особенно после R0 резекции.

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК, ОСЛОЖНЁННЫЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ КИШЕЧНИКА: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Атаев С.Д., Абдуллаев М.Р., Абдуллаев А.А.

Кафедра хирургии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов Дагестанской государственной медицинской академии, Махачкала, Россия

Острая кишечная непроходимость (ОКН) – частое (15-75%) и опасное осложнение колоректального рака (КРР), представляющее непосредственную угрозу для жизни больного. Послеоперационная летальность при ней остаётся высокой (10-40%).

Нами анализированы клинические наблюдения, охватывающие 998 больных, лечившихся в клинике по поводу КРР, осложнённого ОКН за 31 год (1978-2009 гг.). Женщин – 54%, мужчин – 46%. 64% больных – лица наиболее трудоспособного возраста (20-59 лет), 36% – в возрасте 60 лет и старше. Быстрота развития ОКН при КРР зависела от локализации и размеров опухоли, её анатомической формы, стадии, степени распространения по окружности, скорости и характера роста. Величина опухоли не всегда имела преимущественное значение в возникновении ОКН. Обтурация кишки наблюдалась и при небольших стенозирующих опухолях, расположенных в левой половине ободочной кишки. Инородные тела, твердые каловые массы, воспалительный отёк и рефлекторный спазм кишки в зоне опухоли способствовали полной обтурации. Тяжесть состояния больных ОКН, вызванной КРР, обусловлена сочетанием двух тяжёлых заболеваний, каждое из которых само по себе приводит к глубокому патологическим изменениям во всех органах и системах организма. У 484 (48,2%) больных ОКН развилась при раке прямой кишки, у 284 (28,2%) – левой половины ободочной кишки, у 176 (17,4%) – правой половины ободочной кишки, у 63 (6,2%) – поперечной ободочной кишки. Преобладающей гистологической формой КРР была аденокарцинома (85%). Клиническая картина ОКН у большинства больных развивалась на фоне имеющихся признаков злокачественной опухоли. Наиболее частыми симптомами являлись схваткообразные боли (97,5%) и вздутие живота (94%), задержка стула и неотхождение газов (89%), тошнота и рвота (85%), асимметрия живота и симптом Валя (75%), видимая на глаз перистальтика (67,5%), пальпируемая опухоль (62%), симптом Щёткина-Блюмберга (60%), симптом Обуховской больницы (59%), тимпанит при перкуссии живота (56%), урчание в животе (53%), выделение слизи и крови из прямой кишки (50%), затруднение акта дефекации (50%) и т.д. Своевременная диагностика ОКН у больных КРР не представляет особых трудностей. Тщательно собранный анамнез и клиническое обследование больных, срочно произведённые обзорная рентгеноскопия и рентгенография брюшной полости, ректороманоскопия, ирригоскопия, ирригография, УЗИ органов брюшной полости, фиброколоноскопия с биопсией позволяют поставить диагноз опухолевой ОКН.

Пренебрежение этими методами исследования приводит к запазданию диагностики и ухудшению результатов лечения. В первые 6 ч от начала заболевания госпитализированы только 4% больных, в течение 1-х сут – 10%. Более 80% больных поступали позже 3-х суток от начала заболевания, что объясняется поздним обращением больных за врачебной помощью, длительными попытками самолечения, отказом больных от госпитализации и диагностическими ошибками на догоспитальном этапе. Запаздывание с операцией в клинике происходила ввиду переоценки возможностей консервативного лечения. Сроки операций у больных с ОКН на почве КРР зависели от выраженности клинической картины и длительности заболевания, наличия осложнений, результатов консервативной терапии и т.д. Экстренные операции (в первые 4 ч) выполнены 12% больным, срочные (от 4-х ч до 4-х сут) – 28%, отсроченные (после 4-х сут. и позже, в «холодном периоде») – 60%. Послеоперационная летальность составила при экстренных операциях – 10%, при срочных – 6%, при отсроченных – 3%, общая послеоперационная летальность при всех видах операций – 5%. Из 998 больных оперированы 892 (89,4%), 106 (10,6%) больных не оперированы по разным причинам (иноперальность, старческий возраст с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями, отказ больных и их родных от операции и т.д.). Тщательная предоперационная подготовка, направленная на ликвидацию явлений ОКН и коррекцию нарушений обменных процессов, позволила выполнить радикальные операции с удалением поражённого опухолью сегмента кишки (гемиколэктомия, резекция поперечной ободочной кишки, передняя резекция прямой кишки, операция Гартмана и др.) у 505 (56,6%) больных с послеоперационной летальностью 3,4%. Паллиативные операции (колостомы без резекции кишки, поражённой опухолью, обходной анастомоз) выполнялись как вынужденные пособия у 387 (43,4%) больных с послеоперационной летальностью 3,6%. У

144 (16,1%) больных из 892 оперированных по поводу ОКН, вызванной КРР, наблюдались послеоперационные осложнения (несостоятельность швов анастомозов, перитонит, парез кишечника, эвентрация, ранняя спаечная ОКН, кишечный свищ, нагноение раны, параколомостомический абсцесс, тромбозы лёгочной артерии и др.). С целью профилактики послеоперационного пареза кишечника и связанных с ним осложнений при ОКН с 1980 г. в клинике применяется способ коррекции нарушений биоэнергетики и микроциркуляции кишечной стенки (а.с. № 1197645 от 15.08.1985 г.), включающий внутрибрюшное введение через оставленный микроиригатор в конце операции и в первые 4-5 дней после неё два раза в день лекарственной смеси (1 мл 1% АТФ, 100 мг кокарбоксилазы до тыс.ед.гепарина, 50 мг гидрокортизона, 0,5 г ампициллина, 100 мл 0,25% раствора новокаина), что привело к снижению послеоперационных осложнений и летальности в два раза.

ОКН на почве КРР развивается на фоне хронической раковой интоксикации, вторичной анемии, они взаимно отягощают течение и исход заболевания. Консервативные мероприятия у больных направлены на устранение явлений ОКН и не должны быть слишком продолжительными. Выбор оптимального варианта операции при ОКН на почве КРР зависит от общего состояния и возраста больного, тяжести сопутствующих заболеваний, локализации, стадии, степени распространённости опухоли, давности заболевания, наличия осложнений. При операбельном КРР и общем тяжёлом состоянии больного, выраженной интоксикации и перифокальном воспалении целесообразны двухэтапные операции без удаления опухоли в первый этап, ограничившись внутренним или наружным отведением кишечного содержимого. При относительно удовлетворительном состоянии больного предпочтительнее следует отдавать резекции кишки, поражённой опухолью с наложением одностольной концевой колостомы по Гартману. Резекция кишки с опухолью с первичным восстановлением целостности кишечной трубки выполнялась редко по строгим показаниям. Своевременная точная диагностика, оптимально выбранная и технически правильно выполненная операция с учётом сопутствующих заболеваний и коррекцией тяжёлых обменных нарушений в организме больного позволили значительно снизить послеоперационные осложнения и летальность при ОКН, вызванной КРР.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Баранов А.И., Промзелева Н.В., Палаткин П.П., Бухтияров А.П., Александров А.С.

ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей», кафедра хирургии, урологии и эндоскопии, ГУЗ «Новокузнецкий клинический онкологический диспансер», Новокузнецк, Россия

Цель работы: проанализировать результаты хирургического лечения осложненного рака ободочной кишки в экстренном хирургическом отделении МЛПУ «ГКБ №1» г. Новокузнецка.

Материалы и методы: За период 2005-2009гг. хирургическое лечение по поводу осложненного рака ободочной кишки получили 134 пациента. Средний возраст – 67 лет, из них мужчин – 58 (43,3%), женщин – 76 (56,7%). Морфологический диагноз рака подтвержден в 118 (88%) случаях. Локализация опухолей ободочной кишки по анатомическим областям: слепая кишка – 11 (8,2%), восходящий отдел – 4 (3%), печеночный изгиб – 13 (9,7%), поперечно-ободочный отдел – 6 (4,5%), селезеночный изгиб – 17 (12,7%), нисходящий отдел – 10 (7,5%), сигмовидная кишка – 65 (48,4%), ректосигмоидный отдел – 8 (6%). Стадии: IА – 26 (19,4%), IВ – 3 (2,3%), IВВ – 70 (52,2%), IV – 35 (26,1%). Кишечная непроходимость, которая в 87 (67%) случаях сочеталась с другими осложнениями, явилась показанием для экстренной госпитализации в хирургическое отделение у 130 (97%) больных. Локальный воспалительный процесс в зоне перфорации (перифокальное воспаление, гнойный абсцесс) выявлен у 51 (58,6%) пациента, распространенный перитонит – у 36 (41,4%). Хирургическая тактика определялась состоянием больного, отсутствующей патологией, распространенностью процесса, наличием осложнений: радикальные операции проведены 85 (63,4%) пациентам, паллиативные – 49 (36,6%). По поводу осложненного рака правой половины ободочной кишки прооперировано 28 (20,9%) больных. Радикальная правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза выполнена 17 (60,7%) пациентам при IВ – IВВ стадиях. Паллиативная резекция слепой кишки (1) и обходной илеотрансверзоанастомоз (10) – при IВВ-IV стадиях. По поводу осложненного рака левой половины ободочной кишки прооперировано 106 (79,1%) больных. Радикальные операции при IА, IВ, IВВ стадиях (68 чел.): левосторонняя гемиколэктомия – 9, обструктивная резекция – 24, резекция кишки с наложением анастомоза – 19, резекция кишки с наложением колостомы – 16. Паллиативные операции при IВВ-IV стадиях (38 чел.): обструктивная резекция – 3, резекция кишки с наложением колостомы – 7, резекция кишки с наложением анастомоза – 1, наложение обходного анастомоза – 3, наложение колостомы – 24.

Результаты: После радикального хирургического лечения по поводу рака правой половины толстой кишки медиана продолжительности жизни 4-х пациентов составила 13,3 мес., 3-летняя выживаемость – 54,5% (6 чел.), 5-летняя – 18,2% (2 чел.). Послеоперационная летальность – 35,3% (6 чел.). Причины смерти: острая коронарная недостаточность – 1, тромбозы лёгочной артерии – 2, прогрессирование перитонита – 3. После паллиативного хирургического вмешательства медиана продолжительности жизни 5 больных IV стадии составила 6,5 мес., послеоперационная летальность – 54,5% (6 чел.). Причина смерти: перитонит, как следствие перфорации и распада первичной опухоли. После радикальных операций по поводу левой половины ободочной кишки

медиана продолжительности жизни 18 больных – 23,4 месяца, 3-летняя выживаемость – 48,3% (28 человек), 5-летняя – 12,1% (7 больных), послеоперационная летальность – 14,7% (12 чел.). Причины смерти: после обструктивной резекции левой половины ободочной кишки (5) и резекции сигмовидной кишки с наложением колостомы (2) – перитонит, после левосторонней гемиколэктомии – некроз подвздошной кишки и восходящего отдела ободочной кишки (1), тромбозомболия легочной артерии (1) и отек легких и головного мозга (1). После паллиативных операций медиана продолжительности жизни 16 (76,2%) больных составила 8,8 месяца, продолжительность жизни среди 5 (23,8%) живых – от 20 до 30 мес. Послеоперационная летальность – 31,2% (12 чел.). Причина смерти после обструктивных резекций ободочной кишки (2), наложения колостомы (3), резекции с наложением илеотрансверзоанастомоза (1) – перитонит. После наложения разгрузочных колостом (6) смерть наступила на фоне интоксикации и осложнений опухолевого процесса.

Заключение: Таким образом, в urgentной ситуации, обусловленной потенциально летальными осложнениями рака ободочной кишки, хирургическое лечение проведено всем 134 пациентам. В том числе, выполнено 85 (63,4%) радикальных операций, 3-летняя выживаемость после которых составила 49,3%, 5-летняя – 13%. После паллиативных хирургических вмешательств, проведенных 49 (36,6%) пациентам, средняя продолжительность жизни у 63,3% из них составила 7,7 мес. Оказанная неотложная хирургическая помощь позволила больным продолжить плановое лечение и наблюдение в онкологическом диспансере.

ОРГАНСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Барсуков Ю.А., Ким Д.Ф., Николаев А.В., Малихов А.Г.
РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва, Россия

Плоскоклеточный рак анального канала является новообразованием легкодоступным для обследования, несмотря на это, сохраняется рост заболеваемости в России. По данным литературы плоскоклеточный рак составляет 6% всех злокачественных новообразований прямой кишки. Доказано, что рак анального канала требует комплексного подхода с использованием лучевой терапии и химиотерапии. Однако, несмотря на достигнутые успехи, проблема органосохраняющего лечения плоскоклеточного рака анального канала остается актуальной.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных плоскоклеточным раком анального канала за счет усиления локального контроля и увеличения частоты органосохраняющего лечения.

Материалы и методы: С 2005 по 2011 гг. в РОНЦ им. Н.Н.Блохина проведено лечение 26 больных плоскоклеточным раком анального канала. Методика лечения сочетает лучевую терапию на область первичной опухоли, лимфатические узлы таза и паховые лимфатические узлы 5 раз в неделю РОД 2 Гр. СОД на первом этапе составляет 44–46 Гр. Локальная гипертермия проводится после достижения СОД 14–16 Гр в количестве 3–5 сеансов. Лечение сопровождается двукратным внутривенным введением электронно-акцепторного соединения Метронидазола в дозе 10 г/м² в составе гидрогеля на основе альгината натрия (время экспозиции 5 часов). На фоне термолучевой терапии проводится 4 последовательных цикла химиотерапии Цисплатином и Блеомицином. Доза цисплатина 20 мг/м²/сутки, Блеомицина – 15 мг (безвизимо от площади поверхности тела).

Результаты: Токсичность I-II степени (ректит, энтерит, цистит) наблюдалась у 11 пациентов из 26 (42,3%). У 25 больным (96,15%) был проведен полный курс комплексной терапии. После проведенного курса лечения у 25 человек (96,15%) отмечалась резорбция первичной опухоли на 75–100%. Второй этап дистанционной лучевой терапии на область первичной опухоли проводился с РОД 2Гр до СОД 62–64 Гр (за два этапа). У одного пациента не отмечено уменьшения опухоли, в результате чего произведена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки после первого этапа лечения. После 2 этапов лечения у 3 пациентов из 26 (11,5%) диагностирован рецидив заболевания в срок от 6 до 9 (медиана 7,7) месяцев, по поводу чего была выполнена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Все пациенты прослежены от 1 года до 4-х лет.

Выводы: Данная методика обладает приемлемой токсичностью, значительно увеличивает частоту резорбции опухоли, что способствует проведению органосохраняющего лечения. Исследование продолжается.

ВАРИАНТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАРЕКТАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ 5-ФТОРУРАЦИЛА

Барсуков Ю.А.¹, Олтаржевская Н.Д.², Перевощиков А.Г.³, Павлова А.М.¹

¹ Отделение проктологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва.
² ОАО «НПО Текстильпрогресс», Москва.

³ Отдел патологической анатомии опухоли человека НИИ КО, РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва, Россия

Комбинированный метод лечения рака прямой кишки обеспечивает выраженный локальный контроль заболевания, однако снижения частоты отдаленного метастазирования при этом не отмечается. Поэтому в схему лечения были включены препараты для системного цитотоксического воздействия, такие как 5-фторурацил, капецитабин. С целью под-

ведения больших доз препарата непосредственно к опухоли был создан метод интравенного введения 5-фторурацила.

Цель: изучить эффективность и переносимость вариантов комплексного лечения больных раком прямой кишки с использованием интравенного введения 5-фторурацила.

Пациенты и методы: 5-фторурацил к опухоли вводился интравенно в лечебной дозе (500 мг/м²) в составе полимерной композиции в период проведения лучевой терапии в сочетании с различными радиомодификаторами. За период 2008–2010 год лечение по данной программе проведено 37 больным. Оценивалась переносимость способа, а также его эффективность, характеризующаяся степенью выраженности лечебного патоморфоза. В контрольную группу были отнесены больные, получавшие капецитабин во время проведения лучевой терапии (194 человека).

Результаты: Побочные явления различной степени выраженности наблюдались у 31 (83,7%) пациентов из 37, а в контрольной группе у 60 (30,9%) человек из 194. Из 31 больного у 26 (83,9%) отмечена желудочно-кишечная токсичность (в контрольной группе – 12,4%). Нейротоксичность – у 7 пациентов (22,6%) (в группе с капецитабином она составила 14,4%). Гематологическая токсичность наблюдалась у 3 больных (9,7%) из 31. Несмотря на побочные эффекты, 34 больным (91,9%) был проведен полный курс комплексной терапии. Изучение показателей лечебного патоморфоза показало, что 3 степень лечебного патоморфоза диагностирована у 11 пациентов (31,43%) при использовании 5-фторурацила. При включении в схему комплексного лечения капецитабина – 27,3%.

Выводы: Таким образом, разработанная программа комплексного лечения с включением 5-фторурацила, несмотря на возникновение побочных эффектов, обладает достаточным канцерцидным действием, что подтверждается схожими показателями 3 степени лечебного патоморфоза при использовании в неoadъювантном режиме капецитабина.

ВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОГО И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Барсуков Ю.А.¹, Ткачев С.И.², Кузьмичев Д.В.¹, Алиев В.А.¹, Мамедли З.З.¹, Татаев И.Ш.¹, Павлова А.М.¹, Атрощенко А.О.¹, Польшинский А.В.¹

¹ Отделение проктологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН,

² Отделение радиационной онкологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва, Россия

По оценкам экспертов доля пожилых людей в России в 2010 году составляет 21,9%, а к 2015 году возрастет до 24%. В пожилом возрасте рак прямой кишки встречается у 65–70% от общего количества больных. Согласно геронтологической классификации ВОЗ к пожилому возрасту относят пациентов от 61 до 75 лет. Комбинированное и комплексное лечение рака прямой кишки у пожилых больных является сложной и важной проблемой, имеет свои особенности и связано с наличием у большинства из них сопутствующих заболеваний, а нередко – сочетания патологий различных органов и систем. Все это кардинально влияет на тактику ведения больных, лимитируя как объем оперативного вмешательства, так возможность использования у них комбинированных и комплексных схем лечения.

Цель: изучить возможность проведения комбинированной и комплексной терапии у больных пожилого возраста и улучшить отдаленные результаты лечения.

Пациенты и методы: в отделение онкопроктологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина из 1166 больных раком прямой кишки находящихся под наблюдением – 452 (38,8%) составили пациенты пожилого возраста. Хирургическое лечение проведено у 182 (40,3%) пациентов, комбинированное – 170 (38,3%) больным и 96 (21,2%) пациентам комплексное лечение. В программе комбинированного лечения использовалась: неoadъювантная лучевая терапия в монорежиме РОД 5Гр, в течение 5 дней ежедневно до СОД 25 Гр, в сочетании с тремя сеансами СВЧ-гипертермии, на 3-см, 4-ом и 5-ом сеансах лучевой терапии, в течение 60 мин при достижении температуры в опухоли 41–45°C и двукратным интравенным введением созданной полимерной композиции с метронидазолом (патент РФ № 2007139304 2007 г) из расчета 10 г/м² поверхности тела (патент РФ № 2234318 2004 г). Программа комплексной терапии (патент №2367489, 2009г.) состояла из предоперационной лучевой терапии, интравенного подведения метронидазола в составе полимерной композиции, СВЧ-гипертермии и перорального приема капецитабина суточная доза 2000 мг/м² в течение двух недель.

Результаты: полученные данные, свидетельствующие о повышении частоты оперативных вмешательств, позволили увеличить число сфинктеросохраняющих операций у больных пожилого возраста с 57,7% (у 105 из 182) при хирургическом лечении до 61,7% (у 105 из 170) при комбинированном лечении и до 78,3% (у 75 из 96) при комплексном. Частота выполненных сфинктеросохраняющих операций при расположении опухоли в нижнеампулярном отделе после хирургического лечения составила 28% (у 21 из 75), что достоверно ниже, чем при комбинированном – 51,4% (у 57 из 111) и комплексном – 65,9% (у 27 из 41). Сфинктеросохраняющие операции при локализации опухоли в среднеампулярном отделе выполнены у 58,3% (28 из 48) больных в группе хирургического лечения, после комбинированного лечения 73,5% (25 из 34) и у 80% (28 из 35) больных при комплексной терапии. Оценка

непосредственных результатов позволила установить, что используемые варианты комбинированного и комплексного лечения не увеличивают летальность и частоту послеоперационных осложнений у больных пожилого возраста. При хирургическом лечении послеоперационные осложнения диагностированы у 23% больных и 18% и 17% соответственно при комбинированном и комплексном лечении. Анализ отдаленных результатов лечения комплексной терапии у больных пожилого возраста показал, что частота рецидивов рака прямой кишки не зарегистрирована ни у одного пациента, по сравнению с хирургическим лечением, где рецидивы составили 12,6% (у 23 из 182) больных и комбинированном лечении – 4,1% (у 7 из 170). Значительно уменьшилась частота отдаленного метастазирования у больных получивших комплексную терапию до 4 (4,2%) из 96 больных, что ниже, чем при хирургическом лечении у 11 (6%) из 182 больных и комбинированной терапии – у 10 (5,9%) из 170 больных. Показатель пятилетней безрецидивной выживаемости составил 86,4% при комплексной терапии, по сравнению с комбинированным и хирургическим лечением – 67,8%, 53,4% соответственно.

Выводы: используемые программы комбинированного и комплексного лечения у больных раком прямой кишки пожилого возраста не увеличивают частоту послеоперационных осложнений и летальности, повышают радикализм оперативных вмешательств, что позволило расширить частоту сфинктеросохраняющих операций.

УРГЕНТНАЯ ХИРУРГИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Белеков Ж.О., Маманов Н.А.

Ошская межобластная объединенная клиническая больница, г. Ош, Национальный Госпиталь при МЗ КР, Бишкек, Кыргызская Республика

Сегодня параллельно увеличению заболеваемости раком ободочной кишки (РОК) возрастает частота его осложненных форм, которые встречаются в 60-89% случаев. Больные этой категории по линии экстренной медицинской помощи госпитализируются в общехирургические стационары.

Цель: унификация хирургической тактики на основе анализа непосредственных результатов одномоментных и двухэтапных операций.

Материал и методы. В работе обсуждаются результаты хирургического лечения 53 больных осложненным РОК. Мужчины было 38, женщин – 26. Возраст больных колебался от 19 до 80 лет. 1-2 стадия констатирована лишь у 18,7% больных. Более 80% пациентов имели 3-4 стадии заболевания. Одномоментная гемиколэктомия выполнена 21 больному, двухэтапная гемиколэктомия – 4, первичные сегментарные резекции – 6, операция Гартмана – 11, субтотальная колэктомия – также 11 больным.

Результаты: Анализируя непосредственные результаты хирургического лечения, мы удостоверились в том, что осложнения РОК создают множество предпосылок для высокой частоты послеоперационных осложнений и получили следующие данные. Всего послеоперационные осложнения зарегистрированы нами у 25 больных, что составило 47,1%. Частота послеоперационных осложнений после одномоментных операций (n=38) составила 42,1% (16 больных), после двухэтапных вмешательств (n=15) – 60% (9 больных).

Преобладали гнойно-воспалительные осложнения, на долю которых пришлось 72,5%. Установлено, что высокая частота гнойно-воспалительных осложнений напрямую зависит от операции колостомии. На основании анализа непосредственных результатов считаем, что формирование колостомы приводит к возрастанию частоты послеоперационных осложнений, главным образом гнойно-воспалительного характера. Колостома как отрицательный фактор, внезапно и резко изменяла качество жизни больного и ставила его перед необходимостью сложного повторного оперативного вмешательства. Сравнительно лучшие непосредственные результаты были получены в группе больных, перенесших субтотальную колостомию. Мы получили, что средняя длительность пребывания пациентов в стационаре после одномоментных операций достоверно ниже по сравнению с таковым у больных, перенесших двухэтапные вмешательства (p < 0,001).

Общая послеоперационная летальность составила 7,5% (4 из 53). При осложненном раке правой половины ободочной кишки послеоперационная летальность составила 12% (3 из 25 больных), при опухолях левой половины – 4,1% (1 из 24 больных).

Выводы: Одномоментные операции по всем сравниваемым параметрам демонстрируют лучшие результаты по сравнению с двухэтапными вмешательствами. В большей мере это имеет отношение к левосторонней локализации осложненного РОК, потому что именно при данном расположении опухоли наиболее часто выполнялись двухэтапные операции и сравнительно больше наблюдались послеоперационные осложнения. На основании этого мы в данное время пересмотрели и унифицировали ряд тактико-технических моментов в отношении больных с осложненными формами РОК, что позволило нам улучшить результаты хирургического лечения этой тяжелой категории больных, повысив радикализм оперативных вмешательств и снизив процент послеоперационной летальности. Анализ полученных результатов хирургического лечения осложненного РОК предоставил возможность объективизировать показания к выполнению, главным образом, одномоментных операций при различных осложнениях РОК. Разработанная тактика хирургического лечения осложненного РОК позволила нам увеличить число одномоментных операций за счет субтотальной колостомии, которая зарекомендовала себя в качестве альтернативы двухэтапным операциям типа Гартмана.

МУТАЦИИ В ГЕНЕ KRAS: ЗНАЧЕНИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ И КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Белева А.В., Имянитов Е.Н., Гуляев А.В., Моисеенко А.Б.
ФГУ НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова, Москва, Россия

Среди множества факторов, оказывающих влияние на развитие и клиническое течение колоректального рака (КРР), особую роль играют генетические факторы. Одной из важнейших соматических мутаций, которые обнаруживают в опухолях толстой кишки, является мутация в гене KRAS. Она является ранним событием в канцерогенезе КРР, предвещающим нерегулируемую клеточную пролиферацию и злокачественную трансформацию, однако влияние данной мутации на клиническое течение КРР остается до конца не выясненным.

Цель: проанализировать влияние мутаций в гене KRAS на патогенез и клиническое течение КРР.

Материалы и методы: в исследование было включено 92 больных КРР, получивших лечение в клинике НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова в 2005 г. Проанализирован материал в 79 образцах от 77 больных, из них 36 больных раком ободочной кишки, 41 больной раком прямой кишки. Возраст больных колебался от 27 до 82 лет, средний возраст – 63,6±11,26 лет. Распределение больных по стадиям было следующим: 2 больных – раком in situ (2,6%), 14 больных – с 1-й стадией (18,4%), 32 больных – со 2-й (42,1%), 17 больных – с 3-й (22,4%), 11 больных – с 4-й стадией заболевания (14,5%); 1 больная – с отдаленными метастазами спустя 2 года после радикального лечения. Материалом исследования служили образцы опухолевой ткани из первичной опухоли и/или отдаленных метастазов. После микродиссекции и стандартной процедуры выделения ДНК из парафиновых срезов осуществлялось определение мутаций по отклонению кривых плавления. Результаты: мутации в гене KRAS были выявлены у 25 больных, из них 24 мутации – в первичной опухоли и 1 мутация – в отдаленном метастазном метастазе рака прямой кишки. При анализе спектра мутаций выявлено, что 22 мутации обнаружены в 12-ом и 13-ом кодонах гена KRAS, 2 мутации в 61-ом кодоне и одна – в 146-ом кодоне. Ассоциации с полом и возрастом выявлено не было. Средний возраст пациентов с мутацией и без мутации достоверно не отличался. Общая частота встречаемости мутации составила 32,5%. При этом у больных раком ободочной кишки она составила 22,2%, у больных раком прямой кишки – почти в 2 раза больше – 41,5% (p<0,05). Также было обнаружено, что у больных с мутацией гена KRAS в опухоли по сравнению с больными, имеющими «дикий тип» гена, достоверно чаще наблюдалось сочетание аденокарциномы с полипами в толстой кишке: 16,7% и 3,8%, соответственно (p<0,05). При анализе связи наследственности с мутацией в гене KRAS было отмечено, что в группе больных с мутацией отягощенный онкологический наследственный анамнез присутствовал лишь у 25% больных, тогда как у больных с «диким» типом KRAS этот показатель составил 51% (p<0,05).

Анализ степени распространения заболевания показал, что метастазы в регионарных лимфатических узлах отмечены у трети исследованных больных (30,3%). У больных с мутацией они были выявлены в 47,8% случаев, без мутации – в 22,6% случаев (p<0,05). При сравнении распределения больных по стадиям удельный вес больных со II-й стадией заболевания составил 25% в группе с мутациями против 50% в группе без мутаций; доля больных с III-й стадией, напротив, составила 41,7% и 13,5%, соответственно (p<0,01).

Обсуждение: выявленное значительное различие между частотой мутаций в проксимальных и дистальных отделах толстой кишки может косвенно свидетельствовать о том, что развитие злокачественной опухоли в дистальных отделах толстой кишки происходит в течение более длительного промежутка времени, за который мутация успевает осуществиться. Значительно более частое сочетание аденокарциномы с полипами толстой кишки при мутации в гене KRAS может свидетельствовать о более высоком риске малигнизации полипов, несущих в своих клетках мутации в гене KRAS. Редкая встречаемость отягощенного онкологического наследственного анамнеза у больных с мутацией в гене KRAS, вероятно, обусловлена тем, что именно данная соматическая мутация служила пусковым механизмом злокачественной трансформации для этих больных. Более высокая частота лимфогенного метастазирования, обнаруженная у больных с мутацией в гене KRAS, косвенно свидетельствует о более агрессивном течении заболевания с KRAS-мутацией в клетках опухоли.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Бердов Б.А., Невольских А.А., Титова Л.Н.,
Ерыгин Д.В., Неборак Ю.Т.

ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр»
Минздрава России, Обнинск, Россия

Совершенствование техники хирургического лечения больных резектабельным раком прямой кишки в последние 20 лет способствовало снижению в 2-2,5 раза частоты местных рецидивов и улучшению на 7-12% общей 5-летней выживаемости [Hensen O. et al., 2007; Visser O. et al., 2007; Valentini V. et al., 2009]. Вместе с тем, при наличии неблагоприятных прогностических факторов частота местных рецидивов достигала до 20% и более [Eriksen M.T. et al., 2007; Visser O. et al., 2007; Gunderson L.L. et al., 2008]. Показано, что применение интенсивной предоперационной лучевой терапии до операции снижает частоту местных рецидивов [Peeters K.C. et al., 2007], а по некоторым данным улучшает выживаемость больных [Sebag-Montefiore D. et al., 2009]. Актуальной

проблемой является разработка эффективных схем предоперационного облучения при резектабельном раке, а также индивидуализация подхода к комбинированному лечению, основанная на комплексном анализе прогностических факторов.

Цель: Улучшение результатов лечения больных резектабельным раком прямой кишки за счет совершенствования методики предоперационной лучевой терапии и техники хирургического лечения.

Материалы и методы: Исследование основано на анализе непосредственных и отдаленных результатов комбинированного лечения 142 больных резектабельным раком прямой кишки. Включены больные с аденокарциномами, расположенными на расстоянии до 15 см от анального края, без признаков отдаленного метастазирования. У 23,9% имелась I, у 31,7% – II и у 44,4% больных – III стадия заболевания по классификации pTNM (AJCC, 2002 год, 6 пересмотр). Всем больным до операции была проведена интенсивная лучевая терапия в суммарной очаговой дозе 25 Гр с дневным дроблением дозы на опухоль и зоны регионарного метастазирования, включая латеральный лимфатический коллектор. Лучевую терапию проводили на линейных ускорителях фракциями по 2,5 Гр дважды в день методикой четырехпольного изоцентрического облучения. Хирургическое вмешательство с применением техники тотальной мезоректумэктомии выполняли в течение 1 недели после окончания лучевой терапии.

Результаты: Ранние лучевые реакции отмечены у 16,2% больных, у 4,2% они достигли III-IV степени. Сфинктеросохраняющие операции выполнены у 71,8% больных (67,6% – передние, у 4,2% – брышно-анальные резекции). Общая частота послеоперационных осложнений и частота раневых осложнений составили 27,5% и 16,9% соответственно. Кумулятивная частота местных рецидивов, общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость составили 6,6±2,5%, 72,5±4,7% и 74,6±4,2%. В 6 из 7 случаев (9,5%) местные рецидивы возникли у больных с III стадией заболевания. Многомерный анализ прогностических факторов у больных с известным значением латерального края резекции (73 больных) показал, что неблагоприятное влияние на безрецидивную 5-летнюю выживаемость оказывает два фактора – расстояние от опухоли до латерального края <3 мм (P=0,034) и наличие множественных метастазов в регионарные лимфатические узлы (P=0,033).

Выводы: Интенсивное предоперационное облучение в СОД 25 Гр с дневным дроблением дозы на опухоль и зоны регионарного метастазирования удовлетворительно переносится больными, не увеличивает частоту послеоперационных раневых осложнений, позволяет улучшить отдаленные результаты хирургического лечения больных резектабельным раком прямой кишки. Наличие множественных метастазов в регионарные лимфатические узлы и расстояние от опухоли до циркулярной линии резекции <3 мм являются наиболее неблагоприятными факторами и требуют более агрессивного подхода с применением пролонгированной лучевой и химиотерапии.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Ванцинова Е.В., Абелевич А.И.

Хирургическая клиника им. А.И.Кожевникова нижегородской областной больницы, Нижний Новгород, Россия

Цель: улучшение результатов лечения больных нижеампулярным раком прямой кишки за счет разработки рациональной тактики.

Материалы и методы: В исследование включено 304 пациента со злокачественными заболеваниями нижеампулярного отдела прямой кишки в дооперационно установленной стадии T2-4N0-2M0, прошедших лечение с 1998 по 2007 годы. Мужчин было 108 (35,5%), женщин – 196 (64,5%). Возраст больных колебался от 41 года до 78 лет. Комбинированное лечение с применением в предоперационном периоде дистанционной лучевой терапии тормозным излучением проводилось 127 больным. Крупнофракционное лучевое лечение в разовой очаговой дозе 5 Гр и в суммарной очаговой дозе (СОД) 25-30 Гр с последующей операцией, выполняемой в течение 2 суток до развития лучевой реакции, проведено 40 больным. Предоперационная лучевая терапия дробно-протяженным методом в СОД 40 Гр, с планируемым оперативным лечением через 3-4 недели осуществлена 87 пациентам. С целью изучения лучевого патоморфоза в процессе лечения 57 больным выполнялись биопсии после 4, 8, 12, 16 и 20 сеансов. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки без предварительного облучения выполнялась 177 пациентам.

Результаты: Из 177 человек, которым осуществлялось хирургическое лечение без предварительного облучения, радикальная операция выполнена 145 больным (81,9%), 32 пациентам (18,1%) выполнены паллиативные или симптоматические операции: 26 – брышно-промежностная экстирпация прямой кишки, 6 больным наложены сигмостомы. В группе с применением крупнофракционного облучения радикальная операция произведена 34 пациентам (85%), 4 больным (10%) выполнены паллиативные брышно-промежностные экстирпации, 2 (5%) наложены сигмостомы. В подгруппе с использованием предоперационной дробно-протяженной лучевой терапии радикальное хирургическое вмешательство осуществлено 41 больным (48,2%), 20 пациентам (23,5%) произведены паллиативные экстирпации, 11 больным (12,9%) симптоматические операции. У 6 больных (7,1%) через 3 недели после проведенного курса лучевой терапии дробно-протяженным методом СОД 40 Гр была зарегистрирована выраженная положительная динамика в виде значительного регресса опухоли. Это позволило продолжить им лучевую терапию по радикальной программе до СОД 70 Гр. В последующем этим пациентам выполнена трансанальная резекция стенки прямой кишки с целью подтверждения радикализма лучевого лечения, морфологическое

исследование подтвердило отсутствие опухолевых клеток у всех шести больных. Лучевой патоморфоз IV степени при изучении операционного материала был выявлен у 3 (5,3%) больных. Изменения в опухолях прямой кишки, соответствующие III степени патоморфоза, зарегистрированы у 21 (36,8%) пациента. У 33 человек после проведенного курса предоперационного облучения в операционном материале обнаружены слабые изменения (I-II степень лечебного патоморфоза). Частота послеоперационных осложнений была выше в группе с использованием крупно-фракционного облучения. В основном это гнойно-септические осложнения, возникшие на фоне выраженного лучевого эпителиита. В группе с хирургическим лечением ранних рецидив заболевания выявлен у 32 пациентов (22,1%). В исследуемой группе среди больных, которым проводилось крупнофракционное облучение, рецидивов заболевания не было зарегистрировано. Из 41 человека исследуемой группы, получавших лучевую терапию дробно-протяженным методом, рецидив заболевания выявлен у 3 (7,3%).

Выводы: Хирургическое лечение рака прямой кишки характеризуется меньшим числом послеоперационных осложнений по сравнению с комбинированным методом, но большим количеством ранних рецидивов. Крупно-фракционное облучение оказывает более выраженное повреждающее действие на окружающие ткани, утяжеляя послеоперационный период. После лучевой терапии дробно-протяженным методом зарегистрирован большой процент паллиативных операций, что может быть обусловлено потерей времени в случаях опухолевой радиорезистентности. Однако использование данной методики при радиочувствительных новообразованиях может позволить добиться их полного регресса и избежать экстирпации прямой кишки. Радиорезистентность опухоли прямой кишки можно оценить на основании динамики лучевого патоморфоза в процессе лучевой терапии путем морфологического и морфометрического исследования биопсийного материала.

ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРЕРЫВНОСТИ ПРИ ОБТУРИРУЮЩЕМ РАКЕ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Васильев С.В., Попов Д.Е., Семенов А.В.

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

Наряду с принципами онкологической радикальности, на первый план в лечении больных обтурирующим раком дистальных отделов толстой кишки выходит проблема выполнения первично-восстановительных оперативных вмешательств, что непосредственно отражается на процессах социально-психологической адаптации и трудовой реабилитации. В решении этой проблемы помогают различные методы интраоперационной очистки толстой кишки. Их применение во время операции позволяет уберечь больного от тяжелых послеоперационных осложнений.

Цель: улучшить результаты лечения больных обтурирующим раком дистальных отделов толстой кишки.

Материалы и методы: Наше исследование основано на анализе данных о лечении 91 больного с обтурирующими формами рака дистальных отделов толстой кишки, которые были оперированы в Санкт-Петербургском колопроктологическом центре в период с 2005 по 2010 год. Из числа всех оперированных женщин было 57 (62,6%), мужчин – 34 (37,4%). Средний возраст пациентов составил 67±3,4 лет. Порядок поступления пациентов в стационар был следующим: 74 (81,3%) пациента госпитализированы по экстренным показаниям, 17 (18,7%) больных – в плановом порядке. Локализация первичной обтурирующей опухоли: прямая кишка – 24 (26,4%), ректосигмоидный отдел толстой кишки – 13 (14,3%), сигмовидная кишка – 54 (59,3%). Степень выраженности нарушения кишечной проходимости у всех пациентов, вошедших в исследование, характеризовалась как компенсированная или субкомпенсированная. Оперативные вмешательства у 82 (90,1%) больных выполнялись по срочным показаниям, 9 (9,9%) пациентов оперированы в плановом порядке.

Во всех вошедших в исследование случаях подготовка кишки оказалась неудовлетворительной, что явилось основным показанием к использованию специального набора для интраоперационной закрытой ортоградной механической очистки толстой кишки. У всех больных объем операции заключался в резекции поражённого участка кишки с опухолью и формировании первичного анастомоза. У 32 (35,2%) пациентов после интраоперационного лаважа толстой кишки нами были сформированы ручные двухрядные анастомозы по типу «конец в конец» с использованием атравматического шовного материала. У 59 (64,8%) больных для формирования анастомозов использовались одноразовые циркулярные сшивающие аппараты.

Результаты: Ранние послеоперационные осложнения отмечены нами у 7 (7,7%) больных, из них у 2 пациентов выполнены повторные операции. Все сформированные толстоконечные анастомозы были состоятельны. Летальности в анализируемой группе больных не было.

Выводы: У больных с локализацией обтурирующего рака в дистальных отделах толстой кишки с явлениями кишечной непроходимости выполнение резекции кишки с формированием первичного анастомоза целесообразно проводить при условии использования во время операции набора для ортоградной механической очистки толстой кишки.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ТРАНСАНАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ

Велиев Т.И.

Алтайский колопроктологический центр, Барнаул, Россия

После трансанального удаления ворсинчатые опухоли прямой кишки склонны к рецидивированию.

Цель исследования: показать эффективность профилактики рецидивов ворсинчатых опухолей прямой кишки после трансанального удаления, путём обработки ложа 2% раствором протаргола.

Пациенты и методы: проанализировано 2 группы больных по 17 человек, у которых трансанально были удалены ворсинчатые опухоли прямой кишки. В 1 группу вошли больные, которым после трансанального удаления ворсинчатых опухолей прямой кишки проводилась обработка ложа 2% раствором протаргола.

Во 2 группу вошли больные, которым эта обработка не проводилась. Результаты: в 1 группе больных в результате динамического наблюдения от 6 месяцев до 10 лет рецидивирования опухоли не наблюдалось.

Во 2 группе у 7 больных/30% в различные периоды после операции возник рецидив заболевания, что привело к повторной операции.

Заключение: обработка ложа ворсинчатой опухоли прямой кишки после трансанального иссечения 2% раствором протаргола приводит к отсутствию рецидива заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ МАЛИГНИЗИРОВАННЫХ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Велиев Т.И.

Алтайский колопроктологический центр, Барнаул, Россия

Ворсинчатые опухоли толстой кишки чаще встречаются у лиц пожилого возраста и склонны к малигнизации. Хирургические методы лечения этих больных с сопутствующими заболеваниями часто приводят к тяжелым осложнениям. Эндоскопические методы лечения являются более щадящими и улучшают качество жизни этих пациентов.

Цель: показать эффективность и целесообразность эндоскопического удаления малигнизированных ворсинчатых опухолей толстой кишки у геронтологических больных с сопутствующими заболеваниями.

Материалы и методы: отобрано 68 пациентов в возрасте от 60 до 87, которым с 1998-2009 гг. эндоскопически было удалено 69 малигнизированных ворсинчатых опухолей толстой кишки. У всех больных морфологическое исследование удаленного материала показало наличие аденокарциномы на фоне ворсинчатой аденомы 2-3 ст. Все больные 2 раза в год проходили контрольную колоноскопию с биопсией.

Результаты: за период наблюдения рецидивирование заболевания возникло у 2 больных (3%), ворсинчатые опухоли у которых находились в ректо-сигмоидном отделе. Повторное эндоскопическое вмешательство позволило радикально удалить эти опухоли.

Обсуждение: эндоскопическое удаление малигнизированных опухолей толстой кишки у лиц пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями являются радикальным методом лечения.

Выводы: эндоскопическое удаление малигнизированных опухолей толстой кишки у геронтологических больных является эффективным, целесообразным и радикальным методом лечения.

ЗНАЧЕНИЕ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ

Гайдукевич И.В., Китаев А.В., Шараров Г.Н., Быховец И. В., Айрапетян А.Т., Шестаков А.А.

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Государственная классическая академия им. Маймонида, ФГМУ «Медицинский центр при Спецстрое России», Москва, Россия

При проведении стандартных биохимических исследований у пациентов с распространенным колоректальным раком, мы обнаружили интересный феномен, связанный с изменением уровня щелочной фосфатазы, который коррелирован с формой и распространенностью патологического процесса и изменялся в зависимости от наличия или отсутствия метастатического поражения.

Нередко увеличенный уровень энзима является единственным признаком прогрессирования злокачественного процесса.

В исследование включено 239 человек находившихся на лечении в ЦВКГ им. А.А.Вишневского с 1996 по 2007 гг. по поводу распространенного колоректального рака. Высокий уровень концентрации ЩФ в крови до начала лечения зафиксирован у всех пациентов и составил в среднем $207 \pm 8,1$ нмоль/л. В послеоперационном периоде уровень ЩФ был снижен до нормальных значений практически у исследуемых пациентов. В последующем при возникновении рецидива заболевания (139 больных) в сроки от 3 до 12 месяцев у всех этих больных мы отметили всплеск активности фермента. При прогрессировании раковой болезни человека повышение уровня ЩФ нами отмечено $1,5 \pm 0,5$ месяца раньше, чем повышение уровня РСА. СА-19-9. В терминальной стадии заболевания уровень ЩФ повышался у всех больных более 1000 нмоль/л.

Рассмотрим вариант ферментативной активности в кишечно-ректальном гомогенате на примере внутриклеточной энзимной регуляции при использовании высокотемпературных факторов. Известно, что по принципу компарментализации, или приуроченности, внутриклеточно наибольший процент ЩФ сосредоточен в цитоплазматических мембранах клеток.

Воздействие на ткани высокой температурной реакцией в момент проведения ВГХТ вызывает деструкцию клеточных структур, и в первую очередь клеточных мембран. В этом случае патологическая гиперферментемия обусловлена разрушением клеток и персистенцией фермента в свободную кровь.

Однако этот механизм не объясняет характера повышения уровня ЩФ при вторичном метастазировании. По нашему мнению, основу данного явления составляет усиление внутриклеточной каталитической активности ферментных систем, проявляющееся при высоком уровне клеточных митозов, характерных для развития метастазов.

Именно пролиферативная активность раковых клеток вызывает рост каталитических реакций, в первую очередь – окислительного фосфорилирования, что в свою очередь влияет на биосинтез энзимов. Учитывая общее влияние опухолевого процесса на систему гомеостаза в целом, а также тот факт, что высокая митотическая активность опухолевых клеток сопровождается метаболическими нарушениями, и в частности, повышенной проницаемостью биологических мембран (за счет усиления ионного транспорта Na^+ и K^+), способствующей высвобождению биологически-активных субстратов, гиперферментемия щелочной фосфатазы при рецидивах колоректального рака является абсолютно закономерным явлением.

Таким образом, использование ЩФ в качестве неспецифического маркера вторичного канцероматоза или рецидива рака с клинической точки зрения совершенно оправдано и разумно. Более того, мы установили, что у определенной части пациентов уровень ЩФ находился во взаимосвязи с клеточной дифференцировкой опухоли – чем ниже степень дифференциации, тем выше уровень ЩФ, тем выраженнее степень раковой агрессии.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ РУЧНОГО И АППАРАТНОГО АНАСТОМОЗОВ ПРИ ОПЕРАЦИИ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Глухов А.А., Шамаева Т.Е., Никишина Т.Г., Чукардин А.В., Якимов С.А.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Воронеж-1 ОАО «РЖД», Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, Воронеж, Россия

Неблагоприятные исходы после операций с формированием фишечного анастомоза, с одной стороны, и стремление улучшения качества жизни больных после операций резекции прямой кишки по поводу рака путем выполнения органосохраняющих операций, с другой, заставляют авторов искать и совершенствовать различные способы формирования колоректальных анастомозов. До настоящего времени не теряет своей актуальности выбор метода создания механически прочного, биологически герметичного и функционально полноценного анастомоза при операциях на прямой кишке.

Цель: оценка эффективности применения низкого толстокишечного анастомоза ручным и аппаратным способом.

Материалы и методы: С мая 2007 по декабрь 2010 года в колопроктологическом отделении НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Воронеж-1 ОАО «РЖД» выполнено 123 первичных оперативных вмешательства по поводу рака различных отделов прямой кишки. Среди них 41 – в объеме передней резекции прямой кишки с формированием анастомоза «конец в конец». У 8 пациентов анастомоз был выполнен ручным способом, у 29 – с помощью одноразовых циркулярных сшивающих аппаратов, у 41 – с помощью многоразового сшивающего аппарата. При наложении толстокишечного анастомоза ручным способом применяли двухрядный шойчнитями «Полисорб» № 3/0 и капрон. Механический шов формировали с помощью циркулярного сшивающего аппарата «Этикон» 28,5-31,5 мм. При этом после резекции участка кишки с опухолью, на культю прямой и ободочной кишок накладывали кисетные швы, после в прямую кишку вводили сшивающий аппарат. Части аппарата сближали винтом до установленного разора и прошивали анастомозируемые участки кишки с удалением избытка. Проводили контроль целостности проксимальной и дистальной линии резекции и герметичности анастомоза.

Результаты: Осложнения в виде несостоятельности анастомоза развились у 3 пациентов, анастомозирование которым было произведено многоразовым сшивающим циркулярным аппаратом. Из них у 1 больного развился перитонит, у 2 – была инфицирована параректальная клетчатка. Во всех случаях была произведена релапаротомия, разделение межкишечного анастомоза с формированием стомы у двух пациентов, операция брюшно-анальной резекции прямой кишки с формированием сигмоанального анастомоза под прикрытием илеостомы у одного больного.

Выводы:

1. При ручном способе формирования толстокишечного анастомоза имеется возможность более тщательного сопоставления слоев кишечной стенки. При наличии соответствующих анатомических условий, визуализации и манипуляций хирурга, ручной шов оправдан.

2. Использование сшивающих аппаратов позволяет расширить показания к восстановлению целостности кишки. Наложение механического шва сокращает время для формирования анастомоза, упрощает работу

хирурга. позволит выполнить органосохраняющую операцию.
3. Прослеживается определённая закономерность развития осложнений в случае применения многоразового спивающего аппарата, что позволяет сделать выводы о приоритете использования одноразовой техники.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СШИВАЮЩИХ АППАРАТОВ ПРИ НИЗКИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ

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, Новосибирск, Россия

Удаление кишки вместе с опухолью является одним из основных методов лечения доброкачественных и злокачественных опухолей прямой кишки. Локализация нижнего края опухоли относительно заднего прохода и зубчатой линией определяет объем резекции прямой кишки.

В нашем центре накоплен многолетний опыт лечения пациентов с заболеваниями прямой кишки, включающий резекции прямой кишки и реконструктивно-восстановительные операции с использованием спивающих аппаратов. С 1980 по 1996 год для наложения низких колоректальных анастомозов мы применяли аппараты отечественного производства АКА-2, АКА-4, опыт применения которых отражен в предыдущих публикациях. Внедрение в практику степлерных аппаратов, таких как CDH-29, позволило нам отказаться от применения АКА-2, АКА-4. Появление в последнее десятилетие сшивающе-режущего аппарата «Contour» в значительной мере расширило возможности наложения низких степлерных циркулярных анастомозов.

Цель: оценить эффективность различных способов формирования низких колоректальных, колоанальных анастомозов.

Материалы и методы: За период с 2005 по 2010 год в колопроктологическом отделении ГБУЗ НСО «ГНОКБ» выполнено 122 оперативных вмешательства на прямой кишке. У 86 (70,5%) пациентов после проведенного обследования констатирован рак прямой кишки II-III стадии, у 4 (3,3%) пациентов IV стадии (метастазы в печень). В 5 (4%) случаях была выявлена ворсинчатая опухоль нижнеампулярного отдела прямой кишки, неудалимая эндоскопически, что явилось показанием к оперативному лечению.

Низкая передняя резекция выполнена у 71 (58,2%), брюшно-анальная резекция с формированием сигмо-, десцендо- или асцендоанального анастомоза у 37 (30,3%), интерсфигтерная резекция прямой кишки у 14 (11,4%) пациентов.

Во всех случаях сформирован первичный анастомоз циркулярным степлером CDH-29 фирмы «Ethicon». Превентивная илео- или колостома наложена в 64 (52,4%) случаях. У 32 (26,2%) пациентов культя прямой кишки ушивалась аппаратом «Contour». Формирование культи прямой кишки УО-40 выполнено в 42 (34,4%) случаях, аппаратом ТЛН-40 в 18 (14,7%). Ручной кисетный шов наложен в 30 (24,6%) наблюдениях.

Результаты: В 9 (7,3%) наблюдениях послеоперационный период осложнился несостоятельностью швов колоректального анастомоза; из них в 6 (4,9%) случаях при ручном кисетном шве культи прямой кишки, в 3 (2,5%) при ушивании аппаратом УО-40, что в 4 (3,3%) случаях потребовало повторного оперативного вмешательства. В одном случае, при ручном ушивании культи прямой кишки, имел место летальный исход в связи с развитием гнойно-некротической флегмоны промежности, сепсиса. В 5 (4%) случаях явления частичной несостоятельности анастомоза купированы на фоне консервативной терапии. При использовании аппарата «Contour» несостоятельность швов анастомоза не отмечено; один летальный исход был обусловлен ТЭЛА.

Выводы: Любую из описанных методик возможно использовать при формировании низких колоректальных анастомозов. Наименьшей надежностью обладает методика ручного кисетного шва из-за большего числа осложнений, трудностью манипулирования в условиях узкого таза. Формирование культи с использованием УО-40, ТЛН-40 сопровождается меньшим числом осложнений, однако их использование ограничивается анатомическими особенностями глубокого и узкого таза. Использование аппарата «Contour» исключает вышеназванные недостатки при формировании низких колоректальных анастомозов из-за конструктивных особенностей и по нашим данным является наиболее надежным.

НОВЫЙ МЕТОД ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛОКАЛЬНОЙ СВЧ-ГИПЕРТЕРМИИ И МЕТРОНИДАЗОЛА

Гордеев С.С., Глебовская В.В., Халявка Е.А.
РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва, Россия

Основной целью неoadьювантного лечения местнораспространённого рака прямой кишки является сокращение размеров и повышение резектабельности опухоли. При этом частота развития полного ответа на лечение или III степени лечебного патоморфоза (минимальная резидуальная опухоль) являются одними из наиболее важных прогностических факторов лечения данной формы заболевания.

Цель: оценка эффективности и безопасности режима химиолучевой терапии местнораспространённого рака прямой кишки с использованием капецитабина, оксалиплатина, локальной СВЧ-гипертермии и метрони-

дазола в составе полимерной композиции для внутритрехтального применения в рамках проспективного нерандомизированного исследования II фазы.

Пациенты и методы: В исследование было включено 74 больных раком прямой кишки с неподвижными растающими в соседние структуры опухолями (T4) или опухолями T3 с протяжённостью поражения более 10 см по данным иригоскопии, которые прошли программу комплексного лечения в онкопроктологическом отделении РОНЦ им. Н.Н.Блохина с сентября 2007 года октябрь 2010 года. Была предложена оригинальная схема лечения (патент РФ № 2414936). Лучевая терапия проводилась 3 раза в неделю с РОД 4 Гр до СОД 40 Гр. Капецитабин применялся перорально в дозе 650 мг/м² два раза в день в дни с 1 по 22. Оксалиплатин вводился внутривенно в дозе 50 мг/м² в дни 3, 10, 17. Локальная гипертермия проводилась на аппарате «Яхта-4» с частотой 460 МГц в течение 60 минут при температуре 41-45°C в дни 8, 12, 15, 17. Метронидазол в составе созданной полимерной композиции вводился двукратно внутритрехтально в дозе 10 мг/м² в дни 12, 17.

Результаты: У 34 (45,9%) пациентов отмечалась токсичность I-й степени. Токсичность III степени наблюдалась у 15 (20,3%) пациентов; у И пациентов (14,9%) была отмечена диарея III степени, у 2 (2,7%) – рвота III степени и ещё у 2 (2,7%) – ректит III степени. Токсичности IV степени отмечено не было. У 5 пациентов (6,7%) после неoadьювантного лечения опухоль осталась неоперабельной, и оперативное вмешательство ограничилось формированием колостомы. У остальных 69 (93,3%) была выполнена радикальная (RO) резекция опухоли. У 8 пациентов (10,8%) отмечена полная регрессия опухоли, у 29 (39,2%) – III степень лечебного патоморфоза.

Выводы: Исследуемый режим предоперационного лечения местнораспространённого рака прямой кишки, обладает умеренной токсичностью и способствует высокой частоте достижения III-IV степени лечебного патоморфоза. Для окончательной оценки эффективности необходимы данные анализа общей и безрецидивной выживаемости.

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Гуляев А.В., Правосудов И.В., Навматула А.Ю., Алиев И.И.
НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова «Минздравсоцразвития» России, Санкт-Петербург, Россия

Вопросы, связанные с диагностикой и лечением анальных раков, являются весьма актуальными в современной онкологической практике. Рак прямой кишки плоскоклеточного строения считается сравнительно редким заболеванием, и, по данным С.А. Холдина и Ф.Д. Федорова, составляет не более 6% от общего числа злокачественных новообразований аноректальной зоны.

Цель: определить оптимальные виды лечения, в зависимости от размера опухоли (T 1-4), а также распространения процесса (N 0-2), с учетом качества жизни больных.

Материалы и методы: За период с 1990 года по 2007 год в НИИ онкологии им.проф. Н.Н.Петрова было пролечено 58 пациентов, имевших гистологически доказанный диагноз плоскоклеточного рака анального канала.

С 1990-2000 гг. практически единственным методом лечения рака анального канала являлись радикальная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, дополненная, при необходимости, операцией Дюкена либо малыми дозами дистанционной лучевой терапии. С 2005 г. по настоящее время все чаще стали прибегать к органосохраняющим методам, поэтому основным видом лечения стала химиолучевая терапия. Дистанционная, сочетанная лучевая терапия или, в сочетании с химиопрепаратами показали высокую эффективность в лечении рака анального канала, регресс опухоли более 50% был достигнут в 70,7% случаев. В большинстве стран, лучевой терапии отдается предпочтение как первой линии. При этом используются различные методики лучевого воздействия. Фракционная доза от 1,8 до 3-4 Гр., суммарная общая доза колеблется от 45 до 70 Гр. Поля облучения включают билатеральные паховые области, зону ануса и параректальную клетчатку.

Результаты: Исследование включило 29 мужчин и 55 женщин. Оперативному лечению подверглись 29 человек. Радикальная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки 14 (48,3%) из них 8 (27,6%) комбинированные; ампутиация прямой кишки 1 (3,5%); эндоректальное иссечение опухоли 9 (31%); формирование колостомы 5 (17,2%). Различным видам лучевой терапии подверглось 42 больных. Внутриволновая терапия в чистом виде была проведена у 1 (2,3%) больного с рецидивом заболевания в области раны после брюшно-промежностной экстирпации. Регресс заболевания сразу после окончания лечения более 50%. Дистанционную лучевую терапию получили 31 (73,8%) человек. Прогрессирование на фоне лечения получено у 1 (3,2%) пациента, по завершению лечения регресс опухоли менее 50% у 3 (9,7%) пациентов, регресс опухоли более 50% у 8 (25,8%) пациентов. Сочетанная лучевая терапия была проведена 10 (23,8%) больным. По завершению лечения регресс опухоли менее 50% наблюдался у 2 (20%); регресс опухоли более 50% у 8 (80%) больных. Химиотерапия как самостоятельный метод лечения применялся при лечении 1 (2,3%) больного, на фоне которого произошло прогрессирование заболевания.

Заключение: Для улучшения качества жизни больных с раком анального канала плоскоклеточного строения лечение целесообразно начинать с консервативной терапии.

НИЗКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ: КОНКРЕТИЗАЦИЯ ПОНЯТИЯ И ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА

Даценко Б.М., Даценко А.Б., Кириллов А.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

Наиболее грозным осложнением, возникающим после резекции прямой кишки по поводу колоректального рака, является несостоятельность межкишечного анастомоза, которая возникает у 16-20% оперированных больных; при низких резекциях такого рода осложнение возникает в 2 раза чаще.

Цель: разработка оперативно-технических приемов выполнения низких резекций прямой кишки по поводу рака с формированием колоректального или колоанального анастомоза, направленных на снижение частоты его несостоятельности.

Материал и методы: Проанализированы особенности метастатического поражения регионарных лимфатических узлов при средне- и нижеампулярном раке и условия кровоснабжения культи, остающейся при резекции прямой кишки, которые определяют объем и характер оперативного вмешательства, что позволило конкретизировать понятие «низкая резекция прямой кишки».

Проанализированы результаты обследования и лечения 486 больных раком прямой кишки, госпитализированных в Харьковский городской проктологический центр за период с 2005 по 2010 гг. включительно. Радикальные операции выполнены 368 (76%) больным, выбор метода завершения этих операций определялся локализацией опухолевого процесса и наличием осложнений. Резекция прямой кишки по поводу рака ампулярного и ректосигмоидного ее отделов произведена 304 (83%) больным из группы радикально оперированных. Первичный анастомоз после низкой передней резекции прямой кишки по поводу рака средне- и нижеампулярного ее отделов сформирован 161 (54%) больному.

Результаты: Из 304 больных анализированной группы, оперированных по поводу рака верхнеампулярного и ректосигмоидного отделов прямой кишки стандартная передняя резекция, завершенная формированием анастомоза произведена 143 (47%) пациентам.

По поводу рака среднеампулярного отдела прямой кишки резекция ее с опухолью, завершенная анастомозом, выполнена 105 (34,5%) больным. Необходимость обязательного в этих случаях выполнения тотальной мезоректумэктомии существенно ухудшает условия кровоснабжения остающейся ее культи. Для сохранения ее достаточного питания считали необходимым оставление культи, выстоящей над газовым дном не более 2,5-3 см, что позволило сформировать степлерный или инвагинационный анастомоз из чрезбрюшинного доступа.

По поводу нижеампулярного рака прямой кишки сфинктеросохраняющие операции выполнены 56 (18,5%) больным, из которых 30 пациентам степлерный или инвагинационный анастомоз сформирован из чрезбрюшинного доступа с выполнением расширенной лимфодиссекции. В 26 случаях, когда расстояние между нижним краем опухоли и зубчатой линией не превышало 1,5-2 см, наложение кистетного шва для последующего формирования степлерного анастомоза выполняли с использованием эвгинационной методики тотального выворачивания культи на промежность, завершая операцию наложением превентивной трансверзостомы.

Несостоятельность анастомоза после резекций прямой кишки по поводу рака возникла у 38 (7,8%) больных; за период 2005-2007 гг. – в 9,3% наблюдений, а за период 2008-2010 гг. – в 4,6% наблюдений.

Вывод: При низких резекциях прямой кишки локализация нижнего края опухоли определяет объем лимфодиссекции и способ формирования первичного анастомоза.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Денисенко В.Л., Фролов Л.А., Бухтаревич С.П., Хмельников В.Я., Смирнов В.К.

УО «Витебский государственный медицинский университет», УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница», Витебск, Республика Беларусь

Поиск малотравматичного и радикального метода удаления опухоли прямой кишки привел к внедрению в клинику трансанальной эндоскопической микрохирургии (ТЭМ). В 1983 г. Buess G. применил новый способ при удалении доброкачественной опухоли прямой кишки. С помощью данного метода возможно удаление новообразований нижне- и среднеампулярного отделов прямой кишки вместе с подслизистым слоем. Основную патологию, которую можно лечить с помощью трансанальной эндоскопической микрохирургии – это «большие» (более 3 см в диаметре), стелющиеся и малигнизировавшиеся ворсинчатые опухоли. Трансанальная эндоскопическая микрохирургия не приводит к возникновению каловых свищей, остеомиелита крестца, абсцессов параректальной области. Данным способом удалось удалить опухоль прямой кишки (Т1).

Учитывая результаты применения трансанальной эндомикрохирургии за рубежом при лечении опухолей прямой кишки можно говорить о высокой эффективности данного метода, что позволяет уменьшить экономические затраты и улучшить качество жизни пациентов.

Цель: Оценить эффективность применения трансанальной эндоскопической микрохирургии при лечении опухолей прямой кишки.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ результатов лечения у 6 (3 мужчины и 3 женщины) больных с опухолями прямой кишки, находившихся на лечении в проктологическом отделении УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница» с марта по апрель 2010 г. Возраст пациентов от 51 до 84 лет. Шести пациентам были выполнены – пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, колоноскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, цито-, гистологическое исследование. В 5 случаях при гистологическом исследовании выявлялась тубулярная аденома. В 1 случае была выявлена аденокарцинома. При проведении операции все пациенты находились – на спине с ногами разведенными в стороны на специальных подставках. Оперативные вмешательства у всех пациентов выполнены под эндотрахеальным наркозом. Выполняли дивульсию анального сфинктера, после чего вводили тубус операционного ректоскопа в просвет прямой кишки. Производили ревизию стенок прямой кишки на протяжении 15-16 см от уровня перианальной кожи. В месте расположения опухоли создавали экспозицию и фиксировали ректоскоп с помощью специальной штатива к операционному столу. С помощью высокочастотного электрокоагулятора маркировали границы иссечения. При этом отступали от опухоли на 3-5 мм. Производили иссечение опухоли в пределах маркированной границы единым комплексом с подслизистым слоем. Рану промывали 0,05% раствором хлоргексидина. Дефект слизистой восстанавливали в поперечном направлении непрерывным швом, используя Polysorb 3/0, затем извлекали операционный ректоскоп и вводили в просвет прямой кишки тампон с мазью «Левомеколь».

Результаты: Операции продолжались от 60 до 90 минут. У одного пациента, подвергшегося трансанальной эндоскопической микрохирургии по поводу рака среднеампулярного отдела прямой кишки, на 2-е сутки после операции отмечали повышение температуры тела до 38 градусов. На 5-е сутки после введения ципрофлоксосина температура тела нормализовалась. В послеоперационном периоде у всех пациентов не применялись анальгетики. Продолжительность лечения в стационаре составила в среднем до 5 койко-дней.

Выводы: Полученные результаты позволяют нам оценить методику трансанальной эндомикрохирургии, как эффективный способ лечения опухолей прямой кишки. Данные метод позволяет удалять опухоль в пределах здоровых тканей, при этом являясь щадящим, не изменяя анатомических структур прямой кишки.

АРГОНОПЛАЗМЕННАЯ КОАГУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕПОЛИПОВИДНЫХ (СТЕЛЮЩИХСЯ) ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Десятов Е.Н.¹, Алиев Ф.Ш.², Молокова О.А.³

¹ Тюменский областной онкологический диспансер, отделение эндоскопии,

² Тюменская государственная медицинская академия, кафедра общей хирургии,

³ Тюменская государственная медицинская академия, кафедра патологической анатомии, Тюмень, Россия

Плоские неоплазии толстой кишки впервые были выявлены в 1985 году Muto с соавторами (Muto T. et al. 1985). Данная патология имеет более высокий злокачественный потенциал по сравнению с полиповидными образованиями (George S.M. et al. 2000, Kudo S. et al. 2000, Soetikno R.M. et al. 2008). Дискуссию вызывает удаление плоских придаточных латерально распространяющихся (стелющихся) опухолей типа LST (Laterally Spreading Tumor) – размерами более 20 мм. Эндоскопическая резекция слизистой оболочки, эндоскопическая резекция слизистой оболочки с диссекцией в подслизистом слое требуют определённой квалификации оператора и госпитализации пациента. Поэтому продолжается поиск доступных методов лечения стелющихся образований ободочной кишки, сочетающих в себе радикальность удаления опухоли и низкую травматичность.

Цель: Провести ретроспективную оценку результатов лечения неполиповидных образований толстой кишки методом аргоноплазменной коагуляции с учетом гистологической картины, глубины инвазии, осложнений и рецидивов за период 2006-2010 гг.

Материал и методы: Амбулаторно удалено 38 стелющихся образований типа LST-G 33 пациентам. Всем предварительно выполнена видеокколоноскопия эндоскопом с биопсией неоплазии. Оценка инвазии осуществлялась методом ЭУС УЗ – зондом с частотой 20 МГц. В 18 (47, 4%) случаях при локализации образования в среднеампулярном и нижеампулярном отделе прямой кишки АПК выполнялась через тубус проктоскопа ригидным зондом – аппликатором. В 20 (52,6%) случаях при локализации неоплазии в верхнеампулярном отделе прямой и ободочной кишке АПК выполнялась гибким зондом – аппликатором через двухканальный видеокколоноскоп. АПК выполнялась до полной коагуляции поверхности образования и формирования струпа. Средний возраст пациентов 64 года. Все неоплазии – 38 (100%) локализовались преимущественно в левых отделах толстой кишки (84,2%). По данным ЭУС не распространялись за пределы мышечной пластинки слизистой оболочки. Гистологическая картина была представлена в 12 (31,6%) случаях пролиферирующими аденомами, в 4 (10,5%) случаях пролиферирующие тубуловорсинчатые аденомы, в 15 (45,5%) – ворсинчатые аденомы, в 7 случаях (18,4%) диагностирована высоко дифференцированная аденокарцинома. Для выявления пролиферативной активности эпителия определяли Ki-67.

Результаты: Через 6 месяцев после начала лечения методом АПК новообразованная слизистая оболочка атрофируется, индекс пролиферации составляет 2-3%, что достоверно ниже в 20-30 раз по сравнению с исходной опухолевой тканью. Наибольший продольный размер удаленных неоплазий составил от 20 до 60 мм. Среднее количество этапов АПК составило 3-4 с интервалом в 7 дней. В 1 (2,6%) случае диагностировано кровотечение. В 2 случаях (5,26%) рецидив неоплазии. Видеокolonоскопия высокого разрешения с биопсией из рубца и осмотр в узком спектре изображения выполнялась на 3, 6, 9, 12 месяцев. В первый год после АПК – 6, 12 месяцев во второй год и однократно на 3 год. Время наблюдения 2-36 месяцев. В проведенном исследовании наблюдали невысокий процент рецидивов – 5,26%. Мы объясняем этот факт выполнением АПК с захватом 2-3 мм здоровых тканей и методичной многократной коагуляцией неоплазии и посткоагуляционной язвы во время всех последующих этапов АПК в режиме фульгурации.

Выводы: АПК является безопасным и эффективным методом лечения стелющихся образований толстой кишки типа LST при отсутствии инвазии в подслизистый слой и позволяет выполнять АПК значительных по площади образований ободочной и прямой кишки с распространением до зубчатой линии.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АНГИГРАФИЧЕСКОЙ СЕМИОТИКИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Захарченко А.А., Винник Ю.С., Галкин Е.В., Штоппель А.Э., Кузнецов М.Н.

ГОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет, им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Росздрава", кафедра общей хирургии, Красноярск, Россия

Цель: Изучить ангиологические симптомы рака прямой кишки (РПК) и определить возможность программы локальной эндovasкулярной радиомодификации при комбинированном лечении.

Материалы и методы: Анализ подвергнуты ангиограммы бассейна верхней ректальной артерии (ВРА) у 90 больных, которые были оперированы в Университетском центре колопроктологии КрасГМУ по поводу рака прямой кишки. 81 больному РПК после диагностической ангиографии проведено комбинированное лечение: неoadвантантная локальная эндovasкулярная перфузия радиомодификатора (метронидазол) в опухоль и окклюзия кровотока в бассейне ВРА. При нижнеампулярной локализации – дополнительная перфузия метронидазола через внутренние подвздошные артерии. Через 1,5-2 часа пациентам проводили сеанс лучевой терапии РОД 10 или 13 Гр. Операцию выполняли в течение 20-24 часов после облучения.

Результаты: РПК сопровождался изменениями как внутри-, так и внеорганных артерий ПК, выявляемых при ангиографии. Наличие в зоне поражения патологических сосудов являлось прямым ангиографическим признаком злокачественности опухоли. Эти сосуды были многочисленны, имели неравномерный просвет и необычное расположение, образовывали причудливую сеть. Патологические сосуды – либо извиты, либо, наоборот, вытянуты, выпрямлены, веретенообразно и мешотчато расширены. Их разветвления – беспорядочны, хаотичны. Вторым ангиографическим симптомом РПК являлась инфильтрация стенок артерий. При прорастании артерий опухолью был виден краевой дефект. Если краевое прорастание происходило на значительном протяжении, наблюдалась "зазубренность" и нечеткость контура сосуда. При полном прорастании артерии опухолью определялся симптом "культи". Гиперваскуляризация и скопление контрастного вещества в опухоли были обусловлены увеличением числа артерий в самой опухоли и наличием мелких некрозов в толще опухолевого узла. В тесной взаимосвязи с этим находился симптом "накопления контрастного вещества" – депонирования. Водорастворимые контрастные вещества удерживались в нормальных тканях в течение 2-3 секунд, в перифокальных воспалительных тканях – до 15-16 секунд, а в ткани опухоли – 20-30 секунд. Скопление контрастного вещества на ангиограммах имело вид "лужицы" или "озерца". Пропитывание опухоли контрастным веществом в капиллярной фазе позволяло уточнить размеры опухоли и ее форму. Аvasкулярная зона – результат сдавления, инфильтрации или тромбоза артерий под влиянием опухолевого процесса. Как правило, в аваскулярной зоне обнаруживались множественные "культи" артерий. Симптом раннего венозного сброса был обусловлен компенсаторным раскрытием артерио-венозных анастомозов.

Заключение: Установленные особенности кровоснабжения злокачественных опухолей ПК, являются основой для клинического применения методов сочетанного воздействия как на периферические, хорошо кровоснабжаемые отделы опухоли, так и на центральные (аноксичные) участки. Обилие сосудов вокруг очага злокачественного роста способствует миграции активных жизнеспособных клеток опухоли в окружающие ткани и распространению метастазов как лимфогенным, так и гематогенным путем.

Основные усилия в комбинированном лечении больных РПК должны быть направлены, прежде всего, именно на эту зону и проводиться до хирургического вмешательства на ПК (в неoadвантантном режиме). Решить задачу позволяет программа локальной эндovasкулярной радиомодификации (создание депо метронидазола в опухоли), блокада периферического кровоснабжения опухоли (окклюзия кровотока) и высокодозная лучевая терапия (РОД 10 или 13 Гр).

РОЛЬ РЕНТГЕНОАТОМИИ НИЖНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Захарченко А.А., Винник Ю.С., Галкин Е.В., Штоппель А.Э., Кузнецов М.Н.

ГОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет, им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Росздрава", кафедра общей хирургии, Красноярск, Россия

Цель: Изучить рентгеноанатомию нижней брыжеечной артерии (НБА) и определить ее роль в планировании реконструктивно-восстановительного этапа при операциях по поводу рака прямой кишки (РПК).

Материалы и методы: Анализ подвергнуты ангиограммы бассейна НБА у 90 больных, которые были оперированы в Университетском центре колопроктологии КрасГМУ по поводу рака прямой кишки. По данным ангиографии оценивали тип ветвления НБА, выраженность аркадной сети, учитывали следующие параметры: уровень отхождения от аорты, диаметр, расстояние от устья до места отхождения левой ободочной артерии, тип строения (магистральный или рассыпной), наличие анастомозов с другими артериальными системами.

Результаты: НБА отходила от левой передней полуокружности аорты на уровне нижней трети LIII позвонка в 77,8% случаях, на уровне середины тела третьего поясничного позвонка – в 6,7%, на уровне верхней трети LIII позвонка – в 5,6%, на уровне диска LIII-LIV – в 8,8% и в 1,1% – на уровне верхней трети LIV. Диаметр НБА колебался в пределах – от 0,25 см до 0,5 см и в среднем равнялся 0,34±0,12 см. Первая ветвь НБА – левая ободочная артерия отходила на расстоянии 1,14-3,0 см (1,92±0,71 см) от ее начала и у 87 (96,7%) больных направлялась круто вверх к левому изгибу ободочной кишки (ОК). Сигмовидные артерии в количестве 2-3-х отходили как от основного ствола НБА, так и от левой ободочной артерии, создавая аркадную сеть вдоль левых отделов ОК. Прямым продолжением НБА после отхождения сигмовидных артерий являлась верхняя ректальная артерия (ВРА). Такой тип деления НБА (магистральный) наблюдали у 69 (76,7%) пациентов. Рассыпной тип деления зарегистрирован у 21 (23,3%) больного – при первом делении НБА возникло три и более ветви, которые отходили на одном уровне с устьем левой ободочной артерии (сигмовидные артерии и ВРА).

Полученные ангиографические данные у больных с РПК позволяли с большой долей вероятности предположить возможность низведения левых отделов ОК в полость таза. Магистральный тип строения НБА с выраженной краевой артерией являлся наиболее благоприятным анатомическим вариантом. Такое строение сосудистого бассейна брыжейки левых отделов ободочной кишки служило основанием для выполнения первичного реконструктивно-восстановительного этапа операции при удалении прямой кишки и гарантии из свободного низведения в полость таза как сигмовидной, так и нисходящей ободочной кишки. При рассыпном типе строения НБА с невыраженной краевой артерией адекватность кровоснабжения левых отделов ободочной кишки (пригодных для низведения в полость таза) сомнительна. В такой ситуации, во избежание некроза колотрансплантата из левых отделов ободочной кишки, требовалась мобилизация проксимальных ее отделов (поперечно-ободочного и восходящего). Низведение их в полость таза было возможно только через "окно" в брыжейке подвздошной кишки (а не вокруг связки Трейца), что требовало дополнительных манипуляций в брюшной полости и удлиняло время операции.

Заключение: Исследование ангиоархитектоники бассейна НБА на диагностическом этапе позволяет адекватно оценить не только выраженность аркадных артерий разного порядка, краевого сосуда левой половины ободочной кишки, связь НБА с другими артериальными системами, но и, во время паренхиматозной фазы, получить представление о внутривисцеральном кровоснабжении сегмента низводимой ободочной кишки. Диагностическая мезентерикография НБА позволяет планировать возможность первичного реконструктивно-восстановительного этапа при операциях по поводу рака прямой кишки (низведения левых отделов ободочной кишки в полость таза, формирования толстокишечного резервуара и гладкомышечного жома).

ВАРИАНТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Захарченко А.А.¹, Винник Ю.С.¹, Дыхно Ю.А.², Штоппель А.Э.¹, Кузнецов М.Н.¹

ГОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Росздрава", 1 кафедра общей хирургии, 2 кафедра онкологии, Красноярск, Россия

Цель: Определить тактические варианты комплексного лечения больных с метастазами колоректального рака в печени (мКРР), оценить их клиническую эффективность.

Материалы и методы: В Университетском центре колопроктологии КрасГМУ с 2005 по 2010 год на лечении находилось 76 пациентов с метастазами колоректального рака в печени. В исследование включено 58 больных (76,3%). Возраст пациентов варьировал от 40 до 65 лет. Общее состояние по шкале ECOG соответствовало 0-2 балла. Стадии метастатического процесса по Gennari – II-III. Синхронное поражение печени диагностировано у 23 (39,7%) пациентов, метакронное – у 35 (60,3%).

Лечебную тактику определяли с учетом следующих принципов: 1 – пациенты с мКРР в печени являются потенциально курабельными, 2 – максимальное использование современных возможностей комплексного лечения: эндоваскулярной регионарной / системной химиотерапии (СХТ) в неoadъювантном / адъювантном режиме в сочетании радиочастотными бескровными вмешательствами на печени (РЧ абляциями метастазов / резекциями печени).

Вариант I (синхронные мКРР): при лобарном поражении печени (11 пациентов) удаляли первичную опухоль толстой кишки с одномоментной РЧ резекцией печени. При билобарном поражении печени в объеме до 50% (8 больных) удаляли первичную опухоль с одномоментной РЧ абляцией / резекцией метастазов. При билобарном поражении в объеме более 50% (4 пациента) на первом этапе удаляли первичную опухоль, на втором – на 10 сутки послеоперационного периода выполняли химиоэмболизацию печеночных артерий (ХЭМ ПА, 5-ФУ, 2000 мг на липиодоле / PVA 500, окклюзия печеночных артерий спиралью Гиантурко / гемостатической губкой).

Вариант II (метахронные мКРР): при лобарном и билобарном поражении печени (25 пациентов) в объеме до 50% выполняли неoadъювантную ХЭМ ПА (5-ФУ, 2000 мг на липиодоле / PVA 500 с окклюзией печеночных артерий). Далее проводили СХТ кселодой (2000 мг/м², 2 цикла). После чего пациентов оперировали: РЧ резекция печени / абляция метастазов. При билобарном поражении печени (10 больных) в объеме более 50% методом выбора была ХЭМ ПА в монорежиме. Все пациенты (58) в дальнейшем получали адъювантную СХТ (до 8 циклов): либо кселодой (2500 мг/м²), либо в режиме ХЕЛОХ (оксалиплатин – 130 мг/м², кселода – 2000 мг/м²) ± Авастин (7,5 мг/кг). РЧ вмешательства на печени проводили с помощью генератора “Cool-tip® RF Ablation System” по методике Mišević, используя электрод как диссектор.

Результаты: Отдаленные результаты прослежены у 53 пациентов (91,4%). Регресс и стабилизация метастатического процесса в печени (24 месяца) отмечена в 58,5% случаев (31/53). 12 месяцев прожили 49 пациентов (92,4%) с прогрессированием процесса у 6 (12,2%), 24 месяца – 40 больных (75,5%) с прогрессированием у 12 (30,0%). Общая трехлетняя выживаемость составила 62,3% с прогрессированием у 11 пациентов (33,3%). Наиболее благоприятные результаты отмечены в группе больных с последовательно-сочетанным применением неoadъювантной ХЭМ ПА (5-ФУ), системной химиотерапии (Кселода / ХЕЛОХ ± Авастин) и РЧ вмешательства на печени (абляция / резекция). Общая трехлетняя выживаемость в этой группе составила 72,0% (18/25). Регресс отмечен у 6 (33,3%) пациентов, стабилизация – у 10 (55,6%).

Заключение: Различные варианты современного комплексного лечения больных с метастазами колоректального рака в печени, особенно с последовательно-сочетанным использованием эндоваскулярных и радиочастотных вмешательств, являются сравнительно безопасными и эффективными, при условии их проведения в специализированных онкологических и колопроктологических стационарах.

ЗНАЧИМОСТЬ ИММУНОФЕРМЕНТНЫХ КОПРО-ТЕСТОВ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Зенкина Е.Н.¹, Сергеева И.С.¹, Маршутин Н.В.¹, Чернышов С.В.², Шельгин Ю.А.², Веселов А.В.²

¹ ФГУ «МНИОИ им. П.Л.Герцена» Минздравсоцразвития России, ² ФГУ «ГНЦ Колопроктологии» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Колоректальный рак (КРР) представляет из себя сложную проблему для мировой онкологии. В мире каждый год диагностируется около 1 млн. новых случаев колоректального рака и около половины пациентов погибают от данного заболевания ежегодно. Первичная запущенность колоректального рака (КРР) и его высокая распространенность заставляют искать методы скринингового типа для его активного выявления. Традиционно к таким методам относится бензидиновая проба на скрытую кровь в кале (ГОВТ). Тем не менее, он обладает рядом признанных недостатков.

Цель: Оценка диагностической чувствительности трех новых иммуноферментных копро-тестов, выявляющих в кале гемоглобин человека (hHb), комплекс гемоглобина человека с гаптоглобином (hHb/Нр), а также опухолевую форму пируваткиназы (fTи M2-РК) в отношении КРР, а также других заболеваний ободочной и прямой кишки.

Материалы и методы: Иммуноферментным методом было исследовано содержание hHb в образцах кала 95 первичных больных КРР, 17 пациентов с полипами ободочной кишки (ПК) и 48 условно здоровых добровольцев (доноров). Использованы следующие дискриминационные уровни (ДУ): hHb – 2,0 мкг/мл, hHb/Нр – 2,0 мкг/мл – рекомендованный фирмой-производителем и 0,5 мкг/мл – вычисленный и предлагаемый нами, fTи M2-РК – 4,0 ед/мл.

Результаты: Средняя концентрация hHb у больных КРР в ~ 20 раз превышала таковую у больных с ПК и была в ~ 150 раз выше, чем у доноров (105,2±32,8 мкг/мл, 5ДН2,8 мкг/мл, и 0,7±0,1 мкг/мл соответственно). При ДУ>2,0 мкг/мл доля случаев повышения hHb у больных КРР, ПК и доноров составила 88,4%, 23,5% и 6,3%, соответственно. Средние значения hHb/Нр в этих группах составили: при КРР – 40,6±10,7 мкг/мл; у больных с ПК – 1,0±0,7 мкг/мл и у доноров – 0,1±0,1 мкг/мл. При ДУ>2,0 мкг/мл (hHb/Нр) доля случаев его превышения у больных КРР, ПК и доноров составила 76,8%, 11,8% и 0%. Снижение ДУ (hHb/Нр) до 0,5 мкг/мл привело к увеличению чувствительности метода в отношении КРР (с 76,8% до 87,4%) при незначительной потере специфичности (со 100% до 98%). Средние уровни fTи M2-РК наиболее высокими оказались у пациентов с КРР (79,8±17,4 ед/мл) и незначительно превышали ДУ при полипах (4,3±1,4 ед/мл) и не превосходили норму у доноров (1,7±0,3 ед/

мл). Доля случаев превышения ДУ fTи M2-РК у больных КРР, ПК и у доноров составила 78,8%, 29,4% и 17,9%, соответственно.

Заключение: Иммуноферментные копро-тесты, выявляющие в кале hHb, hHb/Нр и fTи M2-РК, перспективны для активного выявления больных КРР, полипами ободочной кишки. Вместе с тем, при позитивных результатах хотя бы одного из копро-тестов необходимо дообследование всех отделов толстой кишки.

ЭФФЕКТЫ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Ивановский С.О., Набатова О.С.

Красная клиническая больница №1, Краснодар, Россия, Ростовский научно-исследовательский институт Росздора, Ростов-на-Дону, Россия

В основу исследования положены данные о 136 больных (76 больных основной и 60 – контрольной групп) старше 60 лет, впервые прооперированных по поводу колоректального рака I, II и III стадии. Исследования и лечение больных основной и контрольной групп проводились в Краснодарском клиническом госпитале для ветеранов войн, Российском центре функциональной хирургической гастроэнтерологии г. Краснодар; в краевой клинической больнице г. Краснодар в период с 2000 по 2006 г.

В основную группу наблюдаемых больных вошли 76 (100%) больных колоректальным раком старше 60 лет, которые получили курс неoadъювантной лимфотропной химиотерапии, а так же у которых была проведена по определенной схеме предоперационная профилактика послеоперационных осложнений.

Из 76 больных колоректальным раком основной группы у 56 (73,7%) была опухоль прямой кишки, 20 больных (26,3%) имели опухоль ободочной кишки. Длительность анамнеза у больных, поступивших в плановом порядке, от момента появления первых клинических симптомов до момента операции колебалась в пределах от 1 месяца до 1,5 лет, и составила в среднем 7,7 месяцев в группе. У 11 (14,4%) больных опухоль толстой кишки явилась случайной находкой во время стационарного обследования по поводу какого-либо другого заболевания.

Из 60 больных колоректальным раком контрольной группы 45 (75%) имели опухоль прямой кишки, у 15 больных (25%) обнаружен рак ободочной кишки. Длительность анамнеза у больных, поступивших в плановом порядке, от момента появления первых клинических симптомов до момента операции так же колебалась в пределах от 1 месяца до 1 года, и составила в среднем 6,2 месяцев в группе. Больным основной группы проведена неoadъювантная лимфотропная химиотерапия и хирургическое лечение, контрольной – только хирургическое.

Из 76 (100%) больных основной группы у 38 (50%) больных наблюдалась регрессия опухоли до 50%, у 6-ти больных (7,9%) регрессия опухоли составила более 50%, у 32 больных (42,1%) размеры опухоли остались без изменения, полной резорбции не отмечено ни у одного больного. Таким образом, из 76 (100%) больных основной группы у 44 (57,9%) отмечалась регрессия опухоли разной степени выраженности (p<0,05).

Наиболее выраженная регрессия опухоли отмечалась у больных со схемой химиотерапии 5-ФУ + метотрекат, но для этой схемы вместе с выраженным лечебным цитотоксическим воздействием на опухоль, так же наблюдались более тяжелые побочные эффекты химиотерапии в частности тяжелая нейтро- и тромбоцитопения. Что обусловило переход на менее токсическую схему для лимфотропной полихимиотерапии 5-фторурацил/лейковорин.

При выполнении 76 больным основной группы курса неoadъювантной лимфотропной химиотерапии, был выявлен ряд осложнений, связанных с общим и местным цитотоксическим действием химиопрепаратов.

Побочные реакции, связанные с общетоксическим воздействием цитостатиков отмечались у 16 (21% n=76) больных, из них 9 (15%, n=60) больных получили лечение по схеме 5-фторурацил/лейковорин, 6 (66,7%, n=9) больных – по схеме 5-фторурацил/метотрекат, и 1 (14,3%, n=7) больной – монохимиотерапию 5-фторурацил.

После неoadъювантной лимфотропной химиотерапии лечебный патоморфоз опухоли представлен достоверным сокращением площади паренхимы опухоли с 66±3 до 49±4% (p<0,001), обрастанием соединительной тканью сохранившихся участков опухоли в виде их инкапсуляции, что позволяет провести хирургическое вмешательство в более абластических условиях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Игнатев В.Г., Михайлова В.М., Дягилова Т.С., Кривошапкина Л.А., Холтосунов И.А., Никифоров А.Ю.

Отделение колопроктологии, Республиканская больница №2 – Центр экстренной медицинской помощи, Якутск, Россия

За последние 5 лет с 2006г. по 2010г. в отделение колопроктологии Республики Саха (Якутия) РБ№2 – ЦЭМП пролечились 103 больных с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. Средний возраст при этом составил 62,5 лет. Мужчин – 46 (44,7%), женщин – 57 (55,3%). Большинство больных (98%) госпитализировались свыше 48 часов. У 60% больных имелись различные сопутствующие заболевания (ише-

мическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хронические заболевания легких).

У 27 (26,2%) пациентов имелась опухоль сигмовидной кишки, в 24 (23,3%) случаях опухоль прямой кишки, у 23 (22,3%) больных опухоль нисходящего отдела толстой кишки, у 17 (16,5%) – опухоль восходящего отдела толстой кишки, у 10 (9,7%) – опухоль поперечно-ободочной кишки, первично-множественное синхронное поражение ободочной кишки – у 1 (0,97%) пациента и в одном случае (0,97%) – первично-множественное асинхронное поражение.

Степень выраженности клинической и рентгенологической картины кишечной непроходимости, а также наличие симптомов перитонита определяли сроки и объем предоперационной подготовки, и объем оперативного вмешательства.

В 77 (74,7%) случаях больные были оперированы в первые часы после поступления, 12 (11,6%) больных до 2 суток. До 3 суток были оперированы 5 (4,8%) больных, до 4 суток и более 9 (8,7%).

Объем операции определялся степенью выраженности патологического процесса, наличием осложнений (перфорация, перитонит, прорастание в окружающие органы). Основным методом операции в экстренном порядке было удаление опухоли с выведением стомы.

Послеоперационные осложнения в экстренных случаях развились у 28 (27%) больных: у 7 непроходимость кишечника на ранних сроках послеоперационного периода, у 17 диагностирован продолжающийся перитонит, у 4 больных наблюдался некроз стомы.

Летальный исход был в 5 (4,8%) случаях. У 58 (56,3%) больных в дальнейшем была проведена реконструктивно-восстановительная операция. Таким образом, основным методом лечения больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью в различных ее отделах является радикальный метод удаления образования с выведением колостомы при оказании экстренной помощи.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСОПУХОЛЕВОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Ищенко В.Н., Киселев А.Ю., Но-Kyung Chun, Матюшкин И.И.

ГОУ ВПО Владивостокский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной хирургии, ГКБ№4, Владивосток, Россия, Samsung Medical Center, Seoul

С развитием эндоскопической техники, появилась возможность применения методик малоинвазивного лечения острой кишечной непроходимости. На сегодняшний день недостаточно изучены варианты хирургической тактики при обтурационной кишечной непроходимости в связи с небольшим количеством клинического материала.

Цель: оценить возможность применения трансопухолевого стентирования при любой локализации обструкции у пациентов с острой кишечной непроходимостью.

Материалы и методы: В основу работы положен анализа 102 пациентов с острой кишечной непроходимостью, наблюдавшихся нами за период с 2002 по 2009 гг. в Центре изучения колоректального рака Samsung Medical Center (SMC) г. Сеул (респ. Южная Корея). В данную группу вошли пациента с предварительным купированием явлений непроходимости методом трансопухолевого стентирования.

Средний возраст пациентов имел значение $65,37 \pm 13,1$ года. В 68 ($66,67 \pm 0,046\%$) случаях ОКН наблюдалась в стадии декомпенсации. В большинстве случаев опухоль локализовалась в сигмовидной кишке ($54,9 \pm 0,04\%$ случаев). Проксимальные формы (слепая кишка; восходящий отдел; печеночный изгиб) наблюдались в $5,9 \pm 0,28\%$ случаях. После обследования и установления диагноза ОКН всем больным проводилась консервативная терапия с последующим трансопухолевым стентированием в условиях рентген-операционной, независимо от отдела кишки и уровня обструкции с последующей соответствующей радикальной операцией через 7-10 дней.

Результаты: Анализируя данные лечения, выявлено следующее. Основным объемом выполненных операций составили одномоментные радикальные вмешательства с наложением анастомоза – передняя резекция прямой кишки в 39 (38,2%) случаях, низкая передняя резекция у 19 (18,6%) пациентов, левосторонняя гемиколэктомия – 10 (9,8%) случаев, правосторонняя гемиколэктомия – 4 (3,9%). В среднем через 12,6 дня после стентирования кишечника выполнялась радикальная операция. Осложнения после проведения трансопухолевого стентирования отмечались в виде обтурация стента каловыми массами у 9 (8,7%) пациентов и миграции стента у 6 (5,8%) больных. Данные осложнения легко устранялись повторным вмешательством и не утяжеляют состояние пациента. Случаев перфорации не наблюдалось. Технических трудностей при выполнении стентирования как левых, так и правых отделов также не отмечалось. Среди осложнений после радикальных вмешательств наблюдались ранняя спаечная кишечная непроходимость у 3 (2,9%) пациентов, в 2 (1,9%) случаях отмечалось нагноение послеоперационной раны, у 1 (0,98%) больного – подкожная эвентрация и 1 (0,98%) случай формирования кишечного свища. Все случаи послеоперационных осложнений возникли в раннем послеоперационном периоде. После проведения хирургических вмешательств смертных случаев не отмечено.

Выводы: Трансопухоловое стентирование для купирования явлений острой кишечной непроходимости у пациентов с любой локализацией обструкции с последующей выполнением радикального вмешательства является оптимальной хирургической тактикой при острой кишечной

непроходимость обтурационного генеза.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Каланов Р.Г., Каланова А.П., Хасанов С.Р., Васильков А.Ю., Максимов В.И., Канбеков Р.З., Губин Д.С.

Республиканская клиническая больница им. Г.Г.Куватова, Уфа, Россия

Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки обычно выполняется при расположении опухоли на 5 см от зубчатой линии. Но в последние годы такая тактика не всеми онкологами-колопроктологами воспринимается однозначно. Данный вопрос стал предметом обсуждения о возможностях проведения сфинктеросохраняющих оперативных вмешательств, особенно если рост опухоли носит экзофитный характер. **Цель:** улучшить непосредственные и функциональные результаты лечения рака нижнеампулярного отдела прямой кишки; сократить количество операций, приводящих к стойкой инвалидизации больных.

С 2008 по 2011 г. в центре колопроктологии Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова было прооперировано 27 больных колоректальным раком, которым выполнена низкая брюшно-анальная резекция прямой кишки с использованием аппаратного или ручного анастомозов. Под низкой резекцией прямой кишки подразумевается пересечение прямой кишки на таком уровне, при котором культя ее лишится кровоснабжения как из верхней, так и обеих средних прямокишечных артерий. Все эти операции включают в себя выполнение мезоректумэктомии, что обеспечивает достаточный радикализм оперативного пособия, влияющего на выживаемость больных. Из числа оперированных больных опухоли имели экзофитный рост, отдаленные метастазы отсутствовали. Гистологическая структура опухоли во всех случаях – аденокарцинома различной степени дифференцировки. Оперативные вмешательства проходили в штатном режиме и стандартном объеме. В послеоперационном периоде отмечено несостоятельность анастомоза у 3 больных. В одном случае проведена повторная операция в объеме трансверзостомии и дренирования полости малого таза, а в 2 случаях несостоятельность анастомоза протекала без угрозы для жизни больного, преимущественно в виде свищей, функционирующих в зоне дренажного канала, которые в дальнейшем закрылись самостоятельно. В отдаленном периоде через 1,5 года у одного пациента выявлен местный рецидив, который в дальнейшем перенес брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки.

Таким образом, на основании небольших наблюдений, можно сделать вывод, что, несмотря на технические трудности, выполнение «низких» резекций прямой кишки и мезоректумэктомии оправданы, такой объем операции не приводит к увеличению послеоперационных осложнений, но обеспечивает больший радикализм, дает возможность сократить число операций, приводящих к инвалидизации.

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Каланов Р.Г., Хасанов С.Р., Каланова А.П., Булгаков А.В., Канбеков Р.З., Васильков А.Ю., Губин Д.С.

Республиканская клиническая больница им. Г.Г.Куватова, Уфа, Россия

Колоректальный рак в настоящее время одна из наиболее часто встречающихся форм злокачественных опухолей, опережающая по темпам роста другие новообразования и занимающая 1-2 место в структуре онкозаболеваний. Параллельно с ростом заболеваемости раком толстой кишки растет и количество первично-множественных форм колоректального рака. Одним из основных форм повышения эффективности лечения этой группы больных является тщательное обследование и выполнение расширенных оперативных пособий.

Проанализировав истории болезни 63 больных, оперированных по поводу колоректального рака, первично-множественные опухоли выявлены у 14 пациентов (22,2%). Причем у 8 человек был выявлен синхронный, а у 5 – метакхронный рак. Сроки выявления опухолей при метакхронном раке варьировали от 2 до 3 лет. В диагностике метакхронных опухолей толстой кишки наряду с рентгенологическими и эндоскопическими методами обследования большую роль играют онкомаркеры, особенно РЭА, Са 19-9 и Са-242.

Из анализируемой группы больных у 10 выявили мультицентричные формы роста опухоли толстой кишки, у 2 больных – синхронно рак ободочной кишки и опухоль желудка, у 2 пациенток – опухоли толстой кишки с локализацией второй опухоли в матке.

Всего у 14 больных выявили 32 опухоли толстой кишки. Чаще всего опухоли выявляли в сигмовидной и прямой кишок. Гистологическая структура злокачественных новообразований была аденокарцинома различной степени дифференцировки. Все больные были подвергнуты оперативному методу лечения и во всех случаях оперативные вмешательства выполнялись с учетом онкологических принципов. Выполнено – расширенные гемиколэктомии слева – 4, передние резекции – 3, гемиколэктомии справа – 3, брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмы и субтотальная резекция желудка – 1, гемиколэктомия справа и экстирпация матки с придатками – 2, резекция поперечно-ободочной кишки – 1. Летальных случаев не было.

Хирургическое лечение первично-множественных опухолей должно включать в себя органосохраняющие радикальные операции

(с обязательным соблюдением всех онкологических принципов). Химиотерапевтическое и лучевое лечение назначается по показаниям. При подозрении на наличие мультицентричного синхронного рака желудочно-кишечного тракта необходимо тщательное до- и интраоперационное обследование в целях исключения такого рода патологии. В отдаленные сроки больные должны находиться под наблюдением онколога и регулярно проходить обследование для исключения метастатических опухолей.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Каланов Р.Г., Хасанов С.Р., Каланова А.П., Максимов В.И., Булгаков А.В., Канбеков Р.З., Васильков А.Ю., Губин Д.С., Мушарпов Д.Р.

Республиканская клиническая больница им. Г.Г.Куватова, Уфа, Россия

Местнораспространенные формы рака прямой кишки представляют серьезную проблему в современной колопроктологии. Широкое внедрение новых технологий в хирургическую практику, успехи в области анестезиологии и реаниматологии позволяют выполнять комбинированные и расширенные оперативные вмешательства при осложненных формах рака толстой кишки, особенно при местно-распространенных формах рака прямой кишки. По данным отечественных и зарубежных авторов 5-летняя выживаемость после выполнения подобных комбинированных операций при колоректальном раке доходит до 53%.

Цель: Показать целесообразность выполнения комбинированных и сочетанных оперативных вмешательств при местно-распространенных формах рака толстой кишки.

В нашем сообщении приводятся результаты комбинированного лечения 21 больного местно-распространенным раком прямой кишки, выполненных в условиях Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова в период с 2008 по 2011 годы. Возраст больных, перенесших оперативные вмешательства, колебался в пределах 50-82 лет. По локализации опухоли занимали все отделы прямой кишки. Во всех случаях в опухолевый процесс были вовлечены: мочевой пузырь – 6 случаев, матка с придатками – 6, мочеточник – 8, петли тощей и подвздошной кишок – 3, передняя брюшная стенка – 1. Во всех случаях операции на прямой кишке выполнялись в объеме резекции по Гартману в связи сомнительной радикальностью. Помимо резекции прямой кишки дополнительно резецированы и экстирпированы различные органы и ткани брюшной полости и малого таза, вовлеченные в опухолевый процесс.

При гистологическом исследовании операционных препаратов у 18 пациентов выявлена аденокарцинома различной степени дифференцировки и в 3 случаях была воспалительная опухоль. В послеоперационном периоде умер один пациент. Причиной летального случая послужила послеоперационная острая сердечно-легочная недостаточность. В настоящее время прослежены 14 больных, при контрольном обследовании которых признаков метастазирования и рецидивирования не выявлено.

В плане комбинированного лечения 16 больных получили послеоперационную лучевую терапию и проводилась адъювантная полихимиотерапия 4-5 курсов по общепринятой схеме.

Таким образом, полученные результаты комбинированного лечения данной категории больных свидетельствуют о необходимости и об оправданности такого подхода и требуют от врача-хирурга соблюдения принципов разумного радикализма.

РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ НА ФОНЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Кашников В.Н., Халиф И.Л., Головенко О.В., Болихов К.В., Гусев А.В.

ФГУ Государственный Научный Центр Колопроктологии Минздрава России, Москва, Россия

Цель: Изучить особенности развития и течения рака толстой кишки (РТК) у пациентов с язвенным колитом (ЯК).

Материалы и методы: у 39 пациентов (2,23%) из 1743 больных с ЯК, проходивших лечение в ГИЦК в период с 1989 по 2010 гг. был диагностирован РТК. Из них мужчин 19 (48,72%) человек, женщин – 20 (51,28%), в возрасте от 21 до 81 лет.

Результаты: диагноз ЯК установлен в возрасте: до 10 лет у 2 (5,12%) пациентов, 11-20 лет у 9 (23,07%) пациентов, 21-30 лет у 15 (38,46%) пациентов, 31-40 лет у 4 (10,25%) пациентов, 41-50 лет у 5 (12,82%) больных, 51 год и старше у 4 (10,25%) пациентов.

Тотальное поражение толстой кишки было у 31 (79,6%) пациента, левостороннее у 4 (10,2%), проктит у 4 (10,2%). Хроническое непрерывное течение – 8 (20,4%) больных, хроническое рецидивирующее течение – у 31 (79,6%) пациента. Гормонозависимая форма выявлена во всех 39 случаях.

Длительность анамнеза ЯК на момент диагностики РТК составила: до 5 лет – 3 (7,69%) пациента, 6-10 лет – 7 (17,94%) больных, 11-15 лет – 10 (25,64%), 16-20 лет – 6 (15,38%), 21-25 лет – 4 (10,25%), 26-30 лет – 7 (17,94%), 31-35 лет – 2 (5,12%).

При анализе длительности анамнеза ЯК, выявлено, что РТК чаще выявляется у больных длительность анамнеза которых составляет 11-15 лет – 10 пациентов (25,64%) и 26-30 лет – 7 пациентов (17,94%) пациентов.

У 18 (35%) пациентов опухоль локализовалась в прямой кишке: верхнеампулярный отдел – 8 больных (48%), среднеампулярный отдел – 7

пациентов (39%) и в нижнеампулярном отделе у 3 пациентов (13%). У 8 (15%) и 7 (14%) пациентов опухоль располагалась в слепой и сигмовидной кишке. В восходящей ободочной, левом изгибе поперечноободочной и нисходящей ободочной кишке РТК выявлен у 5 (10%) пациентов соответственно. У 1 (2%) пациента РТК локализовался в правом изгибе поперечноободочной и у 2 (4%) больных в поперечно ободочной кишке. У 8 пациентов (20,51%) РТК носил характер первично-множественного процесса, до 5 опухолей в различных отделах толстой кишки с локализацией в восходящей ободочной кишке, правом изгибе, поперечно-ободочной, сигмовидная кишка и прямой кишке в стадии T4N0M0.

В 17 (44%) случаях из 39 наблюдалась умеренная дисплазия эпителия кишки, 16 (41%) – значительная дисплазия и в 6 (15%) случаях признаков дисплазии эпителия не выявлено. У 21 (53,84%) пациента структура опухоли носила характер умереннодифференцированной аденокарциномы, по 5 (12,82%) больных имели слизистую и мало дифференцированную аденокарциному, 6 (15,38%) – хорошо дифференцированную аденокарциному. По классификации TNM опухоль в стадии T4 составила 26 (66,65%) пациентов, T3 – 12 (30,73%), T2 – 1 (2,52%); N0 – 32 (82,05%), N+ – 7 (17,95%). В 7 (17,94%) препаратах обнаружены метастазы в лимфатических узлах.

Выживаемость в течение 1 года после операции составила 92,3% (36 пациентов), в течении 5 лет – 80,5% (29 больных).

Выводы: Таким образом, у больных ЯК с РТК чаще отмечается тотальное поражение толстой кишки, хроническое рецидивирующее течение, гормонозависимая форма. При этом средняя продолжительность ремиссии составляла не более 1-2 лет. Наиболее чаще РТК развивался у больных с длительностью анамнеза от 11-15 лет и 26-30 лет.

Риск развития РТК значительно увеличивается у пациентов с длительностью ЯК более 6 лет и наличием дисплазии эпителия кишки. При этом в большинстве случаев, 21 пациент (54%), опухоль представлена умереннодифференцированной аденокарциномой в стадии T4.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИОЧАСТОТНОЙ АППАРАТУРЫ

Кашников В.Н., Шельгин Ю.А., Рыбков Е.Г., Лавриненко А.В.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздрава России, Москва, Россия

Резекция печени – единственный метод радикального лечения при метастазах колоректального рака (КРР). Резекции печени сопряжены с кровопотерей и высоким уровнем послеоперационных осложнений, что является лимитирующим фактором для такого рода операций. С целью оценки непосредственных и отдаленных результатов атипичной резекции печени по поводу изолированных метастазов КРР с применением радиочастотной аппаратуры предпринято проспективное исследование.

Материалы и методы: С 2006 г. по 2010 г. 55 больным с изолированными метастазами КРР в печень произведена атипичная резекция печени, с использованием радиочастотного генератора 1500X Rita Medical Systems оснащенного электродом Habib TM 4X. Средний возраст составил 56±10,0 (23-78) лет, при этом количество мужчин составило 31 (56,4%), женщин 24 (43,6%). У подавляющего большинства пациентов 38 (69,1%) первичная опухоль располагалась в прямой кишке. Синхронные резекции выполнены в 46 (83,6%) случаях, метастатические – в 9 (16,4%). Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилась системная химиотерапия XELOX.

Результаты: Максимальный размер удаленных метастазов составил 5,0 см, медиана 2,0±1,0 см. Всем пациентам произведена R0 резекция прямой и ободочной кишки по поводу первичной опухоли. При выполнении сегментарной резекции печени средняя кровопотеря составила 50,0±63,0 мл, а при выполнении бисегментарной резекции составила 45,0±51,0 мл. Минимальная граница резекции составила – 0,9 (0,5-1,6) см. Послеоперационной летальности не было. Послеоперационные осложнения возникли у 3 (6,1%) пациентов. В одном наблюдении (симплектичная резекция печени) развилась билема, в двух других (отсроченные резекции печени) возникли поддиафрагмальный абсцесс и гематома в области резекции печени.

Признаки возврата заболевания обнаружены у 22 пациентов. У 5 из них на фоне системной химиотерапии достигнута стабилизация процесса, у 7 наблюдается прогрессирование, 15 из них погибло от основного заболевания. Актуальная, общая трехлетняя выживаемость больных после РЧА резекций составила, 70,3±11,7% мес.

Заключение: Метод атипичной радиочастотной резекции печени обеспечивает низкий уровень периоперационных осложнений и кровопотери у больных с изолированными метастазами КРР в печень.

ЦИТОРЕДУКТИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Китаев А.В., Петров В.П., Айрапетян А.Т.,
Шестаков А.А., Родионов Д.А.

ЦВКГ им. А.А.Вишневого, Государственная классическая академия им. Маймонида, ФГМУ «Медицинский центр при Спецстрое России», Москва, Россия

Цель: повышение эффективности хирургического лечения колоректального рака на основе использования интраоперационной внутриполостной гипертермической химиотерапии (ВГХТ).

Основными химиопрепаратами для проведения ВГХТ являются: Элоксатин и Митоминин С (ММС). В послеоперационном периоде ежедневно с 1 до 5 суток проводилась интраперитонеальная химиотерапия 5-ФУ (1 г/м²) с экспозицией раствора от 8 до 12 часов.

Материалы и методы: Всего в исследование включено 239 человек, из них мужчины – 145 человека (60,7%), женщины – 94 человек (39,3%), находившихся на лечении в ЦВКГ им. А.А.Вишневого с июля 1996 года по июль 2006 года по поводу распространенного колоректального рака. Первая исследованная группа – 42 человек (17,6%), которым были проведены радикальные операции с применением метода интраоперационной внутриполостной гипертермической химиотерапии (ВГХТ); Группа II – 64 человека (26,8%), которым были проведены циторедуктивные оперативные вмешательства, также с использованием ВГХТ. Контрольные группы: 67 человек (27,6%), которым были проведены радикальные оперативные вмешательства без применения ВГХТ (группа III), группа IV (циторедуктивные операции без применения ВГХТ) – 66 человек (28,0%). Всего выполнено 138 оперативных вмешательств с применением ВГХТ 106 больным, 17 из них через 6-12 месяцев выполнены повторные циторедуктивные операции с ВГХТ, а 5 из них такие операции проведены трижды.

В ходе наших исследований было установлено, критерием возможности проведения циторедуктивных операций может служить перитонеальный индекс рака (ПИР), критическое его значение не более 27 усл.ед.. На длительность безрецидивного периода и выживаемость влияет степень дифференцировки опухоли и полнота циторедукции (ЦО). При выполнении ЦО без применения ВГХТ оставление видимых очагов опухоли неперспективно. При выполнении ЦО с ВГХТ допустимо оставление канцероматозных узлов размерами до 10 мм.

Послеоперационные осложнения отмечены: I и II гр. у 31 (29,2%) из 106 пациентов, III и IV гр. у 45 (33,8%) из 133 больных. Большинство из них связаны с большой травматичностью оперативных вмешательств. Летальность: I гр. – 2 (4,8%), II гр. – 10 (15,6%), III гр. – 9 (11,8%), IV гр. – 10 (15,2%). Осложнения и летальность не связаны с проведением ВГХТ. Анализ отдаленных результатов лечения показал, что рецидив заболевания диагностирован в различные сроки у 134 человек: I гр. – 17,5% случаев, II – 55,3%, III гр. – 84,7% и IV – 89,3%. Трехлетняя выживаемость: I гр. – 91,9%; II гр. – 71,8%; III и IV гр. – 27,4% и 10,6% соответственно. 5-летняя выживаемость: I гр. – 66,5%, II – 21,9%, в III и IV гр. данные показатели составили 9,7% и 9,1%.

Выводы: 1. Сочетание расширенных операций с проведением интраоперационной внутрибрюшной гипертермической химиотерапии значительно увеличивает выживаемость, безрецидивный период и качество жизни пациентов при местно-распространенном и диссеминированном колоректальном раке.

3. Анализ литературных источников и наш собственный опыт указывают на малую токсичность интраоперационной гипертермической химиотерапии.

4. В послеоперационном периоде мы считаем обязательным проведение системной химиотерапии. У данной категории пациентов обоснованным является применение химиопрепаратов нового поколения (Элоксатин, Кселода, Томудекс).

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОПУХОЛЕВЫХ И МЕЗОТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТКАХ БРЮШИНЫ ПРИ ЛОКАЛЬНОМ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ

Китаев А.В., Петров В.П., Выренков Ю.Е., Шишло В.К.,
Айрапетян А.Т., Быкова А.В.

Российская медицинская академия последипломного обучения РАМН, Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, Государственная классическая академия им. Маймонида, Москва, Россия

Цель: оценить структурные изменения в опухолевых и мезотелиальных клетках брюшины при локальном гипертермическом воздействии с использованием гистохимического и электронно-микроскопического методов.

Одним из механизмов послеоперационного распространения ракового процесса, в том числе канцероматоза брюшины, является имплантация и диссеминация опухолевых клеток по брюшной полости.

Материалы и методы: В исследование включены 25 человек, находившихся на лечении в Центральном военном клиническом госпитале им. А.А.Вишневого МО, которым проводили циторедуктивные операции (ЦО) с внутрибрюшной гипертермической химиотерапией (ВГХТ).

Результаты: Анализ гистологической структуры опухолей показал, что доля аденокарцином составила 89,2%, причем низко-дифференцированные, умеренно- и высоко-дифференцированные аденокарциномы

встречались соответственно в 17,1%, 28,8% и 9,5%. Доля муцинозной карциномы и недифференцированного рака составила 33,8% и 5,4% соответственно. Перстневидноклеточный рак выявлен у 2,7% больных. Для лечения больных с запущенными формами колоректального рака использовали комплексную методику, включающую в себя циторедуктивные операции и (ВГХТ). На основании наших исследований мы установили, что глубина проникновения опухолевых клеток в здоровые ткани зависит от распространенности опухолевого процесса по «этажам» брюшной полости. Сонографические данные показали, что наибольшая глубина пенетрации канцероматозных узлов наблюдается в пилоростральном отделе (≥ 10 мм) и меньшая (≤ 5 мм) – в эпигастральной области. Поэтому, по нашему мнению, перитонеальному в нижнем «этаже» брюшной полости надо проводить обязательно и дополнять ее аорто-подвздошной лимфодиссекцией. При исследовании биопсийного материала отмечено, что при использовании метода ВГХТ площадь паренхимы опухолевых клеток уменьшается, а площадь стромы и некроза увеличивается. Следовательно, после проведения ВГХТ уменьшалась наиболее активная часть канцероматозного узла, и она замещалась соединительной и некротической тканью. Кроме того, ВГХТ практически в 2 раза снижает митотическую активность опухолевой ткани.

Заключение: внутрибрюшная гипертермическая химиотерапия приводит к значительным деструктивным изменениям в опухолевой ткани: уменьшается площадь паренхимы и увеличивается площадь стромы и некроза; снижается митотическая активность; появляются признаки апоптотической дегенерации в ядрах и митохондриях раковых клеток. Митотическая активность клеток опухоли полностью отсутствует на глубине до 3 мм. В более глубоких слоях клеток в 2 раза снижена пролиферативная активность. Индуцированная гипертермия не оказывает деструктивного влияния на клеточные структуры здоровых тканей.

МАТЕМАТИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Китаев А.В., Петров В.П., Костиков Ю.А.,
Воронова Е.И., Шестаков А.А.

ЦВКГ им. А.А.Вишневого, ФГМУ «Медицинский центр при Спецстрое России», МАТИ – РГТУ им. К.Э.Циолковского, Москва, Россия

Работа посвящена использованию статистических моделей прогнозирования переносимости оперативных вмешательств с применением внутриполостной гипертермической химиотерапии (ВГХТ) и разработке на их основе компьютерной системы поддержки принятия решений по определению показаний и противопоказаний к выполнению и переносимости операций у больных злокачественными новообразованиями на основании объективных данных показателей гомеостаза пациента. Данная методика позволяет с достаточно высокой точностью спрогнозировать переносимость планируемого оперативного вмешательства, длительность безрецидивного периода, срок и качество жизни пациентов в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах.

Повышение эффективности лечения больных, страдающих злокачественными новообразованиями органов брюшной полости и таза, является одной из приоритетных задач современного здравоохранения. Определение значимости различных показателей иммунитета, клинических и биологических показателей гомеостаза и прогнозирование течения раковой болезни человека позволит существенно уменьшить долю поздно диагностируемых рецидивов заболевания. В последнее время наблюдается активизация научных исследований по поиску методик комплексной циторедуктивной хирургии и применение цитостатических препаратов, а также физических методов лечения, одним из которых является интраоперационная локальная гипертермическая химиотерапия.

С помощью статистических методов была изучена степень влияния ВГХТ на параметры иммунитета и получена оценка характера иммунологических изменений при различных видах оперативного вмешательства. Методами бинарной логистической регрессии и дискриминантного анализа был рассчитан прогноз переносимости операции – вероятность выживания пациента. На основе метода множественной регрессии были получены алгоритмы расчета продолжительности жизни пациентов после операции и длительность безрецидивного периода. Исследования, основанные на факторном анализе, показали, что основными факторами, влияющими на прогноз безрецидивного периода и срока жизни являются морфологическая структура опухоли, объем циторедукции, суммарные показатели иммунитета и онкомаркеры. Перитонеальный индекс рака, пол и возраст пациента не оказывают существенного влияния на эти показатели.

Таким образом, внедрение в лечебную практику предлагаемых компьютерных систем и статистических моделей прогнозирования позволяет лечащим врачам объективно оценить показатели гомеостаза, переносимость планируемых оперативных вмешательств, более точно прогнозировать течение раковой болезни и вероятность развития рецидива заболевания, а также продолжительность и качество жизни пациентов.

КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЁМА И ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОСНОВАНИИ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ

Китаев А.В., Петров В.П., Муравей А.Л., Воронова Е.И., Шестаков А.А.

ЦВКГ им. А.А.Вишневского, Государственная классическая академия им. Маймонида, МАТИ – РГТУ им.К.Э.Циолковского, Москва, Россия

Вопросы хирургической тактики и хирургического лечения рака толстой кишки (РТК) до сих пор остаются актуальными. С 1998 по 2009 годы в нашем госпитале выполнено 1097 оперативных вмешательств по поводу поздних стадий РТК. Из них с полным видимым удалением всех очагов поражения 846 (77,1%) человек. В послеоперационном периоде осложнения развились у 315 (28,7%), умерло 84 (7,7%) пациента.

При местно распространенных формах рака толстой кишки и канцероматозе брюшины без отдаленных метастазов, с 1996 года мы выполняем циторедуктивные операции с дополнением их внутрибрюшной гипертермической химиотерапией (ВГХТ). Всего выполнено 202 операции 148 пациентам.

Согласно математической теории принятия решения с помощью статистических моделей прогнозирования и разработки на их основе компьютерной системы поддержки принятия решения возможно с достаточной высокой точностью прогнозировать переносимость, объём, а также целесообразность планируемого оперативного вмешательства.

Проведенные исследования, основанные на факторном анализе, показали, влияющими на прогноз успешности оперативного лечения является в первую очередь от полноты циторедукции и морфологического строения опухоли, а перитонеальный индекс рака (ПИР) имеет второстепенное значения до его критического уровня – 27 усл.ед. (Петров В.П., Китаев А.В., 2005г.) и не влияет на прогноз оперативного вмешательства, длительность безрецидивного периода и срок жизни пациентов. Целесообразность выполнения циторедукции с применением ВГХТ в объеме менее СС-1, т.е. с оставлением очагов канцероматоза более 10 мм вызывает сомнения, а выполнение циторедукции в объеме СС-3 проводить нецелесообразно.

На основании исследований различных объёмов циторедукции при различных степенях дифференциации злокачественных образований органов брюшной полости можно сделать вывод, что наиболее эффективно проводить циторедуктивные оперативные вмешательства без применения метода ВГХТ в объёме полноты циторедукции СС-0; целесообразность выполнения циторедукции в объёме СС-1 вызывает сомнения, а проведение циторедуктивных вмешательств в объёме СС-2 и СС-3 неэффективно.

Выводы:

1. Проводить циторедуктивные оперативные вмешательства без применения метода ВГХТ эффективно в объёме полноты циторедукции СС-0; целесообразность выполнения циторедукции в объёме СС-1 вызывает сомнения, а оставление крупных раковых очагов бесперспективно.
2. Принятие решения о целесообразности выполнения циторедуктивного вмешательства с применением ВГХТ должно основываться на возможности выполнения редукции опухолевых очагов в объёме не менее СС-1.
3. Предельно допустимым уровнем распространенности канцероматоза брюшины для проведения циторедуктивных оперативных вмешательств с ВГХТ является перитонеальный индекс рака (ПИР) до 27 условных единиц.
4. При наличии отдалённых резектабельных метастазов рака и стабильном состоянии пациента допустимо проведение этапных циторедуктивных оперативных вмешательств.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СКРИНИНГОВОЙ ПРОГРАММЫ ПО КОЛОРЕКТАЛЬНОМУ РАКУ

Конацкова О.М.¹, Блушштейн Г.А.¹, Семенченя В.А.²

¹ ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского» Росздрава, ² Областной онкологический диспансер, Саратов, Россия

Заболеваемость колоректальным раком в Саратовской области стабильно занимает 5 место в общей онкологической структуре. Несколько чаще данная патология наблюдается у мужчин. Пик заболеваемости приходится на возраст старше 65 лет. При колоректальном раке важной задачей является выбор комплекса методов диагностики, которые позволят выявить рак на более ранних стадиях.

Цель: на основе учета региональных параметров риска изучить возможность экологического скрининга колоректального рака.

Материалы и методы: Изучена частота заболеваемости по районам области с 2000 по 2008 гг. Ретроспективно оценивали данные с учетом онко-экологической характеристики каждой зоны проживания. Особое внимание обращали на выделение параметров, увеличивающих риск развития патологии толстой и прямой кишки.

Результаты: Всего проанализированы данные о 841 пациенте. При поступлении в диспансер, после обследования, метастатическая стадия была установлена у 48% из них. При этом, при профосмотрах патология прямой кишки выявлялась у 2,1%. Онко-экологический анализ зон проживания показал определенные изменения в почве и воде (преобладали тяжелые металлы, засоленность). Кроме этого учитывали особенности питания пациентов, профессиональные вредности. Исходя из получен-

ных данных была составлена анкета для населения районов повышенной заболеваемости. На следующем этапе проведен активный поиск: при посещении районных поликлиник, на приеме у участкового терапевта, все больные, посещающие поликлиники (независимо от диагноза) заполняли специальные анкеты. Затем онкологом проводился анализ анкет и выделялась группа риска не только по стандартным параметрам, но и по местам проживания. Таким образом, акцентировалось внимание врачей первого контакта на поиск колоректального рака. В дальнейшем, выполнялось инструментальное обследование (ректоскопия, колоноскопия) в группах риска. Проведенный подобным образом активный поиск показал, что выявляемость улучшилась. Так, в 2009-2010гг. I-II стадии рака ободочной кишки установлены у 51-56% пациентов. I-II стадии рака прямой кишки – у 69-71% больных. При первом обращении отмечено некоторое уменьшение числа больных с метастазы колоректального рака (с 29% до 20%).

Выводы: Проведенный анализ свидетельствует о том, что онко-экологический скрининг может быть дополнением к существующим скрининговым программам.

НАСЛЕДСТВЕННЫЙ НЕПОЛИПОЗНЫЙ РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ: ОПЫТ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Корнилов А.В.¹, Правосудов И.В.², Гуляев А.В.², Суспицын Е.Н.², Имянитов Е.Н.², Семглазов В.В.¹

¹ СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,

² ФГУ НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова Росмедтехнологий, Санкт-Петербург, Россия

Наследственный неполипозный рак толстой кишки (HNPCC-синдром, синдром Линча) – частая наследственная форма колоректального рака с аутосомно-доминантным типом наследования. Синдром характеризуется ранним (до 45 лет) возрастом начала заболевания, развитием рака толстой кишки в нескольких поколениях кровных родственников, преимущественным поражением правых отделов ободочной кишки, высокой частотой развития синхронных и метакронных опухолей, а также возникновением других злокачественных новообразований: рака эндометрия, яичников, желудка и др. На долю синдрома Линча приходится от 2% до 5% всех случаев заболевания колоректальным раком. В основе патогенеза наследственного неполипозного рака толстой кишки лежит наличие герминовых мутаций в одном из генов mismatch-репарации ДНК (MMR): hMLH1, hMSH2, hMSH6, hPMS1, hPMS2, hMSH3 и EXO1. Более 90% случаев HNPCC-синдрома характеризуются наличием феномена микросателлитной нестабильности (MSI) в клетках опухоли.

Цель: поиск зародышевых мутаций в генах mismatch-репарации ДНК, ответственных за возникновение наследственного неполипозного рака толстой кишки

Пациенты и методы: Проведен ретроспективный анализ данных о 712 первичных больных раком ободочной кишки, подвергшихся хирургическому лечению в НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова в период с 1999 по 2009 год. На основании Амстердамских критериев и критериев Бетеады осуществлен отбор больных в возрасте до 50 лет с отягощенным наследственным анамнезом: группа, содержащая хотя бы один из критериев – 78 пациентов, два критерия – 25, три и более критериев – 16 пациентов (в возрасте от 32 до 50 лет), последняя группа была подвергнута углубленной генетической диагностике. Материал исследования: образцы опухолевой ткани из первичной опухоли и/или отдаленных метастазов. После микродиссекции проведена стандартная процедура выделения ДНК из парафиновых срезов. Первым этапом генетической диагностики являлся ПИР-тест на микросателлитную нестабильность (MSI) с использованием панели мононуклеотидных маркеров (BAT25, BAT26 и BAT40). MSI-положительные образцы были подвергнуты секвенированию ДНК с целью поиска наследственных мутаций в генах mismatch-репарации. По данным литературы, около 70% мутаций приходится на долю генов MLH1 и MSH2, поэтому для секвенирования были выбраны именно эти гены. Исследованы кодирующие последовательности MLH1 (экзоны 1-19) и MSH2 (экзоны 1-16), а также участки интронов, содержащие сайты сплайсинга.

Результаты: В 10 из 16 случаев тест на микросателлитную нестабильность оказался положительным. Обнаружены 4 герминовые мутации: MLH1 R226L (экзон 8); MLH1 R659X (экзон 17); MSH2 A636P (с.1906 G-C, экзон 12), MSH2 N139 fsX (экзон 3). Таким образом, причина наследственного заболевания была выявлена в 4 из 10 случаев.

Заключение: Сочетание как минимум трёх из Амстердамских критериев и критериев Бетеады, должно являться основанием для направления пациентов для углубленной генетической диагностики.

Молекулярно-генетическая диагностика HNPCC-синдрома в настоящее время представляет собой сложную задачу, и складывается из тщательного анализа семейной истории с последующим проведением генетического тестирования. Однако в клинической практике это занимает достаточно много времени и является дорогостоящим исследованием, поэтому генетическое тестирование всего населения практически невозможно и нецелесообразно. Создание групп повышенного риска, избирательный их генетический анализ, позволяет наиболее рационально решать проблему диагностики HNPCC-синдрома.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ И СИНХРОННОГО КОЛОСТАЗА

Коровин А.Я., Ралка Б.В.

ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Росздрава, Краснодар, Россия

Хронический толстокишечный стаз (ХТКС) одно из наиболее распространенных заболеваний и показания к его хирургическому лечению ставятся только при осложнённой форме декомпенсированного ХТКС. Пациенты с компенсированной и субкомпенсированной стадиями лечатся консервативно. Вместе с тем, существует определённая взаимосвязь между локализацией ХТКС и локализацией опухолевидных образований.

Цель: Оценить результаты и особенности хирургического лечения больных с ХТКС и раком толстой кишки (РТК), обсудить причинную взаимосвязь ХТКС с развитием РТК.

Материал и методы: Наблюдали 122 пациента в возрасте от 31 до 72 лет с опухолями толстой кишки синхронно с ХТКС разных стадий. Больных женщин было 89 (73%), мужчин – 33 (27%). По локализации опухоли распределились следующим образом: слепая кишка – 6, восходящая ободочная кишка и печёночный изгиб – 9 (правосторонняя локализация 12,3%); селезёночный изгиб ободочной кишки – 19, нисходящая ободочная кишка – 12, сигмовидная кишка – 61 (левосторонняя локализация – 75,4%); опухоли ректосигмоидного отдела – 15 (12,3%). Всем больным выполнено хирургическое лечение и морфологическое исследование препаратов.

Результаты: ХТКС одно из часто встречающихся заболеваний в колопроктологии, достигающее уровня 40%. Определённость в хирургической тактике при ХТКС присутствует, а абсолютные показания к хирургическому лечению возникают при осложнённых формах декомпенсированного ХТКС. Декомпенсированная стадия ХТКС выявляется у 38-42% пациентов и наряду с компенсированной и субкомпенсированной стадиями лечится консервативно. С другой стороны тщательное периодическое обследование толстой кишки затруднено, особенно на уровне локализации стаза. Морфологический контроль при этом заболевании ограничивается этапом дифференциальной диагностики – трансанальной биопсией по Свенсону. Существует определённая взаимосвязь между локализацией ХТКС и локализацией РТК. Выполнение одномоментных радикальных и условно радикальных операций считали возможным при компенсированной, субкомпенсированной стадиях ХТКС и соответствующей онкологической ситуации. В остальных случаях выполнялись радикальные и условно радикальные обструктивные и паллиативные операции. Правая и левая гемиколэктомия выполнены у 39 больных, резекции толстой кишки с колостомой – 48, паллиативные операции (декомпрессионные анастомозы, колостомы, илеостомы) произведены у 35 пациентов. Восстановительные и реконструктивные операции выполнены 39 больным. Наряду с морфологическим подтверждением опухолевого процесса, в препаратах в подслизистом слое отмечались выраженные явления склероза, гипертрофия внутреннего и наружного мышечного слоёв, дистрофические изменения миоцитов. В 29,5% препаратов наблюдались очаговые выраженные дистрофические изменения в клетках, ганглиях без чётких границ цитоплазмы и ядра, увеличение количества глиальных элементов и редко признаки цитоллиза и карнолиза. Характерным для РТК в присутствии ХТКС явилось относительное увеличение числа низкодифференцированных форм РТК и преимущественным распространением эндофитных опухолей в подслизистом и мышечном слоях кишечной стенки. Послеоперационная летальность составила 13,9%, причины летальных исходов экстраабдоминальные.

Заключение: Синхронно существующие ХТКС и РТК являются взаимосвязанными, причём наиболее неблагоприятным является сочетание декомпенсированного толстокишечного стаза и РТК, осложнённого обтурационной непроходимостью. Имеющаяся взаимосвязь локализации стаза и опухолей толстой кишки заставляет относиться к ХТКС с онкологической настороженностью.

ВЫБОР ОБЪЁМА ОПЕРАЦИИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Коровин А.Я., Ралка Б.В., Манжос А.Н., Бочкарёва И.В., Нарсия В.В.

ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Росздрава, Краснодар, Россия

Хирургическое лечение опухолевых заболеваний толстой кишки неразрывно связано с понятием обтурационной непроходимости. В 60-80% случаев обтурационная толстокишечная непроходимость (ОТКН) является первым клиническим проявлением онкозаболевания. Немаловажным является факт, что в подавляющем большинстве случаев лечение ОТКН является уделом стационаров оказывающих экстренную хирургическую помощь.

Цель: Обосновать выбор объёма операции в зависимости от степени выраженности ОТКН, оценить результаты оперативного лечения и реабилитации пациентов.

Материал и методы: Ретроспектива лечения ОТКН оценена у 439 больных. В основу оценки положены следующие критерии: обоснованность хирургической тактики, выбор метода операции, онкологический радикализм, качество жизни и реабилитация оперированных пациентов. Опухоли правой половины толстой кишки отмечены у 22,1% пациентов с ОТКН, левой половины в 77,9% случаев.

Результаты: Выполнение одномоментных радикальных операций считали возможным при компенсированной и субкомпенсированной ОТКН и локализации патологического процесса в правой половине толстой кишки. При ОТКН левой половины толстой кишки, одномоментные радикальные операции выполнялись в компенсированной стадии и субкомпенсированной ОТКН в отсроченном порядке. В этих условиях генерализация опухолевого процесса не являлась противопоказанием к паллиативным резекциям с наложением анастомоза. При необратимом течении субкомпенсированной ОТКН и декомпенсированной стадии ОТКН выполнялись радикальные двух- и трёхмоментные операции, а также условно-радикальные и паллиативные оперативные вмешательства. Одномоментные радикальные и условно-радикальные операции выполнены у 35,8% пациентов и представлены правой и левой гемиколэктомией, резекцией поперечно-ободочной и сигмовидной кишки и субтотальной колэктомией при первично-множественном раке. Двухмоментные радикальные вмешательства составили 11,8%, а трёхмоментные операции выполнены в 4,1% случаев. При выполнении одномоментных радикальных операций при ОТКН и реконструктивно-пластических этапов многотактных операций предпочтение отдавали одностороннему кишечному шву с применением современных шовных материалов и сшивающих аппаратов при формировании анастомозов. Паллиативные декомпрессионные, паллиативные и условно-радикальные операции с колостомой выполнены в 48,3% случаев. Петлевые колостомы накладывались больным только в первом, в последних двух случаях формировались концевые колостомы, причём методом выбора считали плоскую колостому. Управляемая колостома создана у 17 больных. Общая летальность после радикальных операций составила 1,3%. При третьей стадии ОТКН непосредственные результаты операций ухудшались. Летальность после паллиативных операций составила 12,9%, а после условно-радикальных операций с колостомой – 5,3%. Перспективное изучение отдалённых результатов проведено у 205 (47%) пациентов. Пятилетняя выживаемость составила 35%. Социальная реабилитация у одномоментно оперированных больных протекала без существенных отклонений. Психосоциальное состояние страдало в значительной степени у больных после паллиативных операций и при наличии постоянной колостомы, что явилось причиной инвалидизации. Удалось достигнуть реабилитации 70% больных с управляемой колостомой.

Заключение: Наши наблюдения позволяют надеяться на прогресс в лечении ОТКН и констатировать необходимость дальнейшего совершенствования тактических принципов выбора оперативных вмешательств, накопление опыта первично-отсроченных и отсроченных анастомозов и реабилитации колостомированных больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кохнюк В.Т., Колядич Г.И.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова», Минск, Беларусь.

В Республике Беларусь в течение последних десятилетий отмечается рост заболеваемости раком прямой кишки, которая с 1976 по 2009 годы увеличилась в 2,5 раза, с 7,7 до 19,2 на 100 000 населения. Как причина смерти от злокачественных заболеваний рак прямой кишки в 2009 году уступал лишь раку лёгких и желудка.

Рак прямой кишки является не только онкологической, но и социальной проблемой: лечение несёт в себе потенциальный риск окончательной колостомии и значительного уменьшения перспектив социальной реабилитации. В последние годы в крупных онкопроктологических клиниках мира отчетливо прослеживается тенденция к увеличению количества сфинктеросохраняющих операций. Для реализации этой цели разрабатываются два основных направления: совершенствование хирургической техники, которая позволяет сохранить запирательный аппарат без ущерба для радикальности и неoadъювантное воздействие на опухоль и зоны регионарного метастазирования.

Аналогичная закономерность отмечается и в ГУ РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, где процент сфинктеросохраняющих операций за период 1993-2009 гг. увеличился с 23,2% до 72,0%. За указанный период сфинктеросохраняющее лечение проведено 1292 больным, среди которых чрезбрюшная резекция прямой кишки выполнена 888 больным (68,7%) и брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал – 404 (31,3%) больным. Представленные данные наглядно показывают, что совершенствование техники хирургических вмешательств и медицинского инструментария позволило ограничить показания к выполнению брюшно-анальных резекций в пользу низких чрезбрюшных резекций с формированием анастомозов при помощи циркулярных сшивающих аппаратов.

С целью снижения частоты локорегионарных рецидивов и повышения эффективности лечения больных раком прямой кишки мы применяли два варианта предоперационной высокодозной лучевой терапии (ЛТ): 1-я группа – предоперационная дистанционная ЛТ (ДЛТ) РОД 7 Гр до СОД 35 Гр на первичный очаг и на зону регионарного метастазирования – РОД 5 Гр, СОД 25 Гр за 5 дней; 2-я группа – предоперационная сочетанная ЛТ, включающая ДЛТ РОД 5 Гр до СОД 25 Гр и сеанс интраоперационной ЛТ РД 10 Гр на следующий день после завершения ДЛТ. Операцию выполняли на следующий день после завершения ЛТ. Число сфинктеросохраняющих операций во 2-й группе составило 86,1±3,5%. Пятилетняя общая выживаемость в 1-й группе составила 64,6±5,5%, во 2-й – 71,5±4,8% (p>0,05), с частотой развития местных рецидивов 6,7±2,6% и 2,9±1,7% соответственно (p<0,05). Таким образом, повыше-

ние частоты выполнения сфинктеросохраняющих операций у больных раком прямой кишки при использовании предоперационной сочетанной лучевой терапии не привело к увеличению частоты местных рецидивов. Наряду с увеличением частоты выполнения сфинктеросохраняющих операций у больных раком прямой кишки благодаря совершенствованию хирургической техники, достижений анестезиологии, а также адекватной предоперационной подготовки пациентов, послеоперационная летальность снизилась с 7,6% в 1993 г. до 1,2% в 2009 г.

РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА

Кузьминов А.М., Чубаров Ю.Ю., Сачков И.Ю., Савельева Т.А.
ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии»
Минздравоохранения России, Москва Россия

С учетом клинического полиморфизма семейного аденоматоза в настоящее время выделяют три его формы: а) классическая, б) тяжелая, в) ослабленная.

Среди 647 больных с установленным вариантом клинического течения семейного аденоматоза, в классической форме он протекал у 485 (75%), в тяжелой у 130 (20%), в ослабленной у 32 (5%) пациентов.

У больных с классической формой солитарный рак толстой кишки диагностирован у 88 (18%), первично-множественный рак у 32 (6,5%), при тяжелой – у 25 (19%) и у 6 (7%), при ослабленной форме – у 20 (62%) и у 5 (16%) пациентов, соответственно.

При классической форме аденоматоза рак толстой кишки у 93 (77,5%) больных развился в периоды от 31 до 45 лет, при тяжелой – у 29 (93,5%) в период от 15 до 25 лет. При ослабленной форме – у всех больных после 50 лет.

При классической и агрессивной формах у 67% рак возник в левых отделах толстой кишки, при ослабленной – как в левых, так и в правых ее отделах.

При классической форме аденоматоза, во всех отделах толстой кишки полипы располагались у 82% больных, при тяжелой – в 100% наблюдений, при ослабленной – у 72% пациентов.

Метаболические нарушения в виде анемии, гипопроteinемии и электролитного дисбаланса были характерны для агрессивной и классической форм семейного аденоматоза.

При генетическом тестировании наибольшее совпадение характерной именно для данной формы аденоматоза мутации в APC гене, отмечено при классической и агрессивной формах.

При раке на фоне классической и агрессивной формах число операций с ileostомой составило – 51–52%, при ослабленной – 24%.

Таким образом, наиболее часто семейный аденоматоз протекает в классическом варианте и реже в агрессивной или ослабленной формах. Развитие рака толстой кишки характерно для всех клинических форм аденоматоза, но при классической и агрессивной формах малигнизация наступает в более раннем возрасте.

Для классической и агрессивной форм аденоматоза характерным является поражение всех отделов толстой кишки полипами. Поэтому, при выявлении классической и агрессивной форм заболевания, подтвержденных генетическими методами обследования, целесообразно выполнять удаление толстой кишки с мукозэктомией прямой кишки и формированием тонкокишечных резервуаров.

ДИНАМИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ В УСЛОВИЯХ СОХРАНЕННОГО КРОВОТОКА И КРАТКОВРЕМЕННОЙ ИШЕМИИ

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

ГУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя
Иоасафа», Белгород, Россия

В последнее десятилетие активно развивается и находит широкое применение радиочастотная термоабляция (РЧА) опухолей печени. Однако, полная абляция через год после лечения сохраняется у 52–67% больных.

Цель: Изучить в эксперименте динамику морфологических изменений печени после радиочастотной термоабляции в условиях, как сохраненного кровотока, так и при кратковременной ишемии.

Объект и методы: Экспериментальное исследование выполнено на 62 половозрелых крысах обоего пола линии Wistar, массой 150–180 г. 31 животному радиочастотная термоабляция выполнена при сохраненном кровотоке продолжительностью 2 минуты и аналогичному количеству животных в условиях кратковременной ишемии печени путем наложения провизорной лигатуры на гепатопанкреатодуоденальную связку. Для РЧА использован стандартный генератор фирменного производства «Cool-tip™ RF Ablation System (Radionics, USA)», одиночный электрод длиной 15 см с рабочей частью длиной 1 см. Визуальный осмотр зоны деструкции и морфологические исследования проводились непосредственно после РЧА, через 1 сутки и на 3, 7, 14, 21 и 30 суток после абляции.

Результаты: В серии с временной ишемией печени выявлены существенные отличия морфологических изменений после РЧА. Важным является отсутствие пригорания влажных тканей к активному электроду, что способствовало равномерному воздействию, стабильности прогревания тканей. В серии без обескровливания печени течение

термодеструкции было нестабильным. В ходе вмешательства наблюдалось пригорание участков тканей к электроду, закипание тканей и газообразование. Через 1 сутки после РЧА на фоне ишемии печени максимальный диаметр очага деструкции достигал в среднем 23,2 мм, что почти в 2 раза больше, чем без ишемии печени. При микроскопическом исследовании установлено, что основной причиной отличий в развитии изменений печени после радиочастотной термоабляции на фоне ишемии являются вторично возникающие повреждения кровеносных сосудов с распространенным тромбозом. На ранних сроках (до 3-х суток) после РЧА в непосредственной близости к зоне абляции и в отдаленных участках в сосудах порталных трактов выявлялись обтурирующие, преимущественно смешанные и фибриновые тромбы с некротическими изменениями и выраженной воспалительной инфильтрацией в прилежащих участках печени. В последующие сроки происходила преимущественно инкапсуляция некротических масс, выраженная уже к 14-м суткам. Диаметр и объем очага деструкции на всех сроках сохранялся достоверно больше при термоабляции на фоне ишемии печени. **Вывод:** При РЧА на фоне кратковременной ишемии печени объем очага деструкции в 1,5–2 раза больше, чем при аналогичном времени воздействия в условиях сохраненного кровотока, что является результатом вторично возникших повреждений кровеносных сосудов с распространенным тромбозом.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ НА РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИИ

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

ГУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя
Иоасафа», Белгород, Россия

Исследование морфологических изменений очагов метастатических поражений печени после радиочастотной термоабляции выполнено на материале, взятом непосредственно после РЧА при открытых операциях на печени, материале пункционных биопсий в сроки от 5 суток до 2 лет и операционном материале при выполнении резекций печени, а в 1 случае – гемигепатэктомии. Всего исследовано 17 случаев.

Макроскопически непосредственно после РЧА определяется типичная картина с формированием темно-коричневой центральной зоны термической деструкции, окруженной зоной малокровия, а на границе с прилежащей тканью печени – зоной выраженной гиперемии. Патогистологически в центре метастатических очагов большая часть опухолевых элементов в состоянии коагуляционного некроза, остальные диссоциированы в виде «клеточной взвеси» с выраженными пикноморфными изменениями, томогенезацией и гиперхромией цитоплазмы, пикноморфными изменениями и рексисом ядер – картиной по типу апоптоза. В краевых участках наблюдается некроз эпителиальных элементов и стромы опухоли, а также формирование кавернозных полостей с очаговыми скоплениями опухолевой слизи и «взвеси» клеток. Опухолевые элементы большей частью некротизированы, а прилежащие к строме с некротическими изменениями.

На 5-е сутки после полной РЧА солитарных метастазов при морфологическом исследовании выявлена полная деструкция опухолевой ткани, заполнение области разрушенного метастаза фибринозными массами. Макроскопическая картина представлена выраженной лейкоцитарной инфильтрацией с резорбцией некротических масс.

Спустя 3 месяца после полной термодеструкции метастатических очагов при компьютерной томографии определяется четкая сформированная граница очага. Морфологически в пункционных биоптатах она представлена пластом молодой грануляционной ткани, фибринозными массами, крупными очагами лейкоцитарной инфильтрации. Имеются признаки персистирования некротических масс, их неполной резорбции. В определенной степени это связано с ранним формированием фиброзной малососудистой капсулы, что ограничивает резорбционные и элиминационные возможности нейтрофилов и лимфо-гистиоцитарных элементов.

Через 1,5 года капсула очага РЧА представлена толстым слоем фиброзной гиалинизированной ткани, практически не содержащей кровеносных сосудов, со скудным клеточным составом, в том числе незначительной лейкоцитарной инфильтрацией. В полости очага и во внутренней поверхности капсулы сохраняются хлопьевидные массы коагуляционного некроза. Такое длительное их сохранение свидетельствует о замедленной и неполной резорбции, чему в немалой степени может способствовать ранняя инкапсуляция.

В окружающей ткани печени выражен фиброз порталных трактов, неравномерное кровенаполнение синусоидов, изменения по типу неспецифического реактивного гепатита и регенераторные изменения гепатоцитов: часто встречающаяся двуядерность, крупные многочисленные ядрышки, полиморфизм.

Наличие в очаге РЧА фибринозных масс и клеточного детрита установлено нами при пункционном биопсийном исследовании и через 2 года после РЧА.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦИТОКИНОВ TNF α , IL-1 β и IL-4 У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Курьязов Б.Н.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской Академии, Ташкент, Узбекистан

Целью нашей работы явилось исследование роли провоспалительных цитокинов TNF α , IL-1 β и противовоспалительного IL-4 в прогнозировании послеоперационного состояния больных с колоректальным раком (КРР), находящихся на лечении в Хорезмском областном онкологическом диспансере. Обследовано 28 больных (РОК-15 и РПК-13) в возрасте от 31 до 74 лет. Помимо определения иммунного статуса унифицированными методами ИИАН РУз у больных до операции, через 1 и 7 суток после операции взяты образцы сыворотки крови для замораживания и последующего определения уровня IL-1 β , TNF α и IL-4. Определение проводили в Институте Иммунологии АН РУз методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) с помощью тест-систем ООО "Протейновый контур" и "Цитокин" (Гос НИИ ОЧБ, С-Петербург) согласно инструкции изготовителя. В качестве контроля были взяты уровни цитокинов в сыворотке 25 практически здоровых лиц. В контроле содержание TNF α не превышало 30 пг/мл и в среднем составляло 27,8 \pm 5,58 пг/мл. Содержание IL-1 β и IL-4 равнялось 8,0 \pm 2,02 пг/мл и 23,7 \pm 5,62 пг/мл соответственно.

У больных РОК до операции по сравнению с контролем определялось повышение уровня TNF α в 6, IL-1 β в 3 и IL-4 в 4,3 раза соответственно до 176,8 \pm 29,17, 28,6 \pm 8,93 и 101,8 \pm 7,30 пг/мл против 27,8 \pm 5,58, 27,8 \pm 5,58 и 23,7 \pm 5,62 пг/мл в контроле, что свидетельствует о проявлении противоопухолевой активности иммунной системы. Через сутки после операции наблюдалось значительное возрастание концентрации провоспалительных цитокинов TNF α и IL-1 β до 516,5 \pm 56,84 и 1109,8 \pm 138,52, связанное с развитием системной или генерализованной воспалительной реакции на обширную хирургическую травму со снижением уровня противовоспалительного цитокина IL-4 до 7,8 \pm 1,90. Через 7 суток после операции определялась тенденция к нормализации уровней сывороточных провоспалительных цитокинов (87,6 \pm 11,13 и 100,7 \pm 13,18) с повышением уровня IL-4 до 31,3 \pm 11,30.

У больных РПК до операции выявлены высокие уровни цитокинов, превышающие контрольные значения: TNF α в 7 раз, IL-1 β – в 4,9 – до 38,6 \pm 10,46 и IL-4 – в 5 раз – до 127,3 \pm 20,82 пг/мл, что возможно связано с противоопухолевой активностью иммунной системы организма больных или продукцией цитокинов опухолью. Через сутки после операции наблюдалось возрастание уровней провоспалительных цитокинов TNF α и IL-1 β и снижение противовоспалительного IL-4 как реакция организма на обширную хирургическую травму. Через 7 суток после операции, уровни цитокинов хвоты и снижались, но достоверно превышали данные контроля. Уровни TNF α , IL-1 β и IL-4 соответственно составляли 102,1 \pm 12,25, 116,6 \pm 15,28 и 42,3 \pm 11,40 пг/мл.

Анализ послеоперационного состояния больных и уровня цитокинов показал, что повышенные концентрации IL-4 определялись при хорошем и удовлетворительном состоянии больных. Поэтому уровень про- и противовоспалительных цитокинов может служить дополнительным диагностическим критерием. Отсутствие IL-1 β , IL-4 на 5-7 сутки после операции при КРР характерно для анергии иммунной системы и свидетельствует о необходимости назначения иммунокорректирующей терапии сопровождения в ранние сроки.

Анализ уровней провоспалительных и противовоспалительного цитокина до и в ранний период после операции, характеризующих особенности функционирования иммунной системы организма, помогает в прогнозировании послеоперационного состояния больного с целью выбора дальнейшей тактики ведения и повышения эффективности терапии.

Известно, что повышение TNF α характерно при развитии опухолевого процесса. Через сутки после операции оно также значительно увеличено, но снижается на 7 сутки после операции. Более значительное повышение IL-1 β в ранний послеоперационный период характерно для удовлетворительного и хорошего клинического состояния. Индивидуальный анализ соотношения цитокинов может явиться одним из критериев в прогнозировании дальнейшего состояния больных КРР.

ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Курьязов Б.Н., Рузметов Б.А., Курбанова З.А., Маткаримов Э., Маткаримов Б.Э.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской Академии, Ташкент, Узбекистан

Под нашим наблюдением находились 47 больных с обтурационной непроходимостью обусловленной раком толстой кишки в возрасте от 17 до 76 лет. 28 больных были старше 60 лет. Мужчин было 27, женщин – 20.

Сроки поступления в стационар от 12 ч до 10 сут от появления острого приступа кишечной непроходимости. Подавляющее большинство больных (30), особенно лица пожилого и старческого возраста имели одно или несколько сопутствующих заболеваний: ИБС (6), гипертоническая болезнь (10), заболевания органов дыхания (8), сахарный диабет (1).

В диагностике заболевания использовали клинические и анамнестические данные, пальцевое исследование прямой кишки, рентгенологическое исследование брюшной полости, колоноскопию, контрастную ирригоскопию, ультразвуковое исследование.

Клиническая картина рака ободочной кишки разнообразна, в зависимости от локализации опухоли. Рак правой половины ободочной кишки реже сопровождается кишечной непроходимостью. При раке левой половины ободочной кишки болезнь длительное время не проявляется. Первыми признаками заболевания является стойкий запор и развитие в запущенных случаях острой кишечной непроходимости.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости у 26 больных выявлены газ и уровни жидкости в тонкой кишке, у 42 – газ и уровни жидкости в толстой кишке. Для определения уровня локализации опухоли у 12 больных выполняли ирригоскопию: у 9 диагностировано механическое препятствие опухолевого генеза в толстой кишке, у остальных 3 больных ирригоскопия не позволила установить причину кишечной непроходимости. 18 больным выполняли экстренную колоноскопию, которая способствовало уточнению диагноза у 16 из них. Ультразвуковое исследование позволило визуализировать опухоль ободочной кишки у 7 больных.

Всем больным вначале проводились консервативные мероприятия: очистительные и сифонные клизмы, трансназальная интубация тонкой кишки, коррекция водносолевого обмена, дезинтоксикационная терапия, применение спазмолитиков и т.д.

Во всех случаях во время операции обнаруживалось значительное вздутие и переполнение кишечным содержимым проксимальных отделов толстой кишки, в меньшей степени – терминальных и средних отделов подвздошной. Важное значение придавали наиболее полному удалению содержимого тонкой кишки. С этой целью применяли двухпросветные силиконовые зонды, которые проводили трансназально через всю тонкую кишку до илеоцекального угла, иногда перемешали содержимое руками в толстую кишку.

У 6 больных после консервативных мероприятий непроходимость кишечника была устранена; впоследствии эти больные были прооперированы в плановом порядке и из данного анализа исключены.

У 16 больных выполнены паллиативные операции: обходной анастомоз (у 7), колостомия (у 9). Радикальные операции выполнены у 25 больных. Различного объема резекции с первичным анастомозом выполнены у 19 больных, в том числе резекция сигмовидной кишки – у 2, левосторонняя гемиколэктомия – у 5, субтотальная колэктомия и илеодецендо – у 3 и илеосигмоанастомоз – у 3, правосторонняя гемиколэктомия – у 4, резекция поперечноободочной кишки – у 2 больных.

Послеоперационные гнойные осложнения наблюдались у 8 (19,2%) выписанных больных (несостоятельность анастомоза – 2, нагноение раны – 4, эвентрация – 2).

После операции умерло 8 больных (19,5%), причем среди радикально оперированных летальность составила 3 (12%), а при паллиативных операциях – 31,2%.

Таким образом, обтурационная кишечная непроходимость наблюдается как правило у людей пожилого и старческого возраста,отягощенных многими сопутствующими заболеваниями. Своевременная диагностика и ранняя госпитализация больных, а также расширение показаний к радикальным оперативным вмешательствам с первичным анастомозом является одним из перспективных путей улучшения результатов хирургического лечения больных с обтурационной кишечной непроходимостью.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

Майстренко Н.А., Галкин В.Н., Аничков Н.М.

Военная медицинская академия, Санкт-Петербург, Москва

Неэпителиальные опухоли колоректальной локализации до настоящего времени остаются сложной проблемой для врачей, прежде всего, общехирургических стационаров. Это касается вопросов дооперационной диагностики, выбора хирургической тактики и объема оперативного вмешательства, особенно в неотложных ситуациях, адекватности послеоперационной стратегии.

Целью настоящего сообщения явилась возможность представления всесторонне проанализированных результатов диагностики и оперативного лечения 148 больных с локализацией неэпителиальных новообразований в ободочной и прямой кишке, которые составили 2,3% от числа всех неоплазий данной локализации.

В ходе исследования использованы общепринятые клинико-лабораторные, инструментальные и лучевые методы. К последним относятся компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная компьютерная томография, внутриспросветная и интраоперационная соннография. Для морфологической верификации выполнялись патогистологические и иммуногистохимические исследования биопсийного материала и операционных препаратов. 31 больной оперирован по неотложным показаниям, 15,5% из 148 – лапароскопически.

Проведенный анализ клинических данных свидетельствует о том, что характер клинических проявлений неэпителиальных новообразований определяется их локализацией, а не тканевой принадлежностью. В 17% наблюдений неэпителиальные опухоли колоректальной локализации протекают бессимптомно.

Комплексное исследование с использованием современных томографических и внутриспросветных соннографических методов позволяет с высокой долей вероятности установить тканевую принадлежность новообразования на дооперационном этапе и дифференциально подходить к выбору лечебной тактики.

Непосредственные результаты хирургического лечения определяются характером оперативного вмешательства, а не тканевой принадлежностью.

Использование малоинвазивных и органосохраняющих операций вполне обосновано, но с обязательной до- и послеоперационной морфологической идентификацией неоплазий.

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения злокачественных неэпителиальных новообразований показал их зависимость от тканевой принадлежности, размеров и характера роста опухоли, а также наличия метастатического поражения регионарных лимфатических узлов. Фактическая пятилетняя выживаемость при поражении ободочной кишки составила 52%, прямой кишки – 32%.

Таким образом, комплексный подход при до- и интраоперационной оценке больных неэпителиальными опухолями колоректальной локализации обеспечивает минимизацию неадекватных тактических решений и достаточно высокий уровень ближайших и отдаленных результатов.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДООПЕРАЦИОННОГО СТАДИРОВАНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Майстренко Н.А., Хватов А.А.

Военная медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

Сфинктеросохраняющие операции занимают ведущее место в лечении больных раком прямой кишки. Решающее значение в обосновании их использования играют не столько технические детали хирургических вмешательств, сколько онкологически обоснованный отбор пациентов. Целью настоящего сообщения является доказательная база, используемая в оптимизации дооперационного стадирования рака прямой кишки, определяющая обоснованный индивидуальный подход к выбору варианта и объема радикального оперативного вмешательства.

Работа основана на анализе результатов комплексного проспективного обследования и хирургического лечения 324 больных раком прямой кишки с исключением лиц с IV (Dukes D) стадией и локализацией опухолевого процесса в ободочной кишке.

Наряду с общепринятыми клинико-лабораторными инструментальными методами обследования больных раком прямой кишки применялись компьютерная, магнитно-резонансная, позитронно-эмиссионная томография, эндоректальная и интраоперационная сонография с ультразвуковой доплерографией мезентериального кровотока дистального отдела толстой кишки, селективная нижняя мезентерикография, оценка концентрации опухолевых маркеров РЭА, СА 19-9 и, особенно, СА 242, патогистологическое и иммуногистохимическое исследование биоптатов опухоли и операционных препаратов, а также изучение выживаемости пациентов с оценкой функциональных результатов сфинктеросохраняющих вмешательств.

Анализ результатов комплексного обследования больных раком прямой кишки свидетельствует о достоверной возможности адекватной оценки степени местного распространения опухолевого процесса (TN). При этом решающее клиническое значение на дооперационном этапе имеют эндоректальная сонография, компьютерная томография и определение уровня онкомаркеров.

Интраоперационная ультразвуковая доплерография мезентериального кровотока дистального отдела толстой кишки наряду с данными дооперационной селективной нижней мезентерикографии позволяет обосновать возможность выполнения сфинктеросохраняющих операций с формированием неоректальных резервуаров – 36 больных. Таким образом, оптимизация дооперационного стадирования рака прямой кишки способствует более достоверному обоснованию адекватного варианта и объема оперативного вмешательства. Подобный подход способствует улучшению результатов кумулятивной выживаемости оперированных больных при достаточном качестве их жизни.

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК, ОСЛОЖНЕННЫЙ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Михайлов А.П.^{1,5}, Данилов А.М.^{2,5}, Земляной В.П.¹, Игнатенко В.А.⁵, Сигуа Б.В.^{1,5}, Напалков А.Н.², Мавиди И.П.⁴, Михайлов Г.А.⁵, Петров А.С.³

¹ СПб МАПО, кафедра хирургии им. В.А. Оппеля.

² СПбГУ, Медицинский факультет, кафедра факультетской хирургии.

³ СПбГУ, Медицинский факультет, кафедра госпитальной хирургии.

⁴ СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, кафедра хирургических болезней стоматологического факультета с курсом колопроктологии.

⁵ Елизаветинская больница, Санкт-Петербург, Россия

Вопросы хирургической тактики при острой опухолевой толстокишечной непроходимости (ОКН) у больных пожилого и старческого возраста продолжают оставаться дискуссионными. Являясь сторонниками тактики, направленной на выполнение условно-радикальных резекций первичной опухоли у больных раком толстой кишки, даже при наличии единичных метастазов в печени, нами проанализированы результаты лечения 248 больных пожилого и старческого возраста, доставленных в стационар по экстренным показаниям с клинической картиной ОКН и подтвержденных экстренным оперативным вмешательством. В исследуемой группе преобладали женщины (64,1%), причем пациенты, возраст которых более 75 лет составили почти половину (49%). Стенозирующая опухоль правой половины ободочной кишки выявлена у 11,7%, попереч-

нободочной кишки у 6,0%, левой половины ободочной кишки у 66,6%, ректосигмоидного отдела у 12,1% и прямой кишки у 3,6% пациентов. Особую группу составили 70 пациентов, которые поступили в стационар в крайне тяжелом состоянии, обусловленным сочетанием ОКН и перитонита. Причиной перитонита у 47 больных оказались перифокальное воспаление с перфорацией опухоли, а у 23 диастатические супрастенотические разрывы стенки ободочной кишки. У 33 пациентов, при локализации опухоли в левой половине ободочной кишки, осуществлена обструктивная резекция по Гартману. В остальных случаях была сформирована декомпрессивная колостома. Несмотря на тщательную санацию брюшной полости, интенсивную антибактериальную и дезинтоксикационную терапию, повторные санационные вмешательства в раннем послеоперационном периоде, неблагоприятный исход отмечен у 57 (81,4%) больных.

Вторую группу составили 65 больных. Во время операции у них были выявлены признаки генерализации процесса, а также прорастание опухоли в соседние органы и ткани, что не позволило произвести радикальные оперативные вмешательства. Им были выполнены паллиативные операции, направленные на устранение кишечной непроходимости. У 9 пациентов при локализации опухоли в правой половине ободочной кишки удалось наложить обходные анастомозы, а у 56 – колостому. Послеоперационная летальность в этой группе составила 38,5%.

В третью группу вошли 113 больных, которым удалось выполнить условно-радикальные операции (правосторонняя гемиколэктомия – 20, операция Гартмана – 93), несмотря на то, что у 17 пациентов имелись одиночные метастазы в печени. В послеоперационном периоде осуществлялось интенсивное комплексное лечение. Послеоперационная летальность в этой группе составила 18,6%. Причиной неблагоприятных исходов во всех случаях являлась полиорганный недостаток в результате прогрессирования основного и сопутствующих заболеваний. Наблюдения за 105 больными в сроках от 1 до 5 лет после условно-радикальных операций показывают отсутствие признаков рецидива опухоли.

Современные возможности хирургии и интенсивной терапии, позволяющие расширить показания к радикальным операциям при ОКН опухолевой этиологии у больных пожилого и старческого возраста, имеющих сопутствующие заболевания, несмотря на местную распространенность процесса, снизить послеоперационную летальность, улучшить качество их жизни.

НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА НА ОСНОВЕ ОНКОГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

Михайлова Е.И., Пиманов С.И., Михайлов В.В.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь

В настоящее время большие надежды возлагаются на использование достижений молекулярной медицины в ранней диагностике и скрининге колоректального рака (КРР). Принцип соответствующих методик основывается на обнаружении в фекалиях ДНК-молекул, несущих опухолево-ассоциированные мутации. Целесообразность данного подхода подкрепляется сведениями о повышенном слущивании опухолевых клеток в просвет кишечника, а также фактом уникальной чувствительности полимеразной цепной реакции, применяемой для идентификации ДНК-последовательностей.

Цель: изучение диагностических возможностей выявления мутаций онкогена k-RAS 12 кодона 1 экзона и гена-супрессора DCC 3 и 4 экзонов в фекальной ДНК при неинвазивной КРР.

Материал и методы: исследуемую группу составили 30 больных КРР, контрольную группу – 15 пациентов с язвенным колитом (ЯК), 7 больных синдромом раздраженного кишечника (СРК) и 3 здоровых добровольца (ЗД). Диагнозы КРР, ЯК и СРК верифицировались с помощью колоноскопии с биопсией.

Выделение суммарной ДНК из кала проводилось PEG-методом. Анализ 12 кодона 1 экзона гена k-RAS выполнялся методом насыщающей ПДРФ-ПЦР (Enriched RFLP-PCR) с помощью рестриктаз HphI и BstNI, анализ локуса DCC – с помощью рестриктазы MspI. Сиквенс генов для разработки праймеров был получен в геномном банке по адресу: <http://0-www.ncbi.nlm.nih.gov/mill1.sjlibrary.org/genome/seq/BlastGen/BlastGen>. При определении мутаций гена DCC положительным результатом считали наличие позитивного теста, определяемого по обоим или одному экзону. Отрицательный результат соответствовал наличию негативных результатов, показанными одновременно, по обоим экзонам исследуемого гена.

Статистическая обработка данных проведена с применением пакета прикладных программ Statistica 6 (США) и MedCalc Software (Belgium). Для анализа различия частот значения бинарного признака в двух независимых выборках использовался двусторонний тест точного критерия Фишера. Для определения информативности метода исследования строились характеристические кривые (ROC-кривые) чувствительность – 1-специфичность с расчетом коэффициента – площадь под кривой (ППК) и стандартной ошибки (СО). Чувствительность и специфичность даны с указанием 95% доверительного интервала (95%ДИ). Статистически значимыми считали различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты: Мутация онкогена k-RAS в кодоне 12 экзона 1 была обнаружена в образцах ДНК, экстрагированных из кала, у 8 из 30 больных КРР, у 1 из 15 пациентов с ЯК и ни у одного из 7 больных СРК и 3 ЗД. Различия между исследуемой и контрольной группой статистически достоверны ($p = 0,03$). Мутация происходила при замене GGT на GAT. Чувствительность обнаружения мутаций онкогена k-RAS составила 26,67% (95%ДИ: 12,3/45,9), специфичность – 96,0% (95%ДИ: 79,6/99,3), мутаций гена DCC – 33,33% (95%ДИ: 17,3/52,8) и

100,0% (95%ДИ:88,3/100,0) соответственно. Маркеры не отличались друг от друга ни по чувствительности ($p=0,58$), ни по специфичности ($p=1,00$). В выявлении злокачественных опухолей диагностическая значимость генов k-RAS и DCC также не имела статистических различий (ППК:0,61, СО:0,08 против ППК:0,67, СО:0,07, $p=0,57$).

Выводы: Мутации онкогена k-RAS и гена-супрессора DCC в ДНК, выделенной из кала, обладали высокой специфичностью и могут использоваться для уточняющей диагностики КРР в случае положительных результатов определения иммунохимического теста на скрытую кровь в кале.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Муковозова И.Л., Рычагов Г.П.

3 городская клиническая больница им. Е.В.Клумова, Минск, Беларусь

Растущий интерес к проблеме лечения ворсинчатых опухолей толстой кишки обусловлен высоким индексом их малигнизации и увеличением частоты выявления этих новообразований. Во многих случаях большие госпитализируются с новообразованиями значительных размеров, нередко с явлениями злокачественной трансформации опухоли. Основной причиной поздней диагностики является незначительное изменение самочувствия пациентов и отсутствие ярких клинических проявлений заболевания.

Цель: оценить отдаленные результаты эндоскопического лечения больших ворсинчатых опухолями толстой кишки.

Материалы и методы: За период с 2004 по 2010гг. в эндоскопическом отделении 3 ГКБ было оперировано 198 пациентов с ворсинчатыми опухолями толстой кишки. Перед тем как выполнить эндоскопическое удаление опухоли больным выполнялась диагностическая видеокколоноскопия с полибиопсией, которая позволяла исключить наличие малигнизации. Окончательно о природе опухоли судили на основании гистологического исследования удаленного препарата. По морфологической картине это были тубулярно-папиллярные или папиллярные аденомы. Узловые формы ворсинчатых опухолей удаляли двумя методами: эндоскопическое поэтапное фрагментарное удаление опухоли диатермической петлей с резекцией слизистой в пределах неизменной ткани и эндодублированием. Основным условием для эндодублирования было наличие выраженной ножки опухоли. Оценка состояния слизистой проводилась при помощи электронной хромоэндоскопии.

Основным методом удаления стелющихся форм ворсинчатых опухолей была фрагментарная поэтапная электроэксцизия с резекцией слизистой в пределах неизменной ткани либо фрагментарная поэтапная электроэксцизия в сочетании с лазерной вапоризацией. Лазерная вапоризация проводилась JAG-неодимовым лазером. Состояние слизистой также оценивали при помощи электронной хромоэндоскопии. Наличие широкого основания не позволяло одномоментно удалить новообразование без риска опасных осложнений (перфорация, кровотечение). Поэтому мы применяли иссечение ворсинчатой опухоли крупными фрагментами в 2-3 приема, что позволяло удалить большую часть новообразования и безопасно подойти к основанию опухоли. Основание опухоли в 60% случаев удаляли методом лазерной вапоризации.

Все пациенты, которым были удалены ворсинчатые опухоли толстой кишки, независимо от методов удаления, находились на диспансерном наблюдении с обязательным взятием морфологического материала из участка слизистой (чаще рубца) на месте ранее расположенной опухоли.

Результаты: Количество пациентов с узловой формой ворсинчатой опухоли составило 89 (45%), со стелющейся – 109 (55%). Возраст пациентов варьировал от 40 до 84 лет.

Наибольшая частота локализации опухоли была зафиксирована в ректосигмоидном отделе толстой кишки и сигмовидной кишке. Размеры ворсинчатых аденом, удаленных эндоскопическими методами, составляли более 3,5 см в диаметре. Большая часть из них закрывала просвет кишки более чем наполовину или, при стелющемся росте, занимала половину окружности кишки и более.

Удаление стелющихся форм ворсинчатых опухолей только методом электроэксцизии было проведено у 43 пациентов (39,5% от числа всех пациентов со стелющейся формой опухоли), а комбинированным методом с использованием лазерной вапоризации у 66 (60,5%)

Гистологическое исследование удаленных и извлеченных фрагментов опухоли было обязательным условием. Малигнизация была выявлена у 2 пациентов (1%). Морфологически – высокодифференцированная аденокарцинома. После получения гистологии эти пациенты оперированы в онкологии. Из осложнений, у 5-ти пациентов наблюдалось кровотечение, во всех случаях оно было остановлено эндоскопически. На протяжении первого года после эндоскопического удаления ворсинчатой опухоли при проведении контрольных осмотров с обязательным морфологическим исследованием биоптата на месте ранее расположенной опухоли рецидивы наблюдались у 14 пациентов. Это пациенты, из числа тех, у которых опухоль удалялась только методом электроэксцизии (32,3%), из них 12-ти пациентам проводилась повторная электроэксцизия с обязательной лазерной вапоризацией ложа полипа и хромоэндоскопией для оценки состояния слизистой. Этим пациентам также, после повторного удаления, в течение года проводились контрольные исследования с гистологическим подтверждением об отсутствии опухолевого роста. 2 пациента были оперированы, выполнены трансанальное удаление опухоли. У пациентов, которым проводился комбинированный метод удаления ворсинчатой опухоли с использованием лазерной вапоризации, контрольное исследование на протяжении первого года рецидивов опухоли не выявило.

Заключение: Для эндоскопического удаления ворсинчатых опухолей со стелющимся ростом без признаков малигнизации целесообразно применение комбинированного метода лечения, где сочетается электроэксцизия диатермической петлей и лазерная вапоризация ложа опухоли. Эндоскопический метод лечения пациентов ворсинчатыми опухолями толстой кишки, как при узловой, так и при стелющейся формах больших размеров (более 3,0 см в диаметре) позволяет достичь хороших ближайших и отдаленных результатов. Применяемые нами методы эндоскопического удаления ворсинчатых опухолей является малоинвазивным вмешательством, и позволяют в большинстве случаев избавлять больных от необходимости выполнения травматичных интраабдоминальных вмешательств.

НЕОСФИКТЕР И ТОЛСТОКИШЕЧНЫЙ РЕЗЕРВУАР ПРИ НИЗКИХ ЧРЕЗБРЮШНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ И ЭКСТИРПАЦИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ

Муслимов М.И., Китаев А.В., Петров В.П., Айрапетян А. Т., Шестаков А.А.

Государственная классическая академия им. Маймонида, ЦВКГ им. А.А.Вишневого, Московская область, Россия

Проблема качества жизни и социальной реабилитации после низкой чрезбрюшной резекции и экстирпаций прямой кишки в настоящее время не теряет актуальности. Кроме этого огромную роль при утрате резервуарной функции прямой кишки играют нарушения психоэмоционального статуса не только пациентов, но и их близких. В настоящее время литературе описано достаточно много методик формирования кишечных резервуаров при низких резекциях прямой кишки (Ривкин В.Л. и соавт. 2004.), однако, их не всегда возможно применить из-за технических сложностей их выполнения, необходимости использования большого участка низводимой в полость малого таза ободочной или тонкой кишки.

Цель: разработать и обосновать новую технически доступную технологию формирования толстокишечного резервуара и запирающего аппарата низведённой в промежность толстой кишки.

Материал и методы: Всего обследовано 15 больных, оперированных по поводу рака средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки в 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого и ФГМУ «Медицинский центр при Спецстрое России» с 2004 по 2008 г. 8 из них выполнена низкая чрезбрюшная резекция, 7 – брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

Все операции выполнялись с тотальной мезоректумэктомией. При чрезбрюшных резекциях накладывались аппаратные (циркулярный степлер «СДН – 33») анастомозы «конец в конец». В 4-х случаях операция дополнялась наложением превентивной трансверзостомы, в одном – илеостомы по Торнболлу. Экстирпации прямой кишки заканчивались формированием промежностной стомы с формированием неосфинктера из серозно-мышечной оболочки низведённой в промежность рану ободочной кишки путем создания двойного её инвагинации. Методика формирования резервуара заключалась в продольном рассечении толстой кишки по противобрыжечной тени, отступив 3-5 см от анастомоза (верхнего края неосфинктера), с последующим ушиванием образованной раны в поперечном направлении двухрядными узловыми швами. В послеоперационном периоде осложнений, связанных с несостоятельностью швов в области анастомоза и в зоне формирования резервуара не отмечалось. Исследование резервуарной функции проводилось с помощью ирригографии, дефекографии, баллонной проктографии.

Результаты: Через год было проведено обследование пациентов. Чрезбрюшная резекция прямой кишки: у 3 человек самостоятельный стул был 2-3 раза в сутки, у 5 – требовалось применение очистительных клизм 1 раз в 2-3 дня. Брюшно-промежностная экстирпация: у 4 пациентов управляемый стул был 2-3 раза в сутки, у 2 – требовалось применение очистительных клизм 2-3 раза в неделю. У одного пациента-мужчины в последующем наложена двустольная трансверзостомы.

Выводы: При применении нашей методики формирования толстокишечного резервуара и создание неосфинктера из серозно-мышечной оболочки дистальной культи низведённой в промежность ободочной кишки отмечается достоянное снижение проявления синдрома «низкой резекции», а также позволяет значительно улучшить социальную реабилитацию пациентов и качество их жизни.

ОДНОВРЕМЕННЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНО- ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ

Муслимов М.И., Петров В.П., Китаев А.В., Сидоров В.А.

Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, Государственная классическая академия им. Маймонида, ФГМУ Медицинский центр при Спецстрое России, Москва, Россия

Оперативные вмешательства, выполняемые по поводу местнораспространенного рака прямой кишки, как правило, дополняются проведением аортоподвздошной или аортоподвздошногазовой лимфодиссекции. В последующем это нередко к возникновению стриктур дистальных третей мочеточников с нарушением пассажа мочи по ним и требующие различных методов его восстановления.

В колопроктологическом центре 3-го ЦВКГ им. А.А.Вишневого в период с 1996 по 2007 годы на лечении находилось 584 пациентов по поводу

рака прямой кишки. поздние стадии заболевания были у 481 (82,4%). Из них местнораспространенные формы рака прямой кишки отмечены у 102 (21,2%) пациентов. В последующем у 23 (22,5%) пациентов в сроки от 6 до 18 месяцев были диагностированы стриктуры дистальных третей мочеточников, сопровождавшиеся нарушением пассажа мочи. В 16 (69,6%) случаях это были стриктуры левого мочеточника, в 3 (13,6%) – правого, и в 4 (17,4%) случаях обоих мочеточников. У 12 (52,2%) пациентов с ограниченными по протяженности стриктурами восстановлению проходимости мочеточников было выполнено применением малоинвазивных методик У 11 (47,8%) пациентов декомпенсированные рубцовые стриктуры мочеточников возникли после повторных циторедуктивных оперативных вмешательств типа Гартмана с иссечением тазовой брюшины. Они были протяженными и занимали практически всю дистальную треть мочеточников от места перехлеста их через подвздошные сосуды до юкставезикальных отделов. Последней группе больных в предоперационном периоде были выполнены чрезкожные нефростомии. Симулянтные реконструктивно-восстановительные операции проводились в сроки от 9 до 24 месяцев, во всех случаях рецидивов рака толстой кишки обнаружено не было. Всего выполнено 11 реконструктивно-восстановительных операций на мочевыводящих путях: в 7 случаях левого мочеточника, в 4 случаях обоих мочеточников. Осложнений у данной группы больных не отмечено.

Техника оперативного вмешательства по восстановлению проходимости мочевыводящих путей. Под эндотрахеальным наркозом выполнялась срединная лапаротомия. Проводилось выделение и уретеролиз пораженного мочеточника от лоханки до мочевого пузыря. Далее выполнялась резекция облитерированной дистальной трети мочеточника. Проводилась мобилизация передней и задней стенок мочевого пузыря с сохранением правых и левых сосудисто-нервных пучков до шейки. Через отдельный прокол верхушки мочевого пузыря слева в его полость проводился проксимальный конец мочеточника с избытком до 1,5 см. Стенка мочеточника фиксировалась к слизистой мочевого пузыря узловыми серозно-мышечными монофиламентными швами из длительно рассасывающегося материала. Затем слизистая мочеточника дополнительно фиксировалась к слизистой мочевого пузыря в виде инвагината, выступающего в полость мочевого пузыря. Со стороны брюшной полости стенка мочеточника фиксировалась к стенке мочевого пузыря серозно-мышечными монофиламентными узловыми швами из длительно рассасывающегося материала. Со стороны мочевого пузыря в мочеточник до лоханки почки проводилась полихлорвиниловая трубка диаметром до 2 мм. Для устранения натяжения мочеточника и профилактики несостоятельности уретероцистоанастомоза, верхняя часть тела мочевого пузыря с верхней поверхностью в левую или правую подвздошную область. Задняя поверхность тела и верхушка мочевого пузыря фиксировались четырьмя отдельными узловыми швами из длительно рассасывающегося материала 2/0 к передней поверхности левой большой поясничной мышцы. Через разрез мочевого пузыря в его полость устанавливался катетер, и выводились интубационные трубки мочеточников.

ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР МЕТОДА КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРОРАСТАНИЕМ В ОРГАНЫ ГЕНИТАЛИЙ

Наврзуов С.Н., Абдужаппаров С.Б., Матниёзова Ш.Я., Хакимов А.М.

Онкологический Научный центр МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Учитывая тот факт, что в 60-70% случаев рак прямой кишки диагностируется в 3-4 стадиях заболевания, отмечается тенденция к увеличению числа больных с распространением процесса в органы гениталий у женщин. Диагностика при этих ситуациях несколько затруднительна из-за стертости клинических проявлений заболевания. Имеются большие разногласия среди онкологов по определению тактики хирургического лечения при распространенных формах рака прямой кишки. Нет четких рекомендаций при каких ситуациях выполнять органосохраняющие вмешательства в отношении репродуктивной системы женщины.

Материал и методы: Нами проанализированы результаты комбинированных операций при раке прямой кишки с прорастанием в органы гениталий, выполненных в отделении колопроктологии Научного центра онкологии МЗ РУз за 2006-2010 годы. Под нашим наблюдением было 118 женщин в возрасте от 21 до 68 лет. Методы обследования больных включали следующие: колоноскопия с биопсией, ирригоскопия, ТРУЗС, КТ, гистероскопия. У 12 пациенток проведено исследование гормонального статуса. Опухоль в ректосигмоидном отделе прямой кишки был у 12 больных, в верхнеампулярном отделе у 17 больных, в среднеампулярном отделе у 32 больных, в нижнеампулярном отделе у 45 больных, в анальном канале у 12 больных. Характер операций на прямой кишке при комбинированных хирургических вмешательствах был следующим: брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с сигмостомией было выполнено у 57 больных (48,3%), брюшно-анальная резекция прямой кишки у 22 больных (18,6%), передняя резекция прямой кишки у 12 больных (10,2%), операция Гартмана выполнена 27 больным (22,9%).

Результаты: Наиболее часто при комбинированных оперативных вмешательствах выполнялись резекции влагалища – у 58 больных, надвлагалищная ампутация матки без придатков – у 21, экстирпация матки с придатками – у 22 больных, удаление придатков матки – у 31 больных. Следует отметить, что у 14 больных из этих пациентов резецировались или удалялись больше одного органа. Важно отметить, что метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов уста-

новлено у 28,0% больных (у 33 из 118), тогда как для всех радикально оперированных этот показатель составил 29,1%. Послеоперационные осложнения гнойно-воспалительного характера возникли у 21 больного (17,7%). Общая летальность составила 3,4%, умерло после комбинированных операций 4 больных из 118 оперированных. Частота появления рецидивов после комбинированных операций по поводу рака прямой кишки составила 28%. Средняя продолжительность без рецидивного периода составила 14 месяцев. 5-летняя выживаемость после комбинированных операций при местно-распространенном раке прямой кишки в наших наблюдениях составила 47,1%.

Выводы: Таким образом, приведенные данные свидетельствуют, что такие важные показатели, как частота возникновения рецидивов (28%), 5-летняя выживаемость (47,1%), при комбинированных вмешательствах и операциях стандартного объема по поводу рака прямой кишки примерно одинаковы. Учитывая, что истинное прорастание опухоли в соседние структуры нередко возможно установить лишь после гистологического исследования удаленного макропрепарата и что комбинированные хирургические вмешательства в настоящее время практически не ухудшают непосредственные результаты лечения (по числу послеоперационных осложнений и летальности от них), то целесообразность их выполнения на наш взгляд не вызывает сомнений.

ЛИМФОДИССЕКЦИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Наврзуов С.Н., Абдужаппаров С.Б., Наврзуов Б.С., Акбаров Э.Т. Онкологический Научный центр МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Недостаточный объем лимфодиссекции приводит к неудовлетворительным ближайшим и отдаленным результатам при хирургическом лечении рака прямой кишки. Основываясь на этой особенности расширения объема лимфодиссекции может снизиться показатели рецидивирования опухоли. По мнению японских хирургов, ограниченная лимфодиссекция показана при ранних стадиях рака прямой кишки. Стандартная лимфодиссекция показана при распространенном раке проксимальных отделов, расширенная – при локализации опухоли в нижних отделах прямой кишки. Во всех вариантах лимфодиссекции обязательным считается выполнение мезоректумэктомии.

Материал и методы: В отделение колопроктологии РОНЦ МЗ РУз с 2005 по 2009 гг. у 132 пациентов раком прямой кишки выполнены радикальные резекции прямой кишки с лимфодиссекцией в различном объеме (IД, ДЗ). Стадия Т2-4 N0 M0 (II стадия по Duks) было у 72 пациентов, Т2-4 N1-2 M0 (III стадия по Duks) – у 60 больных. Мужчин было 83, женщин – 49. Возраст больных составил 55,4±5,6 лет.

Наряду с лимфодиссекцией больным выполнялись следующие виды оперативного лечения в зависимости от высоты расположения опухоли и распространенности процесса: низкая (22 пациента) и ультранизкая (15 больных) передняя резекция прямой кишки с наложением сигмаректальных анастомозов при помощи циркулярно-сшивающих аппаратов (22 пациента); брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмы в анальный канал (46 пациента); брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с сигмостомией (32 больных); операция Гартмана (17 пациента).

Объем лимфодиссекции зависел от высоты расположения опухоли. При расположении опухоли от анального канала до 11 см выполняли расширенную лимфодиссекцию (47 пациентов). При локализации процесса на высоте 11 см и выше выполнялся стандартный вариант лимфоаденэктоми (85 больных).

Результаты: При изучении непосредственных и ближайших результатов оперативного лечения получены следующие: продолжительность всей операции составило 180±25,6 мин. При этом, этап лимфодиссекции при проведении стандартном ее варианте составило 42,5±8,4 мин, при расширенном варианте – 64,3±6,3 мин. (p<0,05). Кровототерапия составила 256±35,7мл. При морфологическом исследовании у 35 пациентов выявлены метастазы до 3-х лимфатических узлов (N1). У 18 больных в более 3-х лимфоузлах выявлены метастатические изменения (N2). У больных с метастазами в лимфатических узлах в адьювантном режиме проведено химиотерапия по схеме FOLFOX-4. При II стадии 5-ти летняя общая выживаемость составила 78,5±4,2%, при этом выполнение стандартной лимфодиссекции позволило добиться 5-летней выживаемости у 79,8±3,2% пациентов, а расширенная лимфодиссекция – у 77,4±3,2% больных (p>0,05). При III стадии 5-летняя общая выживаемость достигла 56,4±3,7%. Данные 5-летней выживаемости при стандартном варианте лимфодиссекции составило 51,3±2,7%, тогда как при расширении лимфодиссекции эти цифры составили 59,2±2,5% (p<0,05).

Выводы: Вышперечисленные данные позволяют говорить о том, что при II стадии процесса расширения объема лимфодиссекции не приводит к существенному увеличению продолжительности жизни пациентов. Но при III стадии расширения объема лимфодиссекции привели к значительному, статистически достоверному увеличению продолжительности обшей 5-летней выживаемости больных раком прямой кишки.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ И КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК: ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ

Олефир Ю.И., Баранов И.В., Цмай И.В., Николенко К.М., Рутгайзер А.А., Гришко С.А.

Областной онкокоoproктологический центр, ГМКБ №4, Днепрпетровск, Украина.

Одним из грозных послеоперационных осложнений у пациентов колоректальным раком (КРР) является желудочно-кишечное кровотечение, протекающее на фоне исходной анемии, иммунодепрессии, нарушения гемостаза, сопутствующих заболеваний, характерных преклонному возрасту. Частота послеоперационных кровотечений в нашем центре за период с 1990-2000 гг. составила 92 случая (3,3%). В связи с этим, с 2000 г. в обязательный стандарт обследований была включена фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС).

Цель: Исследование эффективности противоязвенной терапии в профилактике гастродуоденальных кровотечений при лечении колоректального рака.

Материалы и методы: За 10 лет с целью выявления патологических изменений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки ФЭГДС выполнена 3345 пациентам.

Результаты: Патологические изменения обнаружены в 2254 случаях – 67,4%, а именно:

- язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки с четким язвенным анамнезом – 309 случаев (13,7%);
- язвенная болезнь без язвенного анамнеза – 424 случая (18,8%);
- эрозии слизистой желудка, двенадцатиперстной кишки – 1517 случаев (67,3%).

Наличие язвенного дефекта слизистой диагностировано в 205 случаях – 9,1%.

Наличие эрозий, язвенного дефекта слизистой, всего 1722 случая (51,5%) от количества оперированных (обследованных), было абсолютным показанием для противоязвенного лечения ингибиторами протонной помпы (Омес – 80-40 мг/сутки), Н2-блокаторами, антацидами, антибактериальными препаратами.

Контрольная ФЭГДС выполнялась через 2 недели, назначенное лечение было эффективным во всех случаях эрозий и 194 (94,6%) случаях язв. Излеченные большие оперировались, остальные долечивались.

В послеоперационном периоде противоязвенную профилактику ингибиторами протонной помпы, Н2-блокаторами, антацидами получали все пациенты с обнаруженными острыми и хроническими изменениями в желудке и двенадцатиперстной кишке – 2254 (67,4%).

Частота послеоперационных кровотечений за период с 2000-2010 гг. составила 13 случаев (0,39%).

Выводы: В противоязвенном лечении в предоперационном периоде нуждается, по нашим данным, 51,5% больных КРР, в послеоперационном периоде – 67,4%.

Профилактическое применение противоязвенной терапии снижает частоту послеоперационных кровотечений с 3,3% до 0,39%, то есть в 8,5 раз.

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Олефир Ю.И., Баранов И.В., Цмай И.В., Николенко К.М., Рутгайзер А.А., Гришко С.А.

Областной онкокоoproктологический центр, ГМКБ №4, Днепрпетровск, Украина.

У 40-60% первичных больных раком прямой кишки отмечается выход опухолевого процесса за пределы кишечной стенки, а в 10-40% случаев опухоли прорастают в смежные органы, что определяет их резектабельность как сомнительную. Одним из важнейших факторов способствующих максимальной эффективности хирургического лечения злокачественных опухолей является предоперационное антибластомное воздействие. Неoadьювантная эндолимфатическая химиотерапия (НЭЛХТ) обеспечивая лечебное повреждение опухолевых клеток – лечебный патоморфоз (ЛП), а также частичную регрессию опухоли в значительной степени позволяет решать эту задачу.

Материалы и методы: За последние 5 лет в Днепрпетровском областном онкокоoproктологическом центре комплексное и комбинированное лечение проведено 570 больным раком прямой кишки и 442 больным раком ободочной кишки, всего: 1012 больных со стадиями T1-4N0-2M0. По локализации опухоли в толстой кишке распределение было следующим:

Прямая кишка – 570 больных (56%);
нижнеампулярный отдел – 208 больных (20,5%),
среднеампулярный отдел – 116 больных (11,5%),
верхнеампулярный отдел – 127 больных (12,5%),
ректосигмоидный отдел – 119 больных (11,5%).

Ободочная кишка – 442 больных (44%):
слепая – 42 больных (4,1%),
восходящая – 33 больных (3,2%),
печёночный изгиб – 58 больных (5,7%),
поперечноободочная – 17 больных (1,7%),
селезеночный изгиб – 50 больных (4,9%),
нисходящая – 25 больных (2,5%),
сигмовидная – 217 больной (21,9%)

242 больных с локализацией опухоли в верхнеампулярном и ректосигмоидном отделах прямой кишки и 132 с локализацией опухоли в ободочной кишке – всего 374, прошли курс НЭЛХТ. По стадиям они распределились следующим образом:

I стадия T1-2N0M0 – 24 больных (6,4%),
II стадия T3-4N0M0 – 184 больных (49,2%),
III стадия T1-4N1-2M0 – 134 больных (35,8%),
IV стадия T любое, N любое, M1 – 32 больных (8,6%)

Эффективность ЭЛХТ оценивалась рентгенологически, соноскопически, эндоскопически, а также по клиническим и морфологическим признакам.

Результаты: Регрессия опухоли более 50% отмечена у 71 (19%) пациента. У 202 (54%) больных наблюдалось улучшение клинических показателей (уменьшение кровотоковости, исчезновение болей, улучшение пассажа каловых масс) на фоне незначительного эффекта или стабилизации бластоматозного процесса

Степень лечебного повреждения опухолевых клеток после НЭЛХТ определялась по шкале Лавниковой и выглядела следующим образом:

1 степень лечебного патоморфоза – 142 (38%),
2 степень – 123 (32,9%),
3 степень – 107 (28,6%),
4 степень – 2 (0,5%).

Все 374 больных оперированы, 361 из них радикально. Все радикальные операции на прямой кишке были сфинктеросохраняющими – 231 внутрибрюшных и 7 наданальных резекций.

Выводы: Проведение неoadьювантной ЭЛХТ при колоректальных аденокарциномах позволяет достичь частичной регрессии опухоли и уменьшить перифокального воспалительного процесса, что облегчает условия для адекватных резекций прямой кишки, повышает возможность выполнения сфинктеросохраняющих операций и снижает количество гнойно-септических осложнений.

РОЛЬ ПОЛИРАДИОМОДИФИКАЦИИ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛУЧЕВОГО КОМПОНЕНТА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Павлов А.С., Кижаяев Е.В., Симакина Е.П., Банов С.М., Репина А.Г., Жмаева Е.М., Мардашева Л.В.

Российская медицинская академия последипломного образования, кафедра радиологии, Москва, Россия

В настоящее время вопросам полирадиомодификации, призванной повысить эффективность дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) как в предоперационной, так и в самостоятельной радикальной программах лечения больных злокачественными опухолями уделяется значительное внимание. В этом отношении ведущими направлениями исследований являются совершенствование методов физическое (в частности СВЧ-гипертермия) и химического (преимущественно лекарственного) воздействий, применяемых в различных комбинациях, а также использование различных режимов фракционирования дозы облучения. В ряду лекарственных препаратов особое внимание привлекают аналоги пуринов и пиримидинов, нарушающих синтез ДНК и РНК в клетках. К наиболее известным из них относится широко применяемый в практике противопухольный препарат 5 фторурацил (5ФУ). В экспериментальных условиях было установлено, что данное лекарственное средство в редуцированных дозах в сочетании с ДЛТ на 30-50% увеличивает гибель клеток Hela по сравнению с действием одного облучения, снижая их выживаемость до 30-40%, которая в контроле составляла 70-80%, т.е. имеет место потенцирование (усиление) радиопоражаемости за счет нарушения процессов репарации сублетальных повреждений в опухолевых клетках.

Общезвестно, что в современной отечественной онкологии проблема лечения больных раком прямой кишки (РПК) и анального канала (РАК) является одной из наиболее актуальных. Это в первую очередь связано с преобладанием в нашей стране (до 65% случаев) местнораспространенных и генерализованных форм заболевания, что определяет высокую (26-37%) частоту местных рецидивов и низкую (38-52%) 5-летнюю выживаемость больных после хирургического вмешательства.

Совместно с сотрудниками ГНЦ колорктологии нами предпринято рандомизированное исследование, заключающееся в проведении у 86-ти больных РПК с местной распространенностью процесса в пределах T3-T4 предоперационной ДЛТ в пролонгированном режиме и условиях мультифракционирования дозы облучения при ежедневном введении редуцированных доз 5 ФУ. В результате проведенного комплексного воздействия 5-летняя выживаемость больных составила 69%, в то время как в контрольной группе она оказалась равной 45%. В 82% случаев отмечена высокая степень лучевого патоморфоза в клетках удаленных опухолей, включая в 16% случаев их полное отсутствие.

Минимальными и отдаленные результаты оказались наилучшими (не более 38%). Для уточнения причин резистентности РПК в подобных случаях необходимо исследование гистологических, иммуно-гистохимических и генетических характеристик опухоли и дооперационного определения критериев прогноза с целью дальнейшего совершенствования метода комплексного лечения. В частности, для выбора вида фторпиримидинов важна информация об иммуногистохимических параметрах опухоли. Назначение кселоды определяется фактом наличия гиперэкспрессии тимидилатсинтетазы. При ее отсутствии возможно назначение фторурацила (желательно в виде УФТ или фторафура для имитации пролонгированного введения ФУ). Типичные для местнораспространенного РПК инфильтративно-воспалительные процессы с преобладанием некробитических изменений в опухоли при наличии предполагают эффективность препаратов цисплатины. При наличии не мутированного («дикого») гена г-газ возможно применение препарата эрбитукс в стандартных дозах. Таким образом, одним из возможных путей преодоления выявленной резистентности опухолей мы видим в расширении рамок лекарственного воздействия. В частности, в 15-ти случаях местнораспространенного РПК и РАК в предоперационном

периоде были использованы 2-3 цикла ПХТ («XELOX») с последующей ДЛТ, проводимой на фоне редуцированных доз препаратов фторафур или кселода. В результате проведенного предоперационного лечения у всех больных отмечена значительная регрессия опухоли и высокая степень лучевого патоморфоза. В двух случаях РАК при выявлении в клетках «дикого» не мутированного гена K-ras использовался препарат эрбитукс на фоне продолжавшейся ДЛТ и ПХТ «XELOX». Таким образом, использование принципов полирадиоимодификации значительно расширяет терапевтические возможности лечения больных с местнораспространенными формами РПК и РАК, но и диктует необходимость дальнейшего совершенствования методик комплексного лечения.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОКТЕКТОМИИ С СОХРАНЕНИЕМ ЭЛЕМЕНТОВ НАРУЖНОГО СФИНКТЕРА ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НА УРОВНЕ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ

Пикунов Д.Ю., Шельгин Ю.А., Кашников В.Н., Рыбаков Е.Г., Расулов А.О.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

До настоящего времени при раке нижнеампулярного отдела прямой кишки единственным радикальным методом хирургического лечения является экстирпация органа с формированием колостомы на передней брюшной стенке со всеми известными негативными последствиями этого вмешательства. В то же время, на основании морфологических исследований удаленных при экстирпации прямой кишки операционных препаратов, проведенных в ГНЦК, доказана онкологическая обособленность сохранения элементов анального жома даже при локализации опухоли на уровне зубчатой линии.

Материалы и методы: В ГНЦК разработана операция – проктэктомия с удалением глубокой порции наружного сфинктера, дополненная формированием С-образного толстокишечного резервуара, концевой гладкомышечной манжетки и формированием колоанального анастомоза. В период с 2002 по 2010 год с использованием данной методики оперировано 60 пациентов по поводу рака прямой кишки на уровне зубчатой линии uT2-3N0M0, средний возраст которых составил 54 (29-75) лет. Тридцати двум пациентам проведен пролонгированный курс предоперационной химиолучевой терапии. Во всех случаях производилось формирование превентивной стомы.

Результаты: Летальности не было. Ранние послеоперационные осложнения отмечены у 3 пациентов (дисфункция илеостомы, частичная ретракция низведенной кишки, длительный парез желудочно-кишечного тракта) – не потребовали повторных хирургических вмешательств. Гистологическое исследование удаленных препаратов показало, что стадия рT2N0 была у 9 больных, рT2N1 – у 2 пациентов (n=19), рT3N0 – у 13 больных, рT3N1 – у 4 больных, у пациентов после предоперационной ХЛТ полная регрессия опухоли урT0N0 зафиксирована у 3 больных, урT2N0 – у 8 пациентов, урT3N0 – у 16 больных, урT3N1 – у 5 пациентов. Дистальная линия резекции составила 2,0±0,4 (1,5-2,8) см, латеральная линия резекции – 0,8±0,3 (0,2-1,4) см. Все пациенты прослежены в сроки 10-86 месяцев с медианой 38 месяцев. У 3 пациентов выявлен рецидив рака в полости таза – выполнена экстирпация низведенной кишки. У всех остальных пациентов признаков рецидива заболевания не выявлено. 5-летняя актуаральная выживаемость составила 73,4±10,6%. Функциональные результаты оценивались через 3, 6, 12, 24 месяцев после закрытия стомы при опросе и объективизировались с помощью анальной манометрии и электромиографии, качество жизни оценивали с помощью опросника FQL. При динамической оценке отмечается стабильная тенденция к нарастанию активности и сократительной способности сохраненных порций наружного сфинктера. При этом отмечается незначительное снижение функциональных показателей у больных в группе с предоперационной ХЛТ по сравнению с необлученными пациентами, что, однако, значительно не влияет на качество жизни оперированных больных – результаты оценки FQL практически идентичны в обеих группах. Все пациенты социально адаптированы, вернулись к выполняемой ранее работе.

Выводы: Разработанный метод хирургической реабилитации больных нижнеампулярным раком прямой кишки на уровне аноректальной линии можно считать одной из альтернатив экстирпации прямой кишки у мотивированных больных, сочетающей в себе функциональную направленность без ущерба онкологическому радикализму.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Половинкин В.В., Волков А.В.

Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В.Очаповского, Краснодар, Россия

Местнораспространенный рост злокачественных опухолей прямой кишки, поражение регионарных лимфоузлов – факторы риска развития местных рецидивов и низкой выживаемости. Многие авторы отмечают влияние хирургической техники, стадии заболевания, лучевой терапии на улучшение результатов мультиорганной резекции при раке прямой кишки.

Цель: Сравнить ближайшие и отдаленные результаты комбинированных и типичных операций по поводу рака прямой кишки.

Методы: Исследование когортное ретроспективно-проспективное сравнительное. За период с 01.01.2003 по 31.12.2007 годы в многоцелевую электронную базу данных последовательно занесены сведения о 286 пациентах радикально и паллиативно оперированных по поводу рака прямой кишки. С учетом критериев включения (аденокарцинома верхне-, средне-, нижнеампулярная) и исключения (T1-2, M1) в исследование участвовали 164 пациента. Комбинированные операции выполнены 23 пациентам (основная группа), типичные 141 (контрольная). В основной группе 11 (47,8%) дополнительно резецированы один орган, а 12 (52,2%) выполнялись мультиорганной резекции. Удельный вес резецированных органов: матка, влагалище, придатки – 13 (56,5%); мочевого пузыря, мочеточники – 11 (47,8%); предстательная железа, семенные пузырьки – 2 (8,7%); другие органы – 5 (21,7%). Группы не различались по соотношению мужчины/женщины, среднему возрасту, ИМТ, удельному весу стадий, степени дифференцировки опухоли, количеству сформированных анастомозов, превентивных стом, лимфодиссекций. Ни один пациент не получал предоперационную химиотерапию. В группе комбинированных операций удельный вес предоперационной лучевой терапии достоверно меньше (p=0,002), а поврежденный опухолевым инфильтратом во время выделения макропрепарата достоверно больше (p=0,002). В основной группе преобладал верхнеампулярный рак (p=0,008).

Результаты: Продолжительность операций 373,5±123,4 мин и 296,3±77 мин в группах отличалась (p=0,007). Объем кровопотери при комбинированных 961,7±770,8 мл операциях достоверно больше, чем типичных 630,8±576,9 мл. По доле несостоятельности анастомозов, послеоперационных кровотечений, нагноений ран, абсцессов брюшной полости, ранней спаечной кишечной непроходимости, дисфункции мочевых путей, лимфорреи, послеоперационной летальности (до 30 суток) различий не было. Отдаленные результаты прослежены у всех больных. Средний срок 45,5±21,1 мес. В трехлетний период в основной группе местных рецидивов в 5 (21,7%) наблюдениях, в контрольной – в 10 (7,1%) (p=0,02). Увеличение количества местных рецидивов в основной группе происходило за счет внекишечной локализации и в поздние сроки (после двух лет). Трехлетняя безрецидивная выживаемость у пациентов после комбинированных операций 43,5%, типичных 61%.

Выводы: Комбинированные вмешательства не приводят к увеличению ранних послеоперационных осложнений, но достоверно увеличивают продолжительность операции и объем интраоперационной кровопотери. Местнораспространенный рост, повреждение опухолевого инфильтрата факторы риска местных рецидивов и уменьшения трехлетней безрецидивной выживаемости. Меры улучшения отдаленных результатов комбинированных вмешательств могут быть: совершенствование техники оперирования, расширение объемов операций, применение предоперационной лучевой терапии.

ТОТАЛЬНАЯ МЕЗОРЕКТАЛЬНАЯ ЭКСЦИЗИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА СРЕДНЕ- И НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛОВ ПРЯМОЙ КИШКИ – СТАНДАРТНАЯ ТЕХНИКА, СНИЖАЮЩАЯ ЧАСТОТУ МЕСТНОГО РЕЦИДИВИРОВАНИЯ

Половинкин В.В., Волков А.В.

Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В.Очаповского, Краснодар, Россия

В 1982 г. R.J. Heald впервые опубликовал описание техники тотальной мезоректальной экцизии (ТМЭ) при хирургическом лечении больных раком прямой кишки. Основу концепции техники ТМЭ составляло острое выделение прямой кишки под контролем зрения в бессосудистой зоне между висцеральной фасцией прямой кишки и париетальной фасцией таза. Именно в клетчатке, заключенной в собственную фасцию (мезоректум), расположены лимфатические узлы, большая часть из которых имеют метастазы опухоли. При использовании традиционного способа выделения прямой кишки «подочкой» часть этой жировой клетчатки отрывается и остается в малом тазу, что, в большинстве случаев, приводит к возникновению «сателлит-метастазов», частота которых может достигать 25%. Прошло почти 30 лет с момента первого упоминания о ТМЭ, но «слепое» выделение прямой кишки до сих пор остается в арсенале многих практикующих хирургов. Аргументами в его защиту служат простота и быстрота исполнения, а платой за такой выбор высокая частота местных рецидивов.

Цель: Сравнить отдаленные результаты ТМЭ со стандартным «слепым» выделением при раке средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки.

Материалы и методы: Исследование ретроспективно-проспективное сравнительное когортное. С 2005 г. информация о всех последовательно оперированных в отделении больных раком прямой кишки заносилась в проспективную многоцелевую электронную базу данных. Результаты лечения больных раком прямой кишки в 2003-2004 гг. внесены ретроспективно по материалам архивных историй болезней. За период с 01.01.2003 по 31.12.2007 накоплена информация о 273 пациентах, подвергшихся плановому хирургическому вмешательству. Согласно критериям включения (аденокарцинома средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки) и критериям исключения (смерть в 30-дневный срок после операции, операция в объеме эвисцерации таза, наличие отдаленного метастазирования) отобраны 153 пациентов, которые были разделены на тех, кому выполнили ТМЭ (основная группа, n=57) и тех, кого оперировали, применяя «слепое» выделение прямой кишки (контрольная группа, n=96). Группы достоверно не различались по соотношению мужчины/женщины, среднему возрасту, ИМТ и удельному весу стадий, степени дифференцировки опухоли (p>0,05). Ни один из пациентов

обеих групп в предоперационном периоде не получал химиотерапию, но большинству в предоперационном периоде проведена лучевая терапия: в основной группе – 45 (78,9%), в контрольной – 60 (62,5%) (p=0,034). Результаты. Прослежены все больные. Средний срок прослеженности 43,4±21,7 мес. В трехлетний период в основной группе местный рецидив диагностирован в 3 (5,2%) наблюдениях, в контрольной – у 29 (30,2%) (p=0,0002). Частота местных рецидивов при проведении дооперационной лучевой терапии или без нее в основной группе составила 4,4% против 8,3% (p=0,592). Частота местных рецидивов в контрольной группе при проведении дооперационной лучевой терапии или без нее была 23,3% против 41,7% (p=0,05). Для 3-х летнего интервала времени общая выживаемость для слепого выделения составила 68,5%, для ТМЭ 82,5%, а безрецидивная выживаемость для слепого выделения 56,2%, для ТМЭ – 80,0%. При среднеампулярной локализации частота местных рецидивов достоверно меньше при выполнении ТМЭ (p=0,0001), при нижеампулярной достоверной разницы в частоте развития местных рецидивов в сравниваемых группах нет (p=0,4492).

Выводы: ТМЭ позволяет значительно снизить частоту местного рецидивирования и увеличить трехлетнюю безрецидивную выживаемость больных. Предоперационная лучевая терапия в группе, где применено «слепое» выделение прямой кишки, позволяет уменьшить вероятность местного возврата заболевания, однако частота рецидива в группе с ТМЭ, даже без применения предоперационной лучевой терапии, достоверно ниже. Нижеампулярная локализация новообразования в сравниваемых группах приводит к одинаково частому местному рецидивированию независимо от применяемой техники выделения прямой кишки.

ВЛИЯНИЕ Д3-ЛИМФОДИССЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ НА ЧАСТОТУ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Половинкин В.В., Прынц П.С.

Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В.Очаповского, Краснодар, Россия

Техника полной мезоколонэктомии (complete mesocolic excision (CME) с центральной перевязкой ободочных сосудов применяемая (D3-лимфодиссекция) при раке правой половины толстой кишки снижает частоту местного рецидивирования до 3-4%, а 5-летнюю общую выживаемость увеличивает до 90%. По мнению многих авторов, расширение объема лимфодиссекции приводит к увеличению количества интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, что является сдерживающим фактором для внедрения D3-лимфодиссекции, как стандарта хирургического лечения рака правой половины толстой кишки.

Цель: Оценить влияние D3-лимфодиссекции на частоту возникновения ранних послеоперационных осложнений у пациентов, страдающих раком правой половины толстой кишки.

Материалы и методы: Исследование ретроспективно-проспективное сравнительное когортное. За период 2002-2009 гг. 195 пациентам выполнена плановая правосторонняя гемиколэктомия по поводу рака слепой кишки (66), восходящей ободочной кишки (70), печеночного изгиба (59) в стадиях T1-4N0-2M0-1. Группа, в которой выполнялась D3-лимфодиссекция (основная группа), составила 79 пациентов. Контрольная группа, в которой D3-лимфодиссекция не выполнялась или лимфодиссекция выполнялась в меньшем объеме – 116. По возрасту (p=0,115), полу (p=0,576), соотношению мужчины/женщины достоверного различия в группах не выявлено. Правосторонняя гемиколэктомия типичная выполнена 134 пациентам, расширенная – 38, комбинированная – 19, расширенная + комбинированная – 4. После применения D3-лимфодиссекции операция завершена анастомозом у 78 (98,7%) пациентов, в контрольной группе сформировано – 100 (86,2%).

Результаты: Продолжительность операции при D3-лимфодиссекции составила 217,5±70,8 мин, в контрольной группе – 236,6±66,6 мин (p=0,073).

Объем кровопотери в основной группе характеризуется медианой = 100 мл, первая квартиль = 50 мл, третья квартиль = 200 мл. Объем кровопотери в контрольной группе статистически достоверно отличается в большую сторону по критерию Мани-Уитни (p=0,0003) от основной группы (в контрольной группе медиана = 200 мл, первая квартиль = 100 мл, третья квартиль = 200 мл). В частоте развившихся осложнений в основной и контрольной группах, достоверного различия нет: интраоперационные повреждения сосудов или соседних органов во время диссекции 1(1,3%)/2(1,7%) (p=0,799); лимфоррея 2(2,5%)/0 (p=0,085); ранняя спаечная кишечная непроходимость 1(1,3%)/0 (p=0,224); несостоятельность анастомоза 3(3,8%)/1(1,0%) (p=0,156). Также нет различия в послеоперационной летальности 3 (3,8%) и 3 (2,59%) соответственно (p=0,631). Но различие достоверно для послеоперационных кровотечений 6(7,6%)/1(0,86%) (p=0,013).

Выводы: Частота ранений сосудов и соседних органов во время диссекции, развитие лимфоррей, ранней спаечной кишечной непроходимости, несостоятельности анастомоза в обеих группах близка. Также нет различия в послеоперационной летальности. Применение D3 лимфодиссекции при раке правой половины толстой кишки не увеличивает продолжительность операции и объем интраоперационной кровопотери. Применение D3-лимфодиссекции при раке правой половины толстой кишки сопровождается увеличением частоты послеоперационных кровотечений.

ДИНАМИКА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ОПУХОЛЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Полунин Г.Е., Гольмамедов Ф.И., Шаламов В.И.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Донецк, Украина

Рак – известное осложнение воспалительных заболеваний толстой кишки (ВЗК), поэтому ВЗК относят к факультативным предракам. В связи с прогнозируемым ростом заболеваемости язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК) во всем мире, возрастает риск злокачественной трансформации.

Цель: Оценить динамику выявляемости различных видов опухолей, ассоциированных с ВЗК.

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 1020 больных ВЗК: 690 (67,6±1,5%) с ЯК и 330 (32,5±1,5%) с БК за 30 лет. Рак толстой кишки (РТК) наблюдали у 39 пациентов: 26 (66,7±7,5%) с ЯК и 13 (13,3±7,5%) с БК. Воспалительные псевдоопухоли (ВПО) – у 44 пациентов: 13 (29,5±6,9%) с ЯК и 31 (70,5±6,9%) с БК. Полипоз толстой кишки (ПТК) – у 34 пациентов: 26 (76,5±7,3%) с ЯК и 8 (23,5±7,3%) с БК.

Результаты: В зависимости от времени диагностики РТК, ВПО и ПТК время наблюдения разделено на 3 периода: 1-й – с 1980 по 1989 годы, 2-й – с 1990 по 1999 годы, 3-й – с 2000 по 2010 годы. Анализ результатов показал, что из 39 случаев, в 1-м периоде РТК выявлен у 2 (5,1±3,5%), во 2-м – у 10 (25,6±7,0%), в 3-м – у 27 (69,2±7,4%) пациентов. В группе больных с ВПО в 1-м периоде выявлено 6 (13,6±5,2%), во 2-м – 11 (25,0±6,5%), в 3-м – 27 (61,4±7,3%) случаев заболевания. Из 34 случаев ПТК в 1-м периоде выявлен у 8 (23,5±7,3%), во 2-м – у 3 (8,8±4,9%), в 3-м – у 23 (67,6±8,0%) пациентов.

Выводы: Наши исследования подтверждают тенденцию к увеличению количества больных с ассоциированными с неспецифическими воспалительными заболеваниями толстой кишки различными видами опухолей.

РЕЗЕКЦИЯ И ПРОТЕЗИРОВАНИЕ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ПО ПОВОДУ РАСПРОСТРАНЕННОГО РЕЦИДИВА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Полутарников Е.А., Урбан А.С., Сергеев В.Н., Перминов А.А., Довбета Е.В.

ГУЗ «Областная клиническая больница», Кемерово, Россия.

Современный уровень развития хирургии и анестезиологии позволяет выполнить значительные по объёму оперативные вмешательства. Хирургическое лечение рецидива колоректального рака и его метастазов лимфогенных метастазов является перспективным направлением онкопроктологии. Радикальное удаление местно распространённых опухолей с вовлечением в процесс магистральных сосудов, в том числе брюшного отдела аорты, традиционно считается одним из противопоказаний к хирургическому лечению. При выполнении комбинированных вмешательств возможно вскрытие просвета кишечной трубки и инфицирование брюшной полости в зоне протеза, и это добавляет актуальность в решении этой проблемы.

В сообщении представлен случай рецидива колоректального рака с вовлечением в процесс абдоминального отдела аорты, 12-п.к. и левого мочеточника. Больная И., 55 лет, поступила 21.12.09 г. с жалобами на нарастающую слабость, ложные позывы на акт дефекации с примесью слизи и крови. Из анамнеза выяснено, что в 2004г в одном из лечебных учреждений города большой была выполнена резекция сигмовидной кишки по поводу рака. В 2007 г. выявлен рецидив опухоли, по поводу чего в том же лечебном учреждении выведена дуэстная трансверстома. При поступлении больной выполнена МРТ брюшной полости – на уровне бифуркации аорты определяется гомогенное образование, с чёткими ровными контурами, накапливающее контраст, размерами 22×25 мм., расширение полостной системы левой почки. При фиброколоноскопии в нисходящем отделе толстой кишки обнаружена опухоль. Биопсия – аденокарцинома. 28.12. выполнена лапаротомия при которой выявлена в нисходящем отделе толстой кишки опухоль 4-5 см обтурирующая просвет кишки Опухоль интимо сращена с нижней горизонтальной отделом двенадцатиперстной кишки, вплотную прилегает к аорте в области бифуркации. В ходе мобилизации обнаружено прорастание опухоли в левый мочеточник. Выше этого места мочеточник расширен. Левосторонняя гемиколэктомия до стомы с ушиванием толстой кишки. Резецирован сегмент мочеточника с восстановлением его на лоханочно-мочепузырном стенке. Клиновидно резецирована двенадцатиперстная кишка в области интимного сращения. Пересечена аорта выше инвазии опухоли и подвздошные артерии. Аорта восстановлена бифуркационным протезом. Брюшинное пространство дренировано силиконовой трубкой. Брюшная стенка ушита наглухо. В послеоперационном периоде диагностировано жидкостное скопление брюшной полости, потребовалось однократное его удаление методом пункции под контролем УЗИ. Гистологическое исследование материала – умеренно дифференцированная аденокарцинома толстой кишки с прорастанием в парааортальную клетчатку и стенку мочеточника. В последующем, больной проведено шесть курсов химиотерапии.

Через 12 месяцев состояние пациентки удовлетворительное, прибавила в весе 15 килограммов. По лабораторным данным и методам инструментальных исследований (УЗИ, КТ, фиброколоноскопия) – признаков пара-

жения опухолевым процессам органов брюшной полости нет. Таким образом, вовлечение брюшного отдела аорты при местно-распространенной забрюшинной, либо, внутрибрюшинной опухоли не является противопоказанием к хирургическому лечению. Объем хирургического вмешательства при отсутствии генерализации опухолевого процесса должен определяться исключительно его местной распространенностью.

ВЛИЯНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

Помазкин В.И.

Свердловская областная клиническая больница № 1, Екатеринбург, Россия

Выбор оптимальной тактики при обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости, требующей неотложного оперативного лечения, остается предметом дискуссий. Целью работы было исследование влияния тактики оперативного лечения обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости на непосредственные результаты, отдаленную выживаемость и качество жизни больных.

В исследование были включены результаты лечения 302 больных с опухолевой кишечной непроходимостью левой половины ободочной кишки в стадии декомпенсации, при исключении некротических изменений толстой кишки и перитонита. Средний возраст пациентов составил 65,9±7,1 лет. Мужчин было 134, женщин 168. Основную группу составили 120 пациентов, у которых на первом этапе производили формирование петлевой дуэльной разгружающей колостомы проксимальнее уровня обструкции. После ликвидации явлений непроходимости и нарушений организма, вызванных ее наличием, на втором этапе лечения осуществляли резекцию толстой кишки вместе с опухолью и стомированным участком с одномоментным восстановлением целостности кишечного тракта. В контрольную группу вошли 182 больных с выполнением на первом этапе операции Гартмана, а на втором восстановительного вмешательства с ликвидацией колостомы.

Летальность в основной группе больных на этапе формирования стомы составила 0,83%. При выполнении второго этапа с выполнением радикальной операции летальных исходов не было. Раневые инфекционные осложнения в основной группе в общей сложности зафиксированы у 9 (7,5%) пациентов, внутрибрюшные осложнения отсутствовали. Удаление опухоли с ликвидацией стомы выполнено у 116 (96,7%) больных. У 2 больных второй этап лечения признан нецелесообразным вследствие выявленного распространенного канцероматоза брюшины. Один из пациентов отказался от радикальной операции. Средний срок между формированием стомы и ее ликвидацией в основной группе составил 25,3±4,4 дня.

Летальность при выполнении операции Гартмана на первом этапе лечения, составила 9,9%. В контрольной группе у 14 (7,7%) пациентов первый этап лечения сопровождался гнойно-воспалительными осложнениями со стороны брюшной полости и забрюшинного пространства. Послеоперационные раневые осложнения отмечались у 39 (21,5%) больных, значительно превышая их число в основной группе. Восстановительная операция с ликвидацией стомы в контрольной группе была выполнена у 152 (83,5%) больных. В среднем интервал между операциями составил 196,3±33,6 дня. Летальность при восстановительных операциях составила 1,3%.

Трехлетняя выживаемость в основной группе при стадии опухоли T2-N0M0 составила в основной группе 87,6%, в контрольной группе она была меньшей, составляя 68,7%. При стадии T2-3N1M0 выживаемость соответственно была 78,6% и 55,4%. Следует отметить, что уже на этапе восстановительного лечения после операции Гартмана, ранний местный рецидив опухолевого процесса был выявлен у 16 из 152 больных (10,5%). У 6 (3,9%) пациентов при отсутствии рецидива опухоли в толстой кишке обнаружены неудаленные регионарные лимфоузлы с метастатическим поражением.

Двухэтапная тактика лечения острой обтурационной толстокишечной опухолевой непроходимости при исключении перитонита, с формированием декомпрессионной колостомы на первом этапе, и резекции толстой кишки с удалением опухоли и одномоментной ликвидацией стомы на втором, позволяет уменьшить послеоперационную летальность и частоту осложнений, улучшить отдаленную выживаемость больных и повысить качество их жизни за счет значительного сокращения сроков существования временной колостомы.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ СИНХРОННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Попова Т.Н.

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Росздрава, Саратов, Россия

Первично-множественные синхронные злокачественные новообразования толстой кишки занимают первое место в структуре синхронных полинеоплазий пищеварительной системы.

Цель: Выявить особенности диагностики при синхронных полинеоплазиях толстой кишки. Уточнить локализацию первично-множественных синхронных злокачественных новообразований толстой кишки.

Материалы и методы: проведен анализ историй болезни 75 больных первично-множественными синхронными злокачественными новообразованиями толстой кишки. Большинство больных (86,7%) было старше 50 лет. Женщины (56,0%) преобладали над мужчинами (44,0%). 2 опухоли одновременно (или с интервалом не более 6 месяцев) обнаружены у 69 больных и 3 – у 6 больных. Всего 156 опухолей. Гистологическая форма злокачественных опухолей в большинстве случаев (86,7%) – аденокарцинома. Отбор больных для исследования проводили в соответствии с критериями первично-множественного поражения: каждая опухоль имела морфологическую картину злокачественности, располагалась отдельно от других опухолей и не являлась метастазом.

Результаты: При первично-множественных синхронных злокачественных новообразованиях толстой кишки чаще других опухолей диагностирован рак прямой кишки – у 35 (46,7%) больных, рак ободочной кишки – у 22 (29,3%) пациентов и сигмовидной кишки – у 18 (24,0%).

При раке прямой кишки вторая опухоль более чем у половины больных (54,3%) локализовалась в органах желудочно-кишечного тракта: у 28,6% больных – в пищеводе, желудке, тонкой кишке, поджелудочной железе и у 25,7% – в ободочной кишке.

При раке сигмовидной кишки вторая опухоль у половины больных была обнаружена в женских половых органах (яичниках, теле и шейке матки). При раке ободочной кишки у 54,5% больных вторая опухоль локализовалась в желудке.

Из общего количества опухолей I стадия распространенности процесса имела место у 44 (28,6%) больных. II стадия – у 57 (37,0%), III – у 27 (17,5%) и IV – у 26 (16,9%). При этом запущенная стадия опухолевого процесса чаще встречалась при раке прямой кишки, т.е. при опухоли наружной локализации.

Одним из важных вопросов является своевременная диагностика первично-множественных синхронных злокачественных новообразований толстой кишки. Частота диагностических ошибок, т.е. несвоевременное выявление второй опухоли, составила 22,7%. Наиболее частая ошибка заключается в том, что врачи фиксируют внимание на уже обнаруженной опухоли, пренебрегая возможностью существования второй. Однако есть и объективные трудности в диагностике полинеоплазий: стенозирующий рост дистально расположенных опухолей не дает возможность эндоскописту осмотреть вышележащие отделы толстой кишки. Как правило, в таких случаях пропущенная опухоль является случайной находкой во время операции.

Заключение: При первично-множественных синхронных злокачественных новообразованиях толстой кишки чаще встречается рак прямой кишки. Поэтому врачам первого контакта не следует пренебрегать пальцевым исследованием данного органа. В обязательную схему обследования больных с уже обнаруженными злокачественными новообразованиями толстой кишки должны включаться методы эндоскопического и рентгенологического исследования всего желудочно-кишечного тракта, которые, дополняя друг друга, позволяют выявить множественное злокачественное поражение. При выявлении рака сигмовидной кишки следует исключать опухоли гениталий у женщин.

КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ СОД ПРЕОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ И РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Расулов А.О.¹, Шельгин Ю.А.¹, Бойко А.В.², Дрошнев И.В.²

¹ ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздрава России, Москва, Россия

² ФГУ МНИОИ им. П.А.Герцена Минздрава России, Москва, Россия

Цель: улучшение результатов лечения рака прямой кишки за счет изменения СОД преоперационной химиолучевой терапии.

Материалы и методы: Проанализированы 154 больных раком прямой кишки стадии T2-4N0-2, получивших преоперационную химиолучевую терапию в режиме динамического фракционирования в суммарной очаговой дозе 39,5 Гр (1 группа – 71 пациент) и 47 Гр (2 группа – 83 пациента) с использованием 5-фторурацила и цисплатины, последующим хирургическим вмешательством и адьювантной полихимиотерапией в режиме Xelox (4 курса). В течение 5 дней производилось внутривенное введение 5-ФУ по 350 мг/м² на 200 мл физиологического раствора, после чего проводилась лучевая терапия в течение 3 дней по РОД 4 Гр на фоне внутривенного введения цисплатины 30 мг. Далее следовало продолжение лучевой терапии по 1,25 Гр 2 раза в день с интервалом 5 ч до СОД 39,5 Гр или 47 Гр. Хирургическое вмешательство выполнялось через 5-6 недель после окончания ХЛТ.

Результаты: Частота токсических реакций в обеих группах была одинаковой (25,4% и 19,8%, соответственно, $p=0,44$), что потребовало перерыва в облучении в 7,2% и 7,4%. Расстояние от наружного края анального канала до нижнего полюса опухоли в результате сокращения размеров опухоли («downsizing») на фоне ХЛТ в обеих группах достоверно ($p=0,01$) увеличилось (1 группа, в среднем – с 4,8±2,2 см до 5,5±2,3 см; 2 группа, в среднем – с 5,2±1,9 до 5,8±1,8 см). Достоверно больше полных и близких к полной регрессии опухоли (степень 1-2 по Mandard) зарегистрировано в группе пациентов, получивших СОД 47 Гр (43,2% и 23,9% соответственно, $p=0,022$). Достаточно высокое количество сфинктеросохраняющих оперативных вмешательств выполнено в обеих группах (69% и 77,1%, $p=0,28$). Объем интраоперационной кровопотери и продолжительность оперативного вмешательства у пациентов первой группы были существенно больше (276,1±212,8 мл и 165,7±94,4 мл, $p=0,001$ и 216±76,3 мин и 159,2±44,4 мин, $p=0,001$). Частота послеоперационных осложнений достоверно не отличалась в обеих группах (32,4% и 21%, соответственно, $p=0,14$). Послеоперационный койко-день был одинаков

вым в 1 и 2 группах (13,5±14,4 и 12,8±5,1, соответственно, $p=,39$). Многомерный анализ подтвердил достоверность различий в частоте полных и близких к полным регрессий рака прямой кишки ($p=,046$) и длительности хирургического вмешательства ($p=,001$).

Заключение: Увеличение СОД предоперационной химиолучевой терапии в режиме динамического фракционирования с 39,5 Гр до 47 Гр с применением 5-фторурацила и цисплатины, приводит к достоверному увеличению полных и близких к полным регрессий опухоли прямой кишки, уменьшает продолжительность оперативного вмешательства, не влияя на частоту сфинктеросохраняющих хирургических вмешательств и послеоперационных осложнений.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ ПОЛИПОВ

Рубцов В.С., Чалык Ю.В.

Саратовский государственный медицинский университет,
Кафедра общей хирургии, Саратов, Россия

В экономически развитых странах колоректальный рак (КРР) занимает второе место по заболеваемости и смертности, уступая первенство раку лёгкого. Наиболее распространённой предраковой патологией являются аденоматозные полипы толстой кишки.

По ряду причин в России рак толстой кишки в 70-93% случаев выявляется лишь в III-IV стадии, а полипы прямой и ободочной кишок, как правило, оказываются случайной находкой при обследовании больных по поводу других заболеваний.

Наиболее приемлемой системой раннего выявления колоректальных новообразований представляется иммунохимический скрининг на скрытую фекальную кровь (СФК) в сочетании с профилактической колоноскопией пациентам выявленной группы повышенного риска.

Цель: Оценить клиническую эффективность иммунохимического скрининга в группе бессимптомных амбулаторных пациентов 40-60 лет. Определить возможность амбулаторной эндоскопической полипэктомии как метода ранней уточняющей диагностики колоректального рака.

Материалы и методы: Иммунохимический тест на скрытую фекальную кровь ACON FOB (Acon Biotech Co. Ltd., США-Китай) с разрешающей способностью по определению низких уровней фекальной крови 50 нг/мл. Тестированию на СФК подвергались бессимптомные пациенты обоего пола в возрасте 40-60 лет. Колоноскопия с биопсией выполнялась фиброколоноскопом «Pentax FC-38 FV» (Япония). Эндоскопическое удаление колоректальных полипов проводилось электрохирургическим способом.

Результаты: Скрининговое обследование на скрытую фекальную кровь прошли 279 амбулаторных пациентов обоего пола в возрасте 40-60 лет (мужчины – 117 (42%), женщины – 162 (58%). У 25 (8,9%) обследованных пациентов тест на скрытую кровь показал положительный результат. Этим пациентам в последующем проведена профилактическая колоноскопия, которая была тотальной у 23 (92%). Во всех случаях, кроме одного, удалось установить источник скрытого толстокишечного кровотечения. Одна пациентка исключена из исследования в связи с погрешностью тестирования.

В результате скрининга и уточняющей эндоскопической диагностики у бессимптомных пациентов ($n=24$) выявлены следующие скрыто протекающие заболевания: КРР – 2 (8,3%), малигнизированные полипы – 4 (16,7%), доброкачественные полипы – 8 (33,3%), язвенный проктит – 1 (4,2%), сосудистая патология – 8 (33,3%). Размер аденом варьировал от 0,5 см до 3,0 см. Лишь в 1 случае из 4 малигнизированных полипов имелись визуальные признаки малигнизации. Возраст 5 из 15 пациентов с колоректальными новообразованиями (рак и полипы) был менее 50 лет. Полипэктомия проводилась как с лечебной целью, так и с целью уточнения диагноза.

Выводы:

1. Иммунохимическое тестирование на СФК в сочетании с колоноскопией позволяет выявлять у бессимптомных пациентов доброкачественные и злокачественные колоректальные новообразования.
2. Колоректальные новообразования без клинической симптоматики могут встречаться у пациентов моложе 50 лет.
3. Эндоскопическая полипэктомия является окончательным методом выявления малигнизации визуально доброкачественных полипов.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОСНОВАННИЕ ЦЕЛЕСОБРАЗНОСТИ «ЦИЛИНДРИЧЕСКОЙ» ЭКСТИРПАЦИИ ПРИ НИЖНЕАМПУЛЯРНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Рыбаков Е.Г., Пикунов Д.Ю., Кузнецов Н.С.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии»
Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Более чем у каждого третьего больного раком прямой кишки опухоль локализуется в нижнеампулярном отделе. Несмотря на развитие сфинктеросохраняющих методик, предложенная в начале прошлого века брюшно-промежностная экстирпация (БПЭ) прямой кишки при данной локализации опухоли выполняется у 30-60% больных. При этом онкологические результаты после БПЭ хуже по сравнению со сфинктеросохраняющими вмешательствами, что обусловлено более высоким риском перфорации кишки в процессе мобилизации, а также более частой позитивной циркулярной границей резекции. С целью улучшения онко-

логических результатов было предложено выполнять более широкое иссечение со стороны промежности с удалением копчика, что получило название «цилиндрической БПЭ».

Цель: определение показаний к выполнению данного вмешательства, а также отработка методики операции для минимизации интра- и послеоперационных осложнений.

Материалы и методы: В период с декабря 2009 г. по январь 2011 г. в отделении онкопроктологии ГИЦК выполнена 71 брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, из них 10 больным местнораспространенным раком прямой кишки – по методике «цилиндрической» экстирпации органа с удалением копчика. У всех пациентов оценивалась частота интра- и ранних послеоперационных осложнений. Также произведено сравнительное патоморфологическое исследование 10 препаратов прямой кишки после «цилиндрической» экстирпации и 20 препаратов после стандартной экстирпации органа.

Результаты: Средний возраст оперированных больных в группе стандартной экстирпации составил 60 лет (31-77), в группе «цилиндрической» БПЭ – 61 год (55-70). В 38% случаев в контрольной группе (23 из 61) вмешательство носило комбинированный характер, в основной группе этот показатель составил 40% (4 из 10). При патоморфологическом исследовании препаратов после «цилиндрической» БПЭ выявлено, что все опухоли располагались от уровня 1см выше зубчатой линии и дистальнее, средняя протяженность опухоли составила 52 мм (46-72), в 4 случаях опухоль занимала преимущественно заднюю полуокружность кишки, а в 6 случаях имела циркулярный характер роста. В 2 препаратах отмечена позитивная циркулярная граница резекции (<1 мм) – в обеих случаях область максимальной опухолевой инвазии в стенку кишки располагалась выше уровня удаленного копчика. В группе препаратов после стандартной экстирпации прямой кишки в 2 случаях отмечена перфорация стенки кишки в процессе мобилизации, позитивная циркулярная граница резекции зафиксирована в 5 наблюдениях (у 3 пациентов обусловлена поражением регионарных лимфоузлов в мезоректуме).

Выводы: Предварительные результаты проводимого исследования свидетельствуют о целесообразности выполнения «цилиндрической» экстирпации прямой кишки при местнораспространенном раке нижнеампулярного отдела прямой кишки с выходом процесса за пределы кишечной стенки.

УРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Савинков В.Г., Фролов С.А., Чамзинская Л.И., Мешков А.В.,
Гинзбург Л.Б., Козлов А.М.

ГУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», Самара, Россия

Проблема мочеполовых расстройств является одной из наиболее актуальных в хирургии рака прямой кишки. Проанализированы урологические осложнения, связанные с операциями по поводу рака прямой кишки. В отделении колопроктологии в 2010 году хирургическое лечение проведено 303 больным злокачественными новообразованиями прямой кишки. Мужчин было 160, женщин – 143, 11% больных имели I стадию заболевания, 46% – 2 стадию, 24% – 3 стадию, 19% – 4 стадию. Были выполнены следующие операции: 53 обструктивных резекции, 85 передних резекций, 69 брюшно-анальных резекций, 95 брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки. Операции по поводу рака прямой кишки в отделении проводятся с соблюдением принципов тотальной мезоректумэктомии. Выделение прямой кишки в фасциальном футляре производится острым путем с использованием моно- и биполярной коагуляции. Неотъемлемым принципом мезоректумэктомии считаем сохранение элементов вегетативной нервной системы – внутренних нервов, гипогастрального сплетения, гипогастральных нервов, тазового сплетения. Описанные структуры расцениваем как анатомические ориентиры, без идентификации которых невозможна работа в правильном межфасциальном слое. Резекция нервных структур неизбежна при местно-распространенных опухолях, когда необходимо обеспечить максимально возможный латеральный клиренс. Одним из наиболее частых ранних послеоперационных осложнений явилась атония мочевого пузыря, которая проявлялась отсутствием чувства наполнения мочевого пузыря, позывов на мочеиспускание, наличием остаточной мочи. Данное осложнение было отмечено у 42 пациентов (25 мужчин и 7 женщин), что составило 13,8% оперированных больных. В большинстве случаев эффективной была консервативная терапия (постоянный катетер на 3-4 дня, назначение альфа-адреноблокаторов, прозерина, электростимуляции мочевого пузыря, гипербарической оксигенации), что проявлялось восстановлением акта мочеиспускания, постепенным уменьшением количества остаточной мочи. В 1 случае лечение результатов не принесло – сформирована эпизистостама. Повреждение мочеточника имело место в 1,3% случаев. В 1 случае при местно-распространенной опухоли прямой кишки мочеточник пересекает в нижней трети, выполнено формирование уретероцистостомоза на уретральном катетере. В 1 случае мочеточник при выделении из опухолевого процесса скелетезирован на значительном протяжении, без нарушения его целостности, выполнено превентивное стентирование мочеточника. В 1 случае повреждение мочеточника диагностировано на 7 сутки после лапароскопической брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки, было связано с коагуляционным некрозом стенки мочеточника в средней трети, потребовало релапаротомии, формирования мочеточникового анастомоза. В 1 случае на 8 сутки после брюшно-промежностной экстирпации диагностирована стриктура мочеточника, уретерогидронефроз слева – сформирована нефростомия, выполнена антеградная реканализация стриктуры в условиях рентгеноперационной, наружно-внутреннее

стендирование мочеточника, стент удален через 14 дней. У 2 пациентов развился односторонний орхоэпидидимит. В 1 случае данное осложнение было связано с несостоятельностью колоректального анастомоза, проводилось консервативное лечение – явления воспаления купированы. В 1 случае орхоэпидидимит имел гнойный характер и гематогенное происхождение, выполнена орхэктомия. Таким образом, урологические осложнения хирургии рака прямой кишки типичны. Использование техники тотальной мезоректумэктомии с сохранением элементов вегетативной нервной системы таза даёт возможность снижения уровня мочеполовых расстройств при операциях по поводу рака прямой кишки (частота атонии мочевого пузыря при игнорировании принципов нервосберегающей технологии не менее 20-25% по данным разных авторов). Техническая подготовка хирурга, хорошее оснащение клиники позволяют обеспечить приемлемое качество жизни для пациентов перенесших хирургическое лечение рака прямой кишки.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Савушкин А.В., Хачатурова Э.А., Мусин И.И., Ерошкина Т.Д.
ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии»
Минздравсоцразвития России, Москва Россия

Цель: оптимизация периоперационного периода у больных раком толстой кишки в возрасте от 60 лет и старше за счет внедрения комплексной программы кtxubz, включающей инфузионную терапию, энтеральное питание и ускорение сроков активизации.

Материал и методы: проведено проспективное исследование в 2008-2010 гг. у 140 пациентов (69 мужчин и 71 женщин), у которых диагностирован рак прямой кишки. Больные были разделены по данным Европейского регионального бюро ВОЗ на две группы. Первую группу составили больные в возрасте от 60 до 74 лет; вторую группу – пациенты от 75 и старше. Всем ольным проводились исследование водного баланса в динамике методом реографии, кроме того определялись уровни основных плазменных электролитов (Na, K), уровень общего белка, преальбумина в динамике. Объем интраоперационной инфузии составил 1550 мл (18 мл/кг), соотношение коллоиды:кристаллоиды равнялось 1:2. В послеоперационном периоде средний объем инфузии составлял 2150 мл, в том числе, 10% Глюкозы-800мл, 10% р-р аминокислот (Аминовен, – 500 мл), Темп диуреза-80 мл/ч. В целом объем инфузии в первые сутки составлял 1550 мл + 2150 мл = 3700 мл. На вторые сутки программа инфузионной терапии включала коллоиды-500 мл, Глюкозы 10%-800 мл, р-р аминокислот 10% (Аминовен 15% – 500 мл), р-ры электролитов, антибиотики. Применялось энтеральное питание по разработанной нами схеме. Средний объем инфузии за сутки составил – 2400 мл, что обеспечивало суточную потребность в жидкости и электролитах, и адекватный темп диуреза около 106 мл/ч. (2550 мл/сутки).

Результаты: Дооперационный период характеризовался снижением Внечклеточной жидкости в обеих группах с выраженным сдвигом во второй группе. В свою очередь наблюдалось возрастание Внутриклеточной жидкости. Общей жидкости в обследуемых нами группах с наиболее выраженным сдвигом во второй возрастной группе. Ударный индекс в 1 группе был снижен у 18% больных и составил 70,1%; во 2 группе снижен у 43% и составил 76,7%. Послеоперационный период характеризовался повышением Внечклеточной жидкости на 9-10% у всех больных, увеличением внутриклеточной жидкости до 120% от должной величины. Особо следует отметить, этот показатель снижен во второй группе ниже 16 мм. рт. ст. – (критический уровень) отмечался у 25% больных. Выявленные нами у больных раком прямой кишки в обеих группах до операции уровень общего белка и альбумина на нижней границе физиологической нормы значимо снижались ко 2-му и 3-дню после операции и эти показатели не достигают нормальных величин до пятого дня послеоперационного периода. Вероятно именно с дефицитом белка происходит снижение онкотического давления, чем и объясняется гипергидратация и гиперволемиа у данных пациентов.

Выводы: У больных раком прямой кишки старшей возрастной группы выявлены: дефицит внутриклеточной и повышенный уровень внечклеточной жидкости по всем секторам в сравнении с физиологической нормой до операции и внутриклеточная и внечклеточная гипергидратация и гиперволемиа в послеоперационном периоде.

Выявленные нами нарушения водного баланса после операции в сторону гипергидратации обусловлены снижением коллоидно-осмотического давления, снижением ударного индекса и в связи с этим пациенты старшей возрастной группы (старше 75 лет) нуждаются в дополнительной разработке методики инфузионной терапии как по объему, так и по качественному составу.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ

Сидоров Д.В., Ложкин М.В., Гришин Н.А., Троицкий А.А., Петров Л.О.
ФГУ «МНИОИ им. П.А.Герцена» Минздравсоцразвития России,
Москва, Россия

Развитие хирургической гепатологии в последние два десятилетия привело к существенному расширению показаний и повышению безопас-

ности хирургического лечения больных с первичными и вторичными злокачественными новообразованиями печени. Основными факторами улучшения непосредственных и отдаленных результатов лечения опухолей данной локализации является повышение радикальности, соблюдение принципов анатомичности резекции и снижение травматичности вмешательства.

Материал и методы: В абдоминальном отделении МНИОИ им. П.А.Герцена выполнено 79 резекций печени, из них 12 (15,2%) по поводу первичного рака печени. В 67 (84,8%) наблюдениях хирургическое вмешательство выполнялось в связи с метастазами в печень колоректального рака. Среди оперированных пациентов мужчин – 40 (50,6%), женщин – 39 (49,4%). Возраст больных варьировал от 23 до 78 лет, средний возраст составил 57,8±10,7 лет. Анатомические резекции печени выполнены у 47 (59,5%), при этом 21 (26,6%) пациентам выполнена правосторонняя гемигепатэктомия, 3 (3,8%) – левосторонняя гемигепатэктомия, 6 (7,6%) – расширенные гемигепатэктомии, 14 (17,7%) – бисегментэктомии, 2 (2,5%) – сегментэктомия, в 1 (1,3%) наблюдении была выполнена центральная резекция печени с атомическим удалением S4-S5-S8.

При выполнении анатомических резекций печени мы всегда использовали воротный доступ. Начиная с января 2008 года, при анатомических резекциях стали использовать методику атравматичного воротного доступа, основанную на прецизионном выделении глиссоновых пучков.

Результаты: Сравнительный анализ непосредственных результатов анатомических резекций в зависимости от использования стандартного метода либо атравматичной методики с выделением глиссоновых пучков показало отсутствие достоверных различий в продолжительности операции, которая в среднем составила 431,5±123,7 мин и 427,9±103,4 мин соответственно ($p>0,05$, U-критерий Манна-Уитни). При этом была выявлена статистически значимая разница в объеме интраоперационной кровопотери, которая составила 4600±4768,1 мл (mean±SD) и 1822±2120,1 мл (mean±SD) соответственно ($p<0,05$ U-критерий Манна-Уитни). Кроме того, при использовании атравматичного доступа удалось свести к минимуму использование приёма Прингла.

Отдаленные результаты прослежены у 75 (95%) из 79 больных. Сроки наблюдения варьировали от 6 до 64 месяцев (медиана – 36 мес.). При метастатическом поражении печени 1 и 3-летняя выживаемость больных составила 91,1% и 48,9%, соответственно. При первичном раке печени один год прожили все больные, подвергшиеся резекции печени и выписанные из стационара. Трёхлетняя выживаемость в данной группе больных составила 32%.

МИКРОСКОПИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАДИКАЛЬНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Сидоров Д.В., Майновская О.А., Ложкин М.В., Гришин Н.А., Петров Л.О., Троицкий А.А.

ФГУ «МНИОИ им. П.А.Герцена» Минздравсоцразвития России,
Москва, Россия

Хирургическое вмешательство до настоящего времени остается основным эффективным методом лечения рака прямой кишки. С внедрением методики ТМЕ особое значение стало придаваться морфологическому контролю объема удаленной мезоректальной клетчатки и исследованию циркулярного (латерального) края резекции (CRM). Циркулярный край резекции представляет собой только хирургически мобилизованную неперитонизированную поверхность мезоректума. Наличие элементов опухоли непосредственно в циркулярном крае резекции либо вблизи него (на расстоянии 1-2 мм) значительно повышает риск развития местного рецидива, и расценивается как положительный CRM.

Материал и методы: В исследование включено 112 пациентов, оперированных в МНИОИ им. П.А.Герцена в период с 2006 по 2009 год с гистологически верифицированным аденогенным раком прямой кишки и локализацией дистального полюса опухоли на расстоянии не более 15 см от аноректальной линии.

В группу исследования вошли 60 (53,6%) женщины и 52 (46,4%) мужчины в возрасте от 31 года до 84 лет (средний возраст 59,9±10,9). В 48 (42,9%) случаях опухоль локализовалась в нижнеампулярном, в 47 (42,0%) – в среднеампулярном и у 17 (15,1%) больных – в верхнеампулярном отделе прямой кишки. Всем больным проводились различные виды оперативного вмешательства с обязательным выполнением ТМЕ. 79 (70,5%) пациентам выполнены сфинктеросохраняющие операции.

Результаты: В 34 случаях (30,4%) опухоль располагалась на переднебоковых стенках прямой кишки, в 33 (29,5%) – на заднебоковых стенках, и в 45 наблюдениях (40,1%) была циркулярной. Опухоль размером 5,0 см и более определялась в 48 (42,8%) наблюдениях, менее 5,0 см – в 64 (57,2%). При морфологическом исследовании положительный циркулярный край резекции (CRM+) был выявлен в 40 (35,7%) удаленном препарате: в 20 случаях при выполнении сфинктеросохраняющих операций и в 20 – при брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

При проведении многофакторного анализа вероятность положительного циркулярного края резекции (CRM+) была значительно выше в группе пациентов с метастатическим поражением регионарных лимфатических узлов ($p<0,001$; OR=7,43; 95% ДИ 2,46-22,47), при увеличении уровня опухолевой инвазии ($p=0,030$; OR=3,26; 95% ДИ 1,12-9,48). Риск выполнения микроскопически нерадикального хирургического вмешательства (R1) значительно возрастал в группе больных, у которых качество ТМЕ было оценено как Grade 1 (неполная мезоректумэктомия) по сравнению с хорошим качеством ТМЕ – Grade 3 ($p<0,001$; OR=15,26; 95% ДИ 3,32-70,2). Вместе с тем, вид проведенного лечения, тип оперативного вмешательства, а так же расстояние опухоли от ануса не оказывали статистически значимого влияния на риск возникновения положительного циркулярного края резекции при выполнении ТМЕ.

В течение первых трех лет наблюдения в группе пациентов с CRMнами не было выявлено развитие местного рецидива, в то время как в группе с положительным краем резекции местный рецидив был диагностирован в 4 (10%) наблюдениях.

Заключение: Адекватная оценка радикальности хирургического вмешательства при РПК в настоящее время требует обязательного морфологического исследования циркулярного края резекции. Циркулярный край резекции является наиболее важным прогностическим фактором развития местного рецидива при РПК.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Сидоров Д.В., Майновская О.А., Ложкин М.В., Гришин Н.А., Петров Л.О., Шляков С.Л., Троицкий А.А.

ФГУ «МНИОИ им. П.А.Герцена» Минздрава России, Москва, Россия

В начале 80-х годов Heald R.J. был предложен новый способ выведения прямой кишки, получивший название «тотальной мезоректумэктомии» (ТМЭ). Его использование позволило улучшить как непосредственные, так и отдаленные результаты лечения рака прямой кишки (РПК).

Материалы и методы: Материалом для исследования послужил анализ результатов лечения 561 больного, оперированных в МНИОИ им. П.А. Герцена в период с 1981 по 2009 год. Основную группу (n=119) составили пациенты, которым выполнялась ТМЭ, контрольную (n=442) – пациенты, которым мобилизация прямой кишки выполнялась «стандартным», тупым путем.

Результаты: Частота выполнения сфинктеросохраняющих оперативных вмешательств при выполнении ТМЭ была значительно выше (p<0.05), что связано с возможностью адекватного удаления лимфатических узлов первого порядка, локализующихся в мезоректуме. Продолжительность операции в контрольной и основной группе носила статистически достоверные различия (p=0,0004) и составила 210.9±78.9 и 281.6±66.8 минут соответственно, что в первую очередь было связано с необходимостью тщательной визуализации анатомических структур и мефасциального пространства при выполнении ТМЭ. Объем интраоперационной кровопотери в основной группе был статистически значимо ниже, чем в контрольной, что обусловлено выделением кишки в бессосудистой зоне при использовании техники ТМЭ. Частота развития несостоятельности анастомоза статистически не отличалась в двух группах. Частота развития атонии мочевого пузыря была ниже у пациентов основной группы ($\chi^2=7.85$, p<0.001), что связано с сохранением элементов автономной нервной системы при выполнении ТМЭ.

Заключение: Использование техники ТМЭ позволяет снизить объем интраоперационной кровопотери и частоту развития урологических осложнений.

МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ВЫПОЛНЕНИЯ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Сидоров Д.В., Майновская О.А., Ложкин М.В., Гришин Н.А., Шляков С.Л., Троицкий А.А.

ФГУ «МНИОИ им. П.А.Герцена» Минздрава России, Москва, Россия

В начале 80-х годов Heald и соавт. была предложена методика тотальной мезоректумэктомии (ТМЕ). Концепция ТМЕ основана на том, что возникновение местного рецидива при раке прямой кишки обусловлено наличием остаточной опухоли в не полностью удаляемой при обычной методике параректальной клетчатке. В связи с этим, полное удаление мезоректальной клетчатки и сохранение фасциального футляра (качество ТМЕ), являются решающими факторами в предупреждении местного рецидива.

Материалы и методы: В исследование включены пациенты с гистологически верифицированным аденогенным раком прямой кишки. Анализ подвергнуты удаленные препараты 119 пациентов, оперированных в абдоминальном отделении МНИОИ им. П.А.Герцена в период с 2006 по 2009 гг. Всем больным операция выполнялась с соблюдением всех принципов тотальной мезоректумэктомии (ТМЭ) с последующей морфологической оценкой качества проведенного хирургического вмешательства. Для оценки качества проведенного хирургического вмешательства, все препараты подвергались морфологическому исследованию с макроскопической оценкой выполнения тотальной мезоректумэктомии с использованием критериев, предложенных Quirke P. с соавт. Макроскопическое исследование включало оценку сохранности собственной фасции прямой кишки, степени выраженности и целостности мезоректальной клетчатки, наличие или отсутствие интраоперационной перфорации стенки кишки. Использовались три степени оценки качества ТМЕ – хорошие (grade3), удовлетворительное (grade2) и неудовлетворительное (grade1).

Результаты: Выполнение ТМЭ с сохранением висцеральной фасции диагностировано в 95 наблюдениях, что составило 79.8%. Качество выполненной тотальной мезоректумэктомии, оцененное как grade 1 выявлено в 24 наблюдениях. Наиболее часто повреждение висцеральной фасции прямой кишки наблюдалось при местнораспространенном опухолевом процессе. Так, при глубине инвазии первичной опухоли pT4, нарушение целостности мезоректума было выявлено в 7 из 26 наблюдений

(26.9%). Вместе с тем, даже у данной категории больных, выделение прямой кишки в мефасциальном пространстве позволило более чем у половины пациентов выполнить резекцию прямой кишки с соблюдением всех принципов онкологического радикализма. Так же, при проведении унифакторного анализа с использованием коэффициента Спирмена была выявлена корреляция между качеством выполненной ТМЭ и уровнем расположения нижнего полюса опухоли от анального канала. При этом, наличие метастатически пораженных лимфатических узлов и проведение предоперационной лучевой терапии не оказывало влияние на качество ТМЭ.

Заключение: Выделение прямой кишки в мефасциальном пространстве более чем в половине наблюдений позволяет выполнить радикальное (R0) оперативное вмешательство даже при местно-распространенных формах рака нижне-среднеампулярного отделов прямой кишки.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Смирнова Е.В., Дудка В.В., Попов Д.Е., Седнев А.В., Васильев С.В.

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

Колоректальный рак (КРР) – широко распространенное во всем мире заболевание. Непрерывно растущие показатели заболеваемости и смертности от КРР заставляют проводить просветительскую работу среди населения, разрабатывать скрининговые программы по выявлению КРР и пропагандировать их на государственном уровне.

Цель: В задачи нашего исследования входит разработка программы выявления предраковых и ранних форм злокачественных заболеваний толстой кишки, в которой использование комбинации тестов должно привести к улучшению показателей ранней диагностики колоректального рака, что в свою очередь приведет к уменьшению количества пациентов с запущенными формами рака.

Материалы и методы: С конца 2008 года в Городском Колопроктологическом центре на базе СПб ГУЗ «Городская больница №9» начали использование нового опухолевого маркера Tu M2-пируваткиназы (копрологический тест, Tumor M2-PK in stool) у пациентов, впервые обратившихся за консультацией к проктологу в амбулаторно-поликлиническое отделение СПб ГУЗ «Городская больница №9». Тест для определения Tu M2-PK в кале основан на принципе иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием моноклональных антител, специфичных к димерной изоформе Tu M2-PK. В исследовании используется набор реактивов фирмы «Schebo-Biotech» (Германия). Параллельно проводился модифицированный тест на скрытую кровь, с использованием теста «Colon View Hb and Hb/Ht» фирмы Biohit (Финляндия). Методика основана на чувствительной и специфичной иммунохимической реакции обнаружения человеческого интактного гемоглобина (Hb) и гемоглобин/гаптоглобинового (Hb/Ht) комплекса в образцах кала.

За 2 года было выполнено 2235 исследований опухолевой пируваткиназы в кале, из которых в 214 случаях результаты были выше нормальных показателей. Пациенты с положительными результатами были вызваны повторно, им было рекомендовано пройти дообследование: фиброколоноскопия, фиброгастродуоденоскопия, УЗИ брюшной полости, рентгенография грудной клетки, маммографию для женщин. 134 пациента обратились к нам для получения вышеуказанных рекомендаций. Этот же объем исследований было предложено пройти 124 пациентам с отрицательными показателями, из которых 35 пациентов прошли дообследование. Таким образом, у нас было сформировано 3 группы.

Результаты: Первая группа – с отрицательными показателями Tu M2-PK в кале. В неё вошли 35 пациентов, при обследовании которых у 8 выявлена онкопатология толстой кишки. Специфичность метода определения Tu M2-PK в кале составила 77%.

Вторая группа – это пациенты с положительными результатами теста для выявления опухолевой пируваткиназы в кале. Полностью завершил все обследования 101 пациент. У 39 обследуемых выявлен колоректальный рак, у 30 – доброкачественные образования толстой кишки, у 5 пациентов впервые выявлен неспецифический язвенный колит, позднее подтвержденный морфологически. У 9 пациентов – дивертикулез левых отделов толстой кишки. У 2 женщин были выявлены образования в молочных железах. У 16 пациентов патологии не выявлено.

На основании полученных данных мы смогли предварительно определить чувствительность метода. Для злокачественного процесса в толстой кишке чувствительность составила 82%. В целом, для пролиферативных процессов в толстой кишке, чувствительность метода составила 75%.

В третью группу вошли пациенты с диагностированным КРР. Этим пациентам проведены 2 теста: анализ кала на Tu M2-PK и тест на скрытую кровь в кале. У 25 больных пируваткиназа была повышенной, что составляет 83% чувствительности теста. У 5 пациентов – результат теста Tu M2-PK был ложноотрицательным, а трехдневный анализ на скрытую кровь в кале, хотя бы в одном образце, дал положительный результат. У 25 пациентов с положительным результатом теста Tu M2-PK в 4 случаях тест на скрытую кровь в кале был отрицательным. Чувствительность теста определения крови в кале составила 86%.

Выводы: На основании проделанной работы мы получили достаточно высокие показатели чувствительности и специфичности метода определения опухолевой пируваткиназы в кале. При использовании комбинации неинвазивных методов, направленных на выявление онкопатологии в толстой кишке, эффективность обследования возрастает.

ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВА ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА, КОТОРЫЙ НИЗВОДИТСЯ НА ПРОМЕЖНОСТЬ ПОСЛЕ БРЮШНО-АНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Суходоля А.И.¹, Янчук Н.А.², Керничный В.В.^{1,2}

¹ Кафедра хирургии ФПО Винницкого Национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова;

² Хмельницкая областная больница, отделение проктологии, Хмельницкий, Украина.

Совершенствование способов и этапов операции и правильный выбор метода оперативного вмешательства при той или иной патологии прямой кишки способствует увеличению удельного веса сфинктеросохраняющих операций. Рост сфинктеросохраняющих операций по поводу опухолей прямой кишки стал возможным вследствие более широкого применения брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной или проксимальных отделов ободочной кишки на промежность и низких передних резекциях.

Некроз низведенной кишки продолжает оставаться одним из наиболее частых и тяжелых осложнений при выполнении операций с низведением ободочной кишки на промежность, что приводит к возникновению тяжелых гнойно-септических осложнений, а иногда и смертельных исходов в послеоперационном периоде.

Высокая частота возникновения некроза толстокишечного трансплантата связана с недостаточной правильной оценке во время операции надежности кровоснабжения подготовленного к низведению сегмента ободочной кишки (В. Д. Федоров 1994).

Цель: обоснование целесообразности применения предложенного объективного интраоперационного метода оценки состояния толстокишечного трансплантата, который низводится на промежность после брюшно-анальной резекции прямой кишки.

Материалы и методы: В 25 больных раком прямой кишки, которым выполнялась брюшно-анальная резекция прямой кишки проведено разработанную в клинике методику ранней, интраоперационной, объективной диагностики состояния толстокишечного трансплантата перед низведением его на промежность с использованием пульсоксиметрии и модифицированного пульсоксиметрического датчика [Патент Украины № 52139 от 10.08.2010]. Мужчин было 14 (56%), женщин – 11 (44%) в возрасте от 55 до 74 лет, средний возраст 64,5 года. Брюшно-анальная резекция прямой кишки (БАР ПК) с низведением сигмовидной кишки в анальный канал выполнена в 9 (36%) пациентов. БАР ПК с демукозацией анального канала и низведением сигмовидной кишки в анальный канал выполнена в 3 (12%) пациентов. Брюшно-анальная интерсфинктерная резекция прямой кишки и низведением сигмовидной в анальный канал выполнена в 2 (8%) пациентов. БАР ПК, колопластика, низведение левых отделов в анальный канал выполнено в 9 (36%) пациентов. БАР ПК, колопластика, низведения поперечно-ободочной кишки в анальный канал выполнено в 2 (8%) пациентов.

Интраоперационно в условиях лапаротомной раны на мобилизованном толстокишечном трансплантате, который подготовлен к низведению, фиксировался модифицированный пульсоксиметрический датчик. Первоначально светочувствительные элементы пульсоксиметрического датчика располагались таким образом, чтобы они находились на линии резекции, или 0,5-1 см от нее, для выяснения наличия пульсации и сатурации кислорода в данном сегменте трансплантата. Пульсоксиметрический датчик фиксировался как на брижеечный, так и на противо-брижеечный края стенки кишки.

Всем пациентам в послеоперационном периоде проводился мониторинг жизнеспособности трансплантата с помощью пульсоксиметрии. Осложнений в виде некроза низведенной кишки в послеоперационном периоде не отмечалось.

Критерием жизнеспособности толстокишечного трансплантата к этапу его низведения является совпадение показателей пульса и сатурации прибора анестезиологического операционного мониторинга и показателей пульсоксиметрического прибора периферический модифицированный датчик, которого фиксирован на кишечном трансплантате. Экспозиция измерения до 2-3 мин. Критерием жизнеспособности низведенной кишки на 1-7 сутки есть стабильный показатель сатурации, что составляет 96-99% с допустимым колебанием не более 2-5%, а показатель пульса совпадает с частотой сердечных сокращений.

Заключение: Пульсоксиметрический метод в диагностике состояния толстокишечного трансплантата, который низводится на промежность, дает объективную, достоверную и доказательно-аргументированную оценку.

Позволяет в раннем интраоперационном периоде диагностировать ишемию в подготовленном к низведению сегменте ободочной кишки.

Метод прост в исполнении, не требует дополнительных навыков, обеспечивает скорость проведения диагностики.

Внедрение нового метода диагностики состояния толстокишечного трансплантата, который низводится на промежность, позволит избежать в послеоперационном периоде некроза кишечного трансплантата.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Тамм Т.И., Даценко Б.М., Богун Е.А., Непомнящий В.В.

Харьковская медицинская академия постдипломного образования, Харьков, Украина

Особенностью непроходимости толстой кишки, вызванной опухолью, является невыраженная клиническая симптоматика, в связи с чем, больные поступают в стационар в стадии декомпенсации заболевания. Хирургические вмешательства, выполняемые в ургентном порядке, заканчиваются в 17-22% случаев развитием гнойных осложнений. Профилактика их, в виде интубации кишки с последующей эвакуацией содержимого и субоперационным лаважем, а также эмпирическая антибактериальная терапия позволили незначительно снизить число гнойных осложнений.

Цель: В эксперименте установить источник развития гнойных осложнений при обтурационном илеусе и определить пути их профилактики.

Материалы и методы: В эксперименте у 8 групп животных с моделью ОНК было произведено гистологическое и бактериологическое изучение биоптатов стенки кишки через 6, 12, 24 и 36 часов с момента развития илеуса. Одновременно методом жидкостной хроматографии в биоптатах определяли количество антибиотиков из группы пенициллинов, аминогликозидов, цефалоспоринов и фторхинолонов.

Результаты: Через 6 часов после моделирования илеуса при гистологическом исследовании установлено истончение стенки кишки и набухание слизистой оболочки. Различия в видовом составе микрофлоры и ее количестве в сравнении с нормой не отмечено. Через 12 часов при гистологическом исследовании в основе ворсин обнаружены мелкие группы нейтрофильных лейкоцитов а также очаговые скопления бактерий и выраженное лейкозное сосудов в подслизистом слое. При бактериологическом исследовании выявлено уменьшение количества нормальной микрофлоры. Через 24 часа в препаратах обнаружены процессы разрушения слизистой оболочки: слущен эпителиальный покров ворсин, а на их поверхности находятся обильные колонии бактерий. Возросло количество сегментоядерных лейкоцитов, которые определяются группами в эпителиальном покрове ворсинок. При бакпосеве в биоптатах преобладают штаммы токсигенных клостридий, вульгарного протея и патогенного стафилококка. Через 36 часов в биоптатах обнаружены глубокие дегенеративные изменения со стороны слизистой: покровный эпителий ворсинок полностью отсутствует, строма их имбибирована полиморфноядерными лейкоцитами, произошла транслокация микрофлоры в подслизистый слой. Видовой состав микрофлоры стенки кишки оставался тот же, как и через 12 часов, но общее количество повысилось. Полученные данные свидетельствуют о начале формирования гнойного воспаления стенки кишки уже через 12 часов с момента возникновения заболевания. Следовательно, при длительно существующем илеусе, источником гнойно-септических осложнений, является стенка приводящего отдела кишки.

Изучение количества антибиотиков по срокам эксперимента показало, что в малоизмененной стенке в бактерицидных дозах содержится все 4 группы антибиотиков. По мере развития гнойного воспаления через 36 и 48 часов, стенка кишки теряет способность удерживать ампициллины и аминогликозиды, сохраняя способность кумулировать в МПК цефалоспорины и фторхинолоны.

Выводы:

1. При обтурационном илеусе возникает флегмонозное воспаление стенки кишки, расположенной выше места препятствия, которое после устранения причины непроходимости, санация просвета кишки и брюшной полости является основным источником развития гнойных осложнений.

2. Флегмонозно измененная стенка кишки способна кумулировать в МПК препараты из групп цефалоспоринов и фторхинолонов.

ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Тамм Т.И., Даценко А.Б., Захарчук А.П., Непомнящий В.В., Крамаренко К.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

Малоинвазивные методики лечения широко применяются во многих областях хирургии, но мнение большинства исследователей по поводу применения их в лечении онкологической патологии до последнего времени было достаточно сдержанным. Этот факт был обусловлен, прежде всего, онкологическими концепциями: необходимостью обширной мобилизации толстой кишки, резекции большого ее сегмента с брыжейкой и региональными лимфатическими узлами.

Цель: Улучшение результатов лечения больных с раком ободочной кишки путем применения эндовидеохирургических вмешательств.

Материал и методы: За 12 месяцев 2010 г. прооперировано 17 пациентов с раком ободочной кишки различной локализации в возрасте от 51 до 85 лет. В качестве обследования всем больным выполняли общеклинический и биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Локализацию определяли с помощью ректороманоскопии и ирриграфии. Для определения распространенности опухоли и степени ее инвазии выполняли компьютерную томографию. Оперативные вмешательства выполняли под общей анестезией с применением видеолaparоскопической системы «Эндомедиум».

Результаты: Из 19 пациенток женщин было 12 (63%), мужчин – 7 (37%). У 4 (21%) больных опухоль локализовалась в слепой кишке, у 2 (10%) – в восходящем, у 3 (15%) – в нисходящем отделе ободочной кишки, у 10 (54%) – в сигмовидной кишке. У 3 (15%) исследуемых течение заболевания сочеталось с желчнокаменной болезнью. У 1 больной опухоль прорастала в сегмент тонкой кишки, еще у 2 – в боковую стенку живота

Во время операции у 3 пациенток была выявлена опухоль в стадии Т3N0M0, Т3N2M0 – у 5 оперированных, Т4N0M0 обнаружена у 6 больных и Т4N2M0 – у 3. Мобилизация кишки осуществлялась из портов, введенных в стандартных точках в зависимости от локализации опухоли единым блоком с клетчаткой и лимфатическим аппаратом. Для этого использовали монополярный электрод и диссектор. Обработка сосудов производилась с помощью клипалекатора и клипс длиной 8-10 мм. После этапа мобилизации кишки с опухолью и регионарными лимфоузлами производили лапаротомию разрезом 4-6 см в зависимости от локализации опухоли. В рану выводился пораженный участок кишки, производилась его пересечение и формирование экстракорпоральной анастомоза. Радикальность выполненной операции оценивалась по данным морфологического исследования объема резекции кишки и количеству регионарных лимфоузлов.

Длительность операции составляла от 1,5 до 3,5 часов. В одном случае была конверсия, причиной которой стала частичная кишечная непроходимость не определенной до операции. У 3 больным выполнена симульная операция – лапароскопическая холецистэктомия. У 1 больной произведена резекция сегмента тонкой кишки, враставшего в опухоль. У 2 пациенток – удаление участка тканей боковой стенки живота. В послеоперационном периоде отмечено более «мягкое» течение. Перистальтика начиналась к концу первых и восстанавливалась к концу вторых суток послеоперационного периода. Болевой синдром купировался приемом ненаркотических анальгетиков. Самостоятельный стул был к 3-4 суткам послеоперационного периода. Послеоперационные осложнения зафиксированы в двух случаях: в одном наблюдалась несостоятельность культи поперечно ободочной кишки после правосторонней гемиколэктомии, во втором – длительная лимфорея после мобилизации правой половины ободочной кишки. Летальных исходов не было.

Выводы: Выполнение лапароскопических операций при опухолях ободочной кишки является перспективным направлением в лечении рака толстой кишки. Необходимо дальнейшее накопление опыта и анализ полученных результатов.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Гареев Р.Н., Тимербулатов Ш.В., Ахмеров Р.Р., Султанбаев А.У.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Колоректальный рак занимает одно из ведущих мест в структуре онкологических заболеваний. Относительная пятилетняя выживаемость составляет примерно 40%. Ведущей причиной летальности у больных, перенесших радикальные оперативные вмешательства, является опухолевая диссеминация в брюшной полости.

Пациенты и методы: С 2005 по 2009 годы в отделении хирургии и колопроктологии БСМП оперировано 202 больных раком толстой кишки: 62 (30,7%) мужчин и 140 (69,3%) женщин. Большинство больных (82,2%) были старше 60 лет. 109 (54%) больных оперировано экстренно, 93 (46%) – в плановом порядке. Летальность составила 12,4% (25 больных). У 18 (8,9%) больных ввиду нерезектабельности опухоли или тяжести состояния больных проведено паллиативное лечение – колостомия, 184 (91,1%) больным проведены радикальные операции.

У 74 (36,6%) больных проведены расширенные и комбинированные операции. При этом у плановых больных 50 (53,8% плановых операций), у экстренных 24 (22,0% экстренных операций), 60 больным оперированы при местнораспространенном процессе, 8 больным при солитарных метастазах и 6 больным с сочетанием местного распространения и метастазов. Левосторонняя гемиколэктомия выполнена 17 (23,0%) больным, правосторонняя гемиколэктомия 14 (18,9%), резекция поперечной ободочной кишки 6 (8,1%), резекция сигмовидной кишки 16 (21,6%), внутрибрюшная резекция прямой кишки 15 (20,3%), брюшиноанальная резекция 3 (4,1%) и экстирпация прямой кишки 3 (4,1%) больным.

Результаты: Методом выбора при распространенном раке толстой кишки являются расширенные и комбинированные вмешательства. Они включали в себя расширенную лимфодиссекцию 59 (79,7%), резекцию тонкой кишки 15 (20,3%), резекцию печени (гемипатэктомии) 8 (10,8%), субтотальную колэктомии 7 (9,5%), резекцию мочевого пузыря 5 (6,7%), ампутацию матки 3 (4,1%), иссечение участка передней брюшной стенки 3 (4,1%), краевую резекцию желудка 2 (2,7%), резекцию стенки влагалища 2 (2,7%), резекцию мочеоточника 2 (2,7%), нефрэктомии 1 (1,3%). У 12 (16,2%) больных после комбинированных операций возникли послеоперационные осложнения. Чаще развивалось нагноение операционной раны 7 (58,3%), пневмония 3 (25,0%), абсцесс брюшной полости 1 (8,3%), ТЭЛА 1 (8,3%). При этом количество осложнений в группе с стандартными оперативными вмешательствами составило 17,1%. Летальность после комбинированных операций составила 8,1% (6 больных).

Выводы: Выполнение комбинированных операции при адекватном выборе объема операции не приводит к увеличению послеоперационных осложнений и летальности и улучшает качество жизни пациентов.

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Тимербулатов Ш.В., Гареев Р.Н., Султанбаев А.У.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО, Уфа, Россия

Острая обтурационная толстокишечная непроходимость (ООН) более чем в 95% случаев осложняется интраабдоминальной гипертензией (ИАГ), крайней степенью которой является синдром интраабдоминальной гипертензии (СИАГ). На долю ООН приходится 2-3% экстренной хирургической патологии и имеется высокая летальность, которая в большинстве случаев обусловлена поздней диагностикой и развитием осложнений. Поэтому изучение у данной категории больных параметров интраабдоминального давления (ИАД), как «пускового» патогенетического механизма ряда жизнеугрожающих состояний представляется особенно актуальным.

Цель: Изучить роль уровня ИАД в выборе хирургической тактики у больных с ООН опухолевой этиологии, осложненной ИАГ.

Материалы и методы: Клинический материал основан на обследовании 70 больных с ООН опухолевой этиологии, осложненной ИАГ, среди которых мужчин 42 (60%), женщин 28 (40%), 45 (75%) больных старше 60 лет. Первоначально нами оценивались жалобы, анамнез заболевания, результаты лабораторных (общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, рН крови) исследований, ответ на консервативное лечение, на основании которых проводилось стабильное лечение ООН (стадия компенсации, субкомпенсации, декомпенсации). Далее проводились экстренная ирригоскопия, колоноскопия, ультрзвук-исследование ОБП, компьютерная томография, МРТ-ирриго-, МРТ-энтерография, измерение ИАД (тонометром низких давлений «Тритон 2000») и закрытой системой аппаратуры фирмы «Spiegelberg»), диагностическая лапароскопия.

Результаты: При компенсированной ООН 28 (40%) больным (ИАД 10-15 мм.рт.ст., что соответствовало I стадии ИАГ) нами проведены предоперационная подготовка (инфузионно-спазмолитическая терапия, очистительные клизмы, компенсация функций органов и систем), дообследование с последующим радикальным оперативным лечением. В стадии субкомпенсации (16-25 мм.рт.ст. – II стадия ИАГ) у 26 (37,1%) больных мы пытались ООН перевести в хроническую, или в стадию компенсации ООН, с использованием имеющихся методов декомпрессии толстой кишки: лазерная «туннелизация» обтурирующей просвет кишки опухоли у 7 больных, стентирование стенозированного участка кишки у 2, дренирование толстой кишки выше опухоли с использованием ирригационно-аспирационной системы собственной конструкции под контролем фиброколоноскопа у 5 больных. После успешно проведенной декомпрессии в 14 случаях в дальнейшем больные велись, как больные с компенсированной ООН. При невозможности или неэффективности декомпрессии после диагностической лапароскопии с целью стабилизации рака 8 больным выполнена резекция пораженного опухолю участка кишки с проксимальной колостомией, наличие неоперабельной опухоли, канцероматоза у 6 больных, служило показанием к колостомии из минидоступа. В случае декомпенсированной ООН (III и IV стадии ИАГ или СИАГ), имевшей место в 16 (22,9%) случаях все больные оперировались. При III стадии ИАГ (ВВД 26-35 мм.рт.ст.) 13 больным с целью декомпрессии выполнена двустольная колостомия из минидоступа, при IV стадии ИАГ (ИАД > 35 мм.рт.ст.) в 3 случаях в экстренном порядке выполнены декомпрессивную лапаротомию с проксимальной колостомией. У 3 больных с опухолями правого фланга толстой кишки при противопоказаниях к выполнению радикальных вмешательств вместо колостомии выполняли илеостомию. Послеоперационные осложнения имели место у 25% больных, летальность составила 3,3% (больные с IV стадией ИАГ). **Заключение:** При ООН, исследование уровня и динамики ИАД является важным фактором для определения сроков и объема оперативных вмешательств. Наличие СИАГ у больных с ООН должно явиться противопоказанием к радикальным оперативным вмешательствам.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Толстокоров А.С., Осинцев Е.Ю., Балашов М.В., Овчинников К.В., Журба Т.Н., Сахаров Д.С., Юлаев В.Е.

ГОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского Минздравсоцразвития России, Саратов, Россия

Рак толстой и прямой кишок распространён в развитых странах мира (Царьков П.В. с соавт., 2010; Meyerhardt J.Saunders M, 2009). Скрининг рака прямой кишки остаётся важным фактором увеличения выживаемости.

Несмотря на современные достижения медицины в лечении колоректального рака, отдаленные результаты остаются неутешительными в связи с нерешённой проблемой ранней диагностики.

Нами проведён ретроспективный анализ 100 историй болезни пациентов с раком прямой кишки, находившихся на лечении в отделении колопроктологии Областной клинической больницы г. Саратова за период с октября 2009 по декабрь 2010 гг. Мужчин было – 55 человек, женщин

– 45. Возраст больных варьировал от 37 до 85 лет (61±34). В экстренном порядке поступило 9 пациентов: с острой кишечной непроходимостью (8) и кишечным кровотечением из распадающейся опухоли прямой кишки (1). У 85 больных опухоль обнаружена на догоспитальном этапе; остальные пациенты были направлены в стационар с различными диагнозами: острая кишечная непроходимость неопухолевого генеза (8); обострение хронического панкреатита (3); холецистита (1); кишечное кровотечение (1); язвенный колит (1); геморрой (1). Локализация опухоли от ануса (дистальный полюс) диагностирована: до 6 см – у 36 больных; до 12 см – у 28; до 18 см – у 18; рак анального канала – у 4 больных. Первично-множественный рак диагностирован у 14 (14%) больных. В сочетании с раком сигмовидной кишки – у 5 больных. В остальных случаях (9 пациентов) – печёночного угла ободочной кишки, желудка, почки, мочевого пузыря, матки, головного мозга, кожи лица, гемангио-перитонитомой тонкой кишки – по одному больному. По стадии заболевания больные распределились следующим образом: I стадия – 2 больных; IIА – 22; IIБ – 4; IIIА – 17; IIIБ – 8; IVА – 7; IVБ – 25; у 15 не оперированных пациентов стадия не уточнена в связи с отказом от обследования и операции (8) или ввиду функциональной неоперабельности (7). С целью уточнения распространённости опухолевого процесса выполняли КТ малого таза. Предоперационная лучевая терапия проведена 5 пациентам с раком анального канала и нижеампулярного отдела. Противопоказанием к данному виду лечения явились признаки распада опухоли и рецидивирующее кровотечение. Оперированы 75 (75%) пациентов, из них радикально – 53 (70,6%); брюшно-промежностная экстирпация выполнена 36 (36%) больным [в сочетании с резекцией желудка (1), нефрэктомией (1), удалением опухоли тонкой кишки (1), экстирпацией матки с придатками (1)]; передняя резекция прямой кишки – 15; операция Гартмана – 4 (2 циторедуктивные); формирование противостенного заднего прохода – 24 (у 4 – как первый этап хирургического лечения).

Комбинированное лечение произведено 21 пациенту: лучевая + химиотерапия – 10 (пациенты с наличием регионарных метастазов), химиотерапия – 8, и лучевая терапия – 3 больных. В раннем послеоперационном периоде осложнения развились у 5 больных (6,6%): эвентрация (1), пневмония (2), инфаркт миокарда (1), желудочное кровотечение (1). Средний койко-день радикально оперированных пациентов составил 17 дней. В послеоперационном периоде после сигмостомии умер один пациент с IVА стадией заболевания, осложнённой флегмоной промежности. Таким образом, результаты хирургического лечения рака прямой кишки зависят от своевременной диагностики (32% пациентов поступило с запущенной стадией), что связано с неосведомлённостью населения о симптомах заболевания, недостаточной онкологической настороженностью врачей поликлинической службы. Решение этой проблемы позволит существенно улучшить результаты лечения больных.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Тотиков З.В., Тотиков В.З., Зураев К.Э.,
Тотиков М.З., Калицова М.В.

Северо-Осетинская Государственная Медицинская Академия,
Владикавказ, Россия.

Цель: Улучшить результаты лечения больных раком прямой кишки, осложненным острой непроходимостью.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 148 больных раком прямой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью. На основании общеклинических методов, обзорной рентгенографии брюшной полости, пальцевого исследования и РРС определялась стадия нарушения проходимости прямой кишки.

Результаты: При первой стадии (56 больных) декомпрессионная терапия на фоне коррекции метаболических нарушений и сопутствующих заболеваний проводилась в течение 7-10 дней с последующим оперативным лечением в отсроченном порядке. При 2 и 3 стадии (вторая стадия – 39 больных, третья – 31 пациент) осуществлялась попытка реканализации ракового канала. Положительный результат был достигнут у 15 больных, в связи с чем, дальнейшая тактика была аналогична первой стадии. При отрицательном результате при 2 стадии в течение 24 часов, при третьей – 12 часов, после предварительной коррекции водно-электролитных и сердечно-сосудистых нарушений через мини доступ в правом подреберье или подвздошной области накладывалась петлевая транссерозо- или илеостома. В течение 7-10 дней производилась подготовка к радикальному оперативному вмешательству. При необходимости предоперационная лучевая и химиотерапия. Во время операции интраоперационная внутривенная и внутритазовая химиотерапия, с последующей системной химиотерапией. При 4 стадии (непроходимость, осложненная перитонитом, выявлена у 22 больных), оперативные вмешательства выполнялись в течение 2-3 часов. Всего в послеоперационном периоде умерло 3 (2,0%) больных с 4 стадией. Различные осложнения развились у 22 (14,9%) пациентов. При этом проведение комбинированных методов лечения не приводило к росту количества послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Выводы: Разработанная клинико-рентгенологическая классификация позволяет четко определить длительность предоперационной подготовки, объем и вид оперативного вмешательства. Внедрение трехэтапных оперативных вмешательств с укороченным межоперационным периодом позволяет снизить количество осложнений и летальных исходов и создать условия для выполнения комбинированных методов лечения.

К ВОПРОСУ О КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Тотиков М.З., Тотиков В.З., Вахоцкий В.В., Алборова Б.Г.,
Воронкова Л.М., Тотиков З.В., Хаева М.Б.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия,
Владикавказ, Россия

Цель: Оптимизация хирургического подхода и различных комбинированных методов лечения рака ободочной кишки, осложненного острой кишечной непроходимостью.

Материалы и методы: В период 2000 по 2009 годы в клинике госпитальной хирургии с курсом онкологии СОГМА, расположенной на базе Клинической Больницы Скорой Помощи и Республиканского Онкологического Диспансера находилось на лечении 168 больных раком ободочной кишки, осложненным кишечной непроходимостью. Клинические радикальные операции были выполнены 163 (97,2%) пациентам, которые вошли в исследование. Было 65 мужчин и 98 женщин; в возрасте от 31 до 79 лет, средний возраст – 59,6±5,7 лет. Из 163 (100,0%) пациентов I стадия кишечной непроходимости отмечена у 38 (23,3%) больных, со II стадией – 72 (44,2%) пациентов, у 35 (21,4%) больных III стадия, и госпитализированных с клиникой перитонита (IV стадия) было 18 (11,1%). Больные с I стадией оперированы в течение 7-10 дней, пациенты с 2 стадией – через 12-24 ч, при 3 стадии – через 6-12 ч, больные с клиникой перитонита (4стадия) оперированы в течение 2-3 ч после предоперационной подготовки. Всем больным с I стадией выполнены одностаянные хирургические вмешательства с одномоментным восстановлением кишечной целостности. Пациентам с 2-3 стадиями кишечной непроходимости и 1-3 стадией физического состояния на первом этапе были выполнены первичные резекции. Пациентам с 2-3 стадиями, при локализации опухоли в дистальной части сигмовидной кишки или ректосигмоидном отделе, когда невозможно вывести дистальную кульку на переднюю брюшную стенку, а также больным с высоким анестезиологическим риском на первом этапе формировались прицельные проксимальные петлевые трансверзостомы через мини доступ в правом подреберье, под местной анестезией. Этап радикального лечения выполнялся в течение 7-10 дней по мере стабилизации больного. Оперативные вмешательства завершались формированием анастомоза под прикрытием существующей стомы. Только хирургическое лечение было принято у 99 (60,7%) больных. У 64 (39,3%) больных были выполнены оперативные вмешательства в сочетании с интра-внутрибрюшной химиотерапией с ранней послеоперационной системной и последующей химиотерапией раннее разработанной в ГИЦ Колопроктологии.

Результаты: Послеоперационные осложнения были диагностированы у 21 (15,6%) пациентов, при этом комбинированное лечение не приводило к их росту. Летальность составила 6,9%. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения показал, что 5-летняя выживаемость в этой группе составила 57,6±5,4%. Показатель 5-летней выживаемости при выполнении комбинированного лечения составил 76,9±7,2%.

Заключение: Анализ непосредственных результатов лечения свидетельствует о том, что применение комбинированных методов не приводит к увеличению количества послеоперационных осложнений и летальности по сравнению с хирургическим лечением. Разработанная хирургическая тактика, позволяет проводить комбинированное лечение у больных с острой кишечной непроходимостью. Отдаленные результаты лечения свидетельствуют о том, что комбинированный метод лечения позволяет улучшить показатели выживаемости больных.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФЕКАЛЬНОГО ЛАКТОФЕРРИНА И ГВЯЖКОВОЙ ПРОБЫ В ВЫЯВЛЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Филиппенко Н.В., Михайлова Е.И.

Гомельский государственный медицинский университет,
Гомель, Беларусь

В последние годы проблема колоректального рака привлекает пристальное внимание врачей и исследователей самых различных специальностей. Поскольку прогноз пациентов с раком толстой кишки зависит от стадии рака на момент его выявления, скрининг для ранней диагностики заболевания имеет большое значение, а его методы активно разрабатываются.

Цель: сравнительная оценка диагностических значимостей фекального лактоферрина и гваяковой пробы в выявлении колоректального рака. Материалом исследования явились 48 больных колоректальным раком, 47 пациентов с синдромом раздраженного кишечника и 25 здоровых добровольцев. Диагноз колоректального рака во всех случаях имел морфологическое подтверждение. Уровень фекального лактоферрина определяли с помощью иммуноферментного анализа (ELISA) наборами фирмы «Hueult Biotechnology», Нидерланды. Наличие гемоглобина в кале определялось с помощью гваяковой пробы фирмы «gabOkkult», Германия. Статистическая обработка данных проведена с применением пакета прикладных программ Statistica 6 (США) и MedCalc Software (Belgium). Для анализа различия частот значения качественного (бинарного) признака в 2 независимых выборках использован двусторонний тест точного критерия Фишера. Для определения информативности диагностического метода строились характеристические кривые (ROC-кривые) чувствительность – 1-специфичность с расчетом коэффициента

– площадь под кривой (ППК) и 95% доверительного интервала (95%ДИ). Чувствительность и специфичность диагностического метода даны с указанием 95% доверительного интервала. Статистически значимыми считали различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты: Гваяковая проба была положительной у 37 из 48 пациентов с раком толстой кишки, отрицательной – у 38 из 46 больных синдромом раздраженного кишечника и у всех 20 здоровых добровольцев. Маркер чаще встречался у больных со злокачественными новообразованиями толстой кишки по сравнению с пациентами с синдромом раздраженного кишечника ($p < 0,000001$) и здоровыми добровольцами ($p < 0,000001$). Гваяковая проба показала чувствительность на уровне 77,08% (95%ДИ:62,70-88,00), специфичность – 87,88% (95%ДИ:77,50-94,60) с площадью под кривой на уровне 0,83 (95%ДИ:0,74-0,89).

Положительная проба на основе фекального лактоферрина выявлена у 38 из 48 пациентов со злокачественными новообразованиями толстой кишки, отрицательная у 39 из 46 больных синдромом раздраженного кишечника и у всех 25 здоровых добровольцев. Маркер чаще выявлялся у больных колоректальным раком по сравнению с пациентами с синдромом раздраженного кишечника ($p = 0,0001$) и здоровыми добровольцами ($p = 0,0001$). Чувствительность фекального лактоферрина в выявлении рака толстой кишки составила 79,17% (95%ДИ:65,00-89,50), специфичность – 90,14% (95%ДИ:80,70-95,90) с площадью под кривой на уровне 0,95 (95%ДИ:0,89-0,98). Точка разделения для фекального лактоферрина соответствовала 15,25 мкг/г.

Проба на фекальный лактоферрин не имела статистически значимых различий в чувствительности и специфичности по сравнению с гваяковой пробой ($p = 1,00$), однако маркер превосходил ее по диагностической значимости ($p = 0,007$).

Выводы: В диагностике злокачественных опухолей толстой кишки фекальный лактоферрин обладал высокой специфичностью и превосходил по диагностической значимости гваяковую пробу.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Хатьков И.Е.¹, Барсуков Ю.А.², Алиев В.А.², Кузьмичев Д.В.², Атрощенко А.О.¹, Тамразов Р.И.²

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет,

² Отделение проктологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, Москва, Россия

Выполнение циторедуктивных операций в объеме удаления первичного очага, даже у больных с множественными метастазами в печени и/или другие органы, позволяет в 3,9 раза увеличить показатели двухлетней выживаемости (18,2%) по сравнению с симптоматическими операциями (4,7%) (формирование колостом и обходных анастомозов). Включение послеоперационной ПХТ после циторедуктивных операций позволяет улучшить результаты 2-х летней выживаемости после комбинированного лечения до 52,7%.

Внедрение эндовидеохирургических операций в программу комбинированного лечения больных диссеминированным раком толстой кишки является актуальным направлением современной медицины. Минимизация послеоперационной травмы за счет использования прецизионной техники позволяет расширить показания к выполнению циторедуктивных операций, особенно у пациентов, отягощенных по сопутствующей патологии, и оптимизировать лечебную тактику, т.е. уточнить степень распространенности опухолевого процесса и определить оптимальную стратегию лечения.

Цель: изучить роль циторедуктивных лапароскопических вмешательств в комбинированном лечении больных диссеминированным колоректальным раком.

Материалы и методы: за 2010 год в отделении онкопроктологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина произведено 20 лапароскопических вмешательств у больных с отдаленными метастазами рака толстой кишки и сопутствующей патологией различной степени тяжести в возрасте 63-79 лет. По глубине инвазии первичной опухоли символ Т3 зарегистрирован у 15 (75%) больных; Т4 – 5 (25%). Отдаленные метастазы в один орган (M1a) диагностированы у 13 (65%) больных, в два и более органов (M1b) – 7 (35%) пациента. При гистологическом исследовании удаленного органа поражение регионарных лимфатических узлов выявлено у 17 (85%) пациентов, из них N1 – 12 (60%); N2 – 5 (25%) пациента.

Результаты: Всем больным выполнены лапароскопические циторедуктивные резекции различного объема с удалением первичного очага и формированием первичного анастомоза. Одному пациенту выполнено симульганная атипичная резекция печени, у трех больных – диагностическая лапароскопия, выявлен тотальный канцероматоз. Полностью лапароскопическим доступом выполнены 16 (80%) больным, видеоассистированные – 4 (20%).

Эндовидеохирургические вмешательства выполнены в объеме: правосторонняя гемиколэктомия 2 (10%) пациентам; левосторонняя гемиколэктомия – 2 (10%); резекция сигмовидной кишки – 6 (30%), передняя резекция прямой кишки 1 (5%). Симптоматические операции выполнены 7 (35%) больным: 3 (15%) в связи с выявленным канцероматозом брюшины, 1 (5%) – в связи с выраженным местным распространением опухолевого процесса и его нерезектабельностью; 4 (20%) больным выполнено формирование петлевой двустольной сигмостомы, 3 (15%) – сформирована петлевая двустольная трансверзостома; при этом, 3 (15%) пациентам выполнено одномоментное взятие биопсии из метастатических очагов в печени. Всего сформировано 9 (45%) аппаратных анастомозов по типу «конец в конец»; 3 (15%) ручных анастомозов по типу «бок в бок», 1 (5%) – ручной анастомоз по типу «конец в конец».

Несостоятельность анастомоза отмечена лишь у 1 (5%) больного (аппаратный анастомоз), у 1 (5%) пациента – нагноение послеоперационной раны. Все пациенты активизированы на 2-е сутки, перистальтика кишечника восстановлена на 2-е сутки, начало энтерального питания – на третьи сутки, пассаж кишечного содержимого восстанавливался на 2-3 сутки. Сроки использования послеоперационного обезболивания составили 2±1 сутки. Средний койко-день в клинике составил 10,3.

Выводы: циторедуктивные лапароскопические вмешательства не ухудшают непосредственные результаты по сравнению с открытым доступом. Исследование продолжается.

КОРРЕКЦИЯ ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Хачатурова Э.А., Середавкин Р.В., Савушкин А.В., Балыкова Е.В., Мусин И.И., Ерощкина Т.Д., Каменева А.В. ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздрава России, Москва Россия

Цель: Разработка методов коррекции нарушений гомеостаза направленная на улучшение результатов лечения оперированных больных раком прямой кишки, перенесших неоадьювантную химиолучевую терапию (ХЛТ).

Материалы и методы: Проведено проспективное исследование в двух группах больных раком прямой кишки. Первую группу, которой проводилась неоадьювантная химиолучевая терапия составили 17 больных (11 мужчин, 6 – женщин). Средний возраст составил 53,3±12,4. Вторую группу составили 21 пациент, которым проведено оперативное вмешательство по поводу рака прямой кишки без химиолучевой терапии (мужчин – 13, женщин – 8). Средний возраст составил 54,8±9,5.

У всех больных до операции и на 2-й, 3-й, 5-й и 7 день после операции исследовались показатели белкового, липидного, углеводного обмена и состояние свертывающей и антисвертывающей системы крови показатели гемокоагулограммы, (фибриноген, А111, АЧТВ) и тромбоэластограммы.

Хирургическое лечение при раке прямой кишки в нашей клинике проводилось после ХЛТ, которая включала следующие препараты: 5-фторурацил (2,5 г), цисплатин (90мг) в сочетании с лучевой терапией в дозе (47 греЙ).

Результаты: Анализ биохимических показателей в двух группах больных раком прямой кишки показал нарушение белкового, углеводного и липидного обмена в послеоперационном периоде. Уровень общего белка и альбумина ко 2-му и 3 дням после операции составил 52,4±1,88 г/л, и 28,5±5,16 г/л. При этом отмечено снижение холестерина почти в два раза (2,52±0,2 ммоль/л), и снижение триглицеридов (0,36±0,04 ммоль/л) в группе больных с ХЛТ. Выявлены повышение глюкозы (10,40±0,94 ммоль/л) до 8,6±0,94 ммоль/л и амилазы крови в обеих группах (279,3±89,4 ед и 156±79,3 ед) указывают на нарушения углеводного обмена и повышение толерантности к глюкозе. Результаты исследования гемокоагулограммы показали, что до операции у больных раком прямой кишки в обеих группах отмечалось повышение активности свертывания крови, которое проявлялось повышением фибриногена. При этом, антикоагулянтная активность снижалась в группе с ХЛТ (анти-тромбин III составлял 60%, т.е. ниже физиологической нормы). Следует отметить, что снижение уровня А111 является фактором тромбогенного риска и ведет к образованию послеоперационных тромбозов. При этом отмечалось удлинение АЧТВ, что отражает дефицит плазменных факторов и преобладание гипокоагуляции. Данные тромбоэластограммы подтвердили наличие гиперкоагуляции как до операции так и после нее в обеих группах больных раком прямой кишки. Разрабатываемая нами инфузионно-трансфузионной терапии направлена на коррекцию гиповолемии, стабилизацию системы гомеостаза (Свежезамороженная плазма 250-500 мл, ингибиторы протеаз). Наряду с инфузионной терапией в клинике у больных раком прямой кишки начиная с дооперационного периода и далее после операции нами проводилась антикоагулянтная терапия низкомолекулярным фракционированным гепарином (фраксипарин).

Выводы:

1. У больных раком прямой кишки с неоадьювантной химиолучевой терапией после операции усиливаются явления гиперкоагуляции за счет нарушений липидного, углеводного и белкового обмена и дисфункции в системе свертывания крови.
2. Успех лечения этих больных после операции зависит от комплексной терапии, включающей инфузионную поддержку, парентеральное и энтеральное питание и медикаментозную антикоагулянтную терапию.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЭНДСКОПИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ВЫЯВЛЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Чуркин И.А., Федоровский А.Ф., Козловский Н.И. Диагностический центр Алтайского края, Барнаул, Россия

Цель: Показать диагностические возможности хромоэндоскопии и ультратонкой эндоскопии в выявлении новообразований толстой кишки.

Материалы и методы: Проанализированы результаты исследований, выполненных в отделе эндоскопии Диагностического центра Алтайского края. За 2010 год проведено 2447 ректосигмоколоноскопий. У 244 пациентов (10%) это исследование было дополнено хромоэндоскопией, у 25 (1%) – ультразвуковой эндоскопией. Основанием для использования этих диагностических методов было подозрение на наличие новообразования.

Возраст пациентов – от 28 до 79 лет. Использовалось оборудование фирмы «OLYMPUS OPTICAL CO., LTD.» (Япония): эндоскопическая видеoinформационная система EVIS EXERA II с видеоколоноскопами CF-N180AI, ультразвуковая эндоскопическая система EUS EXERA EU M-60 с ультразвуковыми датчиками для 3-х мерного сканирования UM-DP12-25R.

Результаты: Из 269 пациентов на основании прицельной биопсии, выполненной по результатам применения дополнительных методов диагностики, морфологический диагноз «рак» был установлен у 89 пациентов (33%). Выявлены предраковые изменения: дисплазия 1 степени – у 51 пациента (19%), дисплазия 2 степени – у 84 (31%), дисплазия 3 степени – у 32 (12%). Только у 13 (5%) обследованных пациентов из этой группы диагноз злокачественного новообразования рака или предраковые изменения выявлены не были, а диагностированы гиперпластические полипы и гиперплазия слизистой оболочки толстой кишки.

Выводы: Хромоскопия и ультразвуковая эндоскопия, проводимые для уточнения характера изменений, выявленных при эндоскопическом исследовании толстой кишки, являются высокоинформативными методами диагностики и показаны при подозрениях на новообразования толстой кишки.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Шапошников В.И.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

В нашей стране в структуре заболеваемости населения злокачественными новообразованиями рак ободочной кишки (РОК) занимает третье место (8,5%). В Краснодарском крае за последнее десятилетие произошел рост РОК примерно в 2 раза (с 218 до 400 на 100 тыс. населения).

Цель: Произвести анализ лечения осложненных форм РОК.

Материал и методы: С 2005 года по 2010 год в хирургических отделениях КЦСМП находилось на стационарном лечении 467 больных с РОК, из которых мужчин было 207 (44,3%). Средний возраст больных – 61,5±6,5 лет. В 32,5% (152) наблюдений опухоль локализовалась в правой половине ободочной кишки (летальность 16,2%), в 63,7% (297) – в левой (летальность 17%), в 3,8% (18) – выявлены первично-множественные опухоли этой кишки (умерло 36,4%). Все больные были госпитализированы по экстренным показаниям. Из 467 больных у 232 (49,68%) была острая кишечная непроходимость (ОКН), при этом у 137 (58,2%) выявлена 3-я, у 75 (41,2%) – 2-ая, а у 88 (18,85%) – 1-я стадия заболевания. У 66 (14,14%) имелся абсцесс или инфильтрат брюшной полости, у 59 (12,63%) – острый распространенный перитонит, у 17 (3,62%) – профузное кишечное кровотечение, у 5 (1,08%) – деструктивный холецистит (РОК выявлен случайно во время ревизии брюшной полости, что потребовало выполнения симультанной операции – холецистэктомии и гемиколэктомии).

Результаты: Всем больным с 3-й стадией ОКН, перитонитом и профузным кровотечением операции, а они носили палиативный характер, выполнены в первые 2 часа с момента госпитализации, при этом колостомы, илеостомы и обходные анастомозы были наложены 61 (45,1%) пациенту, а остальным 76 (54,9%) – выполнены палиативные резекции. Всем 17 пациентам с профузным кишечным кровотечением были произведены палиативные резекции по методике Гартмана. Пациентам с субкомпенсированной (2-ой) стадией ОКН операции осуществлялись через 5-6 часов после поступления (после диагностических мероприятий и подготовки), при этом у 18 (18,1%) они закончились наложением колостом, илеостом и обходного анастомоза, у 41 (43,1%) – палиативной резекцией, а у 36 (37,8%) – радикальной гемиколэктомией. У всех 88 больных с частичной кишечной непроходимостью перед операцией удалось выполнить ирригографию и фиброколоноскопию с биопсией опухоли (только в 4,3% обнаружены раковые клетки, а в остальных 95,7% – некротическая ткань). У 9 (10,1%) этих пациентов диагноз установлен во время лапароскопии. Из 88 больных палиативная резекция выполнена у 13 (14,7%), а радикальная – у 75 (85,3%), при этом у 11 (3,6%) был наложен первичный колоректальный анастомоз (умерли 6). Причиной смерти у всех этих пациентов послужил каловый перитонит, который развился вследствие несостоятельности швов анастомоза. Из 125 больных, у которых РОК осложнился распространенным гнойным перитонитом, абсцессами и инфильтратами брюшной полости, у 55 (44%) были наложены петлевые коло или илеостомы. У остальных же 70 (56%) пациентов были осуществлены палиативные резекции по принципу операции Гартмана.

Заключение: Таким образом, без учета характера осложнения и стадии ОКН из 467 больных РОК радикальные гемиколэктомии были выполнены только у 116 (24,8%), палиативные резекции – у 217 (46,5%), сформированы концевые и петлевые колостомы или илеостомы, а так же обходные анастомозы – у 134 (28,7%). Летальность в группе больных с ОКН составила 18%, с абсцессами и инфильтратами брюшной полости – 24,1%, с перитонитом – 46,3%, с частичной кишечной непроходимостью – 12,5%. Первичный колоректальный анастомоз при недостаточно подготовленной к операции ободочной кишке более чем в 50% наблюдений осложнился несостоятельностью швов анастомоза. Общая летальность составила 18,2% (умерло 85 пациентов).

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РЕГРЕССИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Шельгин Ю.А.¹, Расулов А.О.¹, Бойко А.В.², Дрошнев И.В.²

¹ ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии»

Минздравсоцразвития России,

² ФГУ МНИОИ им. П.А.Герцена Минздравсоцразвития, Москва, Россия

Уменьшение размеров и стадии опухоли прямой кишки под воздействием предоперационной химиолучевой терапии может оказывать влияние на результаты лечения рака прямой кишки, наряду с такими факторами как первичная стадия опухоли, дистальная и циркулярная границы резекции и др.

Материалы и методы: За период с 2006 г. по настоящее время проанализированы 157 больных раком прямой кишки стадии T2-4N0-2, получивших предоперационную химиолучевую терапию в режиме динамического фракционирования в суммарной очаговой дозе 39,5 Гр (71 пациент) и 47 Гр (86 пациента) с использованием 5-фторурацила и цисплатины, последующим хирургическим вмешательством и адъювантной полихимиотерапией в режиме Xelox (4 курса). В течение 5 дней производилось внутривенное введение 5-ФУ по 350 мг/м² на 200 мл физиологического раствора, после чего проводилась лучевая терапия в течение 3 дней по РОД 4 Гр на фоне внутривенного введения цисплатины 30 мг. Далее следовало продолжение лучевой терапии по 1,25 Гр 2 раза в день с интервалом 5 ч до СОД 39,5 Гр или 47 Гр. Хирургическое вмешательство выполнялось через 5-6 недель после окончания ХЛТ.

Результаты: Сокращение размеров первичного новообразования отмечено у 108 из 157 (68,8%) больных, при этом стадия опухоли уменьшилась у 105 (66,9%) пациентов. Полная регрессия опухоли зарегистрирована в 18 (11,5%) (1 степень патоморфоза по Mandard) удаленных препаратах прямой кишки, 2 степень регрессии – в 38 (24,2%), 3 – в 57 (36,3%), 4 – в 42 (26,8%) и 5 степень – в 2 (1,3%).

Сфинктеросохраняющие операции с сохранением анальной дефекации выполнены у 114 пациентов (72,6%). Послеоперационные осложнения возникли у 42 (26,7%) из 157 пациентов. Местные рецидивы в сроки от 2 до 52 месяцев (медиана – 16 мес.) возникли у 2 (1,3%) пациентов через 12 месяцев после операции, а отдаленные метастазы – у 15 (9,6%). Актуальная 3-летняя выживаемость без признаков заболевания составила 82,1%. Полная и близкая к полной регрессия опухоли (1,2 степень регрессии по Mandard), достоверно сопровождалась уменьшением глубины прорастания опухоли кишечной стенки ($p < 0,0001$). При проведении одномерного анализа у пациентов с радиорезистентными опухолями (3-5 степени патоморфоза) достоверно чаще встречались различные послеоперационные осложнения. Уменьшение стадии опухоли по критерию T достоверно сопровождалось выполнением сфинктеросохраняющих оперативных вмешательств ($p = 0,37$) и улучшением выживаемости ($p = 0,4$) за счет уменьшения частоты отдаленных метастазов ($p = 0,28$). При проведении многомерного анализа частота выполнения сфинктеросохраняющих операций зависела от первичной стадии опухоли и высоты расположения последней от края ануса после проведения ХЛТ. У пациентов с полным и близким к полному опухолевому ответом, различные послеоперационные осложнения встречались достоверно реже. Уменьшение стадии опухоли сохранило тенденцию к достоверности при мультифакторном анализе ($p = 0,53$). Уменьшение глубины прорастания опухоли кишечной стенки имело тенденцию к улучшению выживаемости ($p = 0,53$) и достоверно снизило частоту возникновения отдаленных метастазов ($p = 0,4$).

Заключение: Прогностическая значимость уменьшения глубины прорастания опухоли кишечной стенки под влиянием предоперационной химиолучевой терапии на выживаемость без признаков заболевания близка к достоверной ($p = 0,53$). Полный и близкий к полному опухолевый ответ (1,2 степень регрессии по Mandard), достоверно коррелирует с низкой частотой послеоперационных осложнений.

ПРОВОДИМОСТЬ ПОВОЛОГО НЕРВА И СОКРАТИТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕДОПЕРАЦИОННУЮ ХИМИОЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Шельгин Ю.А.¹, Расулов А.О.¹, Джанаев Ю.А.¹, Бойко А.В.², Дрошнев И.В.²

¹ ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии»

Минздравсоцразвития России,

² ФГУ МНИОИ им. П.А.Герцена Минздравсоцразвития, Москва, Россия

Цель: оценка влияния предоперационной химиолучевой терапии (ПХЛТ) на проводимость пологого нерва и сократительную способность анального сфинктера у больных раком прямой кишки.

Материалы и методы: Проанализировано 20 пациентов раком средне-анальной части прямой кишки T2-3NXM0 до и после ПХЛТ (СОД 47 Гр, 5-ФУ – 2,5-3 г, цисплатина – 90 мг). До и после ПХЛТ проводилось исследование проводимости пологого нерва (ректально у мужчин и вагинально у женщин) и игольчатая электромиография, включающая изучение потенциала покоя, напряжения наружного сфинктера, потенциала двигательной единицы (ПДЕ). Из всех полученных цифр проводимости

выбирались наименьшие.

Результаты: Проводимость правой ветви полового нерва увеличилась у 16 и левой – у 11 из 20 пациентов на фоне проведения ХЛТ. При этом, отмечено достоверное увеличение медианы латентности левого полового нерва с 2,3 мсек до 3,5 мсек ($p < .05$) и правого полового нерва с 4,7 мсек до 6,9 мсек ($p < .05$).

Сравнительный анализ больных по полу продемонстрировал достоверное увеличение латентности полового нерва у лиц мужского пола (справа – с 2,9 до 4,3 мсек ($p = .003$), слева – с 5,4 до 10,9 мсек, $p = .003$) в то время как у женщин изменения проводимости незначительны (справа – 2,1 мсек и 2,4 мсек, $p = .161$, слева с 4,3 до 2,5 мсек, $p = .917$). При игольчатой электромиографии также отмечено достоверное снижение потенциала наружного сфинктера в покое (с $226,5 \pm 157,3$ до $196,9 \pm 141$ мвольт, $p = .048$) и при волевом усилении (с $369,7 \pm 226,4$ до $262,4 \pm 138,1$ мвольт, $p = .041$). Изменение длительности ПДЕ (до – $8,5 \pm 2,1$ мсек, после – $8,8 \pm 2,1$ мсек, $p = .233$) и амплитуды ПДЕ ($350,5 \pm 152,3$ и $361,2 \pm 194,2$, соответственно, $p = .46$) на фоне ПХЛТ не зарегистрировано.

Заключение: Проведение предоперационной химиолучевой терапии при раке нижне- и среднеампулярного отдела прямой кишки приводит к замедлению проводимости полового нерва преимущественно у пациентов мужского пола, что сопровождается снижением электрических потенциалов наружного сфинктера.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Шудрак А.А., Цема Е.В., Уманец Е.И., Нечай В.С., Биба А.П.

Главный военно-медицинский клинический центр, Министерство Обороны, Киев, Украина

На сегодняшний день окончательно не решена тактика лечения больных раком средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки. В последнее время отмечается четкая тенденция к использованию сфинктеросохраняющих операций при раке этой локализации.

Цель: изучить результаты хирургического лечения больных с раком средне- и нижнеампулярного отдела прямой кишки.

Пациенты и методы: Прослежены результаты лечения 180 с раком прямой кишки. Средний возраст больных составил $64,8 \pm 1,6$ года. У всех больных диагностирована аденокарцинома T2-T3N0-TM0 разной степени дифференцировки. При раке среднеампулярного отдела прямой кишки выполнено 92 сфинктеросохраняющие операции – аппаратных передних резекций с использованием степлера «Countur» и циркулярного степлера «Ethicon» d-33мм. При раке нижнеампулярного отдела прямой кишки выполнено 88 сфинктеросохраняющих операций – из них 20 (22,7%) низких аппаратных передних резекций с помощью степлера «Countur» и циркулярного степлера «Ethicon» d-33мм. при опухолях, расположенных выше 4 см от ануса, и 68 (77,3%) интерсфинктерных брюшно-анальных резекций прямой кишки с резекцией сфинктера (у 16 больных – 23,5%), сфинктеро-, сфинктеролеваторопластикой и формированием первичного колоанального анастомоза. Обязательно выполнялась тотальная мезоректумэктомия. Всем пациентам перед операцией выполнялась трансректальная эндоскопия с 3D реконструкцией полученного изображения. В предоперационном периоде проводилась крупнофракционная лучевая терапия (суммарная облучающая доза 20 Грей). При выполнении низкого аппаратного анастомоза накладывалась превентивная петельная трансверзостомия на 2 месяца.

Результаты: Внедрение в практику современных методов предоперационной диагностики позволило определить показания к выполнению сфинктеросохраняющих операций с соблюдением принципов онкологического радикализма и добиться хороших функциональных результатов лечения без ухудшения выживаемости больных. Количество послеоперационных осложнений и летальность составили соответственно 24 (13,3%) и 6 случаев (3,3%). Местные рецидивы заболевания наблюдались у 9 больных (5,0%). Пятилетняя выживаемость по Каллан-Мейеру составила $76,3 \pm 10,3\%$. Хорошие и удовлетворительные показатели удерживающей функции анального сфинктера наблюдались у 134 больных (74,4%).

Выводы:

1. Применение современной диагностики позволяет до операции достоверно определить степень местного распространения опухоли.
2. Выполнение сфинктеросохраняющих операций при раке средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки не ухудшает отдаленные результаты лечения.
3. Применение аппаратных методик сокращает время операции, увеличивает надежность кишечного шва и отдаленные функциональные результаты.

ВЫБОР КОМБИНИРОВАННОЙ ИЛИ ЭТАПНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Щепотин И.Б., Колесник Е.А., Васильев О.В., Зелинский А.И., Палица Р.Я.

Национальный институт рака, Киев, Украина

Синхронные метастатические поражения печени при КРР характеризуются более низкой 5-летней выживаемостью после хирургического и комбинированного лечения – 8-16%. Основная сложность заключается в отсутствии стандартных подходов в лечении этих пациентов.

Оптимальная последовательность хирургической резекции первичной опухоли и синхронных метастазов КРР в печени до сих пор не определена.

Цель: сравнить результаты хирургического лечения пациентов КРР с синхронными метастазами в печень, которым было выполнено комбинированную резекцию метастазов в печени и первичной опухоли с пациентами, которым выполнены этапные резекции печени (в пределах 3-6 месяцев).

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ 36 случаев оперированных пациентов с синхронным первичным КРР и метастазами в печень за 2008-2010 гг., которым выполнены комбинированные (12 пациентов, Группа I) или этапные (24 пациента, Группа II) резекции печени.

Результаты: При изучении и сравнении обеих групп (комбинированных и этапных резекций) не было найдено различия в принадлежности к полу, дифференцировке опухоли, стадии, локализации и размерах первичной опухоли, размерах и количестве метастатических узлов, сопутствующей патологии (сердечно-сосудистая или дыхательная). Никаких значимых различий не наблюдалось между группами (комбинированных и этапных резекций) в типе резекции толстой кишки ($P=0.5$) или резекции печени ($P=0.1$), в длительности операции (в среднем, 400 против 360 минут), в кровопотере (в среднем, 890 против 880 мл), медиане безрецидивной выживаемости после резекции печени (11 против 11 месяцев). Общая продолжительность госпитализации была значительно короче в группе комбинированных резекций в сравнении с этапными резекциями (в среднем, 24 против 11 дней; $P < 0.001$). Выявлено, что в Группе I риск развития послеоперационных осложнений был выше (53% против 34%), 33,4% из которых были специфическими для резекции печени. Прогрессирование заболевания в этой группе отмечено в 3 случаях (8,3%) в период с 3, 5 и 11 месяцев после операции. В Группе II этапные резекции печени сопровождалась относительно низкой частотой послеоперационных осложнений и отсутствием летальности. Послеоперационная летальность в Группе I составила 8%.

Выводы: Этапные (отсроченные) резекции толстой кишки и печени более безопасны и эффективны, чем комбинированные (одномоментные) резекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ

Щепотин И.Б., Колесник Е.А., Васильев О.В., Храновская Н.М., Зелинский А.И., Палица Р.Я., Хворостовский Р.Р.

Национальный институт рака, Киев, Украина

Сочетание химиотерапии (ХТ) и хирургии является известным подходом к повышению выживаемости больных КРР с метастазами в печень. Однако существуют отрицательные моменты использования неoadьювантной ХТ, а именно стойкие морфологические изменения в здоровой ткани печени, что повышает риск послеоперационных осложнений. В то же время рецидивы заболевания после операции остаются в пределах 30%, что требует целенаправленного подхода к выбору адьювантной ХТ. **Цель:** Повысить эффективность лечения больных КРР с метастазами в печень путем применения радикальных оперативных вмешательств и выбора режимов адьювантной ХТ.

Материал и методы: Проведен анализ результатов лечения 81 больных РТК с метастазами в печень. Использованы режимы АХТ с учетом молекулярных тестов чувствительности. ХТ назначалась с учетом уровня экспрессии интрамуральной тимидилатсинтазы (TS), полиморфизма фермента уридин-дифосфат-глюкоуридил-трансферазы (UGT1A1), активности фермента ERCC1 для репарации ДНК, пролиферативного потенциала опухоли (ДНК-статус). Группа 1А – режимы FOLFIRI/FOLFOX ($n=20$), группа 2А – режим 5-ФУ/ЛВ ($n=17$). Количество курсов АХТ составило 6-8. Две контрольные группы с АХТ без определения чувствительности: группа 1 – FOLFIRI/FOLFOX ($n=17$), группа 2 5-ФУ/ЛВ ($n=27$).

Результаты: У 69 (88%) больных диагностирован синхронные метастазы в печень. Билобарные метастазы выявлены у 49 (63%) больных. Всем больным выполнена R0 резекция первичной опухоли и метастазов в печени, из них в 91% случаев – резекция > 2 сегментов печени: левосторонняя гемигепатектомия – 4, правосторонняя гемигепатектомия – 9, три-сегмент- и бисегментэктомии – 46 и 26 атипичных резекций. Послеоперационные осложнения наблюдали у 11 больных (14%), послеоперационной летальности не было.

Медиана выживаемости больных в группе 1А не достигнута, в группе 1 – 36 мес., группе 2А – 28 мес., группе 2 – 15 мес. Общая 3-х летняя выживаемость соответственно составила $94,3 \pm 7,1\%$; $81,3 \pm 8,1\%$; $43,3 \pm 8,4\%$; $13,3 \pm 6,9\%$. Использование молекулярных тестов позволило индивидуализировать адьювантную ХТ и увеличить выживаемость больных РТК.

Выводы: Комбинированное лечение больных метастатическим КРР с применением радикальных операций и адьювантной ХТ является эффективным методом, способствующим повышению выживаемости больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СФИНКТЕРСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ НИЖНЕАМПУЛЯРНЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Щепотин И.Б., Колесник Е.А., Приймак В.В., Дорожинский В.И., Безносенко А.П., Балабушко С.Б.

Национальный институт рака, Киев, Украина

Внедрение в широкую практику резекции прямой кишки с формированием низких (≤ 4 см) колоректальных анастомозов сопровождается высокой частотой случаев несостоятельности анастомоза, что обуславливает необходимость наложения divertивной кишечной стомы. Существует необходимость разработки новых и совершенствования существующих методов сфинктеросохраняющих операций.

Цель: Повысить эффективность хирургического лечения больных нижне-ампулярным РПК.

Материал и методы: Проведен анализ результатов сфинктеросохраняющих операций у больных нижне-ампулярным РПК T2-3N0-1M0. В зависимости от методики формирования анастомоза проведен сравнительный анализ результатов лечения трех групп больных: I – операция протектомии (интерсфинктерная резекция) с формированием ручного колопериаанального анастомоза по разработанной в клинике методике (40 больных); II – низкая передняя резекция с формированием степлерного колоректального анастомоза и превентивной илеостомы (40 больных); III – брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением и формированием ручного колоанального анастомозов в два этапа (40 больных). Все больные получили неoadъювантную лучевую терапию согласно стандартам. Показанием к выполнению операции протектомии была локализация опухоли в нижнеампулярном отделе прямой кишки или анальном канале без признаков инвазии в сфинктер, ишиоректальную клетчатку и леваторы (по данным МРТ, КТ, ТРУЗИ).

Результаты: За период с января 2008 по сентябрь 2010 г. проведено хирургическое лечение 120 больных РПК II-III стадии.

В I группе послеоперационных осложнений не наблюдалось. Во II группе у двух больных (5%) наблюдали несостоятельность анастомоза, которую ликвидировали консервативно. В III группе послеоперационные осложнения наблюдались в 5 случаях (12,5%). В 4 случаях (13,3%) возник некроз низведенной кишки, что обусловило необходимость выполнения релапаротомии с формированием трансверзостомы. Летальных случаев не было. Срок пребывания в стационаре после операции составил в среднем для больных I группы – 12 ± 3 дней; II группы – 13 ± 5 дней; III группы – 20 ± 4 дней.

Степень анальной инконтиненции по шкале FISI через 6 месяцев после оперативного вмешательства была ниже у больных II группы после низких резекций прямой кишки и составила 32 ± 5 баллов, соответственно у больных I группы – 39 ± 5 баллов, у больных III группы – 43 ± 5 . В настоящее время 32 из 40 больных I группы (после протектомии) удерживают твердый и жидкий стул.

Средний срок наблюдения за больными составил 18 (10-32) месяцев. Локальные рецидивы диагностированы у 1 больной I группы и у 1 больного III группы. Внедрение разработанной методики формирования коло-анального анастомоза на уровне периаанальной кожи позволило не накладывать divertивную кишечную стому.

Выводы: Непосредственные и функциональные результаты лечения больных нижне-ампулярным РПК лучше в группах низких передних резекций. Использование протектомии в лечении больных нижне-ампулярным РПК позволяет значительно повысить удельный вес сфинктеросохраняющих операций. Протектомия может быть альтернативой брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки у больных нижне-ампулярным РПК.

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Щерба С.Н.¹, Половинкин В.В.²

¹ Кафедра общей хирургии Кубанского государственного медицинского университета,

² Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского, Краснодар, Россия

Ранний послеоперационный период у онкоколопроктологических больных нередко сопровождается гнойно-септическими осложнениями. По данным литературы частота их колеблется от 10 до 25%. Большая часть осложнений встречается после хирургических вмешательств на прямой кишке. Однако и при операциях на ободочной кишке количество осложнений раннего послеоперационного периода также достаточно велико и достигает 5-15%.

Цель: Проведен анализ ближайших результатов хирургического лечения рака ободочной кишки за последние два года с целью определения частоты и характера гнойно-септических осложнений.

Пациенты и материалы: В 2009-2010 годах в колопроктологическом отделении Краевой клинической больницы №1 им. С.В. Очаповского прооперировано 250 (100%) больных по поводу рака ободочной кишки II-IV стадии. Возраст пациентов от 24 до 85 лет, средний 64 года. Женщин было 121, мужчин – 129. После стандартного дообследования и предоперационной консервативной подготовки всем больным выполнены различные виды резекций ободочной кишки в зависимости от расположения опухоли.

Произведено: правосторонних гемиколэктомий – 88 (35,2%), резекций поперечно-ободочной кишки – 7 (2,8%), левосторонних гемиколэктомий – 55 (22%), дистальных резекций сигмовидной кишки – 57 (22,8%), передних резекций прямой кишки – 14 (5,6%), субтотальных резекций ободочной кишки – 10 (4%), колэктомий с низкой передней резекцией – 2 (0,8%), обходной анастомоз наложен в 4 (1,6%) случаях, симптоматическое стомирование выполнено 13 (5,2%) больным.

Результаты: В раннем послеоперационном периоде возникло 18 (7,2%) гнойно-септических осложнений. Характер их был такой.

- Эвентерации – 3 (1,2%). У одного больного на фоне нагноения лапаротомной раны.

- Нагноение лапаротомной раны – 9 (3,6%). У пяти из них развился перитонит (двое впоследствии умерли от полиорганной недостаточности, сепсиса). У четырех без перитонита.

- Абсцессы брюшной полости были у шести (2,4%) больных. У одного из них на фоне несостоятельности анастомоза. У двоих развился перитонит.

Вывод: Частота послеоперационных гнойно-септических осложнений остаётся высокой. Современные методы профилактики не всегда бывают эффективны, что приводит к тяжёлым осложнениям, а иногда и к гибели больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МУЛЬТИЦЕНТРИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Янчук Н.А., Балицкий В.В.

Винницкий Национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова Кафедра хирургии ФПО, Хмельницкая областная больница, отделение проктологии, Хмельницкий, Украина

Мультицентрический (первично множественный) синхронный, колоректальный рак встречается с частотой от 0,34% до 20%. Первично множественный рак ободочной и прямой кишки может развиваться в одном отделе, в разных, непосредственно переходящих друг в друга отделах, а также в отдаленных друг от друга отделах толстой кишки. Часто синхронный мультицентрический рак толстой кишки бывает связан с семейным раковым синдромом Линча и характеризуется обширным вовлечением в процесс зон регионарного метастазирования.

На сегодняшний день частота синхронного и метасинхронного множественного колоректального рака увеличивается, что делает необходимым как в предоперационной, так и в интраоперационной диагностике выполнять полное обследование толстой кишки.

В отделении проктологии Хмельницкой областной больницы прооперировано 49 пациентов с первично множественным колоректальным раком за период с 1995 года по 2010 год. У всех пациентов было диагностировано по 2 опухоли различных локализаций, что в общей сложности составило 98 опухолей. При этом первично множественный рак ободочной кишки был выявлен у 14 (28,6%) пациентов, мультицентрический синхронный рак ободочной и прямой кишки – у 21 (42,8%) пациента, а первично множественный рак прямой кишки и анального канала у 14 (28,6%) пациентов.

В большинстве случаев у 42 пациентов (86%) диагноз первично множественного колоректального рака был установлен до операции благодаря ирригографии и колоноскопии и лишь у 7 пациентов (14%) диагноз был окончательно установлен интраоперационно. Все пациенты были прооперированы в плановом порядке.

47 (96%) пациентам были выполнены радикальные оперативные вмешательства и лишь 2 (4%) пациентам – симптоматические в виде наложения двухствольной сигмостомы.

Таким образом, в хирургическом лечении мультицентрического колоректального рака должны преобладать радикальные первично-восстановительные операции, которые предотвращают раковую интоксикацию, позволяют значительно улучшить качество жизни пациентов и увеличить её продолжительность.

ГЛАВА 4. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ

Акопян А.С., Абрамян А.Ф., Багдасарян Т.Г., Акопян Г.А., Акопян Ас.А.

НМЦ "Сурб Нерсес Мец", кафедра колопроктологии ЕрГМУ, Ереван, Армения

Решение проблемы профилактики и лечения хронических запоров в настоящее время является одним из самых важных и актуальных вопросов колопроктологии.

Цель: Разработать оптимальную хирургическую тактику лечения больных с хроническими запорами, опорожнение кишечника которых осуществляется с помощью очистительных клизм и слабительных средств.

Материалы и методы: Проанализирован десятилетний опыт хирургического лечения 189 больных с хроническим колостазом неопухоле-

вого характера. Из них женщин было 177 (61,9%), мужчин – 72 (38,1%), средний возраст пациентов – 45,9 лет. Основными жалобами больных были боли и вздутие живота, отсутствие самостоятельного стула. Консервативные мероприятия у этих пациентов были неэффективны: нарастали боли в животе, появлялись диспепсические явления, обусловленные обострением сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта. Со временем результаты используемых слабительных средств и очистительных клизм уменьшались.

Показанием к хирургическому лечению считалась резистентная форма хронических запоров, которая устанавливалась на основании жалоб, анамнеза и данных обследования в динамике. Колоноскопия исключала наличие опухолевого и язвенного процесса; устанавливала трудности исследования, обусловленные дополненными петлями, их подвижностью, острыми перегибами и высоким расположением колен ободочной кишки. В связи с вышеперечисленным в 9,5% случаев (18 больных) тотальный осмотр толстой кишки не осуществлен. Не осмотрены правые отделы. Ирригография выявляла расположение, удлинение и расширение отделов толстой кишки. В 11,1% наблюдений (21 больной) имелось расширение левых отделов толстой кишки. Пассаж бариевой взвеси по всему желудочно-кишечному тракту в 34,4% случаев (65 пациентов) замедлен.

Результаты: Объем хирургического вмешательства устанавливался по данным обследования и ревизии органов брюшной полости. Были выполнены операции: резекция сигмовидной кишки у 59 больных (31,2%), левосторонняя гемиколэктомия – у 117 (61,9% наблюдений) и субтотальная колэктомия – у 13 пациентов (6,9% случаев). Формирование первичного межкишечного анастомоза произведена у 127 больных (67,1% наблюдений). Все больные были выписаны домой под наблюдение колопроктолога. Несостоятельность анастомоза наблюдалась у 3 пациентов (2,4% случаев). В одном случае разобщен анастомоз.

В функциональном отношении имелись положительные результаты у 168 больных (88,8% случаев), то есть у них появился ежедневный регулярный стул. У 16 пациентов (8,5% наблюдений) самостоятельный акт дефекации осуществлялся через каждые 2-3 дня. В связи с продолжающимися запорами 5 больным (2,6% случаев) в последующем произведена резекция ободочной кишки.

Выводы:

1. Больные с резистентной формой хронических запоров, обусловленной долихосигмой или долихоколон, должны быть оперированы в стадии субкомпенсации.
2. Адекватный объем хирургического вмешательства в 88,8% случаев приводит к хорошим результатам у больных до наступления стадии декомпенсации.
3. Морфологическая характеристика всех слоев стенки удаленных отделов толстой кишки поможет установить адекватный выбор границ резекции ободочной кишки.

ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ У-ОБРАЗНЫХ АРЕФЛЮКСНЫХ ТОНКОТЛОСТОКИШЕЧНЫХ СОУСТИЙ В ХИРУРГИИ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Алиев Ф.Ш., Азизов С.Б., Чернов И.А.,
Головачев О.В., Бакшеев Е.Г.

*Тюменская государственная медицинская академия,
кафедра общей хирургии, Тюмень, Россия*

Опухоли правой половины ободочной кишки характеризуются сложной дооперационной диагностикой, скрытым течением заболевания, нередко с клиникой запущенной декомпенсированной кишечной непроходимости, тяжелой интоксикацией и анемией.

С целью улучшения результатов лечения после правосторонней гемиколэктомии при острой кишечной непроходимости формируют тонко-толстокишечные анастомозы с выведением на переднюю брюшную стенку U-образной концевой кишечной энтеростомы, что позволяет достичь адекватной декомпрессии проксимальных отделов кишечника [И.А.Ерохин с соавт., 2001].

Наряду с риском несостоятельности швов тонкотолстокишечного соустья, которые формируются лигатурным способом и преимущественно по типу «бок в бок» способ не предупреждает толсто-тонкокишечного рефлюкса, тяжелых нарушений водно-электролитного и белкового баланса из-за энтеральных потерь по стоме.

Цель: улучшение качества и функциональных результатов операций в неотложной хирургии правой половины толстой кишки.

Решение данной проблемы после неотложной резекции, мы видим в формировании арефлюксного тонко-толстокишечного компрессионного анастомоза при помощи устройства с «памятью» формы и выведении на переднюю брюшную стенку концевой энтеростомы с удерживающей кишечной заслонкой.

В хирургических отделениях на базе Отделенческой больницы ст. Тюмень ОАО «РЖД» и в Тюменской больнице «ЗСМЦ ФМБА России» за период 2009/10 годы выполнено 12 операций с формированием компрессионных арефлюксных тонкотолстокишечных анастомозов с выведением на переднюю брюшную стенку концевых удерживающих энтеростом. Средний возраст больных составил 58,49±3,0 лет. Основную массу составляли больные трудоспособного и активного возраста. Все больные госпитализированы в экстренном порядке. Основная доля пациентов имели опухолевое поражение слепого и восходящего отдела толстой кишки (76,5%), осложненная декомпенсированной формой острой кишечной и тяжелой анемией. Остальные больные поступали с клиникой ущемленной грыжи брюшной стенки (10,0%), сегментарным артериальным тромбозом брыжеечных сосудов (10,5%), спаечной

кишечной непроходимостью (3,0%). Все больные перенесли неотложную резекцию кишечника с устранением баугиниевой заслонкой.

Непосредственные осложнения в послеоперационном периоде наблюдались в 2-х случаях (16,66%). В 1-ом случае имело место нагноение послеоперационного шва, еще в 1-ом – стойкая паралитическая кишечная непроходимость. Случаев несостоятельности компрессионного анастомоза мы не выявили. Энтеральные потери по стоме после разрешения острой кишечной непроходимости были минимальны (до 250 мл/сут).

Отдаленные результаты изучены у 5-ти больных в сроки от 1,5 лет. По данным ирригографических исследований через год после операции толсто-тонкокишечный рефлюкс бариевой взвеси не наблюдался. Через 1,5 года он имел место у 1-го больного (8,3%). Таким образом, первый опыт формирования компрессионных арефлюксных тонкотолстокишечных анастомозов с выведением концевых энтеростом с удерживающей заслонкой в ургентной хирургии не дает осложнений связанных с анастомозом, улучшает отдаленные функциональные результаты операции, позволяет значительно упростить второй этап операции.

ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ГЕРМЕТИЧНОСТИ КОМПРЕССИОННЫХ АНАСТОМОЗОВ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ

Алиев Ф.Ш., Чернов И.А., Барадулин А.А.

*Тюменская государственная медицинская академия,
кафедра общей хирургии, Тюмень, Россия*

Одним из критериев оценки качества сформированных толстокишечных соустьев является определение биологической герметичности анастомозов. В настоящее время для оценки бактериальной загрязненности брюшной полости наиболее широко применяется методика, основанная на количественном определении колоний E.coli. Вместе с тем, данные литературы свидетельствуют о том, что микрофлора желудочно-кишечного тракта собак представлена преимущественно грамположительными микроорганизмами.

Цель: изучение биологической герметичности компрессионных анастомозов в сравнительном аспекте с ручными и механическими.

Материал и методы: Эксперимент выполнен на 30 беспородных собаках в ЦНИЛЕ ТюмГМА: 10 животным были сформированы компрессионные соустья с помощью трехвитковых устройств из никелида титана марки ТН-10; 10 – ручные анастомозы по Пирогову-Ламбера с применением рассасывающегося шовного материала (полисорб), 10 – механические с помощью шпигающих аппаратов СИТУ. На первом этапе было проведено изучение количественного и качественного состава микрофлоры толстой кишки у 10 подопытных собак. На втором этапе производились посевы с серозной оболочки кишки в области соустья на 1, 3, 5, 7, 10-е сутки после операции.

Результаты: Определение количественного и качественного состава микрофлоры толстой кишки собак показало, что она представлена преимущественно грамположительными микроорганизмами (лактобактериями, бифидумбактериями, эпидермальным стафилококком и др.). Колонии E. coli составляли 12,91% от общего числа микроорганизмов и определялись у 50,0±15,81% обследованных животных.

В первые сутки после операции инфицированность ручных анастомозов составила 77,1%, механических и компрессионных – 54,1% и 52,0% соответственно. На 3-5-е сутки инфицированность ручного и механического анастомозов повышалась до 87,5% и 61,5%. Напротив, инфицированность компрессионных анастомозов в эти сроки уменьшалась до 33,3%. Наибольшей биологической герметичностью обладали компрессионные соустья и на 7-10-е сутки после операции. В эти сроки единичные колонии микроорганизмов определялись лишь у 11,5% животных, в то время как в ручных и механических анастомозах – 38,5% и 28,1% соответственно.

Достоверно более низким было и число микроорганизмов, высеваемых с линии компрессионных анастомозов, по сравнению с традиционными соустьями. Бактериальная обсемененность ручного шва в 1-е сутки составляла 642,1±36,3 ×103, на 3-5 сутки – 99,2±2,1 ×103, на 7-10-е сутки – 0,35±0,01 ×103. С линии механического шва в 1-е сутки высевалось 534,5±21,7 ×103 бактерий, на 3-5-е – 92,3±2,4 ×103, на 7-10-е – 0,26±0,008 ×103. Микробная обсемененность компрессионного шва составляла 86,3±2,5 ×103, 5,8±0,14 ×103, 0,021±0,001 ×103 соответственно.

Заключение: Проведенные бактериологические исследования показали, что микрофлора толстой кишки собак представлена преимущественно грамположительной, и в меньшей степени – грамотрицательной флорой. Поэтому, для изучения микробной обсемененности кишечного шва необходимо количественное определение всего спектра микроорганизмов, высеваемых из брюшной полости. При создании толстокишечных соустьев посевы продолжали оставаться инфицированными до 10-х суток после операции. Вместе с тем, микробная обсемененность компрессионных толстокишечных анастомозов во все сроки наблюдения оказалась достоверно более низкой по сравнению с лигатурными (p<0,001) и аппаратными соустьями (p<0,001), что имеет существенное значение в клинической практике для предупреждения интраабдоминальных гнойно-воспалительных осложнений.

ЗНАЧЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПАЦИЕНТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Вихрев С.В., Корниенко А.Н., Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Куликов В.А., Родионов Д.А.

ЦВКГ им. А.А.Вишневского, ЦВГ ФГМУ "Медицинский центр при Спецстрое России", Государственная классическая академия им. Маймонида, Москва, Россия

Роль анестезиологической защиты пациента в профилактике нарушения терморегуляции во время оперативных вмешательств на органах брюшной полости нередко недооценивается.

Цель: оценить влияние качества проводимого анестезиологического пособия на нарушения терморегуляции организма пациента при проведении длительных операций на органах брюшной полости в условиях общей комбинированной анестезии с ИВЛ.

Материалы и методы: в исследование включены 270 пациентов, находящихся на лечении в ЦВКГ им. А.А.Вишневского и ЦВГ Спецстроя России¹ в 2006-2010 годах по поводу распространенного колоректального рака, в возрасте 45-75 лет, риск ASA – II-III.

В процессе исследований изучались изменения температуры тела (Т) пациентов в динамике в течение всего оперативного вмешательства. Измерения Т проводились в 4 зонах: наружное ухо, подмышечная впадина, пищеводе и прямой кишке.

Сравнивались оперативные вмешательства продолжительностью от 2 до 5 и более часов. Все операции осуществлялись из срединного лапаротомного доступа в условиях общей комбинированной анестезии с ИВЛ. Всем пациентам интраоперационно проводились физические методы согревания. Температура воздуха в операционной 24-26°C. ИВЛ – аппаратом Blease-Focus, с системой согревания газовой смеси.

Адекватность анестезиологического пособия оценивалась по наличию периоперационных критических инцидентов (ПКИ): 1) нестабильности гемодинамики (СДД 100-130, ЧСС 100-140); 2) снижения сатурации (SpO₂ ниже 95%); 3) эпизоды интраоперационного пробуждения; 4) послеоперационный озноб; 5) послеоперационные когнитивные расстройства.

Результаты: Все исследуемые больные были объединены в группы по следующим признакам: I (опытная) – отсутствие каких-либо ПКИ – 114 (42,2%) человек, II – наличие 2-х и более ПКИ – 156 (57,8%) человек.

Температура тела фиксировалась в течение всего периода оперативного вмешательства и первые сутки послеоперационного периода. В I группе были следующие результаты: Т в среднем ухе и п/м впадине (начало, середина, конец операции) – 36,5±0,2 – 36,2±0,1 – 36,3±0,2; в пищеводе и прямой кишке 37,5±0,3 – 37,8±0,2 – 37,7±0,1. В среднем ухе и подмышечной впадине отмечается достаточно ровная динамика Т с небольшой тенденцией к незначительному снижению. А в пищеводе и прямой кишке отмечена тенденция к повышению Т, что свидетельствует об оптимизации микроциркуляции вследствие адекватности анестезиологической защиты.

Во 2 группе динамика изменения Т была следующей: Т в среднем ухе и п/м впадине: 36,5±0,2 – 36,1±0,3 – 35,8±0,2, в пищеводе и прямой кишке: 37,4±0,4 – 36,9±0,2 – 35,4±0,4. Необходимо подчеркнуть, что завершающий этап операции сопровождался пониженной Т, несмотря на принятые меры по ее повышению.

Выводы: 1) Интраоперационные изменения Т тела пациента могут служить дополнительным критерием адекватности проводимого анестезиологического пособия.

2) Неадекватная общая анестезия без эпидуральной защиты, вызывая активизацию БАВ, приводит к нарушению тонуса сосудов микроциркуляторного русла, повреждая физиологические механизмы терморегуляции.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ИНТРАОРГАНЫХ СОСУДОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Гайворонский И.В.⁴, Михайлов А.П.^{1,5}, Петров А.С.³, Данилов А.М.^{2,5}, Сигуа Б.В.^{1,5}, Ли К.Ч.³

¹ СПб МАПО, кафедра хирургии им. В.А. Опделя,
² СПбГУ, Медицинский факультет, кафедра факультетской хирургии,
³ СПбГУ, Медицинский факультет, кафедра госпитальной хирургии,
⁴ СПбГУ, Медицинский факультет, кафедра морфологии,
⁵ Элизавитинская больница, Санкт-Петербург, Россия

контрольной группой интактных животных (n=12). Для моделирования толстокишечной непроходимости использовали оригинальную модель (патент на полезную модель №74795). Состояние микроциркуляторного русла оценивали с использованием препарирования, интравитальной микроскопии и изучения микропрепаратов после инъекции сосудов 10% раствором колларгола. Для исследования использовали участки толстой кишки длиной 1 см: наиболее близко к участку непроходимости (участок №1) и на 3 см проксимальнее (участок №2). Измеряли диаметры 30 сосудов каждого звена ГМЦР (капилляров прекапиллярных артериол, капилляров, посткапиллярных венул и венул). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы R, Microsoft Excel. При моделировании толстокишечной непроходимости на 6-е сутки эксперимента отмечались выраженные изменения гемокрициркуляторного русла толстой кишки. Изменения затрагивали все звенья ГМЦР и все оболочки стенки толстой кишки. В слизистом слое отмечалось значимое расширение капилляров до $7\pm 0,2$ мкм, что на 62% превышает диаметр капилляров слизистой интактной крысы (p<0,05). В мышечной оболочке прекапиллярные артериолы были расширены до $16,3\pm 0,2$ мкм, что на 49% превышает диаметр прекапиллярных артериол в контрольной группе (p<0,05). Наиболее значимо были расширены капилляры мышечной оболочки – более чем в 2 раза – $9,5\pm 0,29$ мкм (p<0,05). Расширение капилляров, по-видимому, является следствием затруднения оттока и расширения венул до $22,7\pm 0,55$ мкм, что на 73% больше диаметра посткапиллярных венул в контрольной группе (p<0,05). При изучении ГМЦР стенки толстой кишки в участке №2 был обнаружен тот же характер изменений, выраженный в меньшей степени. Диаметр капилляров слизистой оболочки $6,22\pm 0,16$ мкм – на 44% больше нормы (p<0,05). В мышечной оболочке так же отмечалось расширение всех звеньев ГМЦР: диаметр прекапиллярных сфинктеров составил $13,2\pm 0,18$ (на 20% больше нормы (p<0,05)), капилляры мышечной оболочки – $6,53\pm 0,17$ мкм (на 63% больше нормы (p<0,05)), посткапиллярные венулы были расширены до $19,39\pm 0,48$ мкм – на 32% больше нормы (p<0,05). Показатели, характеризующие ГМЦР в участке №2, статистически достоверно отличаются как от нормальных показателей, так и от показателей в участке №1. Описанные изменения свидетельствуют о глубоких нарушениях в ГМЦР стенки толстой кишки при толстокишечной непроходимости, паралитическом расширении всех звеньев микрососудистого русла, что приводит к снижению скорости кровотока, застою и стазу крови. Изменения наиболее выражены в участке кишки, наиболее близком к месту обтурации, в то время как при удалении от участка непроходимости нарушения в гемокрициркуляторном русле выражены в меньшей степени.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ РАЗВИТИЯ ДИВЕРТИКУЛЁЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА

Галимов Н.М., Субхангулов Р.М., Хидиятов И.И.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Дивертикулёз и синдром раздраженного кишечника (СРК) занимают значительный удельный вес среди колопроктологических заболеваний. За последние десятилетия отмечается рост абсолютного числа больных с данными заболеваниями почти в три раза. Установлено, что синдром раздраженного кишечника часто является преддивертикулярным состоянием и предшествует развитию дивертикулёза толстой кишки (Тиммербулатов В.М. и соавт., 2001). В сложном патогенезе дивертикулярной болезни предрасполагающими факторами считаются наличие слабых мест стенки толстой кишки, производящими факторами – изменения механической и электрической активности толстого кишечника, повышение внутрикишечного давления вследствие наличия функциональных интермиттирующих препятствий в виде толстокишечных сегментов, приводящих к изменениям кровообращения и трофики стенки кишки, что наблюдается при СРК.

Цель: проанализировать многолетние клинические наблюдения за больными с синдромом раздражённой кишки, выявить среди них больных, у которых в последствии развился дивертикулёз толстой кишки (ДПК).

Материалы и методы: В поликлинике МУ «Городской госпиталь ветеранов войн» г. Уфы в течение 5 лет наблюдались 167 больных в возрасте от 45 до 55 лет (из них женщин – 109, мужчин – 58) с диагнозом: Синдромом раздраженной кишки, с давностью заболевания не менее 5 лет. Данные больные ежегодно осматривались колопроктологом, им проводились ирригография 1 раз в год и ФКС 1 раз в 2-3 года.

Результаты: Для больных с начальными проявлениями СРК характерны были боли в левой подвздошной области, метеоризм, нарушение стула были непостоянными, носили периодический характер. При эндоскопическом исследовании отмечался спазм левой половины толстой кишки, особенно в зоне расположения сфинктеров. В течение 5 лет у 75 пациентов (из них женщин – 37, мужчин – 7) боли, локализующиеся в левой половине живота, принимали более упорный, устойчивый характер, отмечались метеоризм и запоры. С прогрессированием СРК у данных пациентов на ирригограммах выявлялись патологическая сегментация, чаще выраженная со стороны левого фланга ободочной кишки, резкий спазм в области расположения сфинктеров, сегментарное заполнение толстой кишки, асимметрия гаустрации, пилообразные контуры толстой кишки. При эндоскопическом исследовании отмечалась следующая картина: выраженный спазм толстой кишки в определенных сегментах в зонах расположения сфинктеров, высокие и грубые складки, также при инсuffляции отмечались участки пролабирования стенки кишки в виде дивертикулярных образований, располагающиеся также как и дивертикулы, между складками друг за другом на боковых стенках. В последующем в среднем через 7 лет у данных больных

на ирригограмме помимо вышеуказанных изменений были выявлены дивертикулы в пределах сигмовидной кишки и начальных отделах нисходящей ободочной кишки толстой кишки. На ФКС выявлены дивертикулы с узким и широким устьем диаметром от 0,3 до 1 см в тех же местах, где отмечались участки пролабирования стенки кишки. Помимо этого наблюдался спонгиоз, избыточная складчатость, дивертикулы были как со свободной полостью, так и заполненные каловыми камнями, у 17 пациентов определялись явления хронического дивертикулита. Таким образом, по нашим данным, развитие ДТК наблюдалось у 75 больных с СРК из 167, что составляет 44,9%. Трансформация СРК в ДТК в среднем происходила в течении 10-15 лет.

Выводы: СРК трансформировался в ДТК практически у половины наблюдавшихся больных. Дивертикулы образуются на месте пролабирующих участков стенок кишки, являющихся слабыми местами толстого кишечника, чему способствовало повышение внутрикишечного давления, вероятно, имеющее место у данных больных с СРК.

ОЦЕНКА МИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СФИНКТЕРОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ДИСКРЕТНОЙ РЕГИСТРАЦИИ ПОСТОЯННОГО ПОТЕНЦИАЛА

Галимов Н.М., Субхангулов Р.М., Хидиятов И.И.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

За последние десятилетия отмечается рост числа больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК) и дивертикулезом толстой кишки (ДТК). Установлено, что СРК часто является преддивертикулярным состоянием (Тимербулатова В.М.). В сложном патогенезе ДТК одними из основных причин появления дивертикулов считается повышение внутрикишечного давления, изменения механической и электрической активности толстой кишки. При исследовании миоэлектрической активности толстой кишки, проводимое по методикам Росляковой А.З. и Тупиковой А.П. (1978) было показано, что более характерными для дивертикулеза являются изменения тонических волн, амплитуда которых составила в среднем $0,78 \pm 0,05$ мВ, частота – $8,41 \pm 1,19$ в 1 минуту. При фиброколоноскопии (ФКС) имеется возможность визуального исследования внутренней стенки толстой кишки с оценкой функционального состояния сфинктерного аппарата. Нами была поставлена задача разработать методику количественной оценки миоэлектрической активности сфинктеров толстой кишки, проводимой непосредственно при ФКС. Для решения этой задачи был использован методический приём дискретной регистрации постоянного потенциала (Илюхина В.П., 1986).

Цель: изучить параметры миоэлектрической активности сфинктеров путём регистрации постоянного потенциала (ПП) при эндоскопическом исследовании и выяснить возможные закономерности изменений постоянного потенциала при СРК и ДТК.

Материалы и методы: Для регистрации ПП использовался милливольтметр с высоким входным напряжением и двумя хлорсеребряными электродами ЭВП – 1МЗ. Контакт активного электрода со слизистой оболочкой толстого кишечника осуществлялся при помощи специального «солевого мостика», который представляет из себя катетер с агаровым блоком на конце, заполненный насыщенным раствором NaCl. Подготовка к исследованию проводилась традиционным способом с помощью препарата «Фортранс». При проведении ФКС вначале проводился традиционный осмотр, затем «солевой мостик» вводился через инструментальный канал фиброколоноскопа, пассивный электрод устанавливался на запястье пациента, и проводились по 10 замеров ПП с участков толстого кишечника в зоне расположения сфинктеров О'Берна-Пирогова-Мутье, Росси-Мутье и Балли. Регистрация ПП проводится у больных с СРК с давностью заболевания более 5 лет (1 группа – 9 пациентов), а также больных с ДТК (2 группа – 17 пациентов), и у пациентов группы сравнения (3 группа – 10 пациентов). Возраст исследуемых от 50 до 60 лет, из них 29 женщин и 7 мужчин.

Результаты: Средние значения ПП со слизистой в области сфинктера О'Берна-Пирогова-Мутье у больных 1 группы – $6,5 \pm 0,02$ мВ, 2 группы – $4,05 \pm 0,03$ мВ, 3 группы – $0,8 \pm 0,01$ мВ, сфинктера Росси-Мутье – $7,4 \pm 0,03$ мВ, $5,2 \pm 0,01$ мВ, $1,2 \pm 0,04$ мВ соответственно, сфинктера Балли – $5,3 \pm 0,03$ мВ, $3,8 \pm 0,02$ мВ, $1,7 \pm 0,04$ мВ соответственно. При СРК и ДТК наблюдаются достоверно более высокие значения потенциала, чем у больных группы сравнения, причём преобладают значения у больных с СРК. Высокие значения ПП у больных с СРК можно объяснить повышенной миоэлектрической активностью гипертрофированных мышечных элементов сфинктеров, а более низкие значения при ДТК явлениями дистрофии гладкой мускулатуры. Однако в обоих случаях параметры ПП достоверно более высокие, чем у пациентов группы сравнения, что соответствует спазму исследованных сфинктеров, отмеченных при рентгенологическом и эндоскопическом исследовании.

Выводы: При СРК и ДТК отмечается повышение миоэлектрической активности сфинктеров толстой кишки, отражающее явления сфинктероспазма при данных заболеваниях. Метод дискретной регистрации ПП может быть использован для количественной оценки состояния сфинктеров толстой кишки.

ПОВЫШЕНИЕ НАДЕЖНОСТИ КИШЕЧНОГО ШВА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ И КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Горский В.А., Воленко А.В., Титков Б.Е., Агапов М.А., Азимов Р.Х., Сологубов В.В.

Кафедра хирургии медико-биологического факультета, Российского государственного медицинского университета, ГКБ № 55, ЦКБ РАН, Москва, Россия

Несостоятельность кишечного шва является нередким осложнением, приводящим к печальным последствиям для пациента и вызывающим массу отрицательных эмоций у хирурга. Вероятность несостоятельности швов увеличивается при перитоните и кишечной непроходимости. В работе представлены результаты экспериментального исследования по укреплению кишечных швов биополимерной фибрин-коллагеновой субстанцией. Результаты этого исследования внедрены в клиническую практику.

Цель: показать целесообразность укрепления кишечного шва биополимерной субстанцией.

Материалы и методы: Пластические свойства препарата «ТахоКомб» (ТК) по укреплению швов и анастомозов исследовали в остром и хроническом эксперименте на 54 беспородных собаках. Швы накладывали на предварительно выполненные раны тонкой и толстой кишки без и в условиях экспериментального перитонита. В клинике ТК использовали при традиционных и лапароскопических операциях у 98 пациентов.

Результаты: В результате эксперимента выяснили, что ТК увеличивает механическую прочность швов в 1,5-3 раза, снижая микробную обсемененность зоны дополнительно закрытого анастомоза в 16 раз. Кроме того был установлен выраженный эффект стимуляции репаративных процессов – нанесение ТК способствовало более быстрой регенерации кишечной стенки. Так эпителизация зоны опытных анастомозов начиналось уже к 3 суткам, а появление железистого аппарата в слизистой наблюдалось к 7 суткам, тогда как у контрольных животных эти процессы происходили в значительно более поздние сроки.

Таким образом, экспериментальные исследования показали, что ТК не только усиливает механическую прочность, но и ускоряет репаративные процессы за счет стимуляции ангиогенеза, тем самым профилируя несостоятельность швов и анастомозов.

Укрепление швов и анастомозов при операциях на тонкой и толстой кишке при перитоните и кишечной непроходимости проведено у 98 пациентов, при этом несостоятельность шва отмечена лишь у 2 больных при лапароскопическом ушивании раны тонкой кишки и закрытии повторно ушитой несостоятельности культи 12-п. кишки (1,02%). В группе сравнения несостоятельность швов наблюдали в 19,3% случаев.

Кроме того, пластические свойства клеевой субстанции были использованы нами у 37 больных в совершенно новом качестве – для профилактики перфорации стенки кишки в случаях возникновения обширной десерозированной поверхности.

В клинической практике применение ТК в пластических целях показано при наложении кишечного шва в неблагоприятных условиях – перитонит, кишечная непроходимость, выраженные воспалительно-инфильтративные изменения анастомозируемых органов.

Заключение: Считаем, что использование метода дополнительного укрепления шва биополимерной клеевой субстанцией в условиях внутрибрюшной инфекции либо компроментированной кишечной стенки является патогенетически оправданным, т.к. помимо придания дополнительной механической прочности, включается эффект стимуляции репаративных процессов.

ИННОВАЦИОННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕССЕРОЗИРОВАННЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Горский В.А., Титков Б.Е., Азимов Р.Х.

Кафедра экспериментальной и клинической хирургии МБФ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Учреждение РАН ЦКБ РАН, Москва, Россия

Как показывает практика, попытка ушивания десерозированного участка тонкой кишки, резко инфильтрированного в условиях запущенной кишечной непроходимости, а также на фоне распространенного фибринозно-гнойного перитонита, несмотря на использование современного атравматического шовного материала, и технически «безупречных претензионных швов» влечет за собой либо прорезывание последних, либо возникающую достаточно грубую деформацию кишки. В обоих случаях существует достаточно высокий риск развития ранней спаечной кишечной непроходимости или перфорации десерозированного участка, даже, несмотря на назо- или гастроинтестинальную декомпрессию интубацией. Аналогичные проблемы возникают при десерозировании участков толстой кишки.

Цель: оценить эффективность применения фибрин-коллагеновой субстанции «ТахоКомб» при обширных десерозированных поверхностях тонкой и толстой кишки в условиях кишечной непроходимости.

Материалы и методы: клинический материал исследования составили 67 пациентов, находившихся на лечении в ГКБ № 55 и ЦКБ РАН в период с ноября 2005 по декабрь 2010 года. Из 67 больных – 25 пациентов были оперированы по поводу запущенной спаечной тонкокишечной непроходимости и 42 пациента по поводу запущенной обтурационной толстокишечной непроходимости.

Оценка эффективности применяемой методики производилась по следующим параметрам: 1) частоте развития ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости, причиной которой явился скопмпримированный дессерозированный участок тонкой или толстой кишки; 2) развитие перфорации в области раннее дессерозированного участка. Полученные результаты: в результате проведенного исследования были получены следующие результаты: – в 2 (3%) случаях, у пациентов, оперированных по поводу запущенной спаечной тонкокишечной непроходимости в послеоперационном периоде выявлена повторная клиника непроходимости, которая потребовала выполнения релапаротомии. Причиной рецидива непроходимости в обоих случаях явилось формирование повторных «двустволок» тонкой кишки, ранее дессерозированные участки, закрытые фибрин-коллагеновой субстанцией «ТахоКомб», не были вовлечены в спаечный процесс. Перфорации тонкой или толстой кишки в области дессерозированных участков не отмечено ни в одном случае.

Выводы: использование фибрин-коллагеновой субстанции «ТахоКомб» при обширных дессерозированных поверхностных тонкой и толстой кишки в условиях неотложной хирургии является весьма перспективным и может быть рекомендовано к широкому применению при вышеуказанной патологии.

ПЕРВИЧНЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЕ СТЕНОЗЫ В СИСТЕМЕ АГАНГЛИОЗА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА (ФКРС)

Гришин И.Н., Бочко В.Н., Тихон В.К.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

ФКРС могут развиваться двояко: как первичные, когда причиной их является аганглиоз стенок толстой кишки чаще всего врожденного характера и трудно поддающегося консервативному лечению, и вторичный, который является следствием выше расположенного стеноза, как правило, пилородуоденального канала, дуоденостаза. Устранение последних и после соответствующего консервативного лечения пассажа пищевых масс восстанавливается.

Цель: определить общие и частные вопросы диагностики и принципы лечения аганглиоза пищеварительного тракта в зависимости от его локализации или его сочетаний.

Материал и методы: В основу работы опыт наблюдений и лечения 321 больного: из них 204 с аганглиозом, а 117 – контроль. Характер локализации был следующий: ахалазия кардии – 120 больных, стеноз пилородуоденального канала – 20, дуоденостаза – 12, слепая кишка (цекоцеле) и восходящий отдел ободочной кишки – 3, болезнь Гиршпрунга – 43, ректоцеле – 2, полифокальная локализация – 4. Контрольной группой были больные с кардиоспазмом (невроз пищевода) – 10, язвенный пилородуоденальный стеноз – 96, аномалия развития 12-перстной кишки – 11.

Результаты: Независимо от локализации аганглиоза он протекает в сочетании с ФКРС, обусловленным: 1) локальным предфинктерным отсутствием моторики, 2) предфинктерным патологическим расширением пораженного участка кишки, хотя и при полной проходности сфинктера, 3) патологическим перегибом деиннервированного участка пищеварительной трубки, что усиливает стенозирующий эффект. Все локализации аганглиозных стенозов разделяют на 3 или 4 степени.

Показаниями к хирургическому лечению является неэффективность консервативного лечения, и резкое снижение качества жизни на грани перехода на инвалидность. Хирургическое лечение носит патогенетический характер и предусматривает транзит пищевых масс в дистальном направлении пищеварительного тракта для чего 1) предусматривается ликвидация патологического расширения путем резекции или дубликации стенки пищеварительного тракта, 2) обеспечивается функциональная проходимость соответствующего сфинктера. Для этих целей производится или несильная дилатация или резекция пораженного аганглиозом сфинктера. При ахалазии кардии выполняется висцеральная мотомия с пластикой укрытием раневой поверхности по Т. Суворовой и др. Уменьшение объема пищевода в зависимости от стадии производится массивная его абдоминализация или дубликация. При шунтирующих операциях разработанных нами реконструируется замыкательный аппарат. При выраженных гастроплегиях предусмотрено целая схема восстановления положения желудка с помощью разработанной нами операции модификации Ниссена, при которой ликвидируются все перегибы желудка, дубликацией уменьшается его объем. При дуоденостазе показана шунтирующая операция отключенной петлей тонкой кишки с максимальной резекцией передней стенки дуоденум. Неэффективность обеспечения продвижения кишечных масс кверху обосновывает проведение при цекоцеле правосторонней гемиколэктомии. Всякие фиксирующие операции, особенно восстановление печеночного угла ободочной кишки, затрудняет пассажа содержимого и рассматриваются нами как порочные. При болезни Гиршпрунга при стандартных операциях Duhamel, Soave, Rehbein всегда предусматривается удаление расширенного участка ободочной кишки и по возможности расширения суженного сфинктера. При коррекции ректоцеле в последнее время кроме сфинктеропластики мы вернулись к задней дозированной сфинктеротомии по А. Рыжих. Спазм лежит в одной из причин рецидива этого заболевания (до 50%). Как показали наши исследования, аганглиоз может локализоваться одновременно во многих местах пищеварительного тракта, давая самую разнообразную картину. Правильная оценка клинической картины позволяет выполнить одновременно или поэтапно национальный объем хирургического вмешательства. У одной наблюдаемой нами больной пришлось выполнить 6 последовательных операций по поводу ахалазии пищевода, стеноза пилородуоденального

канала, дуоденостаза, цекоцеле, болезни Гиршпрунга, ректоцеле. В конечном итоге получен хороший результат, позволивший нормализовать качество жизни пациентки и вернуться к труду. Нам кажется будущее в хирургическом лечении аганглиоза связана с разработкой методик хирургической реиннервации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ИНТРАМУРАЛЬНЫМИ ГЕМАТОМАМИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Дворянкин Д.В., Кулагин В.И.

Кафедра хирургии им. В.А. Опделя, ГОУ ДПО СПБМАПО. Кафедра общей хирургии ГОУ ДПО СПБМАПО, Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы, Санкт-Петербург, Россия

Интрамуральные гематомы (ИГ) относятся к чрезвычайно редкому виду травматического повреждения ободочной кишки (ОК). Их частота составляет 4,4% среди других локализаций в желудочно-кишечном тракте (Hughes Ch.E. et al., 1977). Вследствие своей редкости этот вид повреждений представляет определенный интерес, как в диагностическом, так и в тактическом плане. Первую операцию при ИГ слепой кишки выполнил J.Lionel Stretton в 1919 году – он опорожнил гематому и тампонировал место разрыва. Однако, в большинстве литературных источников сообщается либо о резекциях поврежденных участков с ИГ, либо их выведении на переднюю брюшную стенку (экстернизация). Применение органосохраняющих операций не нашло должного развития.

Цель: оценить результаты хирургического лечения пострадавших, поступивших с интрамуральными гематомами ободочной кишки травматического происхождения.

Материал и методы: изучены результаты лечения 177 пострадавших с повреждениями ОК, из этого числа у 6, интраоперационно, обнаружены ИГ, что составило 3,4%. Пострадавшие (4 мужчины и 2 женщины) были в возрасте от 18 до 34 лет. Повреждения были получены в результате автоавтомобильных травм, падения на плоскости у 1, удара в живот у 3. Изолированные гематомы выявлены у 2 пострадавших. У остальных имелись множественные и сочетанные травмы. В течение первых 6 часов доставлены 3 пострадавших, остальные позже 12 часов. Все пострадавшие с сочетанными и множественными повреждениями были доставлены в состоянии шока. С изолированным повреждением – в тяжелом состоянии. Лишь один пострадавший был оперирован через сутки от поступления, всем остальным выполнена лапаротомия в экстренном порядке. Причиной поздней операции явилась ошибка в диагнозе, т.к. пациент категорически отрицал факт травмы. Диагноз ИГ ободочной кишки у всех пострадавших был поставлен лишь во время операций. Уровень гемоглобина при поступлении у всех был в пределах нормальных величин. ИГ в слепой кишке имелась у 2 пострадавших, у остальных она располагалась в восходящей, поперечно-ободочной, нисходящей и сигмовидной кишке. У одного пострадавшего имелась обширная ИГ, занимавшая всю правую половину ОК. Все гематомы располагались по противобрыжечному краю. Размеры их колебались от 3 до 15 см. Максимальный объем составил 300 мл. У двоих пострадавших имелись разрывы стенки кишки над гематомой и частичное опорожнение гематомы в свободную брюшную полость. Оперативное вмешательство у всех пострадавших заключалось в вскрытии и опорожнении гематомы, прошивании кровотокающих участков и последующим ушиванием дефекта кишки. В одном наблюдении, возник рецидив обширной гематомы правой половины ОК с нагноением на 13-е сутки после первой операции. Гематома была вновь опорожнена. Полость ее дренирована свищевой трубкой для промывания антисептиками. Разрыв вновь зашит.

Результаты: все пострадавшие выдворены. Длительность лечения составила от 10 до 40 дней (в среднем 21 день).

Выводы: таким образом, простое опорожнение ИГ с надежным гемостазом позволяет сохранить травмированный участок ОК и уберечь его от резекции, даже при обширном повреждении, у всех пострадавших. Выполнение органосохраняющего вмешательства приобретает особое значение в случаях сочетанной и множественной травмы.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОДНОРАЗОВЫХ ЦИРКУЛЯРНЫХ СТЕПЛЕРОВ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

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

Кафедра и клиника госпитальной хирургии ГОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

С развитием новых технологий все большее распространение в хирургии органов брюшной полости получают сшивающие аппараты для формирования линейных или циркулярных анастомозов. Высокая частота несостоятельности при резекции ободочной и особенно прямой кишки, достигающая 10-30%, заставляет хирургов изучать способы формирования и защиты толстокишечных соустьев. Совершенствуются как ручные способы формирования толстокишечного анастомоза с применением однорядного прецизионного шва, так и аппаратные методы с использованием многорядовых и однорядовых циркулярных сшивающих аппаратов. Применение циркулярных степлеров в хирургии рака прямой кишки при низкой локализации опухоли позволяет выполнить

сфинктеросохраняющие операции у 70% больных с хорошими функциональными результатами. Постоянное усовершенствование сшивающих аппаратов, бурное развитие лапароскопических технологий в хирургии толстой кишки привело к переходу многих лечебных учреждений на использование циркулярных степлеров. Использование аппаратного шва позволяет стандартизировать этап формирования толстокишечного анастомоза и сократить время выполнения операции.

Цель: Изучить результаты применения циркулярных степлеров однократного использования для формирования межкишечных анастомозов при различных заболеваниях толстой кишки.

Материалы и методы: С 2007 по 2010 годы в отделении колопроктологии выполнена 131 операция с формированием циркулярного механического анастомоза с использованием одноразовых циркулярных степлеров различных фирм производителей. У 59 (45%) больных операции произведены по поводу колоректального рака, у 9 (6,9%) – в связи с доброкачественными новообразованиями толстой кишки, у 15 (11,5%) – по поводу дивертикулярной болезни толстой кишки, у 13 (9,9%) – вследствие хронического колостазы, у 35 (26,7%) – для восстановления целостности толстой кишки.

При применении циркулярных степлеров строго соблюдались общие принципы формирования межкишечных анастомозов (тщательная подготовка анастомозируемых отделов кишки с оценкой адекватности кровоснабжения, отсутствие натяжения тканей по линии анастомоза, проведение пробы на герметичность). При формировании толстокишечного анастомоза чаще использовалась стандартная методика с наложением кисетного шва на приводящий и отводящий отделы толстой кишки с помощью многоразового инструмента EH 40 (Ethicon Endo-surgery) и шовного материала Prolen 2/0 с прямой иглой или одноразового устройства для наложения кисетного шва Purstring (AutoSuture). После завязывания кисетных швов на съемной головке аппарата (наковальне), введенной в приводящий отдел кишки, и на корпусе сшивающего аппарата, введенного через анальный канал, производится соединение частей аппарата и сведение их до появления зеленой метки на корпусе степлера. После экспозиции в 15 сек выполняется прошивание тканей с формированием двухрядного скрепленного анастомоза. Методика двойного прошивания (double-stapling technique) с формированием анастомоза через культю прямой кишки, прошитую линейным степлером, была применена при низких передних резекциях у 7 больных. После прошивания тщательно осматривали исеченные циркулярные участки толстой кишки, извлеченные из сшивающего аппарата. При нарушении целостности исеченных колец или положительной воздушной пробы линию анастомоза дополнительно укрепили серо-серозными швами. При выполнении низких передних резекций прямой кишки превентивную колостому не формировали. У всех больных применяли трансанальную интубацию прямой кишки силиконовым дренажом диаметром 1,2-1,5 см на 8-10 суток. Для формирования толстокишечных анастомозов у 86 (65,6%) пациентов использовались одноразовые сшивающие аппараты CDH (Ethicon Endo-surgery), у 37 (28,3%) – CEEA (AutoSuture), у 8 (6,1%) – KYGW (China).

Результаты: При изучении ближайших и отдаленных результатов лечения больных с применением методов формирования аппаратного анастомоза при различных заболеваниях толстой кишки осложнения выявлены у 10 (7,6%) больных. Несостоятельность анастомоза была у 3 (2,3%) пациентов, кровотечение в просвет прямой кишки из линии анастомоза – у 1 (0,8%) больного, анастомозит диагностирован у 3 (2,3%) человек. У 3 (2,3%) пациентов с дивертикулярной болезнью и хроническим колостазом в течение года сформировались рубцовые стриктуры в области аппаратного анастомоза. Эти больные были оперированы повторно с иссечением суженного участка толстой кишки. Послеоперационная летальность составила 1,5% (умерло 2 пациента). Причинами летальных исходов у двух больных явились несостоятельность анастомоза и кровотечение из язвы ДПК на фоне приема глюкокортикоидов.

При использовании сшивающих аппаратов различных производителей отмечено более четкое прошивание тканей аппаратом CDH и более удобное извлечение аппарата из зоны анастомоза аппарата CEEA за счет откидывающейся головки (система Tilt Top).

Заключение: Применение сшивающих аппаратов позволяет стандартизировать этап формирования межкишечного анастомоза, снизить послеоперационную несостоятельность анастомоза до 2,3%, увеличить число сфинктеросохраняющих операций за счет применения низких передних резекций прямой кишки.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ И ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИМИ ГРЫЖАМИ

Жуков Б.Н., Исаяев В.Р., Чернов А.А., Разин А.Н.

Кафедра и клиника госпитальной хирургии ГОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Операции, заканчивающиеся наложением колостомы, как правило, выполняются при осложненном течении заболеваний, в большинстве случаев в экстренном порядке и связаны с большим количеством ранних осложнений. Это приводит к формированию послеоперационных вентральных грыж, локализующихся как в месте основного лапаротомного доступа, так и в месте формирования самой стомы.

Цель: Улучшить результаты лечения больных с колостомами и вентральными грыжами.

Материалы и методы: В отделении колопроктологии клиники госпитальной хирургии СамГМУ за период с 2004 по 2010 гг. восстано-

вительные операции на толстой кишке выполнены 165 пациентам. Вентральные грыжи в области лапаротомного разреза отмечены у 72 больных. Сочетание послеоперационных вентральных и параколостомических грыж наблюдали у 37 из них. Средний возраст пациентов – 56,2 лет. Мужчин было 81, женщин 84. Колостомия выполнялась при осложненном раке толстой кишки (106 пациентов), осложненной дивертикулярной болезни толстой кишки (40), абдоминальной травме (19). Одноствольные колостомы были у 141 больного, двухствольные – у 24. У 58 человек дефект брюшной стенки распространялся на весь лапаротомный разрез (большие и гигантские грыжи).

Всем пациентам выполнялись следующие исследования: пальпация с измерением дефекта грыжевых ворот, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости, фиброколоноскопия, ирригография.

При ликвидации колостомы мы стремимся одновременно устранять грыжевые дефекты передней брюшной стенки. Все пациенты оперированы через 3-8 мес после первой операции. Основной этап вмешательства выполнялся с применением сшивающих аппаратов CDH 25 и CDH 29 Proximate. Пластика апоневроза местными тканями была выполнена 14 больным. При больших дефектах апоневроза у 58 пациентов была использована пластика сетчатых аллотрансплантатов из полипропилена. Во всех случаях трансплантат был размещен поверх апоневроза. Подкожная клетчатка дренировалась сквозными полихлорвиниловыми трубками.

Результаты: В раннем послеоперационном периоде осложнений не было. У 28 больных в ране отмечено скопление серозной жидкости. Отдаленные результаты прослежены у 102 человек в сроки от 1 до 3 лет. Рецидива грыж и развития стенозов в области аппаратного анастомоза нет.

Заключение: Полученные результаты позволяют сделать вывод о целесообразности одновременной коррекции дефектов брюшной стенки при операциях по восстановлению целостности толстой кишки.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА

Жуков Б.Н., Исаяев В.Р., Чернов А.А., Шамин А.В.

Кафедра и клиника госпитальной хирургии ГОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

По данным различных авторов, хронический колостаз наблюдается у 30-40% взрослого трудоспособного населения и встречается у женщин чаще, чем у мужчин. У населения старше 60 лет количество страдающих запорами различной степени выраженности доходит до 60%. На основании широкого распространения данного заболевания в развитых странах, большинство авторов обоснованно относят колостазы к болезням цивилизации.

Проблема лечения хронических колостазов остается одной из актуальных проблем колопроктологии. До конца не изучены вопросы этиологии, патогенеза, диагностики, консервативного и хирургического лечения хронических толстокишечных стазов. Остаются неутешительными исходы хирургического лечения этой патологии (количество неудовлетворительных результатов доходит до 27-47%).

Цель: Улучшение хирургического лечения больных с толстокишечным стазом.

Материалы и методы: С 2007 по 2010 год в колопроктологическом отделении клиники госпитальной хирургии проходили лечение 23 пациента с хроническим толстокишечным стазом. Хирургическое лечение использовано у 13 больных. Средний возраст пациентов – 41,8 лет. Женщин было 12 человек, мужчин – 1. Диагностическая программа включала в себя общеклинические, биохимические, эндоскопические (ректороманоскопия, колоноскопия), рентгенологические (ирригоскопия, релаксационная зондовая энтерография) исследования, по показаниям выполнялась биопсия стенки прямой кишки по Свенсоу, а также изучалась кишечная микробная флора кишки.

При хирургическом лечении нами проведены следующие оперативные вмешательства: передняя резекция прямой кишки – 1; резекция сигмовидной кишки – 1; расширенная левосторонняя гемиколэктомия – 4; субтотальная колэктомия с формированием асцендеректального анастомоза – 5; субтотальная колэктомия с формированием илеосигмоидного анастомоза – 2.

Все операции выполнялись с использованием одноразовых циркулярных сшивающих аппаратов (CDH, CEEA, KYGW).

Результаты: В послеоперационном периоде у 3 (23,1%) больных возникли осложнения: кровотечение из линии анастомоза – 1, у 2 пациентов в первые 6 месяцев после операции сформировались стриктуры анастомоза, потребовавшие резекции суженного участка кишки. Рецидив колостазы в течение 1 года у 2 больных. Выполнены две повторные операции с резекцией оставшихся отделов толстой кишки и формированием асцендеректального анального анастомоза.

Основной причиной неудач в хирургии хронического толстокишечного стаза является неадекватный выбор объема операции.

Заключение: По нашему мнению, субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илеосигмоидного анастомоза приносит наиболее благоприятные отдаленные функциональные результаты в хирургическом лечении хронических запоров.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Жученко А.П., Ачкасов С.И., Москалёв А.И.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии»
Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Цель: изучение результатов плановых хирургических вмешательств при хронических воспалительных осложнениях дивертикулярной болезни.

Пациенты и методы: в исследование включены 148 (20,6%) пациентов, оперированных в ГНЦК в 2000-2010 гг. Ни одному из пациентов ранее не выполнялись резекции толстой кишки, ни одному из пациентов ранее не выполнялись операции отключения толстой кишки или её части из естественного пассажа, всем пациентам выполнены резекции толстой кишки с формированием межкисечных анастомозов. Мужчин было 56 (37,8%), женщин – 92 (62,2%), возраст пациентов – 24-79 (56,5±11,3) лет, мужчины были достоверно моложе женщин (50,3±11,1 против 60,2±9,6 лет, $p < 0,0001$). Диагностическая программа включала клинические и лабораторные исследования, УЗИ и КТ брюшной полости и ободочной кишки, ирригоскопию, колоноскопию и ультразвуковую сигмоскопию. Хронический дивертикулит был диагностирован у 30 (20,3%) пациентов, хронический паракишечный инфильтрат – у 60 (40,5%), свищи ободочной кишки – у 53 (35,8%), стеноз ободочной кишки – у 5 (3,4%). Границы резекции толстой кишки выполняли, ориентируясь на три критерия: протяжённость воспалительных изменений, протяжённость сегментов ободочной кишки с толщиной кишечной стенки < 2 мм, отсутствие дивертикулов в площадках для формирования анастомозов.

Результаты: резекция сигмовидной кишки выполнена 24 (16,2%) пациентам, сигмоидэктомия – 39 (26,4%), резекция левых отделов ободочной кишки – 49 (33,1%), левосторонняя гемиколэктомия – 36 (24,30%). Ручной способ формирования толстокишечного анастомоза использован у 102 (68,9%) пациентов, аппаратный – у 46 (31,1%). Коло-сигмоидные анастомозы сформированы у 18 (12,2%) больных, коло-ректальные – у 130 (87,8%). Превентивная илео- или трансверзостомия выполнена 32 (21,6%) пациентам. Послеоперационные осложнения развились у 17 (11,5%) больных, из них несостоятельность анастомоза – у 1 (0,7%). Повторные операции в связи с развившимися осложнениями выполнены 3 (2,0%) пациентам. Отдалённые результаты прослежены у 117 (79,1%) больных в сроки от 1 до 10 (в среднем 2,9) лет. Появление новых дивертикулов в оставшихся отделах ободочной кишки отмечено у 31 (20,9%) больных. Рецидив дивертикулита в оставшихся отделах ободочной кишки выявлен только в 1 (0,7%) наблюдении.

Выводы: предложенный алгоритм выбора объёма резекции толстой кишки при дивертикулярной болезни – ведущий фактор для достижения хороших результатов.

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОХИРУРГИЯ – НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АНАСТОМОЗНЫХ СТРИКТУР ПРЯМОЙ КИШКИ

Иотаутас В.¹, Пошкус Е.¹, Жеромкас П.¹,
Шейнин Д.², Струнас К.¹

¹ Центр абдоминальной хирургии Вильнюсского университета,
² Государственный патологический центр, Вильнюс, Литва

Цель: Частота анастомозных стриктур толстой и прямой кишки колеблется от 3% до 30%. Разные факторы, такие как несостоятельность шва, ишемия, дефункционализация, радиотерапия или неоплазмы, могут играть роль в патогенезе этого заболевания. Развитие стриктуры после колоректальной операции частая проблема, но как правило применяемое лечение (например эндоскопическая техника: баллонная дилатация, стентирование или повторная хирургия) часто неэффективно. Если повторная хирургия неизбежна, заболеваемость может быть значительной, как при каждой повторной операции. Эта студия оценивает эффективность Трансанальной Эндоскопической Микрохирургии (ТЭМ) при лечении доброкачественных колоректальных анастомозных стриктур высокой степени после неэффективного первичного лечения.

Материалы и методы: Все пациенты с гистологически доказанной доброкачественной анастомозной стриктурой (диаметр просвета < 7 мм) после колоректальной хирургии, наблюдавшиеся в период с апреля 2005 по декабрь 2010, были оперированы ТЭМ.

Результаты: В период студии было оперировано 6 пациентов (3 мужчины и 3 женщины). Медиана возраста 75,00 [62,00;84,00] лет. Шесть ТЭМ мы произвели с средним операционным временем 102,50±40,47 мин., медиана госпитализации 9,50 [5,00;14,00] дней. Ни интраоперационных ни послеоперационных осложнений не наблюдалось. Установлен один рецидив стриктуры. Пять больных имели хорошие продолжительные послеоперационные результаты (медиана наблюдения 31 месяц; интервал 21-64 месяц).

Заключение: Трансанальная Эндоскопическая Микрохирургия – безопасный и эффективный метод лечения доброкачественных колоректальных анастомозных стриктур.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ЭХОЛОКАЦИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Ищенко В.Н., Скибицкая К.А., Киселев А.Ю.
ВГМУ. ГКБ№4. Владивосток, Россия

Актуальность вопросов диагностики и лечения острой кишечной непроходимости (ОКН) неуклонно возрастает как в России, так и во всем мире, в связи с большим количеством осложнений и высокой летальностью. Данная патология достигает 80% среди всех urgentных состояний толстой кишки. ОКН характеризуется высокими цифрами послеоперационных осложнений (21-44%) и летальности (12-40%).

Цель: оценка возможностей ранней диагностики различных форм острой кишечной непроходимости, на основе трансабдоминальной инструментальной эхолокации.

Для достижения указанной цели нами был изобретен прибор и способ трансабдоминальной инструментальной эхолокации, позволяющий установить диагноз ОКН, определить ее форму, локализацию и причины. Было обследовано две группы людей (149 человек):

здоровые (57) и 92 пациента с различными формами острой кишечной непроходимости, поступившие в ГКБ №4 в период с 2008 по 2009 гг. Диагноз в последствии был подтвержден общепринятыми методами диагностики (клиническими и биохимическими анализами крови, рентгенологическим исследованием, УЗИ, ирригографией, колоноскопией, интраоперационно при необходимости).

Анализируя результаты, мы пришли к выводам, что данный метод способен с высокой точностью и достоверностью диагностировать ОКН, установить ее форму и вид, определить дальнейшую тактику ведения пациента, снизить риск послеоперационных осложнений и летального исхода, а так же улучшить качество жизни пациента.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Кожухарь С.В., Плотников В.В.

Кафедра клинических дисциплин ФПК и ППС ТюмГМА,
Курган, Россия.

Цель исследования: Малоинвазивная хирургия находит все большее распространение в хирургии. Использование малоинвазивных технологий и создание компрессионных анастомозов при помощи имплантатов с «памятью» формы позволяет значительно облегчить создание надежных колоректальных соустьев и обеспечивает значительное снижение травмы во время лапаротомии. Соединение этих передовых технологий позволяет упростить операции и улучшить результаты лечения ослабленных и пожилых пациентов. Чаще всего больным пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией проводят паллиативные операции, решению этой проблемы посвящено наше исследование.

Материалы и методы: В данной статье мы приводим результаты лечения 25 больных пожилого и старческого возраста с хирургическими заболеваниями толстой кишки. Средний возраст составил 65±1,72 лет. Все больные имели многогранную сопутствующую патологию. Во всех случаях операции были выполнены в запланированном объеме. В предоперационном периоде обязательно проводилась коррекция сопутствующих заболеваний. В своём исследовании при операциях из мини-доступа мы использовали набор инструментов «Мини-Ассистент», спецификация «для резекции желудка», разработанный профессором Прудковым М.И. (сертификат соответствия № РОСС RU.ИМО2.ВО8528). Для формирования компрессионного анастомоза применяли собственные устройства и сшивающие аппараты из никелида титана (патент РФ №2126657, патент РФ на изобретение №2127556, патент РФ на полезную модель №58330).

Результаты: Проанализировав результаты исследования, мы установили, что малоинвазивные технологии с применением устройств из никелида титана с «памятью» формы позволяют выполнять оперативные вмешательства на толстой кишке в полном объеме, при этом отсутствует синдром абдоминальной компрессии, что расширяет возможности лечения больных пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией. В исследуемой группе послеоперационных осложнений и летальности у больных не было.

Выводы: Уменьшение хирургической агрессии способствует снижению интраоперационной кровопотери, а в послеоперационном периоде – болевого синдрома, позволяющие снизить медикаментозную поддержку и сроки пребывания пациентов в отделении реанимации. Отмечают раннее восстановление перистальтики кишечника и соматическое состояние организма, что позволяет ускорить социальную адаптацию пациентов. Пребывание больных этой группы в стационаре значимо уменьшено.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НИЗКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПРЕССИОННО-ЛИГАТУРНОГО МЕТОДА

Коробка В.Л., Балин Н.И.

ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет, кафедра хирургических болезней №4 ФПК и ППС, Ростов-на-Дону, Россия

Цель: Улучшить результаты лечения больных с заболеваниями прямой кишки, требующих низких резекций путем формирования компрессионно-лигатурного анастомоза.

Материал и методы: В центре хирургии ГУЗ РОКБ с 2005 по 2011 гг. по поводу опухолевых и неопухолевых заболеваний дистального отдела сигмовидной кишки, ректосигмоидного отдела толстой кишки и верхнеампулярного отдела прямой кишки оперировано 316 больных, мужчин – 152, женщин – 164. Средний возраст больных составил 58,9 лет. По поводу рака оперирован 291 (92,1%) больной, у 25 (7,9%) больных провели оперативное лечение по поводу заболеваний неопухолевого генеза. Из числа оперированных по поводу рака у 214 (73,5%) больных выявлена 3-4 стадии заболевания, у 77 (26,5%) – 1-2 стадии. В ходе реконструктивного этапа операции на прямой кишке сформировали 316 анастомозов. Двухрядный колоректальный анастомоз – у 59 больных, трехрядный – у 184, аппаратный механический – 53. С целью профилактики гнойно-септических осложнений у 20 больных применен разработанный нами способ формирования компрессионного колоректального анастомоза на интубационном дренаже (патент РФ № 2391056).

Результаты: В группе больных, колоректальный анастомоз у которых формировали традиционным ручным способом и механическим аппаратным швом, несостоятельность соустья возникла в 9 случаях, что потребовало проведение повторных операций, с формированием разгрузочной стомы и дополнительного дренирования брюшной полости. В результате несостоятельности соустья двое больных погибли. В группе больных, оперированных с использованием компрессионно-лигатурной методики осложнений, связанных с несостоятельностью анастомоза в послеоперационном периоде не наблюдалось, смертельных исходов не было. Для объективной визуальной оценки качества заживления соустья, сформированных оригинальным методом, всем больным на 30 сутки после операции выполняли колоноскопию и полифокальную биопсию из линии шва. Осмотр колоректальных анастомозов, сформированных оригинальным способом, подтвердил их заживление первичным натяжением (отсутствовали изъязвления, стеноз и грубые рубцовые изменения в зоне соустья), а морфологические исследования не выявили изменений тканей, характерных для фибринозно-гнойного воспаления.

Выводы: Разработанный способ позволяет формировать надежный компрессионный колоректальный анастомоз на интубационном дренаже в условиях ограниченного пространства малого таза без учета анатомических особенностей, диаметров и толщины стенок сшиваемых отрезков кишки. При этом травматичность способа и высокая герметичность компрессионного шва, отсутствие инородных тел (скобок, лигатур) после удаления интубационного дренажа обеспечивают минимальное воспаление в сшиваемых тканях и гладкое заживление раны соустья.

ПРИМЕНЕНИЕ АЛЛОГЕННОЙ КЛЕТЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Капуллер Л.Л., Сухих Г.Т.

ФГУ ГНЦ колопроктологии Минздравсоцразвития, Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова Минздравсоцразвития, Москва, Россия

Радикальное хирургическое лечение семейного аденоматоза толстой кишки (САТК) предусматривает удаление всей толстой кишки с формированием постоянной илеостомы. Операции с формированием тонкокишечных резервуаров не всегда дают хорошие функциональные результаты.

Разработан способ хирургического вмешательства с сохранением естественного пассажа кишечного содержимого путем оставления мышечного футляра прямой кишки, выполняющего резервуарную и эвакуаторную функции. После колэктомии производится полное удаление слизистой оболочки прямой кишки (мукозэктомия) и аллотрансплантация в демукозированную прямую кишку фетальных клеток эпителиального происхождения, а также мезенхимы различного (печеночного и костномозгового) происхождения, обогащенную стволовыми и прогениторными предшественниками.

Хирургические операции с использованием технологий клеточной трансплантации выполнены 20 больным САТК в возрасте от 17 до 40 лет. Мужчин было 8, женщин 12 человек.

У 5 пациентов после колэктомии, демукозации прямой кишки и клеточной трансплантации сформирован илеоректальный анастомоз конец в бок (1 группа). С целью улучшения резервуарной и эвакуаторной функции оставшихся дистальных отделов желудочно-кишечного тракта разработан второй вариант операции. Формируется J-образный тонкокишечный резервуар и накладывается анастомоз с демукозированной прямой кишкой. По этой методике операции выполнены 15 пациентам (2 группа).

Послеоперационный период протекал у 17 пациентов без осложнений. Осложнения отмечены у 3 пациентов.

При эндоскопическом исследовании установлено, что через 4-6 недель после операции в демукозированной прямой кишке сформировалась нормальная слизистая оболочка.

При исследовании биоптатов определяется кусочек слизистой оболочки толстой кишки с деформированными расширенными кригтами, содержащими избыточное количество крупных бокаловидных клеток, распространяющихся на поверхность слизистой. В собственной пластинке отек, небольшое количество лимфоцитов и плазмочитов. Капилляры и вены расширены.

Сроки эндоскопического наблюдения за сохраненной прямой кишкой составили от 6 месяцев до 5 лет. Роста полипов не выявлено.

Таким образом, в хирургическом лечении САТК с целью создания реконструированной слизистой оболочки может успешно применяться клеточная трансплантация. Это позволяет сохранить дистальную часть прямой кишки и восстановить естественный кишечный пассаж по желудочно-кишечному тракту, сохранив эвакуаторную функцию и функцию анального держания. Предпочтительным является новый метод операции, включающий колэктомии, демукозацию прямой кишки, клеточную трансплантацию, формирование J-образного тонкокишечного резервуара и наложение резервуароректального анастомоза.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Кузьминов А.М., Сачков И.Ю., Карпукhin А.В., Чубаров Ю.Ю., Савельева Т.С.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздравсоцразвития России, Москва Россия

В связи с высоким риском озлокачествления полипов толстой кишки у больных семейным аденоматозом, при отсутствии своевременного хирургического лечения, вопросы скрининга и ранней диагностики аденоматоза остаются актуальными и в настоящее время. Выявление таких больных облегчается наследственным характером болезни.

Генетическим исследованиям принадлежит ведущая роль в ранней диагностике семейного аденоматоза.

Генетическое тестирование проведено нами у 123 пациентов в возрасте от 12 до 72 лет. Мужчин было 59, женщин 64 человека.

У 84 больных при инструментальном обследовании был ранее установлен диагноз семейного аденоматоза толстой кишки, а 39 человек явились членами их семей, активно привлеченными нами к обследованию. Из 123 обследованных мутации в APC гене выявлены у 64 (52,1%) человек, у 59 (47,9%) мутация не обнаружена.

Из 64 больных с выявленной мутацией 45 человека являлись пробандами с ранее установленным диагнозом семейного аденоматоза, а 19 человек в возрасте от 12 до 27 лет, без клинических проявлений заболевания, были их родственниками, активно вызванными нами для генетического скрининга. Наличие мутации послужило поводом для проведения колоноскопии, при которой у всех 19 человек выявлены полипы в толстой кишке, что позволило поставить им диагноз семейного аденоматоза, несмотря на отсутствие клинических проявлений заболевания.

Из 59 больных с отсутствием мутации в APC гене 39 человек являлись пробандами, 20 человек с отсутствием жалоб – активно вызванные нами их родственники, в возрасте от 17 до 55 лет. Из них 9 человек имели пробандов с клинической картиной аденоматоза и установленной мутацией, но сами эту мутацию не унаследовали, что позволяет считать их здоровыми людьми и исключить их из системы дальнейшего мониторинга. У остальных 11 человек без мутации пробанды также не имели мутации. Однако при колоноскопии у 7 человек выявлены полипы толстой кишки, а у 4 человек полипов не было.

Следовательно, при отсутствии мутации у пробандов, страдающих семейным аденоматозом, мы не можем исключить возможность развития аденоматоза у кровных родственников, что требует включения их в дальнейший мониторинг.

Таким образом, при активном вызове 39 родственников больных, генетическое тестирование позволило немедленно диагностировать семейный аденоматоз у 19 из них на доклинической стадии, а 9 человек исключить из дальнейшего мониторинга, как здоровых людей. Оставшиеся 11 родственников, составляющие группу риска развития аденоматоза, несмотря на отсутствие характерной мутации в их семьях, включены в систему динамического наблюдения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДИК ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ К ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ

Куликовский В.Ф., Бабанин А.В., Быков П.М., Пустовгар А.А., Шлокин Н.А.

Белгородская областная клиническая больница, Белгород, Россия

Цель: Провести сравнительную характеристику методик подготовки больных к КТ-исследованию толстой кишки.

Материалы и методы: В период с 2008 по 2010 год в отделении лучевой диагностики ГУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святытеля Иоасафа» было проведено 87 виртуальных колоноскопий. Для анализа были отобраны результаты исследования 40 пациентов. 20 пациентам процедура подготовки к лучевому исследованию осуществлялась по следующей методике: за сутки до исследования исключался

прием пищи, рекомендовалось активное употребление значительного количества жидкости с последующим приемом вечером накануне диагностической процедуры растворенных в трех литрах воды трех пакетиков препарата «Фортранс». За час до сканирования больные делали очистительную клизму.

Остальные пациенты подверглись методике перорального контрастирования. В течение дня накануне исследования, вперемешку с пищей они принимали 3 литра раствора йодсодержащего контрастного вещества «Урографин» в концентрации 10 мл в одном литре воды.

Процедура инфуляции воздуха в толстую кишку проводилась при помощи ручного насоса с индивидуальным переходником и наконечником в положении обследуемого на правом боку. Контроль за адекватностью растяжения кишки осуществлялся по стандартной КТ-топограмме. Сканирование проводилось на мультиспиральном компьютерном томографе Aquilion 64 (Toshiba, Япония) с минимальной толщиной реконструктивного среза 0,5 мм в положении обследуемого на спине при задержке дыхания на высоте вдоха, а затем на животе. Анализ полученных КТ-изображений осуществлялся на индивидуальной рабочей станции Vitrea 1.02 в двухмерной и трехмерной реконструкции.

Оценка диагностической значимости полученных изображений проводилась по количеству выявленных в толстой кишке участков, подозрительных на патологически измененные. В расчет брались только те случаи, когда достоверно дифференцировать их между полипом, гаустральной складкой или остатками каловых масс не представлялось возможным.

Результаты: В случае подготовки кишечника медикаментозно при двухмерном анализе изображений было выявлено 13 зон интереса у 12 обследуемых пациентов. При этом в 4 случаях было необходимо дифференцировать полипы от остаточных каловых масс или пристеночной жидкости, а в 9 случаях – полипы от складок слизистой оболочки. При анализе 3D-изображений, полученных при эндолуминальной КТ-колонографии, удалось дифференцировать складки от полипов в 5 из 9 случаев, однако ни в одном из 4 случаев дифференциальной диагностики с каловыми массами окончательно судить о характере изменений не представлялось возможным.

При пероральном контрастировании кишечника было выявлено 16 подозрительных участка у 15 пациентов. 9 из них было необходимо отличить от складок, а 7 – от неоконтрастированного содержимого кишечника. В данном случае 3D-реконструкцию осуществить не удалось. Суммарное количество областей интереса в первой группе обследованных составило 8, а во второй – 16.

Заключение: Диагностическая ценность исследования оказалась более высокой при подготовке кишечника препаратом «Фортранс» в комбинации с диетой и очистительной клизмой. При пероральном контрастировании кишечника снижение диагностической ценности исследования, по нашему мнению, обусловлено сложностью равномерного контрастирования, более низкой степенью растяжения кишечной стенки и невозможностью осуществления 3D-реконструкции.

ВИРТУАЛЬНАЯ КТ-КОЛОНОСКОПИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ВЪНТРИКИШЕЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕНИЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОЛОНОСКОПИИ

Куликовский В.Ф., Бабанин А.В., Пустовгар А.А., Быков П.М., Шлокин Н.А.

Белгородская областная клиническая больница, Белгород, Россия

Цель: оценить возможности КТ-колоноскопии у колопроктологических и гастроэнтерологических пациентов со стенозами толстой кишки, ограничивающими проведение эндоскопического исследования.

Материалы и методы: За период с марта 2009 по февраль 2011 года в отделении лучевой диагностики ГУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» методом КТ колоноскопии было обследовано 103 пациента (47 человек мужского пола, 56 – женского) в возрасте от 46 до 78 лет (возрастная медиана – 62 года), находящихся на стационарном лечении в колопроктологическом и гастроэнтерологическом отделениях. Из общего количества обследованных, в 31 случае выполнение эндоскопической колоноскопии было ограничено в связи с наличием сужения толстой кишки различной этиологии (стенозирующей раки, неспецифический язвенный колит и болезнь Крона). Обследование проводилось на аппарате MCKT Aquilion 64 Toshiba, Япония с минимальной толщиной реконструктивного среза 0,5 мм по стандартной методике. 24 больным по показаниям было выполнено внутривенное болюсное контрастирование препаратом Ультравист 370 (Bayer Schering Pharma) в объеме 90 мл, со скоростью введения 4,0 мл/с. Программным обеспечением графической станции являлась Vitrea 1.02.

Результаты: Из общего числа исследованных пациентов с наличием ограничений для полноценного проведения эндоскопического исследования для анализа полученных результатов нами были исключены 3 случая, в которых в силу ряда причин (низкое качество подготовки кишечника, выраженные дыхательные артефакты и другие) интерпретация изображения оказалась затруднительной.

Среди выборки пациентов причины стеноза дистальных отделов толстой кишки удалось установить либо уточнить у 26 обследованных. В 23 случаях это были стенозирующие раки, в 2 – неспецифический язвенный колит и в одном – болезнь Крона. Кроме того, было выявлено 22 полипа толстой кишки у 16 обследованных. При этом 2 полипа было меньше 5 мм, 6 – в пределах 5-9 мм, 15 больше 9 мм. У 4 пациентов дифференцировать полип и рак было затруднительно. У 2 человек, учитывая наличие

циркулярной деформации стенки кишки в непосредственной близости к экзофитному образованию, инфильтрацию периколического жира и увеличение регионарных лимфоузлов, было высказано предположение о наличии синхронного рака толстой кишки с локализацией второго узла в слепой (1 случай) и поперечной ободочной (1 случай) кишке. Помимо этого, у 3 пациентов с неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона при КТ исследовании была уточнена распространенность поражения кишки и наличие осложнений. У 7 обследованных в качестве осложнений основного заболевания и сопутствующей патологии были диагностированы: метастатическое поражение костной системы – 1 случай, мезентериальный тромбоз – 1 случай, аневризмы и стенозы брюшной аорты и крупных её ветвей – 4 случая, опухоль почек 1 случай. **Заключение:** КТ колоноскопия при должной подготовке исследуемого является альтернативной методикой для исследования толстой кишки у пациентов с наличием факторов, ограничивающих проведение эндоскопического исследования.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И ОЦЕНКА ПРЕИМУЩЕСТВ ОДНОРЯДНОГО ВНЕСЛИЗИСТОГО ШВА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

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

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа, кафедра клинических дисциплин ИПМО БелГУ, Белгород, Россия

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные проблеме снижения частоты несостоятельности толстокишечных анастомозов, она остается актуальной. Отсутствие комплексного обоснования преимуществ однорядного внеслизистого шва (ОВШ) для формирования толстокишечных анастомозов (ТА) сдерживает его широкое использование в колоректальной хирургии.

Цель: Снижение частоты развития несостоятельности толстокишечных анастомозов и связанных с ней неблагоприятных исходов после оперативных вмешательств на толстой кишке.

Материалы и методы: Процессы заживления толстокишечных анастомозов изучены в эксперименте на кроликах породы «Шиншилла». В 20 случаях сформирован толстокишечный анастомоз с использованием однорядного внеслизистого шва (основная группа), в 18 – двухрядного (ДШ) (контрольная группа). В качестве шовного материала использован полисорб 00. Изучение особенностей заживления анастомозов проведено с использованием комплекса методик: макроскопической оценки состояния шва, его физической герметичности, характера локальной микроциркуляции, характера биосинтеза белка и гистологических изменений в тканях зоны соустья в сроки до 90 суток. Полученные в эксперименте результаты, свидетельствующие о существенных преимуществах ОВШ, позволили применить его в клинике. Проанализированы результаты применения ОВШ у 58 больных (основная группа) и ДШ – у 39 больных (контрольная группа). Группы достоверно не отличались по виду выполненных оперативных вмешательств. Так правосторонняя гемиколэктомия выполнена 26 больным основной и 12 больным контрольной группы, резекция поперечной части ободочной кишки 3 и 4 больным, левосторонняя гемиколэктомия 8-ми и 6-ти больным, резекция сигмовидной кишки 12 и 11 больным, передняя резекция прямой кишки 3и 2 больным, субтотальная колэктомия 1 и 1 больному, илеocoloplastика 5 и 5 больным соответственно. Больные обеих групп не отличались достоверно по возрасту, который составил 47,8±3,5 лет в основной и 48,9±4,1 лет в контрольной группе и по виду патологии, по поводу которой произведено вмешательство: аденокарцинома толстой кишки II ст. реконструктивно-восстановительные операции.

Результаты: В послеоперационном периоде несостоятельность анастомоза возникла у 3-х больных (5,2%) при использовании ДШ и у 1-го (2,6%) – при использовании ОВШ; гнойные осложнения – соответственно у 10 (17,2%) и 5 (12,8%), причем у одного больного контрольной группы они явились причиной летального исхода. Структуры анастомозов диагностированы у 4 (10,3%) больных контрольной группы. У больных основной группы данного осложнения не отмечено.

Заключение: ОВШ при формировании толстокишечного анастомоза, по сравнению с классическим, двухрядным, обеспечивает менее выраженные микроциркуляторные нарушения в зоне швовных полостей, оптимальный уровень активации биосинтетических процессов в тканях соустья и его физическую герметичность. Применение ОВШ для формирования анастомозов в плановой колоректальной хирургии позволило снизить процент их несостоятельности в 2 раза и избежать развития стриктур в послеоперационном периоде.

ПУТИ МЕСТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

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

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа, кафедра клинических дисциплин ИПМО БелГУ, Белгород, Россия

Несмотря на оптимизацию элементов хирургической техники, повышающих качество кишечного шва, частота гнойно-септических осложнений при формировании толстокишечных анастомозов остается высокой и составляет 38-68% (Г.И.Воробьев и соавт., 1991; Н.М.Мудров и соавт., 2008; С.А.Афендулов с соавт., 2008 и др.).

Цель: Улучшение результатов оперативных вмешательств на толстой кишке путем местной профилактики гнойно-септических осложнений.

Материалы и методы: Профилактика гнойно-септических осложнений осуществлялась путем использования пенных аэрозолей на гидрофильной основе: Диоксизоль, Сульфодовизоль, Мирамистин в зависимости от чувствительности кишечной микрофлоры. Эффективность метода изучена при операциях по поводу рака толстой кишки и реконструктивно-восстановительных вмешательствах у 404 больных основной и 142 больных контрольной группы. Для подавления микрофлоры в сегменте толстой кишки в зоне хирургического воздействия препарат вводили интраоперационно под визуальным контролем по зонду, введенному трансанально. Интраоперационно пенные аэрозоли использованы для визуального контроля герметичности межкишечного анастомоза. Перед выполнением восстановительных вмешательств (после обструктивных резекций) пенные аэрозоли в течение 10-14 дней вводили в «отключенный» сегмент кишки для подавления в ней воспалительных изменений, снижения уровня микробной обсемененности и для тренировки нервно-мышечного аппарата, используя свойства «тугой пены». В послеоперационном периоде пенные аэрозоли использованы для предупреждения развития местных гнойных осложнений, ускорения заживления анастомоза, улучшения условий пассажа содержимого толстой кишки. Препарат вводили по зонду, проведенному выше анастомоза 2 раза в день в течение 7-8 суток.

Результаты: Способ интраоперационного контроля физической герметичности накладываемых анастомозов использован у 344 больных основной группы. В 10 случаях была выявлена их негерметичность: у 4-х больных – при выполнении колопластики с формированием низких аппаратных анастомозов, у 2-х – после наложения анастомоза в 3/4 по Мельникову и у 4-х больных после низкой передней резекции прямой кишки с аппаратным анастомозом. На дефекты были наложены отдельные узловые швы, повторным введением пенного аэрозоля констатировано восстановление герметичности анастомоза. Послеоперационный период протекал без осложнений. В случаях возникновения несостоятельности анастомоза выход введенной в кишку пены за контур ее стенки «улавливается» дренажами, а также фиксируется на рентгенограммах при использовании содержащего йодофор Сульфодовизола. При подготовке отключенной кишки к реконструктивно-восстановительной операции методика обеспечивает восстановление тонуса и силы анального сфинктера у 80% больных к 12-14 дню, что в 2 раза короче, чем при использовании стандартных методов тренировки. Интраоперационно пенные аэрозоли с успехом использованы у 92 больных основной группы для облегчения поиска и выделения «отключенной» прямой кишки при выполнении реконструктивно-восстановительных операций. Установлено, что из 142 больных контрольной группы гнойные осложнения развились у 43 (30,3%), причем в 7 (5,6%) наблюдениях явились причиной летальных исходов. Из 404 больных основной группы гнойные осложнения отмечены у 60 (14,8%), из которых лишь у 4 (0,99%) отмечен неблагоприятный исход.

Заключение: Использование комбинированных пенных аэрозолей в колоректальной хирургии позволяет снизить частоту развития гнойных осложнений и обусловленную их развитием послеоперационную летальность.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖИРОВЫХ ПОДВЕСКОВ

Лобанов Д.С., Ильканич А.Я., Климова Н.В.

ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО – Югры», БУ ХМАО-Югры «Сургутская ОКБ», Сургут, Россия

Материал и методы: с 2006 по 2010 гг. в хирургическом отделении «Сургутской окружной клинической больницы» пролечено 17 больных с острой патологией жировых подвесков толстой кишки. Мужчин – 12 (70,6%), женщин – 5 (29,4%). Возраст варьировал от 20 до 68 лет. Средний возраст составил 38,2±5,2 лет. В анализируемой группе, пациентов трудоспособного возраста – 88,2%. Все были госпитализированы в экстренном порядке, из них 15 человек (88,2%) более чем через сутки от начала заболевания.

Диагноз заворота жирового подвеска ободочной кишки выставлялся при локальной боли различной выраженности в левой и/или правой подвздошной области, анамнестических данных о патологии толстой кишки, сопутствующем ожирении. В соответствии с протоколом ведения больных с патологией толстой кишки принятом в клинике, всем пациентам при поступлении в качестве первичной диагностики выполнены физикальное и лабораторное исследование, УЗИ. КТ брюшной полости проведена 3 больным (17,6%).

Привычная тактика лечения в клинике: консервативное при ультразвуковом подтверждении инфильтрата без признаков абсцедирования; хирургическое – лапароскопия для уточнения диагноза, проведения хирургического лечения, лапаротомия при невозможности выполнения операции лапароскопически.

14 (82,4%) человек оперированы, 3 (17,6%) – пролечены консервативно. Лапароскопия проведена 14 пациентам. Резекция некротизированного подвеска выполнена при лапароскопии – 6 (35,3%), путем лапаротомии – 8 (47%) больным.

Результаты: при госпитализации у 11,8% поступивших в проекции патологического очага определялся болезненный инфильтрат. Лейкоцитоз выявлен в 52,9%, гипертермия отмечена в 41,2% наблюдений. При УЗИ инфильтрат обнаружен в 11,8%, ограниченное скопление жидкости у 3 (17,6%) больных, снижение перистальтики и утолщение стенки толстой кишки в 4 (23,5%) наблюдениях. Анализ полученных при КТ томограмм не позволил установить диагноз острой патологии жировых подвесков. В последующем всем этим пациентам проведена диагностическая лапароскопия.

Длительность операции при проведении лапароскопии составила 31,5±14,2 мин, при лапаротомии с наличием перитонита 60,6±21,7 мин, без перитонита – 52±17 мин.

Чаще отмечено поражение левых отделов толстой кишки – в 76,5%, правых – в 23,5%. Некроз жировых подвесков поперечной ободочной кишки в нашей практике не встречался.

Осложнения течения заболевания – в 8 (47%) наблюдениях. Из них: перитонит у трех больных (17,6%), инфильтрат, подтвержденный ультразвуковым исследованием – у 2 (11,8%), вторичный аппендицит – у 1 пациента (5,8%), 2 наблюдения (11,8%) вторичной кишечной непроходимости. Послеоперационные осложнения – ранняя спаечная кишечная непроходимость – одно наблюдение (5,8%), которая потребовала релапаротомии, интубации тонкой кишки. Местных инфекционных осложнений не было. Средний койко-день составил 10,5±2,1 суток.

Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии с выздоровлением.

Заключение: По нашему мнению, для диагностики острой патологии жировых подвесков толстой кишки, проведение КТ нецелесообразно, в связи с низкой информативностью исследования. В то же время, лапароскопия является оптимальным методом диагностики, позволяющая не только установить диагноз, но и выбрать оптимальную тактику хирургического лечения больных данной категории. При отсутствии перитонита и инфекционных осложнений консервативная терапия острой патологии жировых подвесков толстой кишки эффективна в 17,6%.

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Маматкулов Ш.М., Курбонов О.А., Наврузов Б.С.

Республиканский Научный Центр колопроктологии Узбекистана. Ташкент, Узбекистан

Более 70% хирургических вмешательств на тонкой кишке обусловлены тонкокишечной непроходимостью, вследствие спаечной болезни. Примерно 0,5-2,0% всех вмешательств на органах брюшной полости осложняются ранней спаечной непроходимостью кишечника. А в целом, примерно 30% пациентов, перенесших однажды хирургическое вмешательство, подвергаются повторным операциям, поводом к которым являются проявления спаечной болезни.

У подавляющего большинства (80,1-100%) больных кишечные свищи возникают после оперативных вмешательств на органах брюшной полости, кишечные свищи составляют 0,7% всех осложнений оперативного вмешательства. Послеоперационная летальность составляет 16,5-26,2%. Летальность при несформировавшихся кишечных свищах колеблется от 20 до 71,7%, при высоких тонкокишечных свищах на фоне перитонита увеличивается до 82-90%.

Цель: улучшения результатов лечения больных с тонкокишечными свищами.

Материалы и методы: В центр колопроктологии на стационарном лечении находилось 37 больных с тонкокишечными свищами. Женщин было 20, мужчин – 17. Средний возраст составил 34,0±2,7 лет.

По срокам обращения до 1 месяца 5 (13,1%) до 3 месяцев 32 (86,9%) больных. Причинами возникновения тонкокишечных свищей были грыже-сечение, спаечная кишечная непроходимость и перитониты различного генеза. При диагностике больных тонкокишечными свищами проведены следующие методы исследования: клиничко-биохимические показатели, пассаж контраста по ЖКТ, ирригография, фистулография, эндоскопические (гастродуоденоскопия, колоноскопия), УЗИ диагностика.

Результаты: Из 5 больных с не сформированными тонкокишечными свищами у 4 диагностирован высокий свищ. При поступлении в клинику состояние больных средне-тяжелое и тяжело. Тяжелое состояние больных было обусловлено выраженной гипопроteinемией, истощением за счет больших потерь из свища тонкой кишки. Всем больным, наряду с проведением активной инфузионной терапии проведено исследование органов и систем. Изучали состояние приводящего и отводящего отделов тонкой кишки. Назначалась специальная белковая диета и ограничение приема жидкости. По жизненным показаниям, после проведения инфузионной и антибактериальной терапии больные с высокими тонкокишечными свищами подвергнуты оперативному вмешательству.

37 больным тонкокишечными свищами выполнены следующие виды операций: клиновидная резекция части тонкой кишки несущей свищ с анастомозом по Мельникову, резекция отрезка тонкой кишки со свищем и наложение тонкокишечных анастомозов конец в конец. В послеоперационном периоде нагноение послеоперационной раны отмечено у 7, несостоятельность швов анастомоза – у 4, эвентрация – у 1, летальность – у 2 больных.

Выводы:

1. Кишечные свищи являются тяжелым осложнением различных заболеваний и повреждений органов брюшной полости.
2. Наиболее трудным является лечение высоких тонкокишечных свищей, сопровождающихся быстро прогрессирующим истощением больных и тяжелыми гнойно-воспалительными процессами, особенно протекающими на фоне перитонита, межкишечных абсцессов и непроходимости кишечника.
3. Проведение оперативных вмешательств при несформированных высоких тонкокишечных свищах должны проводиться в сроки не ранее 1,5 месяцев, а при сформированных тонкокишечных свищах в сроки от 2 до 3 месяцев

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОНКО- И ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Маматкулов Ш.М., Курбонов О.А., Наврузов Б.С., Рахмонов С.Т.
Республиканский Научный Центр колопроктологии,
Ташкент, Узбекистан

Свищи пищеварительного тракта являются одним из сложных разделов хирургии.

По результатам патоморфологического исследования установлено, что спаечки в брюшной полости, у лиц перенесших однократную лапаротомию возникают в 63% случаев. У больных, перенесших несколько абдоминальных операций, этот показатель увеличивается до 93%.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения больных с тонко- и толстокишечными свищами, профилактика развития ранней спаечной кишечной непроходимости.

Материалы и методы: В центр колопроктологии на стационарном лечении находилось 127 больных с тонко- и толстокишечными свищами. Женщин было 46 (36,2%), мужчин – 81 (63,8%). Средний возраст составил 34,0 ± 2,7 лет. Больных тонкокишечными свищами было 37 (29,2%), а толстокишечными 90 (70,8%).

Причинами возникновения тонко- и толстокишечных свищей были грыжесечение, спаечная кишечная непроходимость, перитониты различного генеза, нефрактомы, холецистэктомия, аппендэктомия, гинекологические операции, а также воспалительно-язвенные заболевания толстой кишки. Сроки возникновения свищей были от 1 месяца до 1 года. Всем больным проведены следующие методы исследования: клинико-биохимические показатели, пассаж контраста по ЖКТ, ирригография, фистулография, эндоскопические (гастроудоденоскопия, колоноскопия), УЗИ диагностика.

Результаты: Все без исключения больные оперированы. Выполнены следующие виды операций: клиновидная резекция части тонкой кишки несущей свищ с анастомозом по Мельникову, резекция отрезка тонкой кишки со свищом и наложение тонкокишечных анастомозов, резекция части толстой кишки со свищом и при сочетанных тонко-толстокишечных свищах сегментарные резекции части кишок наложением нескольких анастомозов.

Исходя из опыта лечения больных со свищами, нами определены сроки выполнения операций: при несформированных высоких тонкокишечных свищах не ранее 1,5 месяцев, при сформированных тонкокишечных свищах в сроках от 2 до 3 месяцев и при толстокишечных свищах (неопухлогового генеза) в сроках от 3 до 6 месяцев. Учитывая вероятность развития ранней спаечной кишечной непроходимости, нами разработаны следующие мероприятия: минимальная травматизация органов брюшной полости, тщательный гемостаз, восстановление целостности париетальной брюшины, назоэнтеральная интубация, введение в брюшную полость суспензии гидрокортизона, окутывание салынком тонкой и толстой кишки, ранняя активизация больных и проведение мероприятий по восстановлению эвакуаторной функции кишки.

В послеоперационном периоде нагноение послеоперационной раны отмечено у 14 (11%), несостоятельность швов анастомоза у 8 (6,3%), эвентрация – 2 (1,6%), летальность у 4 (3,1%) больных.

Выводы:

1. Кишечные свищи являются тяжелым осложнением различных заболеваний и повреждений органов брюшной полости.
2. Проведение оперативных вмешательств при несформированных высоких тонкокишечных свищах должны проводиться в сроках не ранее 1,5 месяцев, при сформированных тонкокишечных свищах в сроках от 2 до 3 месяцев и толстокишечных свищах в сроках от 3 до 6 месяцев.
3. Операции по ликвидации кишечных свищей, особенно множественных, относятся к числу сложных, требующих высокой квалификации хирурга, способного выбрать индивидуальный вариант оперативного вмешательства

ФАКТОРЫ РИСКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОНКО-ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Мильдзиков Г.У., Пагиева М.К., Калаев Т.Н.,
Джиоев В.Г., Тиблиев В.Е.

Кафедра факультетской хирургии ГОУВПО СОГМА,
Владикавказ, Россия

Несостоятельность толстокишечных анастомозов является сложной и нерешенной проблемой абдоминальной хирургии.

Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой послеоперационных осложнений, летальность при которой достигает более чем в половине случаев. Данное исследование посвящено изучению негативных факторов несостоятельности тонко-толстокишечных анастомозов.

Цель: На основании изучения наиболее значимых факторов риска несостоятельности тонко-толстокишечных анастомозов, дать количественную оценку и установить их ранговое значение.

Материал и методы: Нами проведен ретроспективный анализ изучения 178 больных из различных хирургических стационаров и оперированных в основном, по поводу рака правой половины ободочной кишки. Изучались 2-е группы больных: с благоприятным течением (n=131), и группа, послеоперационный период которых осложнился несостоятельностью анастомозов (n=47). Изучались следующие показатели: пол, возраст, опыт хирурга, тяжесть состояния, стадия рака, показатели гемо-

стаза и т.д. В основу исследования был положен метод индивидуального прогнозирования Неймана-Пирсона, позволяющего путем сравнения частоты встречаемости фактора в группах, определить количественное значение параметра (J). Отрицательное его значение характеризовало случаи несостоятельности, с другой стороны – величина фактора отражала его роль среди остальных.

Результаты: Как оказалось, из 15 показателей наиболее неблагоприятными факторами риска развития несостоятельности оказались:

- формирование концевое тонко-толстокишечного анастомоза - 0,9
- наличие сопутствующего перитонита - 0,7
- сопутствующий сахарный диабет - 0,6
- недостаточный опыт хирурга - 0,5
- пациенты старше 50 лет - 0,4

Из положительных факторов наиболее значимыми оказались:

- формирование инвагинационного анастомоза ... + 2,1
- возраст до 50 лет + 0,4
- большой опыт хирурга + 0,4
- начальная стадия рака + 0,3

Как оказалось, и отрицательные, и положительные факторы несостоятельности анастомозов главным образом отражают оперативно-техническую сторону. Практически во всех случаях несостоятельности, причиной осложнения является некроз тканей по линии швового полюса в результате ишемических нарушений. Однако, этот фактор риска остается недостаточно изученным.

Выводы:

1. Снижение частоты несостоятельности анастомозов находится в прямой зависимости от квалификации хирурга.
2. Отрицательным прогностическим коэффициентом (J=-0,7) является фактор формирования анастомоза в условиях перитонита.
3. Низкий процент несостоятельности тонко-толстокишечных соустьев получен при формировании инвагинационных анастомозов (P<0,05).

ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Мишушкин О.Н., Елизаветина Г.А., Балыкина В.В.,
Шапошникова О.Ф., Ардатская М.Д., Рябинина Н.В.
Кафедра гастроэнтерологии ФГУ УНМЦ УД Президента РФ,
Москва, Россия

Цель: оценить эффективность «Месакола» (месалазина) в лечении больных с клинически выраженной дивертикулярной болезнью толстой кишки.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 20 человек, женщин 15, мужчин 5, в возрасте от 36 до 80 лет.

Для верификации дивертикулярной болезни толстой кишки и ее осложнений проводилась ирригоскопия или колоноскопия и ультразвуковая визуализация.

С целью оценки моторно-эвакуаторной функции кишечника проводилась электромиография до и после лечения. Изучались также метаболическая кишечной флоры (короткоцепочечные жирные кислоты – КЖК) в кале до и после лечения методом ГЖХ-анализа. Оценивалась выраженность клинических симптомов.

До начала лечения больные жаловались на боли внизу живота или чаще в левой подвздошной области. Боли усиливались после еды или небольшой физической нагрузки и ослаблялись после дефекации или отхождения газов.

Метеоризм наблюдался у 12 человек, запоры у 16, у 3-х диарея.

Месакол назначался в дозе 1200 мг/сутки (400 мг 3 раза в день) перорально в качестве монотерапии по постоянной схеме в течение одного месяца.

Результаты: после проведенного лечения месаколом – у 14 человек (70%) боли в животе были купированы к 14-16 дню лечения, у 6 человек – значительно уменьшились по интенсивности. У всех нормализовался стул. При УЗИ кишечника утолщение стенки ободочной кишки от 0,4 см до 0,8 см, протяженностью 2,5-8 см было отмечено у 10 человек.

После месячного курса лечения у 5 больных толщина кишечной стенки не превышала 0,3 см, у 4-х сохранялась воспалительная инфильтрация (толщина стенки 0,4-0,5 см), что послужило основанием для продолжения лечения месаколом в прежней дозе до 2,5 месяцев.

У 1 больного с отрицательной динамикой клинической картины и толщиной кишечной стенки до 0,8 см – доза Месакола была увеличена вдвое и сочеталась с приемом альфа-нормиска (7 дней в дозе 800 мг).

Электрическая активность на частотах толстой кишки (мощность сокращения и коэффициент ритмичности) до и после лечения практически не изменилась и была ниже условной нормы.

Выявленные изменения параметров КЖК свидетельствовали о снижении активности или численности облигатной микрофлоры, нарушении качественного состава микроорганизмов с доминированием аэробных или анаэробных популяций микроорганизмов, изменении протеолитической активности микрофлоры за счет изменения среды ее обитания. После курса лечения месаколом отмечалась тенденция к восстановлению параметров КЖК, свидетельствующая о положительных изменениях микробиоценоза кишечника.

Выводы: Результаты исследований показали позитивный эффект лечения месаколом при клинически выраженной дивертикулярной болезни. 30-ти дневный курс Месакола в дозе 1,2 г/сут привел к полному купированию абдоминальной симптоматики у 70% больных. Эти результаты обнадеживают и заставляют продолжить поиски наиболее рациональ-

ных схем профилактики обострений дивертикулярной болезни толстой кишки.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ

Мирзахмедов М.М.

Кафедра хирургических болезней для ВОП,
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Цель: определить роль рентгенологической диагностики при болезни Гиршпрунга у взрослых.

Имеются определенные предпосылки для медленного латентного течения болезни Гиршпрунга у взрослых, заключающиеся в существовании таких вариантов врожденных морфологических изменений, как короткие зоны аганглиоза, гипоганглионарных форм, с отсутствием выраженных дегенеративных процессов в мышечной ткани дистальных отделов толстой кишки. Сложность дифференциальной диагностики болезни Гиршпрунга и мегаколон состоит в том, что эти заболевания проявляются общими симптомами: нарушением моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, отсутствием позывов на дефекацию, метеоризмом и болями в животе.

Материалы и методы: В Республиканском Научном Центре Колопроктологии МЗ РУз с 1992-2011 гг. находилось на стационарном лечении 80 больных болезнью Гиршпрунга. Возраст больных составил от 18 до 42 лет. Все больные обследованы по специально разработанной схеме, включающей в себя как клинические, морфологические, так и рентгенологические методы.

Результаты: При рентгенологическом исследовании наибольшее изменение определялись у 42 больных в сигмовидном и нисходящем отделах ободочной кишки гаустры в расширенных отделах не определялись, в просвете прямой кишки определялись каловые камни. При ректальной форме болезни Гиршпрунга у 38 больных прямая кишка теряла характерную для нее ампулярность, приобретала цилиндрическую форму, переход из аганглионарной зоны в расширенную часть кишки имел форму воронки.

Во время ирригографии у 40 больных расширенной была сигмовидная кишка, которая образовывала дополнительные петли. У 20 больных выявлено расширение всей левой половины ободочной кишки, у 14 – проксимальная граница расширения достигала печеночного изгиба и у 6 пациентов расширенной была вся ободочная кишка. У 14 пациентов сразу же за анальным каналом определялось конусовидное расширение прямой кишки. Несмотря на нормальные размеры или даже расширение дистальных отделов толстой кишки, почти всегда можно было обнаружить, что диаметр аганглионарной зоны меньше, чем проксимальных, вторично расширенных отделов. Контрастное исследование толстой кишки должно быть направлено на выявление сужения (гипо или аганглионарная зона), при этом необходимо обращать внимание на характер перехода суженного участка кишки в расширенный. При ирригографии при болезни Гиршпрунга отмечается резкий воронкообразный переход и утолщение стенки расширенных отделов кишки. По этому наличие именно относительного сужения дистальных отделов толстой кишки является патогномичным рентгенологическим симптомом болезни Гиршпрунга у взрослых. Особенно сложна диагностика очень короткого участка гипо- или аганглиоза толстой кишки. Наданальные формы можно выявить с помощью прицельного полипозиционного рентгенологического исследования прямой кишки, при котором обнаруживают плавный переход нормальной по размерам прямой кишки в расширенную сигмовидную кишку. При неаганглионарных функциональных формах мегаколон с помощью рентген диагностики причину мегаколон установить невозможно, поэтому указывают на преобладающее расширение прямой кишки (мегаэктум), либо сигмовидной или всей ободочной кишки (мегаэкта или мегаколон), выраженное удлинение тех или иных отделов толстой кишки с одновременным расширением их просвета (долгомегаколон). В сложных случаях дифференциальной диагностики мегаколона выполняется трансанальная биопсия по Свенсону. На основании ирригографии ректальная форма болезни Гиршпрунга диагностирована у 10 больных, анальная у 50, наданальная у 20 больных.

Таким образом, учитывая, что аганглионарная зона у взрослых бывает короткой, при рентгеноконтрастном исследовании необходимо применение полипозиционного исследования, так как в прямой проекции участок относительного сужения прикрывается расширенным отделом, вследствие чего создается впечатление, что расширение кишки начинается сразу же за анальным каналом. В таких случаях ирригография в боковой проекции позволяет не только обнаружить и выявить зону сужения, но и более точно установить ее протяженность.

Выводы:

1. Среди комплекса исследований ирригография является оптимальным и информативным методом для диагностики болезни Гиршпрунга у взрослых. Метод технически прост, достаточно эффективен, в связи с чем может быть рекомендован для широкого применения в специализированных колопроктологических учреждениях.
2. Правильное проведение рентгеноконтрастного исследования толстой кишки позволяет достоверно определить форму болезни Гиршпрунга у взрослых.

ТРАВМА ПРЯМОЙ КИШКИ

Михайлов А.П.^{1,5}, Данилов А.М.^{2,5}, Земляной В.П.¹,
Ли М.В.³, Сигуа Б.В.^{1,5}, Напалков А.Н.², Ли К.Ч.³,
Мавиди И.П.⁴, Ерастов А.М.¹

¹ СПб МАПО, кафедра хирургии им.В.А.Оппеля.

² СПбГУ, Медицинский факультет, кафедра факультетской хирургии.

³ СПбГУ, Медицинский факультет, кафедра госпитальной хирургии.

⁴ СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, кафедра хирургических болезней стоматологического факультета с курсом колопроктологии.

⁵ Елизаветинская больница, Санкт-Петербург, Россия

Повреждения прямой кишки (П.П.К.) и промежности в мирное время встречаются редко и не превышают 1-2% от всех абдоминальных травм (Т.М. Гусейнов, 1980). Частота П.П.К., по отношению к травмам толстой кишки, составляет 8,6% с летальностью 15-50% (П.И. Чавчанидзе, 1995, М.Ф. Черкасов и соавт., 2005). Несмотря на успехи современной хирургии, летальность при повреждениях данной области достигает 30-50% (П.И. Чавчанидзе, 1995). Так, при самых оптимальных сроках хирургической помощи, летальность в группе больных с внутрибрюшинными П.П.К. достигает 30-50% (А.М.Аминев, 1965), а у больных с внебрюшинными П.П.К. летальность колеблется в пределах 7-10% (Б.Л.Канделис, 1980). Следует отметить, что в последние годы количество П.П.К. увеличивается (А.М.Копгаладзе, Ю.А.Бондарев, 1989).

За последние 17 лет в Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга находилось на лечении 54 пациента с П.П.К.. Среди них П.П.К. при ранениях живота обнаружены у 2 пострадавших, закрытой травме живота – у 9, ранениях бедра и ягодичной области – у 7 пациентов, ранениях промежности – 17 больных, при введении инородного тела в прямую кишку – в 7 наблюдениях, в 11 случаях причиной повреждения послужило насилие и у 1 пациента была отмечена перфорация рыбьей костью. При этом частота П.П.К. по отношению к травмам толстой кишки составила 5,8%. При травмах внебрюшинной части прямой кишки особое значение имеет сбор анамнеза, детальный осмотр пациента (осмотр промежности, ректальное пальцевое исследование, ректоскопия, гинекологический осмотр), обзорное рентгенологическое исследование костей таза и брюшной полости, исследование с водорастворимыми контрастными веществами, а так же видеолaparоскопия. В ходе операции необходимо учитывать локализацию повреждения (внутрибрюшная/внебрюшинная часть кишки) и состояние брюшины/параректальной клетчатки. При травмах внутрибрюшной части прямой кишки, после первичного двухрядного шва раны, санации и дренирования брюшной полости, формировалась двухствольная сигмостома – 7 пострадавших. При повреждениях внебрюшинной части прямой кишки после ушивания дефекта стенки и дренирования параректальной клетчатки так же формировалась двухствольная сигмостома – 12 пациентов. Операция типа Гартмана была выполнена у 11 пострадавших при повреждениях внутрибрюшинной части и в 5 случаях при повреждениях внебрюшинной части прямой кишки. В послеоперационном периоде проводилось комплексное лечение. Описанный лечебно-диагностический подход при повреждениях прямой кишки позволил добиться благоприятного исхода в 94,4% (51) случаев.

РАНЕНИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Михайлов А.П.^{1,4}, Данилов А.М.^{2,4}, Земляной В.П.¹,
Сигуа Б.В.^{1,4}, Напалков А.Н.², Мавиди И.П.³, Ерастов А.М.¹

¹ СПб МАПО, кафедра хирургии им.В.А.Оппеля.

² СПбГУ, Медицинский факультет, кафедра факультетской хирургии.

³ СПбГМУ им.акад.И.П. Павлова, кафедра хирургических болезней стоматологического факультета с курсом колопроктологии.

⁴ Елизаветинская больница, Санкт-Петербург, Россия

В общей структуре абдоминальных травм повреждения ободочной кишки (О.К.) по данным С.В. Лохвицкого (1992) занимают 3-4 место и составляют 4-17%. Анатомо-физиологические особенности определяют преимущественно сочетанный характер ее повреждения, на долю которых приходится до 75% от общего числа всех наблюдений (В.В.Дарвин, 1990; М.Ф.Черкасов и соавт., 2005). Частота летальных исходов при изолированных повреждениях О.К. достигает 2-14% (С.Д.Шелянов, 2000; W. Conrad, 2000), при множественных повреждениях составляет 25,3-41,2% (П.Г.Брюсов, 2002; A.Carlin, 2002), а на фоне сочетанной травмы – 39,5-51,8% (Г.Н.Цыбуляк, 1992; A.Buchert, 1997). За последние 15 лет в Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга находилось на лечении 1619 пострадавших с ранениями живота и поясничной области. При этом 1436 пострадавших доставлены с ранениями брюшной стенки, в том числе 58 с огнестрельными ранениями живота. 183 пациента с ранением поясничной области, 9 из которых поступили с огнестрельной травмой. Повреждение толстой кишки выявлено в 201 (12,4%) наблюдениях: при ранениях живота травма толстой кишки обнаружена у 132 (9,2%) потерпевших, сочетанное ранение тонкой и толстой кишок у 61 (4,2%); при ранении поясничной области повреждение толстой кишки выявлено в 8 (4,37%) наблюдениях. Большинство пострадавших 88,5% (178) были доставлены в стационар в первые 6 часов с момента ранения. Преобладали мужчины молодого возраста (средний возраст 34,6±12,3 лет). Ранения преимущественно носили криминаль-

ный характер. Ревизия и обработка ран производилась в операционной. При установлении проникающего характера ранения передней брюшной стенки осуществлялась лапаротомия. Особый диагностический подход применялся при ранениях поясничной области. При подозрении на проникающий характер ранения выполнялась диагностическая лапароскопия. Выявление забрюшинных гематом, локализующихся в проекции восходящей и/или нисходящего отдела О.К., при лапароскопии, являлось показанием к лапаротомии с ревизией органов брюшной полости, а так же забрюшинных отделов О.К., в отдельных случаях устанавливалась фторопластовая гильза, для осуществления динамической лапароскопии. При лапаротомии ревизия органов проводилась с учетом хода раневого канала. В первую очередь осуществлялись мероприятия для достижения гемостаза. При ранениях толстой кишки применялась индивидуализированная хирургическая тактика. Во время операции учитывалось несколько факторов: а) время прошедшее с момента травмы б) оценивалось состояние брюшины (степень и распространенность перитонита) в) производилась градация раневого дефекта и обширность повреждения толстой кишки. При небольших дефектах (до 1/3 окружности), местном перитоните, чаще при осуществлении оперативного пособия в первые часы с момента травмы, производили ушивание раны двухрядными швами (12 наблюдений). При дефектах более 1/3 окружности толстой кишки травмированный сегмент располагали экстраперитонеально (78 наблюдений). При дефектах более 1/2 окружности толстой кишки производилась резекция с формированием одностольной колостомы (111 больных). Оперативное пособие завершалось санацией и дренированием брюшной полости. В послеоперационном периоде проводилось комплексное лечение. Благоприятного исхода удалось добиться у 89% пациентов. Следует отметить, что диагностика ранений поясничной области должна быть комплексной и включать диагностическую лапароскопию. Отказ от тщательной ревизии забрюшинных гематом может явиться причиной диагностических ошибок. В редких случаях, при благоприятных условиях, допустимо выполнение первичного шва раны кишки. Во всех остальных случаях необходима либо экстраперитонизация ободочной кишки с линией швов или формирование колостомы.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУР ПРЯМОЙ КИШКИ

Муравьев А.В., Лысенко О.В., Никулин Д.Ю.

Ставропольская Государственная Медицинская Академия.
МУЗ «2-я городская клиническая больница», Ставрополь, Россия

Стриктура прямой кишки – патологическое состояние, причиной которого являются фиброзные изменения стенок прямой кишки и окружающих тканей, препятствующие нормальному пассажу кишечного содержимого.

Наиболее частой причиной приобретенных стриктур являются травмы промежности и дистального отдела прямой кишки, в том числе и оперативные вмешательства. Патологическое сужение прямой кишки развивается так же при болезни Крона, неспецифическом язвенном колите, актиномикозе, туберкулезе.

Проведённые в клинике исследования ацетилирования и тестирования с помощью магнимоносорбентов в сочетании с анамнестическими и клиническими данными, позволили выявить индивидуальную предрасположенность к патологическому образованию рубцов. У больных с сужениями прямой кишки, по отношению к больным с обычными послеоперационными рубцами, отмечены заболевания органов пищеварения (гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, гепатит), системные заболевания соединительной ткани и преобладание аллергических реакций.

В колопроктологическом отделении, МУЗ «2-ая городская клиническая больница», с 2002 по 2010 г. находилось на обследовании и лечении 67 больных со стриктурами дистального отдела прямой кишки. Консервативное лечение применено у 62 пациентов. Показанием к применению комплекса консервативного лечения при рубцовой стриктуре прямой кишки являются:

А) Протяженность стриктуры менее 1 см в независимости от локализации.

Б) Наличие компенсированного сужения, позволяющего вводить буж. Наличие у больного рубцового сужения прямой кишки, препятствующего акту дефекации при отсутствии эффекта от консервативного лечения, явилось показанием к хирургическому вмешательству, которое предпринято у 25 пациентов.

В послеоперационном периоде применяли тренировку сфинктера, электрофорез с новокаином, гепарином, лидазой. После выписки больные взяты на диспансерное наблюдение. Сроки наблюдения у пациентов прослежены от полугода до 5 лет. Отдаленные результаты были разделены на хорошие и удовлетворительные. К хорошим результатам отнесены те из больных, у которых отмечалось отсутствие рецидивов, отсутствие жалоб на дискомфорт, не страдала функция анального сфинктера. Удовлетворительными считали результаты, когда отмечались боли или дискомфорт в области ануса, но не было рецидива. Неудовлетворительных результатов не было.

Выводы: 1. Сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта, системные заболевания соединительной ткани, аллергические заболевания являются факторами риска излишнего рубцобразования. Этой группе больных в послеоперационном периоде необходимо проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития гиперплазии соединительной ткани и патологического коллагенообразования. 2. Разработанная лечебная тактика у больных со стриктурами прямой кишки различного генеза позволяет добиваться наиболее оптимальных ближайших и отдаленных результатов лечения этой категории пациентов.

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ ТАЗА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Муслимов М.И., Китаев А. В., Петров В.П., Столярж А.Б., Архиреев С.О.

Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневского, Государственная классическая академия им. Маймонида, Москва, Россия

Повреждения прямой кишки относятся к одним из самых тяжелых ранений, а их лечение – одно из самых трудоемких. Это обусловлено целым рядом особенностей, характерных для огнестрельных ранений прямой кишки. Как правило, подобные ранения возникают при минно-взрывных травмах, сопровождаются обширными разрушениями прямой кишки, большой частотой шока и массивной кровопотери, трудностью и сложностью диагностики и выбора оперативного вмешательства, грозными осложнениями и высокой летальностью, достигающей 41,9-43,9%.

Нередко, в итоге окончательного лечения этой категории раненых они остаются с различными видами колостом. А в некоторых случаях восстановление непрерывности толстой кишки невозможно выполнить из-за обширного не заживающего дефекта прямой кишки. Поэтому закрытие подобных дефектов внебрюшинного отдела прямой кишки является сложной и актуальной задачей в целях реабилитации раненых как физически, так и социально.

Материалы и методы. В нашем госпитале за период военного конфликта в Чеченской республике находилось на лечении 72 раненых с повреждением толстой кишки, из них 23 с повреждением прямой кишки: в том числе 16 с внебрюшинным и 7 с внутрибрюшинным.

Одним из эффективных методов, позволяющих добиться положительного результата в лечении данной категории раненых, является мышечная пластика раневых дефектов прямой кишки и таза. С этой целью используется пластика ягодичной мышцей или нежной мышцей бедра. Мы имеем опыт успешного лечения 7 пациентов с обширными огнестрельными повреждениями прямой кишки и применением вышеназванной техники.

Клинический пример. Военнослужащий М., 23 лет в ходе боевых действий в 2002 г. получил сквозное пулевое проникающее ранение живота и таза с повреждением тонкой и прямой кишок; огнестрельный дырчатый перелом 2-3 крестцовых позвонков, контузию нервного крестцового сплетения.

Через 38 дней после ранения выполнена операция: Некресеэктомия. Транспозиция фрагмента правой большой ягодичной мышцы в позицию дефекта тканей крестца и пресакрального пространства с тампонадой раны прямой кишки. Рана ушита наглухо с оставлением силиконовых дренажей в ложе мобилизованной части ягодичной мышцы и пресакральном пространстве. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 4 месяца после представленной пластической операции раненому выполнен заключительный этап хирургического лечения – реконструктивно-восстановительная операция по восстановлению непрерывности толстой кишки с наложением аппаратного сигмо-ректоанастомоза конец в бок.

Заключение. Таким образом, создание хорошо кровоснабжаемой «мышечной прокладки» снижает риск инфекционных осложнений, активизирует репаративные процессы в тканях и позволяет сохранить такой функционально важный орган, как прямая кишка. И в целом полностью физически и социально реабилитировать раненого и вернуть его к активной, полноценной жизни.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ

Наврзоров С.Н., Мирзахмедов М.М., Ахмедов М.А., Рахманов С.Т.

Республиканский Научный Центр Колопроктологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Болезнь Гиршпрунга у взрослых является одной из распространенных аномалий развития толстой кишки. Врожденный характер заболевания обуславливает его принадлежность, в основном, к сфере деятельности детских лечебных учреждений (В.И. Аверин, А.Н. Никифоров, 2001). Предложены различные методы хирургических операций и их модификации (Г.И. Воробьев, С.И. Ачкасов, 2009).

До настоящего времени в литературе встречаются редкие сообщения о немногочисленных или единичных случаях болезни Гиршпрунга у взрослых (О.М. Бирюков, 2006). Кроме того, наибольшее внимание в данных публикациях уделяется результатам оперативного лечения аномалии, а сведения, касающиеся клиники, диагностики и хирургической тактики при болезни Гиршпрунга у взрослых, представлены лишь фактическим материалом без его анализа из-за малочисленности клинических наблюдений.

Цель: Разработать методы диагностики и определить способы хирургических вмешательств при болезни Гиршпрунга у взрослых.

Материалы и методы: В Центре Колопроктологии МЗ РУз на стационарном лечении с 1990-2011 годы находилось 80 больных болезнью Гиршпрунга.

Возраст этих больных составляет от 16 до 42 лет. Мужчины – 66, женщины – 14. Больные обследованы по специально разработанной в клинике схеме, которая включала в себя общий клинический осмотр, рентгенологические и эндоскопические исследования, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, ректороманоскопию, функциональные

исследования толстой кишки и сфинктерного аппарата прямой кишки, морфологические (биопсия по Свенсону).

Результаты: При ирригографии у 32 больных была выявлена анальная форма, у 22 – ректальная форма, а у 26 над анальная форма болезни Гиршпрунга. При ректороманоскопии у 32 больных было выявлено резкое расширение ампулы прямой кишки. У всех больных, кроме гистологического обследования (биопсия по Свенсону) определяли также активность ацетилхолинэстеразы (АХЭ).

Из 80 обследованных больных у 32 выявлен аганглиоз, а у 48 гипоганглиоз. Показатели сфинктерометрии у всех обследованных больных, как в покое, так и при волевом сокращении были в норме. Во время УЗИ обследования у 3 больных обнаружено отсутствие матки и ее придатков. Выбор тактики хирургического лечения. Данные обследования больных послужили причиной проведения хирургических операций. Нами выполнены следующие виды операций:

25 больным брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением проксимального отдела толстой кишки в анальный канал с наложением коло-анального анастомоза. 40 больным выполнена операция «Дюамеля» в модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ. 6 больным проведена передняя резекция прямой кишки с наложением различного типа колостом из-за явлений хронической декомпенсированной кишечной непроходимости.

У 2-х больных после операции «Дюамеля» в модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ наблюдалось нагноение пресакральной области. После операции брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал во всех случаях отмечены хорошие результаты.

Проведение этих операций при болезни Гиршпрунга у взрослых всегда сопряжено с большими трудностями, поэтому диагностика и предоперационная подготовка больных, профилактика гнойных осложнений играют большую роль в реабилитации этой категории больных. Соблюдение всех условий позволяет добиться в 90% случаев хороших результатов.

Выводы:

1. Наиболее оптимальным способом хирургического вмешательства при анальной и наданальной формах болезни Гиршпрунга у взрослых является брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением проксимального отдела толстой кишки в анальный канал. Этот метод оперативного вмешательства дает в 80% случаев хорошие результаты.
2. Выбор метода хирургического лечения при болезни Гиршпрунга у взрослых зависит от локализации гипо- или аганглионарной зоны и степени декомпенсации толстой кишки.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И ЕЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

Орлова Л.П., Жученко А.П., Трубачева Ю.Л., Москалев А.И., Маркова Е.В.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздравсоцразвития России, Москва Россия

В настоящее время отмечается не только рост заболеваемости, но и число хронических воспалительных осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки. Хроническое течение воспалительного процесса развивается у 30-60% пациентов, перенесших атаку острого дивертикулита или острого паракишечного инфильтрата, а также у больных со свищами ободочной кишки, сформировавшимися после экстренных операций (Воробьев Г.И. и соавт., 2001). При дивертикулярной болезни ободочной кишки в стенке последней развивается комплекс специфических изменений, включающий ее утолщение и уплотнение за счет гипертрофии мышечного слоя, нарушение внутривенного кровообращения по типу «вено-артериальной» реакции (нарушение оттока из венозных коллекторов и спазм артериальных сосудов) и выраженные дистрофические изменения в интрамуральной нервной системе (Москалев А.И., 2007). Точная диагностика выраженности и распространенности этих специфических для дивертикулярной болезни изменений затруднена до морфологического исследования удаленных препаратов.

Цель: изучение возможностей ультразвукового исследования (УЗИ) в оценке состояния стенки ободочной кишки при дивертикулезе.

Пациенты и методы: обследовано 136 человек с дивертикулярной болезнью ободочной кишки, лечившихся в ГНЦ колопроктологии. У 93 пациентов заболевание имело осложненное течение и они были прооперированы. Полученные результаты сравнивали с данными патоморфологического исследования, хирургической ревизии, колоноскопии, ирригоскопии.

Результаты: При УЗИ ободочной кишки у больных дивертикулярной болезнью мы выявляли: равномерное утолщение стенки измененного сегмента на большом протяжении за счет мышечного слоя, толщина его колебалась от 2 до 7мм (среднее значение – $4,3 \pm 1,29$ мм); пролабирование слизистой в мышечный слой; наличие коротких и глубоких гаустр в сочетании с повышенной складчатостью слизистой слоя (симптом гипергаустрации); мелких копролитов в дивертикулах. Этот симптомокомплекс выявляли при УЗИ в 100% случаев у пациентов с дивертикулярной болезнью ободочной кишки с клиническими проявлениями. Достоверными ультразвуковыми признаками дивертикулита являются неровность наружного контура за счет взбухания дивертикулов с наличием копролитов и уплотненной клетчатки вокруг них, хронического паракишечного инфильтрата – выявление спаявшихся между собой кишечных петель, близ расположенных органов и жидкостных образований между ними, а также свищевых ходов. Для стеноза обо-

дочной кишки характерно сужение кишки на различном протяжении с утолщенной за счет мышечного слоя стенкой и супрастенотического расширения выпячивающих ее отделов.

Заключение: Диагностические возможности существенно расширились при внедрении метода ультразвуковой диагностики у пациентов с хроническими воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни. Этот способ диагностики предполагает не только оценку состояния измененного сегмента кишки, но и изучение окружающей его клетчатки и прилежащих органов.

ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИ СОЧЕТАННЫХ РАНЕНИЯХ ШЕИ И ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Осадчий А.А.³, Михайлов А.П.^{1,3}, Данилов А.М.^{2,3}, Сигуа Б.В.^{1,3}, Ерастов А.М.¹, Волкова Е.С.²

¹ СПб МАПО, кафедра хирургии им. В.А. Оппеля.

² СПбГУ, Медицинский факультет, кафедра факультетской хирургии.

³ Елизаветинская больница, Санкт-Петербург, Россия

Повреждения ободочной кишки являются актуальной проблемой экстренной абдоминальной хирургии, что связано с большим числом гнойно-септических осложнений и высокой летальностью (С.Д. Шеянов, 2000; С.А. Алиев, 2001; Д.В. Сафронов, Н.И. Богомолов, 2005). В мирное время колото-резаные ранения преобладают среди повреждений ободочной кишки и встречаются в 81-83% случаев (А.И. Шугаев, Д.В. Дворянкин, 2005), при этом повреждения часто носят множественный или сочетанный характер. Тяжелая сочетанная травма, связанная с одновременным повреждением двух и более анатомических областей тела, не только ухудшает прогноз, но и затрудняет определение приоритетного повреждения, что в свою очередь приводит к диагностическим и тактическим ошибкам.

Одновременное ранение шеи и передней брюшной стенки встречается редко, но относится к крайне тяжелым повреждениям. При установлении проникающего характера раны брюшной полости, первоначально выполняется лапаротомия, а ревизия ран шеи производится во вторую очередь, что может привести к несвоевременной диагностике поврежденных органов и сосудов шеи.

За период с 1990 по 2007 гг. в Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга находилось на лечении 617 пациентов с ранениями шеи. Сочетанные ранения шеи и передней брюшной стенки выявлены у 55 (8,9%) больных, из них 27 (49,1%) пострадавших доставлены в состоянии шока различной степени тяжести. В 33 (60%) случаях, ранения передней брюшной стенки носили проникающий характер, при этом у 11 (20%) обнаружены повреждения ободочной кишки. Средний возраст пострадавших составил $35,02 \pm 12,8$, при этом ранения носили колото-резаный характер.

Все пострадавшие доставлены непосредственно в операционную, где осуществлялись необходимые мероприятия, направленные на стабилизацию жизненно-важных функций. Для определения приоритетного повреждения пациентам выполнялись следующие диагностические исследования – фиброларинготрахеобронхоскопия (9), рентгенография (9), диагностическая лапароскопия (4). У 9 (16,3%) пациентов ранения шеи и живота одновременно носили проникающий характер, у 2 (3,6%) выявлены непроникающие ранения шеи. У 7 (12,7%) пострадавших ранения ободочной кишки сочетались с ранениями других органов брюшной полости (с печенью – 2, с тонкой кишкой – 4, с большим сальником – 1, с общей подвздошной артерией – 1).

Наличие одновременно проникающего характера ран шеи и передней брюшной стенки у 9 (16,3%) пострадавших, потребовало осуществления оперативных вмешательств одновременно двумя бригадами хирургов. При этом для тщательной ревизии сосудов и органов шеи применялся доступ продольная коллотомия. В ходе ревизии диагностированы повреждения внутренних структур шеи у 6 (10,9%) пострадавших (глотка у 1, трахея у 2, наружная сонная артерия у 2, наружная яремная вена у 2, щитовидная железа у 1 пациента). Одновременно выполнялась лапаротомия, ревизия органов брюшной полости. Ранение сигмовидной кишки выявлено у 3, нисходящей у 1, поперечно-ободочной у 7 пострадавших. Из них у 2 (3,6%) пациентов ранение ободочной кишки не превышало по размеру 1/3 окружности кишки, без видимого поступления кишечного содержимого в брюшную полость, что позволило ограничиться ушиванием дефектов и экстраперитонизацией. В остальных случаях операции завершались формированием проксимальной декомпрессионной колостомы.

Летальный исход наблюдался в 1 случае (сочетанное повреждение магистральных сосудов шеи).

Таким образом, при наличии равнозначных по степени тяжести повреждений разных анатомических областей, целесообразно осуществление оперативных вмешательств одновременно двумя бригадами хирургов.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОСВАРКИ ЖИВЫХ ТКАНЕЙ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Подпратов С.Е., Подпратов С.С., Маринский Г.С., Гичка С.Г., Чернец А.В., Дубко А.Г., Ткаченко В.А., Ткаченко С.В., Корчак В.П., Косюк М.А.

Киевская городская клиническая больница №1, Институт электросварки им.Е.О.Патона НАН Украины, Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, Киев, Украина

Электросварка живых тканей применяется нами для выполнения оперативных вмешательств на толстой кишке и смежных областях с 2002 г. **Цель:** оценить эффективность применения технологии электросварки живых тканей для выполнения колопроктологических оперативных вмешательств.

Материал и методы: С использованием технологии электросварки живых тканей выполнили оперативное вмешательство 128 больным: с хроническим геморроем (ХГ) 2-4 степени (42 наблюдения), анальной трещиной (24), свищом (12), выпадением, ректоцеле (13), опухолью прямой кишки трансанально (3), чрезбрюшинно (34). В эксперименте отработано создание межкишечного анастомоза способом конец в конец.

Использовали электросварочный аппарат и инструменты, разработанные в Институте электросварки им. Е.О.Патона НАН Украины.

Результаты: Рассекали подкожную основу, жировую ткань, мышцы и апоневроз с помощью электросварочных «ножниц», при этом одновременно происходило перекрытие сосудов диаметром до 2 мм.

Для мобилизации прямой кишки, выделения в толще связки, использовали режим электросварочной коагуляции, эффективный при перекрытии в толще связки сосудов диаметром до 3 мм, при большем диаметре надежный гемостаз достигим лишь при наложении электродов инструмента на выделенный сосуд. При необходимости перекрытия сосуда диаметром от 3 до 8 мм использовали специальный электросварочный зажим и работу источника в режиме «электросварка».

В отличие от традиционной электрокоагуляции, при использовании электросварки не происходило обугливание и некроз тканей, отсутствовал дым. Разделение тканей происходило только по линии, проходящей между электродами, и по границе тканей.

Интра- и постоперационное образование гематомы, серомы, кровотечение из перекрытых сосудов не происходило.

После применения электросварки отметили полноценное прерывание патологически измененного геморроидального кровотока, что подтверждалось данными ультразвукового исследования. Установили, что под действием электросварки происходит плотное соединение гладкомышечных волокон мышечной пластинки подслизистой основы и мышечной оболочки стенки кишки. Это устраняет чрезмерное смещение и выпадение слизистой оболочки прямой кишки. Образование грубого рубца, язвы над местом электросварки не происходило.

Эти же факторы являются основой прочности, эластичности и жизнеспособности электросварного межкишечного анастомоза.

Тонус анального сфинктера в послеоперационном периоде был ниже уровня спазма, что, в сочетании с быстрым образованием нежной рубцовой ткани, обеспечивало заживление ран и полное восстановление двигательной активности пациента в течение 18-20 суток.

Выводы.

1. Использование технологии электросварки живых тканей позволяет надежно перекрывать патологический кровоток в артериях и венах любого порядка, а также фиксировать слои стенки прямой кишки с сохранением их жизнеспособности.
2. Применение электросварки живых тканей в анальном канале не вызывает термического повреждения и спаза анального сфинктера.
3. Заживление раны после проведения электросварки протекает без вторичного нагноения, с образованием нежного рубца и полным восстановлением функциональной активности пациента в течение 18-20 суток.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Помазкин В.И.

Свердловская областная клиническая больница № 1, Екатеринбург, Россия

Показания к хирургическому лечению при дивертикулярной болезни до настоящего времени остаются предметом дискуссии. Особенно это касается тактики при таком наиболее распространенном осложнении, как дивертикулит без выраженных воспалительных изменений со стороны брюшной полости. Стремление предотвратить дальнейшее прогрессирование заболевания, предупредить развитие осложненной дивертикулярной болезни привело к расширению показаний к плановому оперативному лечению.

Цель: оценка отдаленных результатов лечения пациентов с осложненной дивертикулярной болезнью, оперированных в плановом порядке в объеме левосторонней гемиколэктомии. В исследовании включены отдаленные результаты 103 больных, оперированных в отделении колопроктологии СОКБ № 1 в 2003-2008 гг. Средний возраст пациентов составил 59,1±7,1 лет, мужчин было 38, женщин 65. В первую группу было включено 53 пациента с рецидивирующим дивертикулитом, которым ранее было проведено консервативное лечение с ликвидацией воспалительных

изменений. Во вторую группу вошло 50 пациентов, перенесших ранее перфорацию дивертикула сигмовидной кишки, с формированием на первом этапе лечения двустольной сигмостомы. Результаты оценивались в сроки не менее года от момента левосторонней гемиколэктомии. В первой группе больных, наблюдались значительно худшие клинические результаты в сравнении с пациентами 2-й группы, перенесшими перфорацию дивертикула. Возникновение периодических болей в животе отмечали соответственно 30,2% и 10% больных ($p<0,01$), чувство вздутия и распирания в животе 26,4% и 8% ($p<0,01$). На периодические упорные запоры предъявляли жалобы 24,5% больных первой группы и 10% пациентов второй группы ($p<0,01$), на диарею соответственно 11,3 и 4% ($p<0,01$). Императивные позывы на дефекацию и периодическое чувство тошноты возникали только у пациентов с рецидивирующим дивертикулитом (9,4% и 15,1%). В этой группе необходимость регулярного приема лекарственных средств для купирования расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта отмечали 12 (22,7%) пациентов, ограничения в диете испытывали 13 (24,5%) больных. При оценке качества жизни, определяемого по опроснику MOS SF-36, показатели шкалы «Физическое функционирование» в первой группе составили 79,3 баллов, во второй 89,1 ($p<0,05$), «Ролевое функционирование» соответственно 75,7 и 90,2 баллов ($p<0,05$), «Телесная боль» 75,6 и 87,2 ($p<0,05$), «Общее здоровье» 77,2 и 86,2 баллов ($p<0,05$). Интегративный показатель, характеризующий физическое благополучие был равен соответственно 76,9 и 88,1 баллам ($p<0,05$). Худшие результаты исследования качества жизни у пациентов с рецидивирующим дивертикулитом были и в шкалах, отражающих психическое благополучие. Показатель шкалы «Социальное функционирование» составил 73,1 баллов в первой группе, во второй 94,3 ($p<0,05$), «Жизнеспособность» соответственно 71,5 и 82,5 баллов ($p<0,05$), «Эмоциональное функционирование» 78,4 и 92,2 ($p<0,05$), «Психическое здоровье» 78,7 и 92,4 баллов ($p<0,05$). Интегративный показатель психического благополучия был равен 75,4 баллам в первой группе и 89,4 во второй ($p<0,05$).

Таким образом отдаленные функциональные результаты планового хирургического лечения больных с рецидивирующим дивертикулитом существенно хуже, чем у пациентов, у которых первым проявлением дивертикулярной болезни являлась перфорация дивертикула. Сохранение после операции гастроинтестинальных расстройств и нарушений психоэмоциональной сферы, и как следствие снижение качества жизни у таких больных, очевидно, связано сочетанием дивертикулярной болезни с синдромом раздраженной толстой кишки, что требует более строгого определения показаний для планового оперативного лечения при невыраженном рецидивирующем дивертикулите.

ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ СТЕПЛЕРНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ

Рутковский Е.А., Якушенко В.К., Чечнев Е.Ю., Морозов А.Е.

Новосибирский центр колопроктологии, МБУЗ ГКБ №11, кафедра хирургии НГУ, Новосибирск, Россия

Степлерные анастомозы, в последние годы, приобрели большую популярность в онкопроктологии. Они применяются при передних резекциях прямой кишки и при операциях по восстановлению непрерывности толстой кишки, после обструктивных резекций прямой кишки; используются как в традиционной, так и в лапароскопической хирургии. За 3 года (2008-2010), нами проведено 116 операций с использованием одноразовых степлеров, при различных операциях на прямой кишке, 69 пациентам выполнены передние резекции прямой кишки по поводу опухолей. У 47 пациентов произведено восстановление непрерывности толстой кишки, после операции типа Гартмана.

Из 116 операций, лишь в 2 случаях мы наблюдали несостоятельность степлерного анастомоза.

Выводы и обсуждение:

1. Диаметр анастомозируемых участков кишки должен быть сопоставим и должен соответствовать диаметру сшивающего аппарата. В идеале, в арсенале хирурга должен быть набор степлеров разных диаметров от 21 мм до 33 мм.
2. Качество любого степлерного анастомоза проверяется интраоперационно по непрерывности «колец анастомоза». При обнаружении разрыва кольца необходим тщательный осмотр, если это возможно, и ушивание «слабого места» ручным способом. При невозможности визуализации дефекта, операцию необходимо закончить выведением превентивной проксимальной двустольной колостомы.
3. Для проверки герметичности анастомоза обязательным условием является (наряду с оценкой колец анастомоза) проведение воздушной пробы.
4. Одним из сложных моментов операции является подготовка дистальной культи к анастомозированию. При колоанальных анастомозах очень выручает применение линейного степлера Proximate TX, который осекает и сразу прошивает культи кишки двухрядным скрепочным швом, культи перфорируется аппаратом и сквозь скрепки накладывается анастомоз. В некоторых случаях эффективным методом является выворачивание культи кишки в анальный канал для наложения кисетного шва. При широкой дистальной культе эффективным бывает ушивание культи наглухо с использованием УКЛ-60, с последующим анастомозированием «конец в бок».

1. При восстановлении непрерывности толстой кишки мы в 70% случаев выполнили анастомозы «конец в бок», что упрощало выполнение операции.

2. Операция всегда завершалась дренированием малого таза трубкой и дозированной дивульсией ануса.

3. Из 69 пациентов, лишь двоим, потребовалось выведение проксимальной колостомы.

4. Сроки закрытия превентивной колостомы варьируют от 2 до 3 месяцев. Закрытие стомы в более поздние сроки часто приводит к стриктурированию анастомоза.

ПРИЧИНЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЛАПАРОТОМИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ

Рычагов Г.П., Барсуков К.Н., Русинович В.М., Стебунов С.С.

Белорусский государственный медицинский университет, 3-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

Послеоперационные осложнения, развивающиеся после операций на ободочной кишке, сопровождаются тяжелым состоянием больного, резко снижают шансы на его выздоровление и сопровождаются высоким уровнем послеоперационной летальности.

Определенные шансы на благополучный исход послеоперационного периода в случае возникновения осложнений предоставляет своевременная релапаротомия с устранением их причины.

Цель: исследовать причины и показания к релапаротомии и результаты ее применения.

Материал и методы: В основу исследования положены результаты хирургического лечения 1972 больных с различной патологией ободочной кишки. Релапаротомия выполнена у 56 (13,3%) пациентов. По экстренным показаниям выполнена операция 83,9%, в плановом порядке – 16,1%. Мужчин и женщин было поровну, их возраст колебался от 20 до 80 лет.

Результаты: Показанием к релапаротомии в 16 (28,6%) были абсцессы брюшной полости, в 16 (28,6%) – несостоятельность анастомозов, в 8 (14,3%) – кишечная непроходимость, в 5 (8,9%) эвентрация. По 2 случая (3,6%) составили непроходимость анастомоза, несостоятельность швов на ране ободочной кишки, некроз колостомы, продолжающийся перитонит, по одному (1,8%) – прямокишечное кровотечение, перфорация острой язвы тонкой кишки, кровотечение в брюшную полость. В 35 (62,5%) послеоперационные осложнения привели к развитию разлитого послеоперационного перитонита. Диагноз послеоперационного перитонита в 63,2% распознавался на 3-6 сутки послеоперационного перитонита. Наиболее часто несостоятельность анастомоза наблюдалась после операций по поводу осложненного рака сигмовидной кишки. Во время релапаротомии основной задачей было устранение причины осложнения и его последствий. Однако в 10 (17,8%) случаях потребовалась повторная релапаротомия. Еще в 3 (5,4%) больных была выполнена третья релапаротомия.

Послеоперационная летальность после релапаротомии отмечена 28,5%.

Заключение: основной причиной релапаротомии у больных, оперированных по поводу патологии ободочной кишки, является несостоятельность швов в зоне сформированных анастомозов, с развитием распространенного или отграниченного (абсцесса) перитонита.

РЕЛАПАРОТОМИЯ В ХИРУРГИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Рычагов Г.П., Барсуков К.Н., Русинович В.М., Стебунов С.С.

Белорусский государственный медицинский университет, 3-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

Операции на ободочной кишке, особенно, предпринятые по экстренным показаниям, представляют собой сложные тяжелые оперативные вмешательства, которые сопровождаются различными послеоперационными осложнениями, требующими в ряде случаев релапаротомии.

Цель: определить частоту релапаротомий и патологические процессы ободочной кишки, при которых развиваются послеоперационные осложнения, требующие повторного оперативного вмешательства.

Материал и методы: С 2003 по 2007 гг. под нашим наблюдением находилось 1972 пациента, оперированных на ободочной кишке. У 56 (3,3%) больных выполнена релапаротомия. Мужчин было 28 (50%), женщин – 28 (50%) в возрасте от 20 до 89 лет, 47 (83,9%) пациентов были оперированы в экстренном, 9 (16%) в плановом порядке.

Результаты: Наиболее частым показанием к первичной операции служил рак сигмовидной кишки, осложненный острой кишечной непроходимостью (399 набл.), прободением опухоли или диастатическим разрывом ободочной кишки (276 набл.). Частота релапаротомии в этих группах выполнена в 3,8 и 2,9% соответственно. На другие локализации опухоли ободочной кишки приходится 12 случаев релапаротомий с частотой релапаротомии от 1,3 до 2,8%. На травму живота и острое нарушение мезентериального кровообращения приходилось 3 (2,6%) и 6 (2,0%) релапаротомий соответственно.

Основным осложнением, потребовавшим релапаротомии, был послеоперационный перитонит – 35 случаев или 62,5%. В 16 (28,6%) случаях причиной релапаротомии явились абсцессы брюшной полости.

Из 304 больных, оперированных в плановом порядке, у которых предпринимались операции закрытия колостомы, релапаротомия потребовалась в 9 (2,9%) случаях.

Повторная релапаротомия была выполнена у 10 больных, или 0,5% ко всем оперированным на ободочной кишке и 17,8% перенесших релапаротомию.

Умерло после релапаротомий 16 пациентов, послеоперационная летальность составила 28,5%. Во всех случаях летальный исход наблюдался после экстренных операций.

Заключение: Частота релапаротомии у больных, оперированных по поводу различной патологии ободочной кишки, выполнена в 3,3% случаев. Наиболее часто потребность в релапаротомии возникла у пациентов, оперированных по экстренным показаниям (83,9%). В 28,5% случаев, перенесших релапаротомии, отмечен летальный исход.

ПРОКТОГЕННЫЙ И КОЛОГЕННЫЙ КОЛОСТАЗ И ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Савченко Ю.П., Бенсман В.М., Сиюхов Ш.Т., Хмелик С.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия.

Цель: Разработать научно обоснованное лечение неаганглионарного колостазов. Известно, что болезнь Гиршпрунга излечивается резекцией аганглиозной прямой кишки. В лечении неаганглионарного колостазов такого единодушия нет. Практикуемая для его лечения обширная резекция ободочной кишки, приводит к положительным результатам не более чем в 30-40% случаев.

Материал и методы: Наблюдали 228 больных неизлечимым неаганглионарным колостазом в возрасте от 38 до 65 лет. Преобладали лица женского пола. Контрольную группу наблюдений составили 105 больных колостазом, развившимся при II типе строения ободочной кишки. Этим больным выполняли обширную левостороннюю гемиколэктомии или субтотальную резекцию ободочной кишки, с формированием колоректального, или асцендосигмоидального анастомоза. Основная группа наблюдений представлена двумя подгруппами. В первую подгруппу включено 69 больных, у которых ректоанальный рефлекс был сохранён или ослаблен. Они имели выраженный второй тип строения ободочной кишки. При прохождении бариевой взвеси по пищеварительному тракту, у них происходила остановка пассажа контраста на уровне многопетлевых изгибов восходящей, нисходящей или сигмовидной кишок. Эти больные отнесены к категории колостазов колостазов и им выполняли хирургическую трансформацию второго типа строения ободочной кишки в первый тип. Избыток ободочной кишки резецировали и формировали колоректальный анастомоз. Во вторую подгруппу основной группы наблюдений вошли 54 пациента с первым или вторым типом строения, у которых при пассаже контрастная масса достигала ректосигмоидного перехода, или заполняла ампулу прямой кишки, однако дефекация не происходила. Кроме того, у больных второй подгруппы имелось извращение ректоанального рефлекса, а при боковой рентгенографии с контрастированием, выявляли мегаректум. Эти больные отнесены к категории проктогенного колостазов, и им производили резекцию прямой кишки, вместе с левой половиной ободочной. Непрерывность восстанавливали путём низведения ободочной кишки в анальный канал, или формировали колоректальный анастомоз по Свенсону. Прямую кишку резецировали разработанным субфасциальным способом (патент РФ № 2217060 от 27.11.2003 г.). Операция заключается в выделении прямой кишки до анального канала только внутри висцерального футляра тазовой фасции, в тонком слое, рыхлой жировой клетчатки и конечных сосудов малого диаметра.

Результаты: В контрольной группе наблюдений положительный результат лечения достигнут только у 38% оперированных больных. В первой и второй подгруппе основной группы наблюдений, положительный непосредственный результат лечения соответственно имели 70% и 78% больных. Умерла одна больная от спаечной кишечной непроходимости. В отдаленные сроки рецидивы заболевания выявлены у 52% пациентов контрольной группы, 22% и 18% больных, соответственно из первой и второй подгрупп основной группы наблюдений.

Выводы: Хронический колостаз неаганглионарного генеза имеет колостазное, либо проктогенное происхождение. Кологенный колостаз является следствием декомпенсации моторики ободочной кишки, второго типа строения. В таких случаях, хирургическая трансформация второго типа строения ободочной кишки в первый, способствует клиническому улучшению. Проктогенный колостаз является результатом приобретённой дистрофии нейроцитов интрамурального ганглионарного сплетения и может быть компенсирован резекцией прямой кишки. Использование для этой цели субфасциального метода резекции прямой кишки даёт лучшие результаты, ибо эта операция выполняется анатомично, с малой кровопотерей и создаёт условия для анастомозирования по Свенсону.

РЕДКОЕ «ИНОРОДНОЕ ТЕЛО» ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА ПОСЛЕ НЕОДНОКРАТНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ

Судинов П.П., Антонов А.В., Гришин В.Н.

Региональная Дирекция медицинского обеспечения на Дальневосточной железной дороге – филиала ОАО «РЖД», НУЗ «Отделенческая больница на станции Тында», Тында, Россия

Инородные тела – предметы или части их, чуждые организму, внедрившиеся через естественные отверстия или путем нарушения покровов тела.

Инородные тела, образующиеся в желудке, называются безоарами, при этом различают трихобезоары (состоящие преимущественно из волос), фитобезоары (из растительных волокон и смолстых веществ), себобезоары (из животного жира), гематобезоары (из сгустков крови). Инородные тела могут долгое время оставаться бессимптомными. В ряде случаев клинические симптомы не характерны, что зависит от количества и вида инородных тел.

Безоары приходится дифференцировать с опухолью желудка. Осложнения (расстройство моторно-эвакуаторной функции желудка, эрозии слизистой оболочки, кровотечения, даже перфорация ее) при проглатывании инородных тел наблюдаются у 15,4% больных (В.З. Маховский, Ю.Б. Кириллов, 1980 г.). При длительно существующих безоарах могут развиться гастрит, анемия, полипы, язвы.

Мелкие инородные тела легко убираются при фиброгастроскопии, более крупные могут быть уменьшены при фиброгастроскопии. Если инородное тело длиной более 7 см и не имеет тенденции к продвижению, необходимо оперативное вмешательство – гастротомия, а при переходе крупного инородного тела в кишечник (появление признаков непроходимости) – энтеротомия и удаление инородного тела.

Мы хотели поделиться редким случаем миграции «инородного тела» после 3-х операций на желудке в отводящей петле гастроэнтероанастомоза с клиникой хронической тонкокишечной непроходимости.

Больной Ю., 49 лет, проживающий в г. Тьнда, с 28.10.2010 года по 9.11.2010 года находился в хирургическом отделении Дорожной клинической больницы ДВЖД г. Хабаровска с диагнозом: «Иородное тело отводящей петли гастроэнтероанастомоза, хроническая тонкокишечная непроходимость. Послеоперационная вентральная грыжа.

Лечение: У больного с 1993 года язвенная болезнь, дважды оперирован по поводу перфоративной язвы, а в 2004 году проведена операция – резекция желудка по Гофмейстер-Финстереру. Жалоб не предъявлял. 3 года назад при профилактической ФГДС находили лигатуры в культи желудка на отводящей петле, а в октябре 2010 года в отводящей петле выявили безоар 5x7 см, удалить эндоскопически невозможно. Кроме этого, у больного образовалась послеоперационная грыжа. 29.10.2010 года проведена операция № 1010 – герниолапаротомия, энтеротомия, удаление инородного тела, резекция петли тонкой кишки, дренирование брюшной полости. При операции выражен спаечный процесс, инфильтрат из петель тонкого кишечника в области мезоколон. Иородное тело удалено из отводящей петли путем энтеротомии. На расстоянии 60 см от гастроэнтероанастомоза в результате рубцовых изменений, деформации проведена резекция петли кишки с анастомозом конец в конец. Получал инфузионную терапию, метрагил, цефтриаксон, кватател. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи поэтапно удалены к 03.11.2010 года, швы сняты на 11-е сутки, заживление первичное. Выписан в удовлетворительном состоянии.

На 40-е сутки больной выписан к труду. Жалоб не предъявляет. Рекомендован перевод на легкий физический труд сроком на 1 месяц. Результат гистологического исследования: плотный конгломерат, состоящий из расслоенных обрывков хирургических ниток и инкрустированных желчных камней. Признаков новообразования нет. Т.е. не исключается самостоятельное «отторжение» шелковых ниток после 3-х операций на желудке с последующим образованием «инородного тела» типа безоара с клиникой хронической ОКН.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ДИВЕРТИКУЛИТА

Тимербулатов В.М., Мехдиев Д.И., Фаязов Р.Р., Багаутдинов Ф.З., Гареев Р.Н.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Заболеваемость дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДБТК) в различных странах достигает 30% от всей популяции. Учитывая рост количества осложненных форм ДБТК, выбор оптимальной лечебной тактики является особенно актуальным.

Цель: Оптимизировать диагностику и выбор лечебной тактики при осложненных формах ДБТК.

Материал и методы: Мы располагаем опытом лечения 2085 больных с ДБТК, поступивших за 15 лет, из них 1210 (58%) поступили с осложненными формами заболевания в экстренном, 875 (42%) в плановом порядке, 1481 (71%) получили консервативное лечение, 604 (29%) были оперированы. Среди больных мужчин было 730 (35%), женщин – 1355 (65%). Наиболее информативными методами исследования при осложненной ДБТК явились рентгенологические, это обзорная R-графия органов брюшной полости (ОБП), компьютерная томография (КТ); эндоскопические (экстренная фиброколоноскопия, лапароскопия); ультразвуковое исследование (УЗИ).

Результаты: У 729 (35%) больных с острым дивертикулитом и 146 больных (7%) с перидивертикулярным инфильтратом проводили консервативное лечение, в 5 (0,2%) случаях выполнили резекцию пораженного участка толстой кишки (ТК) с первичным анастомозом. Наиболее простым методом диагностики инфильтрата явилось УЗИ. У 79 (3,8%) больных с перидивертикулярным абсцессом диагноз подтверждали при помощи УЗИ, КТ. При дооперационном обнаружении забрюшинного абсцесса у 25 (1,2%) больных производили вскрытие, дренирование его внебрюшинным способом с колостомией из минидоступа. При внутрибрюшном абсцессе у 23 (1,1%) больных операцией выбора явилось вскрытие абсцесса с колостомией и дренированием. Внутрибрюшные абсцессы в 31 (1,5%) случаях удаляли единым блоком с первичным анастомозом. Кровотечение, как ведущий симптом ДБТК наблюдали у 180 (8,6%) больных, в диагностике широко использовали возможности экстренной колоноскопии. При безуспешности консервативного гемостатического лечения или при повторных эпизодах кровотечения объем операции колебался от резекции до тотальной колэктомии с наложением первичного анастомоза или с выведением колостомы. Кишечной непроходимостью ДБТК осложнилась у 93 (4,5%) больных, в том числе острой кишечной непроходимостью у 21 (1%) больных. Диагноз уточняли с помощью обзорной R-графии ОБП, УЗИ. В первые часы возникнове-

ния кишечной непроходимости при неэффективности консервативного лечения мы производили резекцию пораженного участка ТК с первичным анастомозом, дренированием брюшной полости, в противном случае выполняли резекцию с колостомией. Основным методом диагностики перфорации дивертикула является обзорная R-графия ОБП. Наш опыт лечения 76 (3,6%) больных с перфоративным дивертикулезом перитонитом показывает, что оптимальным объемом оперативного вмешательства при данном осложнении является экстрериоризация перфорированного отдела ТК кишки с дренированием. При выраженных деструктивных изменениях ТК вокруг перфорированного дивертикула и невозможности выведения этого сегмента на брюшную стенку выполняется обструктивная резекция ТК или операция по типу Гартмана.

Вывод: Комплексная оценка клинических, рентгенологических, эндоскопических данных, данных УЗИ с учетом их информативности и инвазивности по принципу «от простого к сложному» позволяет установить клиническую форму, распространенность осложнения ДБТК и выбрать рациональную лечебную тактику. При абсцедировании, перфорации, массивных кровотечениях показано экстренное оперативное лечение, объем и характер которого зависит от вида и распространенности патологического процесса.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ДОЛИХОКОЛОН

Тимербулатов М.В., Биганяков Р.Я., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В.

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии Башгосмедуниверситета, Городской колопроктологический центр МУГКБ №21, Уфа, Россия

Внедрение лапароскопических вмешательств в лечении толстокишечных колостазов значительно улучшило ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения данного заболевания.

Цель: Определить показания и объем выполнения лапароскопического вмешательства в хирургическом лечении больных с толстокишечным колостазом.

Опыт работы основан на хирургическом лечении 79 больных с толстокишечным колостазом находившихся на стационарном лечении в городском колопроктологическом центре г. Уфы ГКБ №21.

Показания к хирургическому лечению выставляли после проведения тщательного комплексного обследования включающего обзорные клинические методы исследования, фиброколоноскопию, ирриграфию, а также изучение показателей микроциркуляции стенки толстой кишки и электролитный состав крови. При неэффективности проводимого консервативного лечения и наличии у пациента суб- и декомпенсированной формы заболевания выставляли показания к операции.

У всех оперированных больных клиника толстокишечного колостазов сопровождалась выраженными изменениями состояния кишечной стенки и рентгенологической картины, заключающейся в значительном увеличении протяженности и диаметра кишки, потере гаустрации и др. Данные изменения были более выражены в левых отделах толстой кишки.

Стандартным объемом проводимого хирургического вмешательства считали выполнение левосторонней гемиколэктомии. Предпочтение отдавали лапароскопическому методу с формированием экстракорпорального анастомоза (47 больных).

Выполнение субтотальной колэктомии с формированием илеоректоанастомоза, рекомендуемую некоторыми авторами считаем неоправданной. В то же время объем резекции в пределах патологически удлиненной сигмовидной кишки по нашему мнению является недостаточным и приводит к неудовлетворительным отдаленным результатам. Пациентов перенесших хирургическое вмешательство по лапароскопической методике отличало отсутствие выраженного болевого синдрома и гнойных осложнений, ранняя активизация больного и купирование послеоперационного пареза кишечника.

Отдаленные результаты изучены в 58 случаях в сроки до 5 лет. При выполнении лапароскопической левосторонней гемиколэктомии в 91,5% случаев получены отличные и хорошие результаты, тогда как при лапаротомных вмешательствах данные показатели составили только 83%.

Заключение: Показаниями к хирургическому лечению толстокишечных колостазов являются субкомпенсированные и декомпенсированные формы заболевания. Оптимальным объемом резекции толстой кишки является левосторонняя гемиколэктомия, а методом выбора хирургического вмешательства является лапароскопическая методика.

СПОСОБ ВЫПОЛНЕНИЯ КОЛОАНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА

Тотиков В.З., Качмазов А.К., Тотиков З.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

Цель: Снижение количества осложнений после наложения низкого колоректального и колоанального анастомоза и стоимости расходного материала при наложении анастомоза после проведения низкой передней резекции.

Материалы и методы: В клинике разработан и используется новый способ наложения колоанального и низкого колоректального анастомоза при выполнении низких передних резекций в качестве альтернативы

аппаратным анастомозам. Данный способ был использован при лечении 52 больных, в том числе у 44 пациентов после низкой передней резекции по поводу рака прямой кишки, у 3 больных после резекции ранее наложенного и осложненного свищами или стриктурой низкого колоректального анастомоза, у 3 больных по поводу отнесренных ранений прямой кишки и у 2 пациентов с гигоганглиозом прямой кишки, осложненным мегаколон. Данный способ у 12 пациентов выполнен под прикрытием проксимальной трансверзостомы.

Способ осуществляется следующим образом: после произведения лапаротомии, ревизи, мобилизации, резекции дистальных отделов толстой кишки на уровне фасции леваторов, на дистальной культе циркулярно отпрепаровывают слизистую до 1,5 см и иссекают. После чего, в проксимальную культю вводят предварительно простерилизовав в хлоргексидиновом растворе устройство, имеющее два канала – один канал с клапаном для подачи воздуха в резервуар, и другой для отведения из просвета кишки содержимого, диаметр дренажной трубки 1,5 см, фиксируют его с помощью серозно-мышечного кисетного шва ниже раздутого до диаметра кишки резервуара, находящегося в начальном отделе трубки. Затем, на проксимальную культю циркулярно на встречу, друг другу накладывают серозно-мышечные швы на уровне максимального диаметра резервуара, этими же швами прошивают дистальную культю через демукколизированную поверхность и все слои с захватом фасции леваторов. Дистальный конец трубки, выведенный через анальный канал подтягивают, а шелковые лигатуры затягивают, проксимальную культю толстой кишки низводят к дистальной и швы завязывают. Размеры баллончика уменьшают до таких объемов, чтобы не оказывать давление на кишечную стенку на уровне шва. Трубку подтягивают до соприкосновения серозной оболочки низведенной кишки с демукколизированной поверхностью дистальной культи с помощью резиновой пластины, устанавливаемой на выходе из ануса и производят фиксацию.

Результаты: В послеоперационном периоде у 3 (5,8%) пациентов сформировалась частичная несостоятельность анастомоза, у двух это не потребовало дополнительного хирургического лечения. У третьей пациентки потребовалась хирургическая коррекция свища. При этом затраты на лечение при использовании нового способа нам удалось снизить в среднем на 30000 рублей в расчете на одного больного.

Выводы: Предложенный способ наложения колоанального и низкого колоректального анастомоза при выполнении низкой передней резекции прямой кишки является альтернативой аппаратным анастомозам, при этом не увеличивается количество несостоятельств анастомоза и снижаются затраты на лечение больных.

НАРУШЕНИЕ ЦИРКАДИАННОГО РИТМА ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА КАК ФАКТОР РИСКА КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Шемеровский К.А., Овсянников В.И.

НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Регулярность циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника является одним из фундаментальных маркеров здоровья человека, поскольку в околосуточном ритме функционируют как центральная нервная система (цикл сон-бодрствование), так и пищеварительная система (цикл дневного питания и ночного физиологического голодания).

Цель: изучить роль замедления циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника (брадиэнтерия – от гр. bradys – медленный, enteron – кишки) в возникновении колоректальной патологии (геморрой, язвенный колит, дивертикулез, колоректальный рак).

Материалы и методы: Обследовано более 2500 лиц, считающих себя здоровыми, а также пациентов, страдающих геморроем, язвенным колитом, дивертикулезом и колоректальным раком. Использован метод «Хроноэнтерография», тест «Психоневрологическая адаптация» и тест «Качество здоровья». Эуэнтерия (от гр. eu – хорошо, enteron – кишки) была диагностирована по трем признакам: регулярность частоты стула (не менее 7 раз в неделю), утренняя акрофаза дефекации (от пробуждения до полудня) и высокий уровень теста САИ (Самочувствие, Активность, Настроение). Выделяли три стадии тяжести брадиэнтерии. Первая стадия (легкая) – при частоте стула 5-6 раз в неделю, вторая (умеренная) – при частоте стула 3-4 раза в неделю и третья стадия (тяжелая) – при частоте стула 1-2 раза в неделю.

Результаты: Брадиэнтерия I и II стадии диагностирована у 90% больных геморроем, семейная предрасположенность – у 39%, злоупотребление алкоголем – у 20%, нерегулярное питание – у 9% этих пациентов. Следовательно, брадиэнтерия является наиболее частым (ключевым) фактором риска геморроя. Среди больных неспецифическим язвенным колитом (НЯК) брадиэнтерия (со злоупотреблением слабительными) выявлена у 100% пациентов, 92% из них злоупотребляли антибиотиками, 31% – имел семейную предрасположенность к колиту, а у 15% – обострение колита провоцировал стресс. Следовательно, брадиэнтерия является наиболее частым (ключевым) фактором риска НЯК. Среди пациентов с дивертикулярной болезнью (соотношение мужчин и женщин было 4:3, средний возраст 66 лет) наследственная предрасположенность к колоректальной патологии имела место у 14% больных, прием слабительных – у 42%, а брадиэнтерия – у 57% пациентов. Следовательно, брадиэнтерия при дивертикулезе встречалась в 4 раза чаще, чем наследственная предрасположенность. Максимальный риск возникновения брадиэнтерии II стадии тяжести приходился на возраст от 40 до 49 лет, а максимальная встречаемость колоректального рака – на период от 70 до 79 лет (5% больных – II стадия рака, 95% больных – III и IV стадии). Тот факт, что максимум брадиэнтерии наблюдается на 20-30 лет раньше,

чем максимум рака толстой кишки, свидетельствует об инициирующей роли брадиэнтерии в качестве фактора риска колоректального рака. Замедление циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника в виде брадиэнтерии было связано с учащенной встречаемостью таких показателей нервно-психической дезадаптации как повышенная раздражительность, необоснованные страхи, учащенное сердцебиение, ощущение «комка» в горле.

Выводы:

1. Брадиэнтерия (замедление циркадианного ритма дефекации) является ранним доминирующим фактором риска основных видов колоректальной патологии.
2. Брадиэнтерия характерна для большинства (90%) больных геморроем.
3. Брадиэнтерия предшествовала возникновению язвенного колита практически у всех (100%) обследованных пациентов с неспецифическим язвенным колитом.
4. Брадиэнтерия возникает в молодом возрасте и достигает максимума (в возрасте 40-49 лет) в среднем на 20-30 раньше выявления колоректального рака.
5. Целенаправленный скрининг брадиэнтерии с последующим восстановлением эуэнтерии может способствовать профилактике колоректальной патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОСТАЗА

Шин И.П., Павленко В.В., Птахин А.В., Гзоян А.А.

Межтерриториальное колопроктологическое отделение на базе областного клинического госпиталя ветеранов войн, Кемерово, Россия

Актуальность проблемы хирургического лечения колостазов обусловлена увеличением количества людей страдающих хроническими запорами и неудовлетворительными результатами оперативных вмешательств на толстой кишке. В настоящее время около трети взрослого населения страдает хроническими запорами. Результаты хирургического лечения не всегда приносят удовлетворение больным и соответственно хирургам.

Цель: Оценить результаты хирургического лечения колостазов.

Материал и методы: В межтерриториальном колопроктологическом отделении г. Кемерово за период с 2009 до 2010 гг. было прооперировано 14 больных с колостазом. Женщин было 13 (92,8%), мужчин – 1 (7,2%). Возраст больных варьировал от 17 до 73 лет. Всем больным выполнен комплекс диагностических мероприятий: колоноскопия, ирригоскопия, УЗИ органов брюшной полости и малого таза. У всех больных было выявлено патологическое увеличение толстой кишки, колонтоз, избыточная подвижность слепой и восходящей кишок, резкое замедление эвакуации. Показанием к оперативному лечению послужили следующие критерии: органические изменения толстой кишки, отсутствие положительного эффекта от консервативной терапии в течение 12 месяцев, нарастание клинических проявлений на фоне лечения. Больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 8 (57,2%) больных: резекция сигмы – 3, левосторонняя гемиколэктомия – 5. Вторую группу вошли больные, которым была выполнена субтотальная колэктомия с формированием асцендоректоанастомоза – 6 (42,8%). Больным до начала операции проводилась антибиотикопрофилактика внутривенным введением цефалоспоринов 1-2 поколения. Во всех случаях наложение анастомоза было «конец в конец». В 4 случаях анастомоз формировали с помощью механического шва, в 10 случаях накладывали ручной двухрядный шов (монокрил).

Результаты: Осложнений и летальных исходов не было. В первой группе сохранились запоры и больные продолжали принимать слабительные препараты. Во второй группе стул нормализовался через 2 месяца (1-2 раза в день), хотя потребовалось назначение полиферментов, пре- и эубиотиков, масляных слабительных.

Выводы: 1. Хирургическое лечение колостазов необходимо проводить только после комплексного обследования и консервативного лечения в условиях колопроктологического или гастроэнтерологического стационара.

2. Наилучший результат хирургической коррекции колостазов получен при субтотальной колэктомии.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ БРЮШНО-АНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ С НИЗВЕДЕНИЕМ

Яновой В.В., Аникин С.В., Доровских Ю.В., Симоненко А.А., Орлов С.В.

Амурская государственная медицинская академия, Амурский центр колопроктологии, Благовещенск, Россия.

Брюшно-анальная резекция прямой кишки (БАР) в последние годы становится все менее востребованным хирургическим вмешательством. Если в середине 80х годов прошлого века среди сфинктеросохраняющих операций в специализированных отделениях ее удельный вес составлял 70%, то в настоящее время в два раза меньше. Однако частота локализации рака прямой кишки в различных ее отделах не изменилась. В классическом представлении операция сложна. В ходе ее только в 30-35%, в силу ангиоархитектоники, можно использовать сигмовидную кишку для низведения, а в большинстве требуется различной степени сложности колопластика. Причем в том понимании как ее представляли академики В.Д. Федоров и Г.И. Воробьев – мобилизация и перемещение выше лежащих отделов ободочной кишки с целью замещения утраченных

(1986). Это не закрытие колостомы, как утверждают ряд хирургов, и она не завершается сигмоидальным анастомозом. Следующим, не менее ответственным и сложным этапом данной операции, является формирование колоанального анастомоза. Предложено более 10 технических вариантов его исполнения. Появление около 20 лет назад сшивающих циркулярных аппаратов облегчило технические условия для хирургов при наложении низких кишечных соустьев. Одновременно стала усиливаться научная база, в основе которой стремление обосновать расположение дистальной линии пересечения кишки максимально близко к опухоли, что дает основание воспользоваться циркулярным степлером. До настоящего времени остается спорным вопрос относительно выбора онкологически оправданного уровня дистального пересечения кишки, оптимальный, по данным многих авторов, 2-5 см от опухоли. Отсутствие определенного мнения основанного на том, что большинство исследований не учитывают в комплексе онкозначимые факторы, о чем настаивал классик онкопроктологии – С.А. Холдин (1977г.).

Анализ результатов использования циркулярных степлеров, ведущих клиник страны, при низких анастомозах, свидетельствует о том, что несостоятельность его составляет более 9%, имеются симптомы нарушения эвакуации кишечного содержимого. Последние проявляются известным синдромом «низкой резекции». Все это связано с особенностями кровоснабжения дистального отдела прямой кишки, течением репаративного процесса и факторами на них влияющими в зоне анастомоза, утратой основных функций прямой кишки. Большинство хирургов обоснованно считают, что чем ниже аппаратный анастомоз относительно сфинктера – хуже его прогноз.

Мы полагаем, что БАР, пусть в меньшем проценте, чем ранее, но должна быть в арсенале хирургов, целесообразно улучшить ее функциональные результаты.

Нами разработан способ, сочетающий в себе преимущества илео и колопластики (патент № 2408295). В основе его использование реверсированного илеосцендоцекального комплекса для замещения части левой половины ободочной и прямой кишки. Мобильная тонкая кишка замещает часть ободочной, а емкая восходящая и слепая – прямую кишку. Оперировано 19 пациентов, наблюдение более 2-х лет. Функциональные результаты вполне удовлетворительные и хорошие. Преимущества операции достигаются отсутствием необходимости мобилизации левой половины ободочной кишки, восстанавливается резервуарная функция «неоректума» без дополнительной реконструкции низведенной кишки, устраняется возможность рефлюкса содержимого кишки из «неоректума». Таким образом, данный вариант операций может быть включен в перечень оперативных вмешательств при дистальном раке прямой кишки.

ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОТВЕДЕНИЯ ПЕТЕЛЬ ТОНКОЙ КИШКИ

Яргуни С.А., Павленко С.Г., Уваров И.Б.

Краснодарский краевой клинический онкологический диспансер, Краснодар, Россия.

В ходе операции рука ассистента, удерживающая петли тонкой кишки занимает определенный объем брюшной полости и сокращает угол обзора для оперирующего хирурга, создавая для него неудобства. Кроме того, петли тонкой кишки постоянно выскальзывают из-под рук ассистента, и на коррекцию доступа уходит драгоценное время.

Цель: обеспечение оптимального операционного доступа к органам забрюшинного пространства

Задачи: высвобождение рук ассистента на всех этапах доступа; создание удобств и сокращение времени работы на органах забрюшинного пространства; профилактика ранения петель тонкой кишки при работе на органах забрюшинного пространства.

Материал и методы: использован опыт применения инструмента в клинических условиях более чем на 2060 операциях в 5 клиниках Краснодарского края и Кабардино-Балкарской республики.

Результаты: нами разработан инструмент для облегчения доступа к органам забрюшинного пространства, с помощью которого во многом решается задача адекватного доступа. Для изоляции кишечника используем инструмент, выполненный из нержавеющей стали в форме пластины, имеющей держатель и заодно с ним – рабочую, моделируемую под углом плоскость, которая с внешней стороны заовалена, который крепится цапками к обкладочным простыням.

Выводы: применение созданного нами инструмента позволяет обеспечить оптимальный операционный доступ к органам забрюшинного пространства; высвобождает руки ассистента на всех этапах доступа; создает удобства и на 15% сокращает время работы на органах забрюшинного пространства; ранения петель тонкой кишки при работе на органах забрюшинного пространства не наблюдалось.

ГЛАВА 5. МАЛОИНВАЗИВНАЯ КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Ачкасов С.И., Жученко А.П., Москалёв А.И., Алёшин Д.В.
ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздрава России, Москва, Россия

Цель: изучение результатов применения лапароскопического метода в хирургическом лечении дивертикулярной болезни.

Пациенты и методы: лапароскопически-ассистированные операции по поводу хронических воспалительных осложнений были выполнены 40 пациентам в период 2007-2010 гг. Мужчин было 15 (37,5%), женщин – 25 (62,5%), возраст больных 24-79 (52,7±8,2) лет. Хронический дивертикулит имел место у 13 (32,5%) больных, хронический паракишечный инфильтрат – у 21 (52,5%), сигмо-везикальный свищ – у 3 (7,5%), сигмо-вагинальный свищ – у 2 (5,0%), стеноз сигмовидной кишки – у 1 (2,5%).

Результаты: резекция сигмовидной кишки выполнена 8 (20,0%) пациентам, сигмоидэктомия – 21 (52,5%), резекция левых отделов ободочной кишки – 4 (10,0%), левосторонняя гемиколоэктомия – 7 (17,5%). Ручной способ формирования толстокишечного анастомоза был использован у 23 (57,5%) больных, аппаратный – у 17 (42,5%). Превентивная илеостома была сформирована 2 (5,7%) пациентам, продолжительность вмешательства при операциях по поводу хронических осложнений составила в среднем 193,6 минут, кровопотеря – 202,7±46,4 мл. Осложнения имели место у 3 (7,5%) пациентов: у 1 (2,5%) – краевое повреждение левого мочеточника, потребовавшее релапаротомии на 4-е сутки после операции, у 1 (2,5%) – анастомозит, у 1 (2,5%) – нагноение послеоперационной раны. Первый стул в обеих группах был в среднем через 46 (24-60) часов после операции. Установлено, что существует достоверная связь между распространённостью воспалительного процесса и длительностью оперативного вмешательства (при продолжительности воспалительных изменений ≥ 7 см – 177,8±37,9 мин; при < 7 см – 241,9±32,6 мин, $p=0,03$). Также установлено достоверное уменьшение продолжительности операций по мере накопления опыта (в среднем 233,6 мин. в 2007 г. и 144,1 мин. в 2010 г.; $p<0,0001$).

Выводы: лапароскопически-ассистированные вмешательства при дивертикулярной болезни сопровождаются низким уровнем осложнений, их продолжительность зависит от выраженности воспалительного процесса в полости малого таза и достоверно уменьшается по мере накопления опыта.

СЕВОРАН, КАК КОМПОНЕНТ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Балыкова Е.В., Хачатурова Э.А., Селова Г.Н., Савушкин А.В.
ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздрава России, Москва, Россия

Цель: оптимизация и разработка эффективного метода обезболивания при лапароскопических операциях у пожилых больных раком толстой кишки.

Материалы и методы: проспективное исследование проведено у 54 больных раком толстой кишки. Были обследованы 17 мужчин и 37 женщин. По видам анестезии было выделено 3 группы больных:

В 1 группе ($n=20$) операция проводилась в условиях тотальной внутривенной анестезии фентанилом и пропофолом в условиях миоплегии и ИВЛ (ТВА); средний возраст 69±5,7 лет.

Во 2 группе ($n=20$) оперативное вмешательство выполнялось под сочетанной эпидуральной анестезией с внутривенным потенцированием в условиях миоплегии и ИВЛ (СЭВА); средний возраст 68,25±5,1 лет.

В 3 группе ($n=14$) операции выполнялись в условиях сочетанной эпидуральной анестезии с ингаляционным потенцированием севораном в условиях миоплегии и ИВЛ (СЭИА); средний возраст 68,28±5,9 лет.

Результаты: в 1 группе (ТВА) гемодинамика имела гипердинамическую направленность. После инсuffляции углекислого газа началось расти периферическое сопротивление (2462 дин сек/см-5), достигая максимума к 4 этапу (2702 дин сек/см-5), повышалось артериальное давление (148±14 мм рт. ст.), увеличивалась ЧСС. Происходило снижение разовой (УИ на 3 этапе 24±7,67 мл/м²) и минутной производительности сердца (СИ 1,64±0,53 л/мин/м²). Далее, на этапе ревизии и мобилизации кишки, как следствие компенсаторных изменений в сердечно-сосудистой системе в ответ на снижение перфузии органов, так и вследствие фармакологического воздействия, направленного на снижение периферического сосудистого тонуса, наблюдается увеличение сердечного выброса. К концу операции после десuffляции происходит возвращение показателей к исходному уровню.

Во 2 группе (СЭВА) показатели ЦГД приближаются к нормальным значениям в результате сегментарной симпатической блокады, вызванной эпидуральным введением анестетиков происходит снижение периферического сопротивления (2046 дин сек/см-5) и давления. Но уже на этапе карбоксиневроперитонеума ОПСС вновь начинает расти (2196 дин сек/см-5), но его значения ниже, чем у больных 1 группы (2462 дин сек/см-5). Здесь проявляет свое положительное действие эпидуральная анестезия.

В 3 группе (СЭИА) Отмечалась стабильность гемодинамики. Направленность гемодинамического профиля идентична СЭВА. Но, при этом виде анестезии симпатическая блокада, обусловленная взаимопотенцирующим действием севорана и эпидуральным блоком. Но, при этом виде анестезии отмечается более стойкая гипотония. По данным нашего исследования данный эффект может быть связан с концентрацией подаваемого севорана и скоростью местного анестетика.

Выводы:

1. При проведении лапароскопических операций, как показали наши исследования, предпочтение следует отдавать сочетанным видам анестезии, при которых снижается риск неблагоприятных изменений гемодинамики, что позволяет нивелировать отрицательные эффекты карбоксингемоперитонеума.
2. С целью стабилизации гемодинамики разрабатывается методика сочетанной эпидуральной анестезии с ингаляционным потенцированием севорана, при которой предлагается снизить концентрацию ингаляционного анестетика, а дробное введение нарпегина в эпидуральное пространство следует заменить на постоянную его инфузию.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РАННИХ ФОРМ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Васильев С.В., Щетинин В.Н., Григорян В.В., Клименко А.Н., Седнев А.В., Кудреватых С.С.

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

Во многих индустриально развитых странах рак толстой кишки занимает по частоте одно из ведущих мест среди всех злокачественных новообразований. Совершенствование методов ранней диагностики и малоинвазивного лечения предраковых заболеваний и начальных форм рака толстой кишки – одно из перспективных направлений в улучшении результатов лечения этой категории больных.

Цель: определение возможностей и места эндоскопических методов в хирургическом лечении ранних форм рака толстой кишки.

Пациенты и методы: В городском колопроктологическом центре Санкт-Петербурга в период с 2006 по 2009 г. различные эндоскопические операции по поводу новообразований толстой кишки были выполнены у 950 пациентов. При гистологическом исследовании удаленных опухолей злокачественный характер последних был установлен у 75 больных. В абсолютном большинстве случаев (90%) у данной категории больных проводилась эндоскопическая петлевая электроэксцизия малигнизированных полипов ободочной и прямой кишок через фиброколоноскоп. У 20 пациентов при наличии в прямой кишке новообразования размерами более 3 см, а также при наличии признаков инвазии опухоли в подслизистый слой, после предоперационного стадирования опухоли выполнялось ее ТЭМ-иссечение.

Результаты: Всем пациентам после удаления опухолей проводился стандартный мониторинг, включавший регулярные эндоскопические осмотры и исследование онкомаркеров. Рецидив заболевания после эндоскопической электроэксцизии малигнизированных полипов был диагностирован у 3 (4%) больных. Все они были оперированы радикально, и при последующем наблюдении признаков возвращения болезни отмечено не было. Количество послеоперационных осложнений после эндоскопических вмешательств составило 2,6%.

Выводы: Различные методы эндоскопического удаления злокачественных опухолей толстой кишки, локализующихся в пределах слизистого и подслизистого слоев, представляются нам вполне приемлемыми в плане онкологической радикальности при условии адекватного предоперационного стадирования болезни. Данные методы малотравматичны и сопровождаются незначительным числом послеоперационных осложнений, однако требуют серьезного опыта эндоскопических хирургов и использования современного дорогостоящего оборудования. Возможность развития осложнений при эндоскопических резекциях диктует необходимость осуществления подобных вмешательств в специализированных стационарах, где есть возможность в любой момент времени выполнить традиционную операцию.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Джимбеев В.Л., Бадма-Горяев Л.А.

ГУ «Республиканская больница им. П.П.Жемчуга», Элиста, Россия.

Цель: оценить результаты альтернативных хирургических методов лечения рака прямой кишки у лиц пожилого и старческого возраста с отягощенным соматическим статусом.

Материал и методы: в исследование включены 41 больной, возраст которых варьировал от 60 до 87 лет. Основным препятствием для проведения радикальных операций являлись такие сопутствующие заболевания, как сахарный диабет в стадии декомпенсации, сердечно-сосудистая недостаточность после перенесенного инфаркта миокарда, ОНМК и его последствия, обструктивный бронхит, сопровождающийся дыхательной недостаточностью и др. (ключевые слова: рак прямой кишки, малоинвазивные операции)

Критерием выбора малоинвазивной хирургии являлась следующая характеристика опухолевого процесса:

- Локализация опухоли в нижнеампулярном и среднеампулярном отделе прямой кишки;

- Небольшой размер (не более 5 см в наибольшем измерении);

- Отсутствие инфильтрации и прорастания в зоне основания опухоли.

Результаты: Большую часть (34 чел.) составили больные с установленным раком (у 19 чел.) и у 15 больных аденокарцинома выявлена в ворсинчатой опухоли (13 чел.) и крупных полипах (2), после их удаления. 19 больным произведена трансанальная резекция опухоли. При диспансерном наблюдении у 1 больного через 1,5 мес. выявлен рецидив опухолевого процесса. Проведенная комбинированная терапия (ХТ, ДЛТ) стабилизировала процесс. У 1 больного рецидив процесса небольших размеров был ликвидирован повторными электрокоагуляциями. В дальнейшем признаков рецидива у этого больного не отмечалось. У остальных 14 больных контрольное обследование через 3, 6, 8 месяцев, 1 год, 1,5 и 2 года рецидива не выявилось.

15 больным произведено эндоскопическое удаление с последующей повторной коагуляцией ложа удаленной опухоли. Число таких операций колебалось от 5 до 12. При наблюдении в сроке от 6 месяцев до 3, 4, 5 лет рецидива процесса не выявлено.

В данное исследование включены также 7 больных с местнораспространенным раком нижне-ампулярного отдела и анального канала, у которых на первом этапе наложена сигмо-стома. После проведения ДЛТ у них была отмечена заметная регрессия опухоли с увеличением смещаемости основания. Это позволило у 6 больных выполнить промежуточную ампуляцию прямой кишки, а у 1 больной с регрессией плоскоклеточного рака (примерно на 70%) – трансанальную резекцию опухоли с последующим восстановлением естественного пассажа. При динамическом наблюдении в сроки от 2 до 5 лет рецидива онкопроцесса нет. Одна больная умерла от инфаркта миокарда.

Выводы: При тщательном динамическом наблюдении малоинвазивные операции расширяют диапазон излеченности при раке прямой кишки у больных с тяжелой сопутствующей патологией.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Дмитриченко В.В., Царегородцев А.Е., Ушкац А.К., Непомнящая С.Л.

ФГУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова», Санкт-Петербургский клинический комплекс, Санкт-Петербург, Россия

В нашем центре эндовидеохирургические операции на толстой и прямой кишке начали выполняться с 2009 г. Техническими условиями для выполнения этих вмешательств стало приобретение эндовидеохирургических комплексов с жидкокристаллическими экранами и освоение биоплярной коагуляции «LigaSure». Данные технологии позволяют добиваться надежного гемостаза и производить диссекцию тканей максимально атравматично при хорошей визуализации производимых действий.

За период 2009-2011 гг. выполнено 12 видеоассистированных резекций толстой кишки. Вмешательства в большинстве случаев выполнялись как лапароскопически ассистированные (препарат удалялся из минидоступа), за исключением низкой передней резекции прямой кишки, когда препарат был удален через культю прямой кишки.

Среди выполненных оперативных вмешательств была 1 правосторонняя гемиколэктомия, 1 левосторонняя гемиколэктомия, 4 резекции сигмовидной кишки, 4 передние резекции прямой кишки и 2 экстирпации прямой кишки.

Левосторонняя гемиколэктомия была выполнена по поводу дивертикулярной болезни, одна резекция сигмовидной кишки – по поводу долихо-сигмы. Остальные 10 операций произведены по поводу аденокарцинома толстой кишки с различными стадиями процесса.

Все операции по поводу онкологической патологии выполнены с соблюдением принципов абластики – операции начинались с выделения и пересечения питающих резецируемые участки сосудов с дальнейшей лимфодиссекцией в стандартных объемах.

Толстая кишка пересекалась по аборальной линии резекции линейным сшивающим аппаратом «ENDO GIA UNIVERSAL» (за исключением случаев удаления препарата через культю прямой кишки). После удаления препарата через минилапаротомический доступ в оральную культю помещалась головка циркулярного сшивающего аппарата и через линию швов отводящей культы формировался анастомоз «конец-в-конец». Исключением был случай наложения анастомоза «конец-в-бок» при произведенной резекции сразу над ректосигмоидным изгибом. Отмечены два осложнения, которые привели к повторным вмешательствам:

- заворот тонкой кишки вокруг большого сальника, фиксированного сращениями к передней брюшной стенке;

- некроз трансплантата сигмовидной кишки при передней резекции прямой кишки.

Развитие обоих осложнений произошло на этапах освоения метода. Обобщая пока небольшой накопленный опыт видеоассистированных оперативных вмешательств на толстой кишке, мы отмечаем их явные преимущества лапароскопических операций перед операциями, выполненными лапаротомным доступом:

1. Невыраженный послеоперационный болевой синдром, более раннее восстановление перистальтики и функции кишечника, ранняя активация больного.

2. Сокращение сроков госпитализации до 5-7 дней.

3. Уменьшение объема интраоперационной кровопотери и отсутствие необходимости выполнения гемотрансфузий (средняя кровопотеря составила 200-300 мл).

4. Видеоассистенция позволяет хорошо визуализировать и прецизионно выполнить лимфодиссекцию в полости малого таза.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОКТОКОЛЕКТОМИЯ, ТРАНСАНАЛЬНАЯ МУКОЗЭКТОМИЯ С ФОРМИРОВАНИЕМ ВНУТРИТАЗОВОГО ТОНКОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА У 47 БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И СЕМЕЙНЫМ АДЕНОМАТОЗНЫМ ПОЛИПОЗОМ

Кучер М.Д., Криворук М.И.

Кафедра хирургии №1 Национального медицинского университета имени А.А.Богомольца, Национальный центр колопроктологии, Киев, Украина

В плановом хирургическом лечении больных язвенным колитом (ЯК) и семейным аденоматозным полипозом (САП) объем вмешательства включает тотальную проктоколектомию в сочетании с одно- или двухмоментной реконструктивно-восстановительной операцией – созданием внутритазового тонкокишечного резервуара, илео-(резервуарно) анального анастомоза с или без формирования временной отводящей двухствольной илеостомы.

Цель: оценить ближайшие послеоперационные и отдаленные функциональные результаты у больных, перенесших тотальную проктоколектомию лапароскопическим способом с одно- и двухмоментным выполнением восстановительного этапа операции.

Пациенты и методы: За период 1999-2010 гг. прооперировано лапароскопическим способом 47 больных (23 мужчины и 24 женщины). Средний возраст – 35 лет (от 19 до 54 лет). У 33-х пациентов был ЯК, у 14-и – САП. Первичная реконструктивно-восстановительная проктоколектомия с формированием тазового тонкокишечного резервуара была выполнена у 21 больного (8 – ЯК, 13 – САП); тотальная колектомия с низкой передней резекцией прямой кишки и формированием терминальной илеостомы – у 26 больных; восстановительная операция вторым этапом – у 8 пациентов (7 – ЯК, 1 – САП). Тонкокишечные резервуары имели J-образную форму (23 больных) и S-образную форму (6 больных). Трансанальная мукозэктомия с последующим формированием ручным способом илео-(резервуарно) анального анастомоза была использована у 18 больных, низкий (наданальный) двойной степлерный илео-(резервуарно) ректальный анастомоз – у 11 пациентов. Практически во всех случаях (96,5%) формирования илео-анального/ ректального анастомозов использовали временную отводящую двухствольную илеостому. Функциональные результаты оценивали через 6 и 12 месяцев после закрытия илеостомы.

Результаты: Конверсия к лапаротомии имела место в 2-х (4,3%) случаях. Послеоперационной летальности не было. Ранние серьезные хирургические осложнения отмечены у 7 (15,2%) больных: газовый абсцесс (3), недостаточность илео-ректального анастомоза (1), послеоперационный илеус (2), наружная (на промежность) фистула резервуара. Частота дефекаций через 6 и 12 месяцев после закрытия илеостомы была соответственно, $6,8 \pm 1,8$ и $6,6 \pm 1,9$ раз в сутки. Ночное анальное недержание имело место в 4-х (13,8%) случаях. Тоническое усилие анального сфинктера – 40 ± 6 мм рт. ст. Максимальное волевое усилие – $110 \pm 11,2$ мм рт. ст. Ректоанальный ингибиторный рефлекс отсутствовал у всех пациентов. Максимальная функциональная емкость тонкокишечного резервуара постепенно увеличивалась после операции и через 12 месяцев составляла 280 ± 23 мл.

Выводы: Лапароскопический способ оперирования – достаточно надежный и эффективный способ выполнения как первично-восстановительной проктоколектомии, так и двухэтапного хирургического лечения больных ЯК и САП, причем выполнение второго (восстановительного) этапа операции после лапароскопической колектомии представляется технически удобным вследствие минимального спаечного процесса в брюшной полости. Функциональные результаты зависят от полноты сохранения тонического и волевого усилия анального сфинктера, максимальной функциональной емкости тонкокишечного резервуара и не зависят ни от формы резервуара, ни от способа выполнения резервуарно-анального/ректального анастомоза.

ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Оскретков В.И.¹, Климов А.Г.², Ганков В.А.¹, Гурьянов А.А.¹

¹ Кафедра общей хирургии ГОУ ВПО АГМУ,

² МУЗ «Городская больница № 12» Барнаул, Россия

В клинике общей хирургии АГМУ оперировано 29 больных аденокарциномой ободочной кишки, которым были выполнены различные варианты видеоассистированных операций. Возраст пациентов составлял от 41 года до 83 лет (средний возраст $64,7 \pm 1,9$ лет). Соотношение мужчин и женщин было почти равное (16 чел. и 13 чел.). У большинства больных ($68,9 \pm 1,7\%$, 20 чел.) опухоль располагалась в правой половине ободочной кишки. Преимущественно у пациентов ($89,6 \pm 1,1\%$, 26 чел.) была аденокарцинома различной степени дифференцирования третьей стадии заболевания (Т3-4, N0-2, M0). Основное число пациентов ($58,6 \pm 1,8\%$, 17 чел.) поступило в хирургическое отделение по экстренной показанием с клиникой частичной обтурационной толстокишечной непроходимости.

Из 29 больных с аденокарциномой ободочной кишки радикальная операция была выполнена у большинства пациентов (26 чел.), симптоматическая операция – у трех человек. Из радикальных операций в зависимости от локализации опухолевого процесса производилась право- или левосторонняя гемиколэктомия, резекция поперечно-ободочной кишки. Преимущественно операция завершалась формированием межкишечного анастомоза. Лишь у 2 больных из-за несоответствия диаметра приводящего и отводящего отделов кишки на фоне обтурационной кишечной непроходимости, была выполнена операция типа Гартмана. У 3 больных с диссеминированным опухолевым процессом была сформирована колостома из мини-лапаротомного доступа.

Техника операции заключалась в следующем: через три 10мм и два 5мм порта, производилась видеолапароскопия, во время которой определялось распространение опухолевого процесса. При возможности выполнения радикальной операции рассеклась париетальная брюшина у корня брыжейки ободочной кишки, производилась диссекция и клипирование магистральных сосудов соответствующего отдела ободочной кишки и их основания. Мобилизация участка толстой, а при правосторонней гемиколэктомии и терминального отдела тонкой кишки в пределах предполагаемой зоны резекции, производилось прецизионно по межфасциальным пространствам. Резекция мобилизованной кишки и наложение межкишечного соустья выполнялись за пределами брюшной полости с использованием аппаратного или ручного швов из поперечного или срединного мини-лапаротомного доступа в мезогастргии, соответствующего по длине размерам удаляемой опухоли. Длина кожного разреза составляла от 6 см до 11 см. Средняя продолжительность правосторонней гемиколэктомии была $177,8 \pm 5,1$ минута. Интраоперационных осложнений не было. Осложнения в раннем послеоперационном периоде (анастомозит, несостоятельность коло-колоанастомоза) возникли у двух человек ($6,9 \pm 1,0\%$). Анастомозит развился у пациента после видеоассистированной резекции поперечно-ободочной кишки с формированием аппаратного коло-колоанастомоза. Возникшие у этого больного явления частичной толстокишечной непроходимости были купированы путем пневмомассажной анастомоза фиброколоноскопом. У пациента после несостоятельности межкишечного соустья сформировался трубчатый каловый свищ, который закрылся самостоятельно. Летальных исходов не было. Длительность послеоперационного пребывания пациентов в стационаре колебалась от 7 до 13 дней. Средний послеоперационный койко/день составил $9,4 \pm 0,35$ дня.

Таким образом, видеоассистированные операции при злокачественных опухолях ободочной кишки позволяют выполнить тот же объем оперативных вмешательств, что и при традиционном лапаротомном доступе.

СЕМИЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Поддубный И.В., Козлов М.Ю., Исаев А.А.

Кафедра детской хирургии МГМСУ, Измайловская детская городская клиническая больница, Москва, Россия

Всего с 2004 г. по 2011 г. выполнено 114 лапароскопических вмешательств у больных с различными формами болезни Гиршпрунга. Все оперативные вмешательства прошли успешно, ни в одном случае конверсии на лапаротомию не произошло. В послеоперационном периоде все дети находятся под амбулаторным наблюдением (от 4 месяцев до 8 лет на момент написания работы). На катанез поступало 85 больных. Больные приглашались на контрольное обследование через 6-12 месяцев после операции. К этому времени можно судить о непосредственных результатах лечения.

У 82 больных при ректальном пальцевом исследовании колоанальной анастомоз состоятелен, мягкий, эластичный без признаков стенозирования, бужирования не требовалось. У двоих детей, девочки 2 лет и мальчика 3 лет, отмечалась тенденция к стенозированию анастомоза, и потребовало бужирования в течение 10 и 12 месяцев соответственно расширителями возрастного диаметра.

Резидивов запоров не отмечено ни в одном случае, ни в ближайшем послеоперационном периоде, ни через 8 лет после операции. Каломазание в течение от 1 месяца до 12 месяцев в послеоперационный период отмечено у 45 больных, степень которого напрямую зависело от возраста пациента и уменьшалось со временем. Из 85 детей, наблюдение которых составляет больше одного года после операции, каломазание отмечается у 15 пациентов.

Контрольная ирригография проведена 85 детям. У всех больных отмечена явная положительная динамика при оценке ирригограмм, выражающаяся в значительном уменьшении размеров проксимально расположенных отделов кишки, полном опорожнении кишки после дефекации. Функциональные исследования заиррадиального аппарата прямой кишки, включающие в себя ЭМГ, сфинктерометрию, аноректальную манометрию, были проведены 60 больным оперированным лапароскопическим способом и показали, что значения функциональных исследований находятся в пределах возрастных норм у 98% больных.

Исследование качества жизни пациентов проводилось по стандартной международной шкале SF-36, в которой предусмотрено 36 вопросов, формирующих 8 основных групп. Проведенное исследование состояния психического и физического здоровья детей, перенесших лапароскопическую операцию, указывает на положительный эффект данного подхода к лечению болезни Гиршпрунга у детей. При этом влияние на КЖ тем выше, чем более выражен клинический эффект хирургического лечения. Таким образом, семилетний опыт проведения лапароскопических операций при болезни Гиршпрунга у детей, позволяет нам говорить о том, что: лапароскопическая операция по Soave-Georgeson сочетает в себе радикальность и минимальную травматичность при хирургическом

лечения аганглиоза толстой кишки у детей: эндохирургическая технология позволяет выполнить практически все необходимые этапы ревизи, мобилизации, пересечения различных отделов толстой кишки с эффективностью, не уступающей общепринятым «открытым» методикам: введение в практику лапароскопической хирургии высокотехнологических аппаратов, приборов, материалов позволяет привести время лапароскопического вмешательства к приемлемым значениям, уменьшить операционную травму, снизить кровопотерю.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ SILS КОЛПРОКТОЭКТОМИИ С ИЛЕОАНАЛЬНЫМ РЕЗЕРВУАРНЫМ АНАСТОМОЗОМ И ПРЕВЕНТИВНОЙ ИЛЕОСТОМИЕЙ

Пучков К.В., Хубезов Д.А., Огорельцев А.Ю., Луканин Р.В.
ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им.И.П.Павлова» Минздрава России, Рязань, Россия

Цель: улучшение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения, сокращение времени реабилитации пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника путем применения малоинвазивных технологий.

Материалы и методы: Пациенту, страдающему гормон-резистентной формой язвенного колита с тотальным поражением толстой кишки произведена колпроктэктомия с илеоанальным резервуарным анастомозом и превентивной илеостомией лапароскопическим способом через один порт (технология SILS).

В правом мезогастрии вертикальным разрезом 4 см вскрыта брюшная полость. В рану введен SILS-порт, в который введена оптика, 2 манипулятора, наложен CO₂-пневмоперитонеум. Вначале была мобилизована сигмовидная и прямая кишка с пересечением сигмовидной и верхней прямокишечной артерий аппаратом LigaSure. Выделение прямой кишки в дистальном направлении произведено на уровне леваторов с помощью ультразвукового скальпеля Harmonic. Прямая кишка прошита и пересечена с помощью аппарата ENDO-GIA-60. Ультразвуковым скальпелем рассечена париетальная брюшина снизу вверх вдоль левого латерального канала. Мобилизован левый фланг, пересечена желудочно-ободочная связка. Далее сверху вниз рассечена брюшина по правому латеральному каналу. Таким образом, вся ободочная и часть прямой кишки были мобилизованы. Затем с помощью аппарата LigaSure пересечена брыжейка ободочной кишки, начиная с сигмовидной кишки, далее нисходящей, поперечной, восходящей ободочной и слепой кишки.

Порт удален из брюшной стенки. В рану выведена прямая кишка, затем ободочная и терминальный отдел подвздошной кишки. Последняя прошита аппаратом TA-60, отсечена. Препарат удален. В терминальном отделе подвздошной кишки сформирован J-образный резервуар путем трехкратного прошивания аппаратом ENDO-GIA-60. В резервуар введена головка циркулярного степлера CEEA-31, на стилете затянута кисть. Подвздошная кишка погружена в брюшную полость, в рану введен SILS-порт, оптика, манипуляторы. В анальный канал введена базовая часть аппарата CEEA-31. Интракорпорально головка адаптирована с аппаратом, произведено прошивание – наложен илеоанальный анастомоз, располагается свободно под тазовой брюшиной.

Порт удален из брюшной стенки. В рану выведена петля подвздошной кишки в 30 см от анастомоза, подшита к коже – сформирована превентивная петлевая илеостома. В брюшную полость введен трубчатый дренаж.

Результаты: Послеоперационный период протекал без особенностей, в первые дни отмечался фебрилитет. В первые сутки обезбоживание проводилось наркотическими анальгетиками, со вторых суток применялись ненаркотические обезболивающие. На второй день пациент активно перемещался по палате, илеостома активно функционировала. Дренаж был удален на 6-е сутки. Пациент выписан на амбулаторное долечивание на 8-е сутки.

Выводы: Использование SILS технологии позволяет произвести технически сложную операцию колпроктэктомии с илеоанальным J-образным резервуарным анастомозом минимально инвазивным способом. Данная методика позволяет облегчить течение раннего послеоперационного периода у пациентов, страдающих ВЗК, ускорить сроки реабилитации и обладает неоспоримым косметическим преимуществом.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Савинков В.Г., Чамзинская Л.И., Мешков А.В., Гинзбург Л.Б., Фролов С.А., Козлов А.М.

ГУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», Самара, Россия

В отделении колопроктологии в 2010 году выполнено 17 операций по поводу рака толстой кишки с использованием лапароскопического доступа: 7 диагностических лапароскопий, формирование двустольных колостом, 9 лапароскопических брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки, 1 резекция сигмовидной кишки, 1 гемиколонэктомия слева. Диагностические лапароскопии применялись у пациентов с местнораспространенным раком прямой кишки, осложненным кишечной непроходимостью. Эндовидеохирургическое вмешательство позволяет адекватно выполнить ревизию брюшной полости, при необходимости произвести биопсию метастатических образований пече-

ни, брюшины, лимфоузлов, сформировать классическую двустольную колостому. Лапароскопическая брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки выполнялась 9 большим раком нижеампулярного отдела прямой кишки. В 2 случаях имела место вынужденная конверсия. Показания для конверсии были следующими: кровотечение из вен пресакральной области, вскрытие просвета кишки при мобилизации опухоли. В последнем случае имело место недооценка местного распространения опухоли до операции. Следует отметить, что переход к традиционному доступу выполнен в ходе двух первых операций. Лапароскопические вмешательства выполнялись на эндовидеохирургической стойке фирмы KarlStorz. Техника операций предусматривает те же этапы, что и классические операции на толстой кишке, с соблюдением всех принципов онкологического радикализма. Анастомозы формировались через мини-лапаротомный доступ ручным швом. Современная лапароскопия обеспечивает хороший визуальный контроль, прецизионную, атравматичную препаровку анатомических структур, позволяет работать в нужном фасциальном слое, обеспечивать тщательный гемостаз. В ходе операции активно используется электрохирургия: моно- и биполярная коагуляция, гармонический скальпель, аппарат LigaSure. Для пересечения сигмовидной кишки применялся линейный степлер Universal 60 (Тусо). Для отграничения брюшной полости от пресакрального пространства на завершающем этапе операции использовалось устройство, предложенное В.Б.Александровым – силиконовый баллончик, заполняемый жидкостью, который извлекается из остаточной полости на 6-7 сутки. Средняя продолжительность операций составила 190 минут. Средняя кровопотеря – 210 мл. В послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения: 1 – параколомический абсцесс, 1 – постлучевой некроз и нагноение промежностной раны, 1 – термическое повреждение мочеочника, потребовавшее релапаротомии, резекции мочеочника с формированием мочеочникового анастомоза. Отсутствие обширной раны передней брюшной стенки обусловила меньший болевой синдром, отсутствие раневых послеоперационных осложнений, хороший косметический результат. Быстрое восстановление функции кишечника, ранняя активизация пациентов перенесших эндохирургическое вмешательство, также являются неоспоримыми преимуществами лапароскопической операции.

Дифференцированный подход к отбору пациентов, высококвалифицированное выполнение видеохирургических вмешательств, полноценное оснащение операционной позволит лапароскопическим технологиям занять достойное место в лечении больных раком толстой кишки.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ ДИВЕРТИКУЛЕЗА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ДИВЕРТИКУЛИТОМ

Семенов В.А., Непомнящая С.Л., Шумов Н.В.
ООО «Госпиталь «ОрКли», Санкт-Петербург, Россия

Дивертикулярная болезнь толстой кишки весьма часто встречается в развитых странах. Истинную частоту дивертикулеза толстой кишки трудно определить, в основном из-за отсутствия симптоматики у большинства пациентов. В нашей клинике на обследовании и лечении находились 54 больных дивертикулезом. В том числе у 38 имела место локализованная форма заболевания, в пределах сигмовидной кишки. Для оценки состояния, прогноза и выбора правильной индивидуальной лечебной тактики мы использовали клиническую классификацию дивертикулярной болезни и классификацию дивертикулита по стадиям Hanson и Stock (1999). Операцией выбора при локальной форме дивертикулеза была лапароскопическая резекция сигмовидной кишки.

Результаты: Лапароскопическая резекция сигмовидной кишки была выполнена у 12 (22,2%) больных за период с 2003 г. по 2009 г. Среди них было 8 мужчин и 4 женщины в возрасте от 32 до 69 лет (средний возраст 52±7,6 лет). У всех больных отмечалась склонность к запорам, периодические боли в левой половине живота. 2 пациента ранее были госпитализированы в хирургические отделения различных стационаров с выраженными болями в левой подвздошной области. Все пациенты были обследованы амбулаторно и госпитализировались в день операции. Всем больным была выполнена колоноскопия, при которой был выявлен дивертикулез сигмовидной кишки с явлениями дивертикулита. В одном случае отмечалось контактное кровотечение из дивертикула. Для уточнения локализации и распространенности поражения всем больным была выполнена ирригоскопия, на которой подтвержден локализованный характер дивертикулеза.

Лапароскопическая резекция сигмовидной кишки выполнялась в положении больного на спине с поворотом стола вправо до 300. При этом лапароскопически выполнялась мобилизация левой половины ободочной кишки. У 9 пациентов имелась долихосигма с образованием дополнительной петли сигмовидной кишки. В 4 случаях отмечено перифокальное воспаление с образованием плоскостных сращений. Толстокишечный анастомоз формировали экстракорпорально, после выполнения минилапаротомии в левой подвздошной области.

Оперативное вмешательство выполняли под внутривенной анестезией с миопегией и ИВЛ кислородно-воздушной смесью в режиме нормовентиляции. С целью дополнительной периперационной аналгезии у 10 пациентов проводилась дооперационная установка эпидурального катетера с последующим введением в 1 сутки р-ра нарпина 2 мг/мл инфузоматом со скоростью 6-14 мл/час. А затем дробное введение лидокаина в течение 2 суток. В сочетании с внутривенным введением перфалгана в суточной дозе 3-4 г.

В течение 1 суток после операции у всех больных отмечалась активная перистальтика. Активизация больных проводилась на 2 сутки. Стул отмечен на 3-4 сутки после операции. Средний срок госпитализации составил 4,5 дня. У одного больного на 7 сутки появилась клиника колита. При последующем обследовании выявлен псевдомембранозный колит, который потребовал дополнительной госпитализации и консервативной терапии. В отдаленном периоде проводились контрольные осмотры и ФКС через 6 и 12 месяцев. Все пациенты оценивают свое самочувствие как хорошее, жалоб на боли в животе и нарушения стула не предъявляют. Признаков воспаления при колоноскопии не выявлено. Таким образом, сочетание малоинвазивного способа хирургического вмешательства с продленной эпидуральной анестезией позволяет обеспечить раннюю активизацию больного, быстрое восстановление перистальтики, снизить послеоперационный койко-день и сократить число послеоперационных осложнений.

СРАВНЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ ЗАДНЕ-ПЕТЛЕВОЙ РЕКТОПЕКСИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Фролов С.А., Благодарный Л.А., Мусин А.И.
ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии»,
Минздравсоцразвития России, Москва Россия

Пролапс или выпадение прямой кишки составляет около 9% всех колопроктологических заболеваний и доставляет пациентам не мало физических и моральных страданий. Выбор способа лечения выпадения прямой кишки является наиболее спорной проблемой. В мировой практике встречается около 200 видов коррекции ректального пролапса. Подавляющее большинство хирургов отдаст предпочтение трансабдоминальным хирургическим вмешательствам. Однако, малая часть хирургов применяют трансанальные способы лечения выпадения прямой кишки. В настоящий момент уже не обсуждается вопрос о преимуществе лапароскопической технологии при лечении ректального пролапса по сравнению с открытыми способами оперативных вмешательств, которое заключается в минимальной травматичности, снижении болевого синдрома и более ранней реабилитации пациентов.

Материалы и методы: С 1995 по 2010 гг. в ГНЦ Колопроктологии по поводу выпадения прямой кишки оперировано 152 пациента. В возрасте от 16 до 82 лет (средний возраст – 48,3±16,4 года). Мужчин было 53, женщин – 99. Пациентам было выполнено оперативное вмешательство в объеме задне-петлевой ректопексии путем мобилизации прямой кишки и последующей ее фиксации к первому крестцовому позвонку полипропиленовой сеткой. У 59 (38,7%) пациентов оперативное вмешательство выполнено с применением лапароскопической техники, а остальным 88 (61,3%) традиционным способом. У 29 (19,3%) больных ректопексия дополнена резекцией различных отделов толстой кишки, причем 6 из них с применением лапароскопической техники. Всем больным ректопексия дополнена пластикой тазового дна посредством гофрирования избыточной тазовой брюшины полукисетными швами с обеих сторон прямой кишки и фиксацией ее к краям сетки.

Результаты: Отдаленные результаты были прослежены у 33 (21,7%) пациентов, из них 18 больных оперированы с применением лапароскопических методик, 14 – открытым способом. Больные были обследованы в срок от года до 11 лет. Обследование включало клинический осмотр, рентгенологические методы исследования (ирригоскопия, дефекография), оценка транзита Ва взвеси по желудочно-кишечному тракту и оценку функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки. Оно включает в себя сфинктерометрию, манометрию и оценку времени проведения по половому нерву. Рецидивов заболевания не отмечено не в одном случае, что подтверждено при клиническом осмотре и рентгенологическими исследованиями. У 2 пациентов клинически отмечается выпадение слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки по задней полукружности, через год и 4 года после операции. Эти пациенты оперированы повторно – выполнена слизистододслизистая резекция нижнеампулярного отдела прямой кишки по задней полукружности (операция Лонго). При анализе времени транзита кишечного содержимого по толстой кишке у 18 (54,4%) больных из обеих групп как клинически, так и рентгенологически произошло увеличение времени продвижения кишечного содержимого. При исследовании функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки у 10 (30,3%) больных степень инконтиненции осталась на прежнем уровне. У 5 (15,2%) больных отмечена уменьшение степени недержание с 3 до 1 стадии. Однако через 3-6 лет после операции у этих пациентов явления недержания прогрессировали. У 18 (54,4%) больных отмечено увеличение степени недостаточности анального сфинктера после операции. Различий между группами традиционных и лапароскопических оперативных вмешательствах не выявлено.

Заключение: Таким образом при анализе отдаленных результатов не выявлено существенной различий между заднепетлевой ректопексией с пластикой тазового дна аллотрансплантатом у больных оперированных с применением лапароскопической техники и открытым способом. Однако несомненным преимуществом миниинвазивной методики является снижение болевого синдрома, ранняя активизация больного и снижение койко-дня.

ОПТИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ МОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Хубезов Д.А., Огорельцев А.Ю., Луканин Р.В., Юдина Е.А.
ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет
им. И.П. Павлова» Минздравсоцразвития России. Рязань, Россия

Цель: улучшение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с заболеваниями ободочной кишки путем выбора оптимального уровня мобилизации.

Материалы и методы: Проведено рандомизированное, проспективное, контролируемое исследование. 150 пациентов распределялись по 2 группам. В основную группу вошли 75 пациентов, которым резекция выполнялась лапароскопическим доступом. 75 пациентов, которым вмешательство выполнялось открытым доступом, составили группу сравнения. Число пациентов раком ободочной кишки составило 69 (92%) в основной группе и 66 (88%) больных в группе сравнения. Кроме того, резекции выполнялись неонкологическим больным 15 (10%). В обеих группах использовались 3 уровня мобилизации. При доброкачественных заболеваниях использовался преимущественно ограниченный уровень мобилизации (кишка выделялась сразу за сосудистыми аркадами с удалением только эпиколических лимфоузлов) – 10% пациентов. При стадиях рака Т1-Т3, N- использовался стандартный уровень мобилизации (ободочная кишка выделялась с максимальным удалением брыжейки) – 58,7% пациентов, а при Т3-Т4, N+ применялся расширенный уровень мобилизации, дополняемый артроподвздошной лимфодиссекцией – 31,3% пациентов.

Результаты: При расширенном уровне мобилизации послеоперационные осложнения возникали на 6,1% чаще по сравнению с ограниченным и на 1,2% по сравнению со стандартным.

При стандартном уровне операций показатель 3-х летней выживаемости составил 83,3% основной группы и 82,6% – группы сравнения. При расширенном уровне мобилизации существенно повышается трехлетняя выживаемость пациентов до 92,9% в основной и 90% в группе сравнения. Проанализировав выживаемость в обеих группах наблюдения моментным методом Каплана-Мейера, актуриальная выживаемость после расширенных резекций (с ЛД) была существенно выше (на 15%).

Выводы: Использование 3 уровней мобилизации ободочной кишки позволяет уменьшить травматизм операции при доброкачественных заболеваниях и увеличить радикальность при раке. Исследования показали эффективность использования внутреннего уровня мобилизации при доброкачественных заболеваниях и недопустимость его применения при злокачественном процессе. При раке Т1-2 достаточно использование среднего уровня мобилизации, а при Т3-4 необходим внешний.

ОПРЕДЕЛЕНА ЛИ ОРГАНСОБЕРЕГАЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ФОРМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ?

Шелыгин Ю.А., Пересада И.В.
ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии»,
Минздравсоцразвития России, Москва Россия

Местное удаление начальных форм рака Tis-1N0G1-2 менее 3 см в диаметре сопоставимо по онкологической эффективности брюшно-промежностным вмешательствам. Кроме стандартной методики трансанального иссечения опухолей (ТАИО), в настоящее время широкое распространение получил способ трансанального эндомикрохирургического (ТЭМ) удаления опухолей через операционный ректоскоп, обладающий низкой травматичностью и сохранением функции органа.

Материалы и методы: С 1999 по 2011 гг., 99 пациентам с ранними стадиями рака выполнены органосохраняющие оперативные вмешательства по удалению опухолей. ТЭМ был выполнен 81 больному (1 группа), ТАИО – 18 (2 группа) (средний возраст 62,9 (от 34 до 86)). В 1 группе средний размер новообразований составил 2,7±0,9 см (0,8-6,0), среднее расстояние от зубчатой линии – 4,8±1,9 см (1,0-11,0), во 2 группе – средний размер 3,3±1,4 см (1,2-7), а расстояние от зубчатой линии – 1,9±1,2 см (0-5), у 55,6% больных второй группы основание опухоли было сужено.

Результаты: Ни в одном случае не было перехода эндоректальных операций в трансабдоминальные вмешательства. Среднее время операции составило в 1 группе 58 минут (от 25 до 120), средняя кровопотеря – 35 мл (0-180). Достоверно меньшее среднее время операции и средняя кровопотеря отмечены во второй группе: 34 мин и 15 мл. У 4 (4,9%) из 81 пациентов 1 группы выявлены послеоперационные осложнения: задержка мочеиспускания, флегмона клетчатки таза, летальность составила 1,2%. Во 2 группе осложнения выявлены в 1 наблюдении (5,6%). Патоморфологическое исследование послеоперационных препаратов в 1 группе выявило 16 – Tis, 53 – T1, 10 – T2 и 1 – T3. Девяти пациентам с pT2-3 карциномами проведена послеоперационная ЛТ (СОД 45 Гр). Медиана наблюдения составила 26,3±11,2 месяцев (4-109), рецидивы выявлены у двух (4,1%) из 49 больных с опухолями pT1. Во второй группе carcinoma in situ выявлена у 6 пациентов, у 9 – T1, 2 – T2 и 1 – T3. Послеоперационная ЛТ проведена двум больным с аденокарциномой в стадии T2. Возврат заболевания выявлен у 1 больного с Tis и у пациента с аденокарциномой в стадии T3.

Выводы: Органосохраняющие способы удаления опухолей – эффективные методы лечения больных с начальными формами рака прямой кишки, при условии тщательного отбора пациентов.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА (SILS) В КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Шельгин Ю.А., Фролов С.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Шахматов Д.Г.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии», Минздравсоцразвития России, Москва Россия

Цель: Оценить возможность и целесообразность выполнения лапароскопически-ассистируемых операций на различных отделах толстой кишки через единый доступ.

Материалы и методы: По новой методике оперированы 13 пациентов. В 8 случаях выполнены различные виды резекций по поводу опухолевых заболеваний, в четырех наблюдениях – реконструктивно-восстановительные вмешательства после операции Гартмана. Четверым больным произведена резекция сигмовидной кишки, в двух наблюдениях выполнена левосторонняя, а у двух больных – правосторонняя гемиколэктомии. Индекс массы тела оперированных пациентов составил $26,4 \pm 4,1$ кг/м².

Результаты: Общая продолжительность операций составила в среднем $163,3 \pm 33,9$ мин. Послеоперационный период протекал гладко у всех больных, осложнений не было. Практически в конце первых суток после операции пациенты активизировались и со второго дня переводились на энтеральное питание. Ни одному пациенту в послеоперационном периоде не потребовалось назначения наркотических анальгетиков. Гладкое течение послеоперационного периода позволило выписывать больных в ранние сроки (средний койко-день – $5,8 \pm 1,8$).

Заключение: На наш взгляд, по мере накопления опыта вмешательств через единый лапароскопический доступ с последующим анализом и уточнением показаний и противопоказаний к операции займет свое место в колоректальной хирургии.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ С РУЧНОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Шельгин Ю.А., Фролов С.А., Сушков О.И., Шахматов Д.Г.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии», Минздравсоцразвития России, Москва Россия

Цель: Провести сравнительный анализ результатов лапароскопических резекций толстой кишки с ручной ассистенцией и лапароскопически-ассистируемых операций.

Материалы и методы: В настоящее проспективное сравнительное исследование включено 303 больных с доброкачественными и злокачественными опухолями толстой кишки. В основную группу было включено 168 пациентов, перенесших лапароскопические резекции толстой кишки с ручной ассистенцией, в контрольную – 135 больных после лапароскопически-ассистируемых операций. В большинстве случаев (281 из 303) больные были оперированы по поводу рака ободочной кишки. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, частоте и характеру сопутствующих заболеваний, локализации опухоли. Следует отметить, что индекс массы тела у больных основной группы был достоверно выше, чем в контрольной.

При выполнении лапароскопических резекций ободочной кишки с ручной ассистенцией применялось разработанное в клинике герметизирующее устройство, которое позволяло поддерживать необходимый уровень давления в брюшной полости на этапе применения ручной ассистенции.

Результаты: Применение ручной ассистенции сопровождалось снижением величины средней интраоперационной кровопотери, которая в основной группе составила 101 ± 27 мл, в контрольной группе – 134 ± 32 мл. Продолжительность лапароскопических операций с ручной ассистенцией в среднем составила 167 ± 45 мин (от 75 до 320 мин), в то время как лапароскопически-ассистируемые вмешательства продолжались на 18 ± 6 мин дольше – 185 ± 47 мин ($P=0,005$). В отличие от лапароскопически-ассистируемых вмешательств на продолжительность лапароскопических операций с ручной ассистенцией не оказывали влияния индекс массы тела пациентов, наличие ожирения или операций на органах брюшной полости в анамнезе. Применение разработанного в клинике герметизирующего устройства во всех случаях позволило поддерживать заданный уровень пневмоперитонеума. Выполнение операций с ручной ассистенцией при пониженном давлении газа в брюшной полости у больных с выраженными сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем не сопровождалось существенным ухудшением визуализации операционного поля, увеличением продолжительности вмешательства и кровопотери.

Длина операционной раны в основной и контрольной группах достоверно не различалась, составив $8,1 \pm 2,0$ см и $7,9 \pm 1,4$ см, соответственно. В раннем послеоперационном периоде осложнения отмечены у 11 (6,5%) пациентов основной группы и 9 (6,7%) больных контрольной группы. Следует отметить, что в обеих группах отмечался слабо выраженный болевой синдром и раннее восстановление способности к самообслуживанию.

Заключение: Использование ручной ассистенции в ходе лапароскопических операций на ободочной кишке сокращает продолжительность вмешательства и величину кровопотери. Преимущество операций с ручной ассистенцией над лапароскопически-ассистируемыми резекциями наиболее выражено у пациентов с избыточной массой тела и у больных, ранее перенесших вмешательства на органах брюшной полости.

ГЛАВА 6. СТОМЫ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ

ТЕХНИКА СИГМОСТОМИИ ПРИ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Абелевич А.И., Ларин А.А., Дезорцев И.Л., Кокобелян А.Р., Ванцинова Е.В., Забихова А.Г.

Хирургическая клиника им. А.И.Кожевникова Нижегородской областной больницы, Нижний Новгород, Россия

Наличие ранних и поздних осложнений, развивающихся после наложения колостомы, заставляет искать оптимальные технические приемы, позволяющие снизить их количество. В клинике осуществлен анализ функциональных результатов 1220 экстирпаций прямой кишки, выполненных за последние 15 лет. Техника наложения сигмостомы была различной. Один из вариантов, принятый ранее, предусматривал наложение внутрибрюшной хоботковой стомы, фиксированной к брюшной стенке швами, соединяющими между собой также брюшину, апоневроз и кожу. Считалось, что такая методика наиболее адекватно защищает ткани брюшной стенки от эндогенного инфицирования. В последние 10 лет нами используется техника наложения забрюшинной стомы закрытым способом. Она выполняется следующим образом. В брюшной стенке формируется отверстие, соответствующее диаметру сигмовидной кишки, сообщаемое с забрюшинным пространством, что достигается отслойкой париетальной брюшины. В это отверстие проводится сигмовидная кишка без оставления избытка в брюшной полости и фиксируется к коже обвивным непрерывным швом с формированием «хоботка» длиной 3–4 см. К апоневрозу кишка не подшивается. Со стороны брюшной полости брюшина узловыми швами фиксируется к выводимой кишке, герметично закрывая образовавшийся «карман». У тучных пациентов добиться качественного ушивания дефекта брюшины вокруг сигмостомы бывает сложно. В этих случаях профилактика парастомальной эвентрации проводится с помощью имплантата из реперена, помещенного в забрюшинное пространство вокруг выводимой на стому кишки. Использование данных технических приемов позволило сократить количество ранних осложнений в два раза, а поздних – более чем в 3 раза.

Констатированы следующие преимущества нового метода сигмостомии. Отказ от соединения кожи с брюшной позволяет избежать воронкообразного втяжения кожи вокруг стомы, что облегчает уход за ней и является профилактикой перистомального дерматита. Отсутствие брюшинного кармана уменьшает вероятность образования паракостомической грыжи, а больший по протяженности контакт стомы с тканями брюшной стенки создает надежную фиксацию и препятствует ретракции в случае нагноения раны. Отказ от швной фиксации кишки к апоневрозу обусловлен стремлением уменьшить диаметр формируемого отверстия до соответствия диаметру кишки, что дает возможность избежать появления не дренируемой полости. Крестообразное экономное рассечение апоневроза компенсирует опасность появления в нем дефекта, способного привести к образованию вентральной грыжи. Отсутствие в брюшной полости избытка сигмовидной кишки является профилактикой ее эвагинации в послеоперационном периоде.

Осложнение, связанное со стриктурированием стомы, возникающее в результате разрастаний грануляционной ткани со стороны «хоботка» стомы, можно минимизировать либо иссечением серозно-мышечного слоя вместе с жировыми подвесками, либо открытием просвета кишки и инвагинацией конца стомы с фиксацией ее краев к кожному шву. Проведение данной манипуляции в конце оперативного вмешательства позволяет снизить до минимума риск эндогенного инфицирования. Таким образом, наложение забрюшинной сигмостомы закрытым способом является эффективным при соблюдении описанных выше требований.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОДНОСТОЛЬНЫХ КОЛОСТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ

Алиев С.А., Алиев Э.С.

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

Одной из сложных и нерешенных проблем колоректальной хирургии является создание хорошо функционирующей колостомы. Существующие в арсенале оперативной колопроктологии различные варианты колостомы (их около 200) далеко не отвечают практическим требованиям хирургов, ввиду развития целого ряда осложнений после формирования противостоического заднего прохода. Поэтому, оптимизация методик формирования одностольной концевой колостомы с наименьшим числом осложнений и поиск рациональных путей профилактики постколостомических осложнений представляют весьма актуальную проблему.

Цель: повысить эффективность разгрузки толстой кишки путем совершенствования методики формирования одностольной концевой колостомы и оптимизации технического обеспечения интраоперационной декомпрессии при раке левой половины ободочной кишки (ОК), осложненном непроходимостью.

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ непосредственных результатов и отдаленных исходов хирургического лечения 72 больных со стенозирующим раком левой половины ОК, осложненным обтурационной непроходимостью с учетом эффективности 2-х вариантов одностольной концевой колостомы, наложенной после obstructивной резекции пораженных сегментов. Возрастной ценз у больных составлял от 23 до 72 лет. Мужчин – 43, женщин – 29. У 26 (36,1%) больных одностольная колостома была наложена традиционным способом, т.е. в виде «хоботка», выступающего на 4-5 см над уровнем кожи (I группа).

У 46 (63,9%) больных, резекция пораженного сегмента левой половины ОК была завершена формированием терминальной (плоской) колостомы на уровне кожи по модифицированной нами методике, суть которой заключается в том, что стомальное отверстие формируем путем наложения непрерывного сквозного слизисто-кожного шва по периметру циркулярной раны, т.е. через все слои ОК фиксируем к коже по всей окружности круговой раны (удостоверение на рационализаторское предложение № 332, выданное БРИЗ-ом Азербайджанского Медицинского Университета от 13.10.1997г.) (II группа). С целью повышения эффективности разгрузки ОК через колостому, нами также разработан и внедрен в клинику способ управляемой интра- и послеоперационной декомпрессии и лаважа ОК, и сконструирована новая модель аспирационно-ирригационного устройства (патент Центра национальной патентной экспертизы при Государственном комитете науки и техники Азербайджанской Республики № J 20010025 от 11.01.2001).

Результаты: Осложнения в области колостомы у больных I группы развились у 17 (63,4%) из 26: параколомический абсцесс (4) и флегмона (3) – у 7, некроз колостомы – у 2, параколомическая грыжа – у 5, рубцовая стриктура колостомы – у 2, пролапс стомы – у 1. Во второй группе осложнения колостомы возникли у 20 (43%) из 46 больных: параколомические гнойно-воспалительные процессы – у 13 (абсцесс – у 8, флегмона – у 5), ретракция колостомы – у 2, параколомическая грыжа – у 3, рубцовая стриктура стомы – у 2. Сравнительная оценка эффективности 2-х вариантов одностольной концевой колостомы свидетельствует о преимуществе модифицированной методики формирования плоской колостомы, которая отличается относительно меньшим числом осложнений.

Выводы:

1. Оптимизация методики формирования одностольной концевой колостомы, а также совершенствование способа интраоперационной декомпрессии ОК, позволяют существенно уменьшить процент постколомических осложнений и улучшить как непосредственные, так и отдаленные результаты хирургического лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью.
2. Применение предложенной комплексной системы интраоперационной декомпрессии и лаважа ОК способствовало снижению частоты послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений с 29,4% до 19,2%.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОДНОСТОЛЬНОЙ КОЛОСТОМОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Ачкасов С.И., Жученко А.П., Бирюков О.М.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии»
Минздравсоцразвития России, Москва Россия

Цель: определить место лапароскопически-ассистируемых операций при восстановлении непрерывности желудочно-кишечного тракта у больных с одностольной колостомой.

Материал и методы: с мая 2008 года по март 2011 года лапароскопически-ассистируемая реконструктивно-восстановительная операция выполнена у 47 пациентов (мужчин – 22, женщин – 25) с одностольной колостомой. У 12 больных операция проводилась через единый лапароскопический доступ (SILS), из них четыре вмешательства выполнены при помощи устройства SILS™Port (Covidien, США).

В контрольную группу включено 40 пациентов (мужчин – 19, женщин – 21), оперированных за последние четыре года традиционным способом. Критерии включения: резекция левых отделов ободочной кишки с формированием концевой колостомы в анамнезе; длина культи отключенной кишки не менее 10 см. Критерии исключения: возврат онкологического заболевания, послеоперационная вентральная грыжа, требующая хирургической коррекции, сопутствующие заболевания, течение которых может ухудшиться при создании пневмоперитонеума. Средний возраст составил 55,4±11,3 и 51,7±13,4 лет, соответственно.

Результаты: средняя продолжительность операции в основной группе составила 174,3±62,7 мин и 253,6±69,8 мин – в контрольной (p<0,001). Кровопотеря – 62,7±31,4 мл и 176,4±117,5 мл, соответственно (p<0,001). Конверсии не было. У трех (6,4%) пациентов основной группы сформирована преривентная илеостома, в контрольной группе – у 13 (32,5%) больных.

Первый стул в основной группе отмечался на 2,6±0,7 день, в контрольной – на 3,9±1,7 день (p<0,001). В лапароскопической группе возникло 3 (6,8%) осложнения, в контрольной – 5 (12,5%). Послеоперационный койко-день составил 8,4±2,3 и 13,1±3,5 дней соответственно (p<0,001). При сравнении результатов лечения у больных, оперированных через единый лапароскопический доступ, и с применением дополнительных троакаргов было зарегистрировано уменьшение времени операции до 158,1±6,5 мин. в 1-й группе по отношению к 181,4±4,0 мин. во 2-й группе. Однако статистически значимых различий, как по этому, так и по

другим показателям получено не было.

Заключение: анализ результатов проведенного исследования показал, что применение лапароскопических технологий в реконструктивно-восстановительной хирургии толстой кишки оправдано, так как дает статистически значимо лучшие результаты по таким показателям как длительность операции, уровень интраоперационной кровопотери, восстановление моторики желудочно-кишечного тракта и послеоперационное пребывание пациента в стационаре. Наш предварительный опыт показывает, что оперативное вмешательство целесообразно начинать из единого лапароскопического доступа, а при возникновении технических трудностей – устанавливать дополнительные троакары. В тех случаях, когда выполнить операцию лапароскопическим способом невозможно – необходима конверсия в открытое вмешательство.

СУБТОТАЛЬНАЯ КОЛЭКТОМИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Безбородов А.С., Плотников В.В.

Тюменская Государственная Медицинская Академия, Кафедра
«Клинических дисциплин» ФПК и ППС, Курган, Россия

В последние десятилетия в России, идет неуклонный рост количества стомированных больных. По данным ВОЗ число стомированных больных на 100000 населения составляет около 170 человек. Поэтому операция по восстановлению непрерывности толстой кишки имеют актуальное значение в настоящее время.

Цель: Разработка алгоритма оперативного лечения стомированных больных с тяжелыми конкурирующими заболеваниями.

Материалы и методы: На базе колопроктологического отделения Курганской областной больницы было разработано устройство для наложения компрессионных анастомозов. Данное устройство предназначено для формирования анастомозов на любом уровне ободочной кишки. Нами проведено 43 реконструктивно-восстановительных операций. Средний возраст больных составлял 54 года. Мужчин было 26, женщин – 17. Конкурирующими заболеваниями толстой кишки были мультифокальный рак, дивертикулез ободочной кишки, болезнь Крона, болезнь Гиршпрунга, стриктуры ранее наложенных анастомозов. На первом этапе наложена «разгрузочная» стома, или выполнена операция типа Гартмана. Вторым этапом была выполнена субтотальная резекция ободочной кишки с поворотом восходящего отдела влево на 180° и формирование компрессионного асцендоректального анастомоза.

Результаты: Интраоперационные осложнения: спаячный процесс, встретился у всех 43 (100%) больных, в 1 (0,43%) случае при выделении культи прямой кишки был вскрыт абсцесс. Ранний послеоперационный период у всех больных протекал гладко, осложнений не было. Среднее время эвакуации никелид титанового устройства было 10,86±0,66 суток. Отдаленные результаты операций были изучены у 10 (23,2%) больных в сроки от 6 мес. до 2-х лет. Субъективно больные жалоб не предъявляли. При рентгенологических и эндоскопических исследованиях суэстья патологии не найдено. Рецидивов заболеваний, по поводу которых выполнена субтотальная резекция не было.

Выводы: Радикальным одномоментным реконструктивно-восстановительным оперативным пособием при наличии конкурирующих заболеваний ободочной кишки можно считать субтотальную резекцию толстой кишки с поворотом и формированием циркулярного компрессионного соустья конец в конец устройствами и аппаратами из никелида титана, что является операцией выбора.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОДНОСТОЛЬНОЙ КОЛОСТОМОЙ

Васильев С.В., Попов Д.Е., Клименко А.Н.,
Семенов А.В., Горбачева Д.Ш.

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

Число стомированных пациентов, к сожалению, не имеет тенденции к уменьшению. В этой связи реконструктивно-восстановительные операции у больных с колостомой нуждаются в дальнейшем изучении и совершенствовании.

Цель: Изучение современного состояния проблемы и возможностей хирургической реабилитации больных с одностольными колостомами.

Материалы и методы: За период с 2005 по 2010 годы в отделениях СПб ГУЗ «Городская больница №9» (Городской колопроктологический центр), было выполнено 547 резекций толстой кишки, завершившихся формированием колостомы. У 202 больных колостомы были двустольными, носили протективный характер и в большинстве случаев были закрыты в сроки от 1,5 до 12 месяцев после первичного вмешательства. У 345 пациентов выполнены obstructивные резекции толстой кишки. Именно эти больные стали объектом нашего исследования. Причинами obstructивных резекций были опухоли левой половины толстой кишки – 241 (69,9%) и неопухолевые заболевания – 104 (30,1%).

Операции по восстановлению толстокишечной непрерывности были выполнены у 60 (17,4%) больных с одностольной колостомой в сроки от 3 до 52 месяцев (в среднем 9,8 месяца). Среди них мужчин было 29 (48,3%), женщин 31 (51,7%). Средний возраст составил 64 года.

Внутрибрюшное расположение дистальной культы толстой кишки было у 44 (73,3%) больных, забрюшинное (ниже уровня тазовой брюшины) – у 16 (26,7%). У 34 пациентов (56,7%) толстокишечная непрерывность восстановлена после онкологических операций, 26 (43,7%) больных онкологического анамнеза не имели.

Для ретроспективного сравнения была взята группа из 71 больного, перенесшего реконструктивно-восстановительные операции в период с 1978 по 1992 годы. Общие характеристики пациентов в сравниваемых группах существенно не отличались.

Всем больным перед выполнением реконструктивно-восстановительных операций проводилось детальное исследование состояния приводящего и отводящего отделов толстой кишки (эндоскопически и рентгенологически). Обязательным условием выполнения реконструктивной операции онкологическим больным являлось отсутствие прогрессирования опухолевого процесса.

Результаты: На сроки выполнения восстановительных операций оказывали влияние следующие факторы: характер первичного заболевания, состояние дистальной культы толстой кишки, сопутствующая соматическая патология. Характер вмешательства и вид анастомоза зависел, в основном, от длины и состояния дистальной культы толстой кишки. При короткой культке в большинстве случаев формировались аппаратные колоректальные и колоанальные анастомозы. Различные ранние послеоперационные осложнения реконструктивных вмешательств отмечены нами у 8 (13,3%) больных. У 2 (3,3%) больных потребовался репаратория, в связи с несостоятельностью сформированного колоректального анастомоза. Летальности в исследуемой группе больных не было.

В группе ретроспективного сравнения послеоперационные осложнения развивались у 26 (37,1%) больных. При этом несостоятельность анастомоза была выявлена у 6 (8,5%) пациентов. Летальность в группе составила 1,4%. Характер операций и способ формирования анастомозов при длинной дистальной культке толстой кишки не отличались от таковых в исследуемой группе. Однако при короткой культке чаще выполнялись операции с использованием методик внутрисфинктерного низведения и колопластики, либо с формированием бесшовных анастомозов по Доамолю или Ганичкуну.

Выводы: Реконструктивно-восстановительные операции относятся к вмешательствам высшей категории сложности, поэтому должны выполняться в специализированных учреждениях.

При решении вопроса о реабилитации больных с одностольной колостомой должны учитываться многие факторы, в т.ч. характер первичного заболевания, длина дистальной культы толстой кишки и её состояние, сроки после стомирующего вмешательства, сопутствующая патология, состояние службы реабилитации стомированных больных в конкретном регионе.

РЕАБИЛИТАЦИЯ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Гридасов Ю.А., Шевченко Н.В.

Кабинет реабилитации больных с кишечными стомами, Областная клиническая больница, Курск, Россия

С 2006 г. в составе консультативной поликлиники Курской областной клинической больницы функционирует кабинет реабилитации больных с кишечными стомами. В кабинете осуществляется консультативный прием пациентов оперированных во всех ЛПУ города и области, производится подбор средств ухода за стомой, обучение больного и его родственников правилам пользования данными изделиями, с последующим диспансерным наблюдением. При выявлении осложнений со стороны стомы решается вопрос о дальнейшей лечебной тактике. На каждого пациента заполняется специально разработанная регистрационная карта и информация вносится в компьютерную базу данных. С момента открытия кабинета реабилитации больных с кишечными стомами, нами рассылаются информационные письма во все ЛПУ области. Регулярно проводятся доклады на хирургическом обществе Курской области, дне главного врача, конференциях специалистов МСЭК и ФСС по данной проблематике.

Пятилетний опыт работы дает возможность проанализировать результаты нашей деятельности. В настоящее время на учете в кабинете находится 710 пациентов, из них – 364 (52%) женщин и 346 (48%) мужчин. Группа пациентов старше 70 лет составляет 274 (39%) человек. Стомизирующие операции были выполнены по поводу рака прямой кишки у 447 (63%) больных, рака ободочной кишки у 164 (23%) и по другим причинам у 99 (14%). Выведение колостомой произведено 669 (94%) пациентам, а илеостомой – 41 (6%). Одностольная колостома выведена у 466 (66%) больных, раздельные двустольные у 77 (11%) и петлевые у 167 (24%). Стома постоянная – у 398 (56%) пациентов, стома временная у 312 (44%). По способу выведения стомы преобладает – внутрибрюшная «столбиком» у 469 (66%) больных, внутрибрюшная «плоская» произведена у 196 (28%), в то время как забрюшинная «плоская» – у 41 (6%) пациентов. Различные осложнения со стороны стомы в настоящее время мы зафиксировали у 25% пациентов, в то время как в 2006 году 60% пациентов имели осложнения со стороны стомы. Если проанализировать структуру осложнений, то наиболее распространенным является дерматит перистомальной области, который в настоящее время обнаруживается лишь у 11% пациентов на первичном приеме, в то время как в 2006 г. таковых пациентов было зафиксировано 31%. Более чем в 2 раза уменьшилась доля параколостомических грыж 3% в 2010 г. и 8% в 2006 г. Немаловажное значение имеет место снижение доли воронкообразной стомы – 9% в 2010 г., 18% в 2006 г. Такая же тенденция наблюдается и в отношении других осложнений.

Снижение уровня осложнений после стомизирующих операций объясняется методической работой среди врачей-хирургов, в ходе которой акцентировалось внимание на технических особенностях наложения различных видов стом, послеоперационному ведению пациентов. Наличие кабинета реабилитации стомированных пациентов дает возможность централизованно оказывать этой группе пациентов консультативную, методическую и лечебную помощь, а также создает условия для своевременного отбора пациентов на реконструктивно-восстановительные операции, выявления возможных осложнений со стороны стомы, анализа и выработки лечебной тактики.

Однако остался ряд не решенных проблем связанных с длительным периодом оформления инвалидности, удаленностью сельских жителей от кабинета реабилитации и как следствие невозможностью получения квалифицированной помощи. Существенным препятствием для повсеместного охвата стомированных пациентов остается инертность врачей стационаров. В связи с вышеозначенными проблемами мы планируем организацию стома-пунктов в наиболее крупных и удаленных районах области, обучение медсестер хирургических стационаров города на базе кабинета, проведение конференций в ЛПУ города и области с целью привлечения внимания хирургов, специалистов МСЭК и ФСС к проблемам стомированных пациентов.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ТИПА ГАРТМАНА

Гольмамедов Ф.И., Гольмамедов П.Ф.,
Макиенко Е.Г., Полуниин Г.Е.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Донецк, Украина

Мы располагаем опытом 670 реконструктивно-восстановительных операций (РВО). Из них 360 (53,7±1,7%) произведены после оперативных вмешательств типа Гартмана: 257 (71,4±2,4%) оперированы по поводу осложненных злокачественных опухолей, 45 (12,5±1,7%) – по поводу осложненной дивертикулярной болезни, 43 (11,9±1,7%) – в связи с травматическими повреждениями, 15 (4,2±1,1%) – по поводу воспалительных псевдоопухолей. Большинство больных прооперированы в ургентном порядке в неспециализированных отделениях. Показанием к многоэтапному оперативному лечению явилось декомпенсированная кишечная непроходимость, перифокальное абсцедирование или инфилтрирование в ходе операции. Предполагая в последующем выполнение восстановительного этапа следует иметь в виду следующие аспекты: осуществление дренирование полости малого таза не проводить дренажи через ретроперитонеальное пространство, формируя колостому целесообразно перевязать нижнюю брыжеечную артерию проксимальнее сигмовидных оставляя левую ободочную и маргинальный сосуд для питания последующего трансплантата, ограничивая очаг инфилтрирования и воспаления в малом тазу, использовать париетальную брюшину и большой сальник. Целесообразно выполнение РВО в сроки 6-9 месяцев. Технические сложности во время РВО отмечены при значительных рубцовых изменениях вокруг культы прямой кишки. Оптимальным выбором считаем формирование эндоректального бесшовного анастомоза. Индивидуальный выбор хирургической тактики, преемственность этапов хирургического лечения, целенаправленная профилактика послеоперационных осложнений позволило выполнить РВО у 63,3±2,5% больных, при этом количество послеоперационных осложнений составило 6,7±1,3%, летальность 1,7±0,7%.

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Васильев В.В., Лобанов Д.С.

ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры», БУ ХМАО-Югры «Сургутская ОКБ», Сургут, Россия

Вопрос о сроках проведения восстановительных операций остается дискутабельным. Свидетельство этому рекомендуемые сроки выполнения восстановительных операций, которые колеблются от 2-6 недель до года и более. При этом, большинство авторов рекомендуют выполнять восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта в сроки 3-6 мес. от первичной операции [Ялицкий Н.А., Седов В.М., 1995; Игнатьев В.Г., Михайлова В.М., Тарасов А.А., 2005; В.В. Васильев, 2008; Kairalioma M., Rissanen H., Kultti V. et al 2002; Bailey C.M., Wheeler J., Birks M., Farouk R., 2003].

Цель: дать сравнительную оценку ранних и поздних восстановительных операций в группе стомированных больных.

Методы исследования: Проанализировано лечение 114 стомированных пациентов за 2000-2010 гг. Средний возраст составил 50,3±0,8 лет, из них мужчин – 57 (50%), женщин – 57 (50%). Первично оперированы по поводу стенозирующего рака толстой кишки – 54 пациента (47,4%), с осложненными формами доброкачественных заболеваний и травмами – 60 (52,6%). Ранние восстановительные операции в срок от 7 до 10 суток после первичного хирургического вмешательства были выполнены – 34 (29,8%) больным (основная группа); поздние – 80 (70,2%) пациентам (контрольная группа).

Обоснование возможности выполнения ранних восстановительных операций проведено по критерию оценки морфологических изменений в стенке анастомозируемых сегментов толстой кишки и клиническому течению раннего послеоперационного периода. Необходимыми условиями также являлись радикальность первичной операции и компенсация

соматической патологии.

Результаты: Проведенный сравнительный анализ при использовании тактики ранних восстановительных операций (7-10 сут.) и ликвидации колостомы в поздние сроки позволил установить следующее: в основной группе больных осложнения связанные с нарушением репарации кишечного анастомоза отмечены у одного пациента (2,9%). У 3 больных (8,8%) развились инфекционные осложнения области хирургического вмешательства (ИОХВ); у одного пациента (2,9%) зафиксирован анастомозит. В контрольной группе осложнения наблюдали у 13 пациентов (16,3%): несостоятельность швов анастомоза с формированием частичного толстокишечного свища – у 2 (2,5%), острая ранняя спаечная кишечная непроходимость – у 2 (2,5%), ИОХВ – у 8 (10%), анастомозит – у 1 (1,3%).

Общая продолжительность нетрудоспособности в основной группе составила 54,3±4,7 дней; в контрольной – от 3,5 до 12 месяцев, при этом 5 (6,3%) пациентов получили группу инвалидности.

При морфологическом исследовании на 10-14-е сутки после выполнения первичного хирургического вмешательства, в зоне планируемого анастомоза в стенке толстой кишки отмечается снижение активности воспалительной реакции и восстановление лимфоцитарного слоя слизистой оболочки, приближающейся по гистологической характеристике к слизистой оболочке неизмененной стенки толстой кишки. Это является дополнительным аргументом, свидетельствующим в пользу выполнения ранних восстановительных хирургических вмешательств.

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 осложнений.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С КОЛОСТОМАМИ

Даценко Б.М., Даценко А.Б., Хмызов Р.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина.

Рост заболеваемости колоректальным раком и его осложнения – перфорация опухоли, перитонит и кишечная непроходимость, а также производственные и дорожно-транспортные травмы определяют увеличение числа больных с колостомами. Использование степлерных сшивающих аппаратов позволило уменьшить количество экстирпаций прямой кишки примерно в 2 раза, завершая вмешательство низкими резекциями с выведением привентивной колостомы. У больных этой группы стома является временной, соответственно чему крайне актуальным остается вопрос их хирургической реабилитации с восстановлением непрерывности кишечной трубки, что существенно улучшает качество жизни этих пациентов.

Цель: разработать программу хирургической реабилитации больных с колостомами и оценить ее клиническую эффективность.

Пациенты и методы: с 2008 по 2010 гг. включительно реконструктивно-восстановительные операции для ликвидации колостомы выполнены 119 больным, из которых 8 – путем оперативного закрытия пристеночной колостомы, 42 – двухствольной и 69 – путем ликвидации концевой колостомы.

Результаты: Восстановление кишечной непрерывности 26 больным с двухствольной колостомой произведено из местного внутрибрюшного доступа: у 18 из них путем формирования анастомоза на 3/4 по Мельникову и у 12 путем резекции кишки со стомой и наложением циркулярного анастомоза «конец-в-конец» двухрядным швом. У 12 больных закрытие двухствольной колостомы выполнено из срединной лапаротомии, показанием к которой в 2 наблюдениях были явления хронической кишечной непроходимости и в 8 – наличие колоректального рака, не удаленного при первой операции. У 2 больных при ревизии выявлен канцероматоз брюшины с формированием очагов ангиоляции тонкой кишки, в связи с чем, помимо ликвидации колостомы, им был наложен обходной анастомоз.

Наибольшие трудности оперативно-технического плана представляют реконструктивно-восстановительные вмешательства, направленные на ликвидацию концевых колостом, сформированных при первом вмешательстве после удаления опухоли по Гартману, а также после релапаротомии с разобщением «первичного» анастомоза в случаях его несостоятельности.

У 47 из 69 больных с концевой колостомой «достаточная» по длине культи сигмовидной кишки анастомозирована с концом отсеченного от стомы приводящего сегмента толстой кишки. У остальных 22 больных наличие значительного диастаза между мобилизованными концами толстой кишки потребовало мобилизации левых отделов ободочной кишки, нивелирование которых позволяло сформировать анастомоз без натяжения. Выбор способа формирования колоректального анастомоза существенно зависел от длины культи прямой кишки: у 40 больных, где культи прямой кишки была в пределах 10 см, анастомоз формировали ручным способом. У 29 больных, где короткая культи прямой кишки локализовалась ниже брюшины тазового дна, соединение ее с нивелированной ободочной у 19 пациентов произведено циркулярным степлерным швом, а у 10 больных с явлениями хронической кишечной непроходимости использован разработанный в клинике инвагинационный способ формирования колоректального анастомоза.

В послеоперационном периоде у 6 больных возникло нагноение рапы в области ранее существующей стомы, и у одного – частичная несостоя-

тельность анастомоза, что потребовало наложения трансверзостомы.

Вывод: Наибольшие технические трудности представляют реконструктивно-восстановительные операции по восстановлению непрерывности кишечной трубки при короткой култе прямой кишки, лежащей под брюшиной тазового дна, где показано формирование анастомоза с использованием степлерной методики или разработанного в клинике инвагинационного способа восстановления непрерывности кишечной трубки.

СТОМИРОВАНИЕ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

Евдокимов Г.М., Блувштейн Г.А., Яйлоханян К.С., Евдокимов Г.М., Семенченя В.А., Конопацкова О.М.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Росздрава», Саратов, Россия

За последние годы во всем мире увеличилось число операции на кишечнике с наложением пожизненной или временной стомы. В г.Саратове и области отсутствует статистика стомирующих операций и не ведется централизованный учет стомированных пациентов. Хотя без объективной информации об их количестве невозможно адекватное планирование и проведение медико-социальной реабилитации этого контингента людей.

Цель: провести ретроспективный анализ стомирующих операций, выполненных в лечебных учреждениях г. Саратова и области с 2000 по 2009 гг. по поводу патологии ободочной и прямой кишки.

Материал и методы: Проведена статистическая обработка историй болезней больных с 2000 по 2009 гг., у которых операции на органах брюшной полости завершились наложением илео- или колостомы.

Результаты: За это период выполнено 2738 стомирующих операций больным в возрасте от 16 до 89 лет (в 2000 г. – 156; в 2001 г. – 164; в 2002 г. – 161; в 2003 г. – 167; в 2004 г. – 254; в 2005 г. – 255; в 2006 г. – 316; в 2007 г. – 397; в 2008 г. – 422; в 2009 г. – 446). Мужчин было 1260 (46%) человек; женщин – 1478 (54%). По возрасту стомированные пациенты распределялись: до 40 лет (3,5%), 41-50 (10%), 51-60 (23%), 61-70 (33%), старше 70 лет (30,5%). Место проживания: г. Саратов – 52%; районные центры – 31%; село – 17%. Причиной наложения кишечных стом являлись: колоректальный рак – 2484 (90,7%); «доброкачественные» заболевания органов брюшной полости – 219 (8%); злокачественные новообразования других органов – 35 (1,3%). С паллиативной целью стомирование выполнено 1180 (47,5%) онкопроктологическим больным. Наиболее частой причиной наложения стомы являлись рак прямой (45,6%) и сигмовидной кишки (22,5%). Причиной стомирования были и радикальные операции, такие как: брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (665); «типа Гартмана» (391); обструктивная резекция сигмовидной кишки (209) и других отделов ободочной кишки (39). У 219 (8%) больных стома произведена по поводу травмы кишки, перфорации дивертикула, спаечной болезни, некроза и травмы петли кишки, болезни Гиршпрунга, флегмоны забрюшинной клетчатки, деструктивного панкреатита, ректовагинального свища, разрыва промежности, инородного тела прямой кишки. Рак матки, желудка, мочевого пузыря, почки, поджелудочной железы, яичников и метастазы в кишку рака легкого, молочной железы, кожи, меланомы кожи были причиной стомирования у 335 (1,3%) пациентов. У 2280 (83,3%) больных стома наложена на толстую кишку, и у 458 (16,7%) – на тонкую кишку. С превентивной целью илеостомия выполнена при оперативном лечении патологии кишечника у 371 (81,2%) больного. 126 (4,6%) больным стомирование произведено с использованием лапароскопической техники.

Таким образом, в ЛПУ г.Саратова и области операции по поводу патологии ободочной и прямой кишки в 47,5% случаев заканчиваются наложением стомы, о чём необходимо информировать больных перед операцией; количество таких операций ежегодно увеличивается на 5-6%; возрастает число колостомированных пациентов, которым в последующем, возможно выполнение реконструктивно-восстановительных операций.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ

Жуков Б.Н., Исаев В.Р., Чернов А.А., Давыдова О.Е.

Кафедра и клиника госпитальной хирургии ГОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

В последние годы во всем мире наблюдается значительный рост числа людей, перенесших операции на кишечнике с наложением стомы. По данным ВОЗ, в некоторых странах их количество составляет 0,05%-0,1% от численности населения (Суханов В.Г., 2004). Прежде всего, это связано с увеличением онкологических и хронических воспалительных заболеваний кишечника (колоректальный рак, неспецифический язвенный колит и болезнь Крона), хирургическое лечение которых часто заканчивается наложением временной или постоянной стомы (Суханов В.Г. с соавт., 2005; Плотникова И.Г., 2005; Цимбалова Е.Г., 2005; Румянцев В.Г., 2006). В настоящее время восстановление непрерывности толстой кишки при ликвидации колостом является одной из актуальных задач абдоминальной хирургии. Данное вмешательство по технической сложности порой превосходит первичную операцию и характеризуется относительно высокой частотой осложнений (Слесаренко С.С. с соавт., 2005; Хасанов С.Р. с соавт., 2005; Хотиняну В.Ф. с соавт., 2005).

Все пациенты с колостомами находились на учете в кабинете реабилитации стомированных больных. Их обучали правилам ухода за колостомами, проводили психологическую и социальную адаптацию, необходимые лечебные и диагностические мероприятия.

Цель: улучшить результаты лечения больных с кишечными стомами.

Материалы и методы: В отделении колопроктологии клиники госпитальной хирургии СамГМУ за период с 2006 по 2010 гг. реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке выполнены 142 пациентам. Возраст больных – 19-78 лет, средний возраст составил 49,6 лет. Половина пациентов была в возрасте от 19-50 лет, они хотели бы продолжить работу или учебу. При проведении хирургической реабилитации больным проводилось тщательное предоперационное обследование, включающее осмотр кишки пальцем и ректороманоскопию, ультразвуковое, эндоскопическое, рентгенологическое, КТ, МРТ исследования. Подготовка кишечника к операции заключалась в соблюдении диеты, приеме Фортранса иди Флита накануне вмешательства, в очистительных клизмах.

Результаты: Восстановительные операции выполнены 98 больным, реконструктивные вмешательства – 46. У 19 пациентов послеоперационный период осложнился нагноением лапаротомной раны. Несостоятельность межкишечного анастомоза отмечена у 2 больных, летальный исход у 1. Больные выписывались на 10-12 сутки в удовлетворительном состоянии.

Заключение: Реконструктивно-восстановительные операции позволяют значительно улучшить качество жизни пациента, полную социальную и физическую реабилитацию.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Захараш М.П., Пойда А.И., Мельник В.М

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца. Колопроктологический центр Украины, Киев, Украина

Выполнение восстановительных операций на толстой кишке у 4-30% больных сопровождается возникновением гнойно-септических осложнений: перитонитом, газовым целлюлитом, анастомозитом, нагноением операционной раны. Указанные осложнения у 18-52% больных приводят к летальным исходам, ухудшению функциональных результатов и качества жизни.

Цель: улучшить результаты лечения больных после восстановительных операций на толстой кишке.

Материал и методы: За период с 2006 по 2010 г. в Колопроктологическом центре Украины восстановительные операции на толстой кишке выполнены у 1352 больных, 768 (56,8%) мужчин и 584 (43,2%) женщины, возраст которых составил 16-89 (57±19,3) лет. Первичные восстановительные операции были выполнены у 1104 (81,6%) больных, вторичные – у 248 (18,4%). Наибольшее количество пациентов оперированы по поводу колоректального рака – 1072 (79,2%), значительно меньше оперировали по поводу язвенного колита, болезни Крона, семейного полипоза, дивертикулярной болезни толстой кишки, хронического декомпенсированного колита.

Преимущественно выполняли переднюю резекцию прямой кишки – у 769 (56,8%) пациентов, менее часто брюшно-анальную резекцию, правостороннюю, левостороннюю гемиколэктомию, субтотальную дистальную резекцию ободочной кишки, колэктомию, колэктомию с низкой, предельно низкой передней резекцией прямой кишки, мукоэктomieй хирургического анального канала до гребенчатой линии. Преимущественно формировали колоректальные анастомозы, реже илеотрансверзоанастомозы, илеоанальные, илеоректальные, колоанальные, межободочные.

Оперированные больные условно распределены на две группы, контрольную – 724 (53,5%) и исследуемую – 628 (46,5%). Указанные группы больных были сопоставимы в зависимости от возраста, пола, диагноза основного заболевания, сопутствующих заболеваний, объема радикальных и восстановительных операций.

У пациентов контрольной группы использовали традиционные методы профилактики осложнений, обусловленных выполнением восстановительных операций на толстой кишке, которые включают адекватную подготовку больного к оперативному вмешательству, правильный выбор показаний, оптимальных сроков и объема его выполнения, способа завершения, а также медикаментозное обеспечение на этапах предоперационной подготовки, выполнения операции и, особенно, в раннем послеоперационном периоде. У больных исследуемой группы в комплексе с указанными известными мероприятиями использовали разработанные нами способы, способствующие предупреждению возникновения осложнений: способ гемостаза при демуккозакции анального канала, наложения однорядного эвертированного кишечного шва, формирования колоэдоанального, илеэдоанального анастомозов, профилактики несостоятельности швов межкишечных анастомозов, ишемии и некроза толстокишечного трансплантата, анастомозита. Указанные способы способствовали предупреждению возникновения интраабдоминальных гематом, улучшению сопоставления отрезков кишки при формировании анастомозов, трофики тканей, репаративных процессов в зоне сращения и, как следствие, гнойно-септических осложнений.

Результаты: Гнойно-септические осложнения, обусловленные выполнением восстановительных операций на толстой кишке, возникли у 211 (15,6%) больных. Из числа указанных осложнений преобладало нагноение операционной раны – у 73 (5,4%) больных, физическая несостоятельность швов межкишечных анастомозов отмечена – у 51 (3,7%), распространенный перитонит – у 32 (2,4%), инфильтрат брюшной поло-

сти – у 24 (1,8%), газовый целлюлит – у 31 (2,3%). У больных исследуемой группы количество возникших осложнений было значительно меньшим по сравнению с контрольной – 164 (22,6%) и 47 (7,4%) соответственно. Это способствовало уменьшению послеоперационной летальности с 21 (2,9%) у пациентов контрольной группы до 7 (1,1%) – исследуемой.

Выводы: 1. Применение разработанных методов профилактики гнойно-септических осложнений после восстановительных операций на толстой кишке в комплексе с известными методами способствует улучшению сопоставления отрезков кишки при формировании анастомозов, трофики тканей, репаративных процессов в зоне сращения, предупреждению возникновения интраабдоминальных гематом и, как следствие, гнойно-септических осложнений.

2. Соблюдение указанного подхода к профилактике гнойно-септических осложнений после восстановительных операций на толстой кишке способствовало уменьшению частоты их возникновения с 164 (22,6%) до 47 (7,4%), послеоперационной летальности с 21 (2,9%) до 7 (1,1%).

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Игнатев В.Г., Михайлова В.М., Кривошапкина Л.А., Холтосунев И.А., Никифоров А.Ю.

Отделение колопроктологии, Республиканская больница №2 – Центр экстренной медицинской помощи, Якутск, Россия

Выполнение реконструктивно-восстановительных операций у стомированных больных является одним из наиболее сложных разделов оперативной колопроктологии. Нередко реконструктивно-восстановительная операция технически является более сложной, чем предыдущая, и может сопровождаться еще более тяжелыми гнойно-септическими осложнениями, несостоятельностью швов анастомоза. Мы провели анализ реконструктивно-восстановительных операций в колопроктологическом отделении РБ №2 – ЦЭМП г. Якутска за 2009-2010 гг. За данный период произведено 53 операции больным, из них закрытие илеостомы – 24 и закрытие колостомы 29 больным. Мужчин оперировано 33 (62,2%), женщин – 20 (37,7%). Средний возраст больных составил 45,3 лет. В 19 (34,8%) случаях стома была наложена после радикальных операций по поводу рака толстой кишки, в 18 (33,9%) – после воспалительных заболеваний. У 12 (22,6%) больных стома была наложена после травм толстой кишки, в отдельную категорию взяты пациенты стомированные после тяжелых форм деструктивного панкреонекроза – 4 (7,5%) случаев.

Реконструктивно-восстановительные операции по поводу закрытия илеостомы проводились в среднем от 3 до 6 мес., после первичной операции, по поводу закрытия колостомы от 6 мес. до 1 года. Все пациенты перед оперативным вмешательством проходили полное клиническое обследование с обязательным уточнением высоты культи оставшейся толстой кишки и длины престомального участка ободочной кишки, а также измерение диастаза анастомозируемых концов кишок. Больным, поступившим на реконструктивно-восстановительную операцию после первичной радикальной операции по поводу рака, обязательно проводилась КТ брюшной полости и МРТ малого таза, а также исследование на онкомаркеры. В предоперационном периоде проводилась традиционная подготовка с назначением бесшлаковой диеты, коррекции водно-электролитных нарушений, гидрогимнастикой отключенного отдела кишечника.

49 (92,4%) пациентам с одноствольными илео- или колостомами выполнялась срединная лапаротомия с иссечением всех спаек деформирующих толстую кишку (при этом у 12 (22,6%) больных был выраженный спаечный процесс). Выполнены различные виды колопластики в зависимости от уровня первичной резекции. Как правило, при толсто-толстокишечных анастомозах выполнялся анастомоз «конец в конец», при тонко-толстокишечных или тонко-тонкокишечных анастомозах предпочтение отдавалось анастомозу «бок в бок» или «конец в бок». При ручных анастомозах использовалась рассасывающая нить 3/0, 2-х рядными узловыми швами по Матешку. Ручной анастомоз наложен 46 больным, 3 пациентам анастомозы выполнены при помощи сшивающих аппаратов (у 2 больных аппаратом АКА-2, у одного больного – аппаратом фирмы «Ethicon Endo-Surgery 1 Proximate ILS»). Максимально низкий анастомоз был наложен на расстоянии 5 см от края ануса. У 4 (7,5%) больных с двуствольными стомами операция проведена из локального доступа анастомозом по типу Мельникова.

Послеоперационное осложнение было в 1 (1,8%) случае: перфорация десерозированного участка тонкой кишки, приведшее к перитониту, повторно была наложена илеостома, больная выписана. Летальных исходов не было.

Таким образом, реконструктивно-восстановительные операции у стомированных больных улучшают и ускоряют социальную реабилитацию данного контингента пациентов. Данная проблема требует дальнейшего всестороннего изучения, выбора наиболее оптимального срока для выполнения реконструктивно-восстановительной операции в зависимости от возраста больного, соматического состояния, первичной операции.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СТОМИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ

Калашникова И.А., Ачкасов С.И.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии»
Минздравсоцразвития России, Москва, Россия

Медицинская реабилитация – главная составляющая комплексной реабилитации стомированных пациентов. В условиях развития новой для нашей страны службы разработка критериев эффективности помощи пациентам с кишечными стомами является актуальной.

Цель: определение критериев эффективности организации медико-социальной помощи стомированным пациентам.

Пациенты и методы: Сформированы 2 группы пациентов с кишечными стомами. Первую группу составили 42 больных, оперированных в ГНЦ колопроктологии, где функционирует служба помощи стомированным пациентам. Во вторую группу включены 27 пациентов, оперированных в других лечебных учреждениях, не имеющих специализированной службы. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, социальному положению, времени после операции, виду стомы, наличию осложнений.

Исследование качества жизни стомированных пациентов проводили в сроки от 3 до 6 месяцев после операции с помощью опросника «Stoma-QoL». На все 20 вопросов анкеты пациенты давали ответы по четырехбалльной шкале. Общий средний балл, оценивался от 20 до 80.

Для определения удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи пациенты заполняли специально разработанные анкеты и ретроспективно давали балльную оценку (от 1 до 5 баллов) услугам, полученным в лечебном учреждении, где проводилась операция с формированием стомы.

При оценке качества медицинской помощи стомированным пациентам использовали анкету, специально созданную для изучения специфических аспектов организации ухода за стомой. Применялась четырехбалльная шкала, чтобы оценить воспринятую действительность («Я получил...») и субъективную значимость («Насколько важно для меня получить...») разных видов помощи стомированным пациентам.

Результаты: Качество жизни у пациентов, оперированных в ГНЦК, оценено в 62,9±10,6 баллов. В группе пациентов, оперированных в других учреждениях, этот показатель был значительно ниже – 47,4±8,9 баллов, ($p < 0,05$).

При оценке удовлетворенности стомированных пациентов оказанной медицинской помощью установлено, что средний общий балл в первой группе составил 33,9±1,4, во второй группе – всего 20,4±2,6, ($p < 0,05$). Больные первой группы были удовлетворены большинством аспектов полученной помощи, средний балл составил 3,6±0,4. Во второй группе этот показатель был значительно ниже – 2,2±0,4 балла, ($p < 0,05$).

При анализе анкет по оценке субъективной значимости мероприятий по уходу за стомой разница между показателями в обеих группах была невелика: 3,3±0,5 и 3,4±0,5 баллов соответственно, ($p > 0,05$).

Выводы:

1. Исследование качества жизни позволяет оценить эффективность профилактических, лечебных и реабилитационных программ, разработать обоснованные рекомендации по совершенствованию системы медико-социальной помощи пациентам с кишечной стомой.

2. Оценка удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг путем анкетирования при скрининговых исследованиях является объективным показателем в комплексной оценке качества медицинской помощи при реабилитации стомированных больных.

3. Наличие специализированной службы помощи значительно повышает качество медицинских услуг и качество жизни стомированных пациентов.

СИМУЛЬТАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Матвеев И.А., Гиберт Ю.Б.

Тюменская медицинская академия, Тюмень, Россия

Достоинства сочетанных операций не вызывают сомнений. Негативной их стороной является увеличение послеоперационных осложнений.

Цель: дать характеристику симультанных вмешательств и послеоперационных осложнений при восстановительных операциях у больных после обструктивных резекций толстой кишки.

В основу исследования положен анализ результатов лечения 55 пациентов после обструктивных резекций ободочной кишки, которым проведено восстановление ее непрерывности в сочетании с устранением другой патологии брюшной полости. Летальных исходов не было. Средний возраст больных – 51, 6 года. Мужчин – 29, женщин – 26.

По поводу колоректального рака оперировано 8 человек (14,3%). У 7 – он носил метастатический характер, у 1-го с дивертикулярной болезнью рак обнаружен после формирования стомы. Паллиативное наложение ободочного анастомоза было у 1-го больного. У остальных 7-ми операции по поводу рака были условно радикальными: резекция кишки с метастазами, резекция печени, удаление сальника.

Абсцессы брюшной полости, как исход перенесенного перитонита, были у 11 пациентов (20%), из них у 7 – изолированные гнойники, у 4 они сочетались с другими заболеваниями. Абсцессы вскрыты, стенки их частично или полностью иссечены.

Патология заглушенной кишки наблюдалась у 8 человек (14,3%). У 5 были внутренние свищи, вследствие несостоятельности швов с формированием пристеночного абсцесса, у 3-х – стриктуры прямой кишки. Им выполнены резекции культи и стенозированной части кишки.

Парастомальные грыжи были у 17 больных (30,3%), у 4 из них они сочетались с срединной грыжей. Вентральные грыжи были у 10 (17,8%). Устранение дефектов не отличалось от стандартного ушивания брюшной стенки у 21 больного. У 1-ой проведена ненатяжная герниопластика сетчатым трансплантатом, у 5-ти дефект брюшной стенки ликвидирован по Шампониеру.

Губовидные кишечные свищи ликвидированы 4 пациентам (7,1%), 3-м они ушиты, у 1-го резецирована петля кишки. Одному больному резецирован желудок по Ру по поводу язвы отводящей петли гастроэнтероанастомоза, холецистэктомия, дренирование кисты поджелудочной железы.

Из послеоперационных осложнений раневая инфекция была у 10 человек (17,8%). У 9-ти из них было нарушение питания: у 1-ой дефицит массы тела, у 8 ожирение.

Осложнения со стороны брюшной полости, которые потребовали оперативного лечения были у 3-х (5,5%). Перитонит у 1 больной возник из-за некроза большого сальника, у 2-х – инфицированные гематомы.

Выводы: 1. При восстановлении непрерывности ободочной кишки после обструктивных резекций сочетанные операции чаще выполнялись в связи с проявлениями основного заболевания и осложнениями ранее проведенного оперативного лечения.

2. Уровень послеоперационных осложнений определялся инфицированностью оперативного вмешательства, техникой его выполнения, исходным состоянием больных и травматичностью операции.

ТИПЫ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА И ИХ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ

Матвеев И.А., Гиберт Ю.Б.

Тюменская медицинская академия, Тюмень, Россия

Среди актуальных задач современной хирургии важное место занимает проблема несостоятельности межкишечных анастомозов. Подавляющее большинство исследований причин данного осложнения направлено на изучение различных сторон вида соединения кишок: шовный материал, модификация шва, методы компрессионного соединения тканей. В тоже время связь данного осложнения с типами соустьев изучена недостаточно полно, особенно при восстановительных операциях на толстом кишечнике. В клинической практике не всегда удается наложить анастомоз конец в конец, функциональные результаты которого обособно считаются лучшими, и тогда хирург выбирает другие варианты анастомозирования.

Цель: изучить частоту несостоятельностей различных типов анастомозов и особенности их клинических проявлений при восстановлении непрерывности кишечного тракта после обструктивных резекций ободочной и прямой кишок.

Всего с 1999 года выполнено 124 восстановительных операции после обструктивных резекций толстой кишки. Летальных исходов не было. Осложнения со стороны анастомоза были у 4 больных (3,2%).

При восстановлении непрерывности кишечного тракта у 45 человек (36,3%) анастомозы наложены конец в конец, несостоятельность возникла у 2-х (4,4%). У единственного пациента соустье сформировано низведением в культи прямой кишки, осложнилось несостоятельностью. Анастомозы бок в бок были у 34 (27,4%), конец заглушенной кишки в бок функционирующего отдела – у 36 пациентов (29,1%). При обоих типах анастомоза осложнений не было. Конец функционирующей кишки анастомозирован в бок с выключенной из пассажа кишки у 8 человек (6,4%), несостоятельность – у 1-ой больной (12,5%). Из видов соединения преобладал ручной лигатурный – 100 больных, компрессионный круговым степлером – 18 и компрессионный никелид-титановой скрепкой – 6.

У всех больных с несостоятельностью анастомоз формировался ручным лигатурным швом: у 2-х – узловый однорядный, у 1-го – двухрядный и у 1-го – низведением.

У последнего больного осложнение проявилось появлением кала в месте стояния дренажа без признаков перитонита и интоксикации, на 14 сутки послеоперационного периода свищ закрылся. У 3-х человек возникли отграниченные абсцессы и каловые затеки. У одной больной свищ вскрылся в постстомальную рану, у 2-х – был вскрыт каловый затек и абсцесс в области анастомоза, позднее в ране появился кал. Двум больным с целью выключения пассажа наложены проксимальные колостомы. Несостоятельность анастомоза возникла у всех больных при сохраненной моторной функции кишечника, без развития диффузного перитонита и проявилась каловыми свищами или отграниченными абсцессами.

Выводы: 1. Оптимальным типом межкишечных анастомозов при восстановлении непрерывности кишечника можно считать анастомоз конец заглушенной кишки в бок функционирующей и бок в бок, при которых не наблюдалось случаев несостоятельности. 2. Несостоятельность анастомоза проявлялась клиникой отграниченных абсцессов брюшной полости и каловыми свищами.

АНАЛИЗ РАННИХ И ОТДАЛЕННЫХ ПАРАСТОМАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Муравьев А.В., Оверченко Д.Б.

МУЗ «2-я городская клиническая больница», Старополь, Россия

Хирургическое лечение ряда заболеваний толстой кишки сопряжено с необходимостью удаления или выключения из пассажа пораженного отдела и нередко завершается выведением того или иного отдела кишечника на переднюю брюшную стенку в виде стомы. Несмотря на постоянное совершенствование хирургической техники и применение современных схем антибактериальной терапии, частота осложнений, возникающих как в ранние сроки после операции, так и в более отдаленном периоде, остается еще высокой и колеблется от 3 до 70% в разных клиниках. Развитие этих осложнений оказывает существенное влияние не только на непосредственные исходы оперативных вмешательств, но и значительно ухудшает отдаленные результаты лечения, являясь одной из основных причин выраженных функциональных нарушений деятельности кишечника, стойкой утраты трудоспособности, тяжелых психических нарушений, и существенно изменяет социальные условия жизни больных.

Цель: дать представление о ранних и отдаленных осложнениях колостомии, провести анализ параколостомических осложнений, обратить внимание хирургов и колопроктологов на причины возникновения этих осложнений, тем самым, улучшить технику формирования стомы и обеспечить профилактику развития параколостомических осложнений.

Материалы и методы: В амбулаторном центре колопроктологии 2-й городской больницы г. Старополя в период с 2006-2010гг. зарегистрировано 798 стомированных больных, впервые обратившихся. Больные оперированы: в отделении колопроктологии, в городских больницах г. Старополя, городских больницах КМВ, ЦРБ края, инокраевые больные. Осложнения колостомии наблюдались у 207 больных (26%). Проведен анализ параколостомических осложнений.

Результаты: Из анамнеза удалось выяснить характер и частоту осложнений. Осложнения колостомии в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались у 81 больного (39%). Это осложнения, развившиеся со стороны колостомы непосредственно во время пребывания больного в стационаре, но не позднее 30 дней после проведенной операции.

- Острая кишечная непроходимость – 4 чел. (1.9%)
- Некроз выведенной кишки – 9 чел. (4.3%)
- Ретракция выведенной кишки – 5 чел. (2.4%)
- Эвентрация в области стомы – 3 чел. (1.4%)
- Поверхностное нагноение в области кожно-кишечных швов вокруг стомы 18 чел. (8.6%)
- Параколостомический абсцесс – 39 чел. (18.7%)
- Флегмона параколостомической области – 3 чел. (1.4%)
- С отдаленными осложнениями колостомии было 126 (61%) больных. К числу поздних были отнесены все осложнения, развившиеся из колостомы после выписки больных из стационара.
- Параколостомическая грыжа – 52 чел. (25.1%)
- Выпадение кишки (пролапс) – 24 чел. (11.6%)
- Стриктурa – 37 чел. (17.9%)
- Параколостомические свищи – 13 чел. (6.2%)

Вывод: Формирование стомы, занимая мало операционного времени и усилий операционной бригады, во многом предопределяет дальнейшую судьбу пациента. Если оперативные вмешательства сопровождаются высоким риском развития осложнений непосредственно после операции, то пропорционально растет риск отдаленных осложнений. Использование в практической деятельности наиболее эффективных способов формирования коло-илеостомы на передней брюшной стенке позволит значительно улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения самых различных заболеваний толстой кишки, требующих формирования стомы.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКОЙ ГРЫЖИ С РЕКОНСТРУКЦИЕЙ КОЛОСТОМЫ

Павленко С.Г., Агаджанян Д.З.

ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Росздрава, Краснодар, Россия

Одним из важнейших этиологических моментов возникновения параколостомической грыжи, как и других грыж живота, является нарушение динамического равновесия между внутрибрюшным давлением и способностью стенок живота ему противодействовать. Наложение колостомы с выведением кишки через искусственно сформированное отверстие уже само по себе является образованием «слабого места» передней брюшной стенки и предпосылкой для образования грыжевого выпячивания. Пластическая операция у больных с постоянной колостомой направлена на ликвидацию параколостомической грыжи и реконструкцию колостомы и не всегда является простым оперативным вмешательством. Так, частота гнойных осложнений после этих вмешательств достигает 20-30% (Черкес В.Л., 2002; Воробьев Г.И., 2006; Бичурин Н.Р., 2007; Наврузов Н.Г., 2007; Bain J.M., 1996; Chiarugi M., 2002; Butler C., 1992). Решение вопроса о ликвидации осложнения в виде параколостомической грыжи лежит в плоскости перевода ее из внутрибрюшной в забрюшинную, поскольку отмечено, что при забрюшинных колостомах частота возникновения параколостомических грыж значительно меньше, чем при чрезбрюшинных. Для уменьшения травматизации и послеоперационных осложнений нами решалась задача перевода стомы внутрибрюшной в забрюшинную с реконструкцией параколостоми-

ческой грыжи не прибегая к релапаротомии через стомальную рану. Использование ранее предложенных способов, которые сопровождаются осложнениями, показали актуальность проблемы модернизации способов реконструкций колостомы с параколостомической грыжей.

Цель: 1) устранить параколостомическую грыжу без срединной лапаротомии; 2) реконструировать колостому; 3) снизить травматизацию тканей по сравнению с другими аналогами; 4) исключить рецидивы в послеоперационном периоде; 5) устранить осложнения в послеоперационном периоде; 6) уменьшить затраты на проведение операции и ведение послеоперационного периода.

Разработанный способ лечения параколостомической грыжи с реконструкцией колостомы выполняется следующим образом: циркулярно высекают стому из кожи. Отсекают кожно-слизистый переход на стоме, временно изолируют кишку ушиванием 8-образным швом. Выкраивают кожу в проекции параколостомической грыжи. Выделяют грыжевой мешок, вскрывают и обрабатывают его – иссекают избыток мешка и ушивают его рассасывающимся материалом (кетгутотом). Этап формирования забрюшинного тоннеля – хирург вводит руку в раневую рану и отслаивает брюшину от брюшной стенки до латерального края колостомической раны изнутри наружу. Выделяют и обрабатывают края грыжевого мешка. Устраняют грыжу армированием грыжевых краев и накладывают от двух до пяти 8-образных швов с оставлением старого колостомического отверстия. Проводят кишку для стомирования через тоннель в забрюшинном пространстве в старое кожное отверстие. Сшивают подслизистую стому с собственно кожей. Ушивают кожный дефект.

Результаты: данный способ позволил в 8 оперированных больных с использованием данного способа лечения полностью устранить параколостомическую грыжу и перевести чрезбрюшинную колостому в забрюшинную и исключить ближайшие отдаленные послеоперационные осложнения.

ВЫБОР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Пойда А.И., Мельник В.М.

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца. Колопроктологический центр Украины, Киев, Украина

Выбор восстановительного этапа операции при раке прямой кишки представляет недостаточно решенную задачу современной онкоколопроктологии в связи высоким риском возникновения осложнений заживления колоректального, колоанального анастомоза, частым нарушением функции анального держания. Указанные патологические состояния обусловлены значительными техническими трудностями формирования низких колоректальных, колоанальных анастомозов вследствие размещения их глубоко в полости малого таза, разным морфологическим строением, функциональным назначением, несоответствием диаметра соединяемых отрезков толстой кишки, эндоанальным размещением стенок и брыжейки отрезка ободочной кишки.

Цель: улучшить ближайшие и отдаленные функциональные результаты операций по поводу рака прямой кишки путем дифференцированного подхода к выбору известных и разработки новых способов формирования колоректальных, колоанальных анастомозов.

Пациенты и методы: В Колопроктологическом центре Украины в период с 1999 по 2010 год оперировано 1134 больных по поводу рака прямой кишки с выполнением восстановительного этапа операции. Первичные восстановительные операции были выполнены у 927 (81.7%) больных, вторичные восстановительные – у 207 (18.3%). Мужчин было 648 (57.1%), женщин – 486 (42.9%), возраст которых составил 27-82 года. В соответствии с Международной классификацией злокачественных опухолей прямой кишки и классификацией Dukes стадия T1-2N0M0 (Dukes A) была диагностирована – у 43 (3.8%), T3N0M0 (Dukes B) – у 271 (23.9%), T3-4N1M0 (Dukes C) – у 518 (45.7%), T4N1-2M1 (Dukes D) – у 302 (26.6%) больных. В верхнеампулярном отделе опухоль локализовалась у 320 (28.2%) больных, среднеампулярном – у 503 (44.3%), нижнеампулярном – у 311 (27.5%). У 394 (34.7%) пациентов диагностировано осложненное течение заболевания. Из них у 257 (65.3%) – хроническая обтурационная непроходимость толстой кишки, у 91 (23.1%) – паранеопластический воспалительный инфильтрат, у 46 (11.6%) – кровотечение. Сопутствующие заболевания отмечены у 673 (59.3%) пациентов, преимущественно заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, ожирение. Преоперационная лучевая терапия произведена 549 (74.3%) пациентам. В соответствии с диагнозом основного заболевания наиболее часто выполняли переднюю резекцию прямой кишки – у 853 (75.2%) больных, брюшно-анальную резекцию – у 197 (17.4%), трансфинктерную резекцию – у 50 (4.4%), межфинктерную резекцию – у 34 (2.9%). Колоректальные анастомозы формировали у 732 (64.5%) пациентов при помощи циркулярного эндостеплера фирмы Ethicon диаметр головки 29 или 33 (мм), аппарата компрессионных анастомозов (АКА-2) – у 119 (10.4%), с использованием однорядного эвертированного кишечного шва – у 24 (2.1%), у 28 (2.4%) больных формировали резервуарно-анальный анастомоз при помощи ручного шва, разработанный колоэдоанальный – у 12 (1.1%), путем низведения – у 207 (18.2%). Протектирующую, временную трансверзостому накладывали у 232 (20.4%) оперированных больных, преимущественно при наличии хронической обтурационной непроходимости толстой кишки, после формирования резервуарно-анального, колоэдоанального анастомозов, вследствие значительного риска несостоятельности их швов. Указанную трансверзостому «закрывали» при помощи однорядного эвертированного шва через 2 месяца после выполненной операции. Послеоперационную лучевую и полихимиотерапию пациентам назначал онколог, при наличии показаний.

Оценку функции анального держания у пациентов после формирования колоанальных анастомозов производили в сроки через 3, 6, 12 месяцев при помощи метода анкетирования, а также на основании результатов сфинктерометрии.

Результаты: Послеоперационные осложнения возникли у 232 (20,4%) пациентов. Осложнения, обусловленные формированием и заживлением анастомозов – у 187 (16,4%), из них анастомозит – у 21 (1,8%), несостоятельность швов анастомоза – у 48 (4,2%), некроз низведенного толстокишечного трансплантата – у 11 (0,9%), стриктура соустья – у 41 (3,6%). Послеоперационная летальность составила 9 (1,2%). Пятилетняя выживаемость из 987 (87%) наблюдавшихся в указанный срок пациентов составила 629 (63,7%).

Результаты исследования функции анального держания через 1 год были следующие. Анальная инконтиненция I степени у 83 (7,3%) пациентов, II степени – у 33 (2,9%) наблюдалась только после трансфинктерных и межфинктерных резекций прямой кишки, а также после операции низведения, что было обусловлено частичным удалением сфинктерного аппарата прямой кишки и последствиями низведения толстокишечного трансплантата на промежность.

Выводы:

1. К выбору способа формирования колоректального или колоанального анастомоза следует подходить избирательно в зависимости от особенностей анатомических взаимоотношений между отрезками толстой кишки, возникающих после радикального этапа операции.
2. Дифференцированный подход к выбору методов формирования анастомозов после операций по поводу рака прямой кишки, широкое применение современных шпигующих аппаратов способствует обоснованному расширению показаний к выполнению первично-восстановительных операций при раке прямой кишки, уменьшению послеоперационных осложнений, улучшению функциональных результатов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОЛЭКТОМИИ И ПРЕДЕЛЬНО НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Пойда А.И., Мельник В.М.

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, Колопроктологический центр Украины, Киев, Украина

Наиболее радикальной операцией при язвенном колите и семейном полипозе толстой кишки, которая предусматривает сохранность сфинктерного аппарата прямой кишки и возможность выполнения восстановительного этапа является колэктомия, предельно низкой резекции прямой кишки, мукозэктомия хирургического анального канала до гребенчатой линии. Однако после указанной операции возникают тяжелые проявления диарейного, постколэктомического синдрома, вторичной анальной инконтиненции.

Цель: улучшить результаты реконструктивно-восстановительных операций после колэктомии и предельно низкой передней резекции прямой кишки.

Материал и методы: Разработана тактика выполнения реконструктивно-восстановительных операций после колэктомии и предельно низкой передней резекции прямой кишки, которая предполагает выбор способа мукозэктомии, формирование тонкокишечного резервуара нового типа, его дислокацию в полость малого таза, наложение разработанного илеоцекоанального анастомоза, протекцию созданной конструкции тонкокишечного резервуара и илеоанального анастомоза, профилактику осложнений их заживления, оценку результатов лечения.

За период с 2006 до 2010 года оперировано 24 больных. Женщин – 14 (58,4%), мужчин – 10 (41,6%), возраст которых составил 16-48 (31,4±14,8) лет. Большинство пациентов – 13 (54,2%) оперированы по поводу осложненных форм или тяжелого прогрессирующего течения язвенного колита, 7 (29,2%) – семейного полипоза, 4 (16,6%) – болезни Крона толстой кишки, тотального поражения. Болезнь Крона толстой кишки не считаем абсолютным противопоказанием к формированию тонкокишечных резервуарных конструкций.

Первичные реконструктивно-восстановительные операции выполнены у 19 (79,1%) пациентов, вторичные – у 5 (20,9%).

Результаты: Послеоперационные осложнения возникли у 6 (25,0%) пациентов. Ранние: нагноение операционной раны – у 2 (8,4%), острый пиелостит – у 2 (8,4%), пневмония – у 1 (4,2%). Поздние – внутренний тонкокишечно-вагинальный свищ у 1 (4,2%) больной через 3 месяца после выполненной операции.

Функциональные результаты исследовали через 3, 6 месяцев, 1, 2 года после выполненной операции. Через 3 месяца частота стула отличалась значительной вариабельностью от 3-4 до 7-8 раз в течение суток. У пациентов – 10 (41,6%) отмечены императивные позывы и анальная инконтиненция, у 9 (37,5%) – неспособность дифференцировать компоненты кишечного содержимого. В более поздние сроки отмечено значительное улучшение функциональных результатов. Это проявлялось уменьшением частоты стула, степени выраженности синдрома анальной инконтиненции, императивных позывов.

Представленные удовлетворительные функциональные результаты были подтверждены использованием дополнительных лабораторных, инструментальных методов исследования. Отмечено улучшение показателей общего анализа крови, биохимических исследований крови, коагулограммы, которые указывают на состояние субкомпенсации через 3 месяца, компенсацию и стабилизацию показателей гемостаза в более поздние сроки, уменьшение времени транзита содержимого по тонкой кишке, процессов всасывания, функции анального держания.

На основании полученных функциональных результатов отмечено значительное уменьшение частоты возникновения и степени выраженности

сти патологических синдромов. Отсутствие диарейного синдрома – у 18 (75,0%) больных, уменьшение степени его выраженности – у 6 (25,0%). Постколэктомический синдром I степени установлен у 20 (83,3%) больных, II степени – у 4 (16,7%), синдром вторичной анальной инконтиненции I степени не наблюдался ни у одного пациента, II и III степени только у 2 (8,3%) больных после вторичных реконструктивно-восстановительных операций вследствие продолжительного периода отключенной прямой кишки.

Выводы:

1. Колэктомия, предельно низкой передней резекции прямой кишки, мукозэктомия хирургического анального канала до зубчатой линии является операцией выбора при язвенном колите и семейном полипозе толстой кишки.
2. После колэктомии и предельно низкой передней резекции прямой кишки предпочтение следует отдавать первичным реконструктивно-восстановительным операциям, обязательной составляющей которых должно быть формирование тонкокишечного резервуара.
3. Применение разработанной тактики позволило увеличить количество больных с отсутствием диарейного синдрома до 18 (75,0%), уменьшить количество пациентов с постколэктомическим синдромом II-III до 4 (16,7%), синдромом вторичной анальной инконтиненции II-III степени – до 2 (8,3%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ИЛЕОСТОМОЙ

Полновов Ш.Б., Иброхимов Ю.Х., Джаборов Д.О.

Городской центр колопроктологии, Душанбе, Таджикистан

Проблема лечения заболеваний терминального отдела подвздошной кишки причиной, которых является, как правило, острая кишечная непроходимость. Травматические повреждения, болезнь Крона и перфорация брыжунотифозных язв тонкой кишки постоянно находится в центре внимания специалистов хирургического профиля. При этом отмечается увеличения числа лиц, перенесших резекцию этой части кишки и нуждающихся в реабилитации. Важнейший и по сути, завершающий этап ее – реконструктивно-восстановительная операция (РВО), выбор способа которой иногда представляет существенные трудности.

Материал и методы: В 1982-2006 гг. 64 больным выполнены РВО. Из них 46 больных имели илеостому и 18 перенесли операцию наложения илеоцекоанастомоза с разгрузочной илеостомой. Причиной первой операции наложения у 60 послужил некроз терминального отдела подвздошной кишки и у 4 – некроза илеоцекального угла. Продолжительность этапа до РВЛ варьировала от 3 месяцев до 8 лет. Больным проводилось всестороннее обследование, которое предусматривало применение общеклинических методов исследования, рентгенографии, УЗИ брюшной полости, колоноскопии, по показаниям энтерографии.

Выбор способа РВО у больных с илеостомой зависел от длины и характера изменений отводящего отрезка кишки. У всех 18 больных с илеоцекоанастомозом и разгрузочной илеостомой произведено внебрюшинная ликвидация стомы (1-я группа). У 30 больных с илеостомой при длине отводящего отрезка кишки не менее 8-10 см наложен анастомоз тонкой кишки конец в конец (2-я группа). У 4 пациентов выполнен илеоцекоанастомоз конец в бок, а у остальных 12 больных разные варианты илеоцекоанастомоза (3-я группа). В том числе анастомоз бок в бок по вертикальной оси между свободной поверхностью подвздошной и медиальной стеной слепой кишки (4), конец подвздошной в бок слепой кишки (3) и илеоцекоанастомоз с сохранением илеостомы (5), что было связано с наличием массивных спаек в брыжунной полости.

Результаты: У больных первой группы с илеоцекоанастомозом и разгрузочной илеостомой уже на 3-4 день после ушивания стомы отмечено появление стула 1-3 раз в сутки. Нормализация стула наблюдалась через 8 месяцев. У больных второй группы несостоятельность швов анастомоза констатировано в 9 (30%) с летальными исходами в 5 (16,7%) случаях. 6 пациентам этой группы был наложен илеоцекоанастомоз с разгрузочной илеостомой. Умерло двое больных в связи с перитонитом. Через 1,5-3 месяца 4 пациентам ушита илеостома с благоприятным результатом. У остальных 21 больных этой группы с энтеро-энтероанастомозом периодически отмечалось вздутие живота. Урчание и боли в правой подвздошной области после приема пищи. Эти явления проходили после акта дефекации, а затем в течение 1-3 года постепенно уменьшались. На УЗИ отмечено утолщение стенки и сужение просвета кишки от области анастомоза до илеоцекального угла. На ирригографии барий свободно поступал в тонкую кишку, что связано с нарушением функции ИЦК.

Отдаленные результаты от 5 до 12 лет прослежены у 53 (82,8%) пациентов. При этом стул от 1 до 3 раз наблюдался у 3 (16,7%) больных I группы, у 6 (28,6%) – II и у 4 (28,6%) пациентов III группы. Эти явления мы связываем с произведенной обширной резекцией тонкой кишки. В сроки от 1 до 4 лет грыжесечение по поводу послеоперационной грыжи средней линии живота произведена 7 (13,2%) больным второй и третьей групп. Спаечной болезнью страдают 5 (9,4%) пациентов.

Заключение: Илеоцекоанастомоз с разгрузочной илеостомой после резекции терминального отдела подвздошной кишки по поводу некроза является органосохраняющей операцией, сопровождается хорошими функциональными результатами в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Разгрузочная илеостома предупреждает развитие несостоятельности анастомоза и ликвидируется в последующем внебрюшинным способом. При этом предупреждаются тяжелые морфологические изменения в толстой кишке, и сокращаются сроки реабилитации больных.

РАННЯЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Сорогин А.Б., Осмокеску К.И., Солдатов Д.В.

Ярославская областная клиническая больница,
Ярославль, Россия

Цель: разработать систему ранней хирургической реабилитации больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью (ОТКН).

В клинике Ярославской областной клинической больницы за период с 2001 по 2010 год оперировано 258 больных по поводу рака толстой кишки, осложненного ОТКН. Мужчин было 137 (53,11%), женщин 121 (46,89%). Возраст пациентов составил от 39 до 87 лет (в среднем 63,6 лет).

Характер оперативных вмешательств зависел от стадии заболевания, места локализации опухоли, общего состояния пациента, наличия сопутствующих заболеваний.

Наиболее часто выполнялась обструктивная резекция (операция Гартмана или по типу Гартмана) при локализации опухоли в сигмовидной кишке и верхнеампулярном отделе прямой кишки.

В последующем при выполнении реконструктивно-восстановительных операций (РВО) нами выявлен ряд негативных моментов данной операции. Во-первых, выраженный спаечно-инфильтративный процесс в брюшной полости, особенно в области культи прямой кишки. Во-вторых, отмечен ряд осложнений со стороны колостомы, наложенной при первичной операции, требующих коррекции при выполнении РВО. В-третьих, сроки, рекомендуемые для выполнения РВО составляют от 3 до 6 месяцев, что значительно ухудшает социальную реабилитацию пациентов.

Выше изложенное послужило разработкой двухэтапной ранней хирургической реабилитации больных при ОТКН:

1. Ликвидация толстокишечной непроходимости на первом этапе с помощью малоинвазивных оперативных методов: фиброколоноскопия с определением уровня обструкции толстой кишки и реканализацией опухоли, диагностическая лапароскопия или мини лапаротомия с введением разгрузочной двустольной петлевой колостомы с последующей коррекцией водно-электролитных нарушений.

2. Второй этап (РВО) выполнялся в течении от двух недель до одного месяца после стабилизации общего состояния и подготовки толстой кишки. Обязательным условием является соблюдение всех онкологических принципов с целью улучшения отдаленных результатов лечения рака толстой кишки.

Таким способом оперировано 32 пациента. Мужчин было 18 (56,25%), женщин 14 (43,75%). Левосторонняя гемиколэктомия выполнена у 17 (53,12%) больных, сигмоидэктомия у 6 (18,75%), передняя резекция прямой кишки у 9 (28,12%). У всех больных оперативное вмешательство было закончено наложением первичного анастомоза. В послеоперационном периоде осложнения выявлены у 2 (6,25%) пациентов. У 1 (3,12%) диагностирован тромбоз глубоких вен левой голени и у 1 (3,12%) нагноение срединной раны с частичной экстензией тонкой кишки, потребовавшей ее ушивания. Летальных исходов не было.

Выводы: применение на первом этапе малоинвазивных вмешательств для ликвидации ОТКН нивелирует негативные последствия операции Гартмана при выполнении ранней РВО. Использование второго этапа ранней хирургической реабилитации стомированных больных обеспечивает радикальность вмешательства и приносит значительный социально-экономический эффект.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ПО ДАННЫМ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Тимербулатов М.В., Верзакова И.В., Ибатуллин А.А., Макарьева М.Л., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Биганяков Р.Я.
ГКБ №21, Уфа, Россия

Возможность мониторинга изменений происходящих в стоме, представляет практический интерес для определения сроков хирургической реабилитации. С развитием ультразвуковой диагностики стало возможным получать объективную информацию о состоянии стенки кишки и степени ее васкуляризации в различные сроки послеоперационного периода неинвазивным методом.

Материал и методы: На базе ГКБ №21 г.Уфы было обследовано 31 больной (14 мужчин и 17 женщин) в различные сроки после стомирующей операции. В 27 случаях (87%) больные имели диагноз колоректальный рак. УЗИ проводилось на аппарате HDI – 4000 ректальным датчиком введенным в просвет стомы в 4 режимах сканирования. Оценивали состояние стенки кишки, наличие кровотечения и степень васкуляризации.

Результаты: При оценке полученных результатов в сроки 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. В одном случае был диагностирован глубокий параколостомический абсцесс. Оценка УЗИ кишечной стомы в поздние сроки (до 12 месяцев) показала состояние кровотока кишечной стенки и брыжеечных сосудов, степень дистрофи-

ческих изменений.

Заключение: Таким образом, дальнейшее изучение внутрисплетной ультразвуковой кишечной стомы является перспективным и позволяет осуществлять динамический контроль за процессом «созревания» стомы, диагностировать парастомальные осложнения, состояние кровоснабжения кишки и др. что представляет несомненный практический интерес для установления сроков восстановительной операции и выбора метода хирургической реабилитации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Биганяков Р.Я.

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии Башгосмедуниверситета. Городской колопроктологический центр МУГКБ №21, Уфа, Россия

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 колостомы. В данную группу вошли 27 пациентов. В последующем по мере приобретения опыта нами стали выполняться лапароскопически ассистированные колостомы 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, колостом ранее (14 суток назад) была выполнена лапароскопически ассистированная сигмостома на фоне острой кишечной непроходимости. Оценивая результаты данных операций, следует отметить, что при той же продолжительности оперативного вмешательства в послеоперационном периоде не отмечено ни одного нагноения послеоперационной раны, пациенты активизируются уже на 1-2-е сутки, функция кишечника восстанавливается на 2-3 сутки.

Заключение: Применение эндовидеохирургии в данной области является перспективным направлением позволяющее улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов со стомой.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СТОМАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С КОНЦЕВОЙ КОЛОСТОМОЙ

Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Биганяков Р.Я.

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии Башгосмедуниверситета. Городской колопроктологический центр ГКБ №21, Уфа, Россия

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 19 реконструкций колостом у больных перенесших экстирпацию прямой кишки по поводу нижнеампулярного рака прямой кишки. Показаниями для реконструкции стали пролапс или стриктура с наличием параколостомической грыжи больших размеров, а также втянутая стома с невозможностью применения клеящихся коллоидных при отсутствии данных за рецидив заболевания.

В 12 случаях была произведена реконструкция стомы с проведением через забрюшинный канал и пластикой грыжевого дефекта с помощью полипропиленовой сетки. 7 больных оперировано с применением разработанного в клинике способа формирования забрюшинной колостомы (патент РФ), позволяющий сократить вероятность развития осложнений со стороны стомы и улучшить течение послеоперационного периода.

Результаты: Сроки наблюдения составили 3 года. Отмечено 1 нагноение параколомостомической раны. Рецидив параколомостомической грыжи развился в 1 случае. Стриктур и пролапсов не было. Все больные возобновили использование калоприемника.

Заключение: С целью профилактики развития параколомостомических 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.

ВЫБОР ТАКТИКИ ПРЕВЕНТИВНОГО СТОМИРОВАНИЯ ПОСЛЕ НИЗКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Тодуров И.М., Белянский Л.С., Калашников А.А.,
Перехрестенко А.В., Косохно С.В.

*Национальный институт хирургии и трансплантологии
им. А.А.Шалимова НАМН Украины, Киев, Украина*

Частота несостоятельности колоректальных анастомозов после низких резекций прямой кишки по поводу рака её средне- и нижнеампулярного отделов остаётся высокой, составляя, по данным ряда авторов, от 10 до 23%. Это диктует необходимость углублённого изучения возможных методов «защиты» анастомозов, в частности превентивного стомирования. Вопросы определения показаний, оценки эффективности последнего и выбора оптимального вида стомы являются предметом многочисленных дискуссий, результаты которых зачастую неоднозначны, а, иногда, и противоречивы. В связи с этим, мы провели ретроспективный анализ результатов применения различных методов превентивного стомирования у больных, оперированных по поводу рака прямой кишки.

Методы: В исследование включены 80 больных, которым в период с 2005 по 2010 год были выполнены низкие и предельно низкие передние резекции прямой кишки с последующим формированием механического колоректального анастомоза с использованием моно-, би- и тристеплерной методики. Для объективной оценки степени тяжести больных и прогнозирования летальности в преоперационном периоде использовали шкалу CR-POSSUM. Низкая передняя резекция прямой кишки была выполнена у 53 (66,3%) больных, предельно низкая – у 27 (33,7%) больных. Для формирования колоректального анастомоза моностеплерная методика была использована у 20 (25%) больных, бистеплерная – 41 (51,3%) больных и тристеплерная – у 19 (23,7%). Превентивное стомирование было выполнено у 41 (51,3%) больных – первая группа исследования. Из них, превентивная илеостома по Торнболду сформирована у 8 (19,5%) больных, а превентивная двухствольная колостома – у 33 (80,5%) больных. У 39 (48,7%) больных превентивное стомирование не выполнялось – вторая группа исследования. Все больные первой группы и 12 (30,8%) пациентов второй группы исследования имели многофакторный риск развития несостоятельности анастомоза. Статистической разницы между больными групп сравнения по возрасту, полу, стадии опухоли, объёму неoadjuвантной лучевой терапии, прогнозированной летальностью по шкале CR-POSSUM и способу формирования анастомоза не наблюдалось ($P > 0,05$). Проведен анализ эффективности превентивного стомирования в отношении защиты анастомоза и сравнительная оценка основных парастомических осложнений в послеоперационном периоде. Для сравнительного анализа относительных величин между группами больных использовался χ^2 тест.

Результаты: Несостоятельность анастомоза возникла у 8 (10%) больных (из них 7 (87,5%) случаев указанного осложнения диагностированы у пациентов второй и 1 (12,5%) – первой группы исследования – у больного с превентивной колостомой) ($\chi^2=5,34$; $P=0,02$). Статистически достоверной разницы по частоте несостоятельности анастомозов между больными второй группы с илео- и колостомой не выявлено ($\chi^2=0,25$; $P=0,62$). Парастомические осложнения в послеоперационном периоде зафиксированы у 11 (26,8%) пациентов первой группы (у 3 (37,5%) больных с превентивной илеостомой и у 8 (24,2%) – с превентивной колостомой) ($\chi^2=0,58$; $P=0,45$). Статистической разницы по частотному распределению характера парастомических осложнений, которые включали некроз стенки кишки, выпадение стомы, парастомический дерматит, нагноение послеоперационной раны, кровотечение из стенки кишки и парастомическую флегмону, не выявили. ($\chi^2=5,11$; $P=0,4$).

Выводы: Выполнение превентивного стомирования у больных с многофакторным риском развития несостоятельности анастомоза после низких резекций прямой кишки статистически достоверно снижает частоту данного осложнения. Проведённый сравнительный анализ превентивного илео- и колостомирования не выявил существенных преимуществ одного из них.

ОДНОМОМЕНТНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

Хренов В.Е., Иванов В.М., Шлыков О.А., Долудин А.В.

Городская клиническая больница № 3, Воронеж, Россия

В настоящее время при расширенных резекциях толстой кишки операция обычно заканчивается колопластикой, которая значительно укорачивает длину кишечной трубки. В некоторых случаях выполняются всевозможные обструктивные резекции с наложением колостомы. В дальнейшем требуется повторная реконструктивная операция. Все это

сказывается на качестве жизни больных и их социальной реабилитации. В последние годы остро стоит вопрос о возможности одномоментного восстановления целостности и протяженности кишечной трубки при расширенных резекциях толстой кишки.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения больных перенесших тотальную резекцию сигмовидной кишки, путем сохранения естественного пассажа кишечного содержимого и длины кишечной трубки.

Пациенты и методы: Объектом для исследования послужили больные с местно распространёнными формами рака и осложнённой дивертикулярной болезнью сигмовидной кишки.

Результаты: После удаления опухоли с тотальной резекцией сигмовидной кишки, и технической невозможности наложения дисцендо-ректального анастомоза в виду большого диастаза (30-35 см) обе кишки ушиваются наглухо (УО-60). Далее из подлежащей петли подвздошной кишки выкраивается трансплантат (35-40 см) с сохранением брыжейки. Целостность тонкой кишки восстанавливается (конец-в-конец). Трансплантат перемещается в левую подвздошную область. Затем накладываются анастомозы "конец-в-конец" с нисходящей кишкой и культей прямой кишки. Анастомозы могут быть сформированы ручным 2-х рядным швом (ПГА-3/0) или с помощью циркулярных сшивающих аппаратов (Auto Suture, Johnson & Johnson). Второй вариант предпочтительнее, но более дорогостоящий.

В послеоперационном периоде проводится стандартное консервативное лечение. Нормализация стула происходит через 10-12 дней. В дальнейшем восстанавливается обычный индивидуальный ритм дефекации. Ирригоскопия через 6-12 месяцев: анастомозы хорошо проходимы, про svet, и форма тонкой кишки соответствует сигме.

Выводы:

1. Данный метод позволяет сохранить естественный пассаж кишечного содержимого и длину кишечной трубки, что благоприятно сказывается на качестве жизни больных.
2. Избежать повторной реконструктивной операции.
3. При наложении анастомоза с мобилизованной петлей тонкой кишки исключается возможность его натяжения, что нередко бывает при различных вариантах колопластики и приводит к осложнениям.
4. Толсто-тонкокишечный анастомоз более состоятелен в виду лучшего кровоснабжения, что крайне важно в некоторых сложных интраабдоминальных ситуациях.
5. Таким образом, наши данные позволяют надеяться, что описанный способ хирургического лечения может быть успешно использован у больных с местно распространёнными формами рака и осложнённой дивертикулярной болезнью сигмовидной кишки.

ГЛАВА 7. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА

Акопян А.С., Габузян К.С., Акопян А.А.,
Абрамян А.Ф., Акопян Ас.А.

*НМЦ «Сурб Нерсес Мец», кафедра колопроктологии ЕрГМУ,
Ереван, Армения*

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости болезнью Крона. Малоэффективность от проводимой консервативной терапии и частые рецидивы после хирургических вмешательств ставят проблему лечения болезни Крона в особо актуальную задачу.

Цель: оценить результаты хирургического лечения осложнений болезни Крона толстой кишки.

Пациенты и методы: В отделении колопроктологии за последние 12 лет проходило лечение 69 пациентов с болезнью Крона толстой кишки. Средний возраст составил 41,5 лет, возраст больных колебался от 16 до 65 лет. Большинство пациентов составляли женщины – 37, мужчин было 22. В клинику в основном госпитализировались больные с отсутствием эффекта от проводимой консервативной терапии, а также в связи с развитием осложнений основного заболевания. Хирургическое вмешательство было выполнено 51 больному, что составляет 73,9% случаев. У этих больных показаниями к операции служили выраженные стриктуры кишки, нарастание явлений кишечной непроходимости, интоксикации с развитием метаболических нарушений и септических осложнений. Хирургическое лечение болезни Крона проводилось с целью ликвидации осложнений и улучшения качества жизни пациентов, что невозможно было достичь комплексным медикаментозным лечением.

Результаты: Колпроктэктомия с формированием илеостомы выполнена 7 больным, правосторонняя гемиколэктомия – у 7, левосторонняя гемиколэктомия – у 5, брышно-анальная резекция прямой кишки – у 4, двухствольная илеостома – у 2, двухствольная трансверзостома – у 3. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались у 5 больных. Из них с летальным исходом – у 2. Смерть наступала от печеночно-почечной недостаточности в связи с прогрессированием заболевания и усугублением интоксикации. У 23 больных /33,3%/ выявлены перианальные поражения. Хирургическое лечение потребовалось 19 пациентам. По поводу язв-трещин оперированы 5, параректальных свищей и острых парапроктитов – 11, ректо-вагинального свища – 3 пациентов.

Рецидив заболевания из них наблюдался у 5. У 4 больных хирургическое лечение перианальных осложнений производилось после отключения

дистальных отделов кишки с формированием илео- или колостомы и проведения консервативной терапии. Важным условием снижения частоты рецидивов заболевания является продолжение адекватного медикаментозного лечения в послеоперационном периоде.

Выводы:

1. Проведенные нами исследования свидетельствуют о целесообразности хирургического лечения осложненной болезни Крона толстой кишки при неэффективности комплексной консервативной терапии.
2. Хирургическое лечение представляет трудную и неоднозначную проблему, то есть следует проявить индивидуальное решение. Часто выполняются многоэтапные операции с продолжительностью в несколько лет, что ухудшает качество жизни пациента.

Важным условием снижения частоты рецидивов заболевания является продолжение адекватного медикаментозного лечения в послеоперационном периоде.

ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛЕНИЯ ОТКЛЮЧЕННЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Акопян А.С., Манукян Э.В., Багдасарян Т.Г.,
Абрамян А.Ф., Акопян А.А.

НМЦ «Сурб Нерсес Мец», кафедра колопроктологии ЕрГМУ,
Ереван, Армения

В отключенных отделах ободочной кишки со временем развиваются морфологические, функциональные и микробиологические изменения, совокупность которых расценивается как колит неинфекционного характера. Данные изменения имеют отрицательное влияние на результаты реконструктивно-восстановительных операций. Поэтому вопросы, связанные с «диверсионным» колитом актуальны в современной колопроктологии.

Цель: установить выраженность морфологических изменений в стенке отключенных отделов толстой кишки в зависимости от сроков формирования колостомы.

Материалы и методы: Морфологические исследования проводились с использованием количественных методов оценки: площадь, занимаемая эпителием и стромой. Учитывая морфофункциональные особенности слизистой оболочки толстой кишки, мы изучали объемную плотность бокаловидных клеток. Материалом для морфометрических исследований были ткани стенки кишки, полученные при резекции культи отключенных отделов с целью формирования трансверзоректального анастомоза «конец в конец». Следует отметить, что при выполнении радикальной операции у этой группы пациентов по данным эндоскопического исследования не наблюдался воспалительный процесс в слизистой кишки дистальнее опухоли. За последние годы нами восстановлена кишечная непрерывность у 255 больных. Из них у 125 пациентов /49% случаев/ реконструктивные операции выполнены через 2-2,5 месяцев. В данной работе обобщены результаты исследований 106 больных с одностольной трансверзостомой после левосторонней гемиколэктомии. Ранняя хирургическая реабилитация произведена у 61 мужчин /57,5%/ и 45 женщин /42,5%/ . Средний возраст составил 57,5 лет /от 34-72 лет/.

Результаты: По данным наших исследований только у 76,4% случаев /81 наблюдение/ установлено укорочение клип и их сближение. Встречаются участки с гиперплазией железистого эпителия. Число бокаловидных клеток уменьшается незначительно. В строме меняется баланс и процентное соотношение иммунокомпетентных клеток: уменьшается количество плазмочитов, увеличивается число лимфоцитов. В строме собственно слизистой оболочки появляются мелкие расширенные полнокровные сосуды. Все это свидетельствует о слабо выраженных изменениях воспалительного характера. В 23,6% случаев /25 наблюдений/ в исследуемых тканях стенки кишки структурных изменений не выявлено. Исследования установили прямую взаимосвязь между степенью выраженности «диверсионного» колита и сроком отключения кишки из кишечного пассажа. Данные изменения необходимо учитывать при выполнении реконструктивно-восстановительных операций, так как вероятность усугубления воспалительного процесса кишки резко увеличивается. Обобщая результаты хирургической деятельности, следует отметить, что несостоятельности анастомоза не наблюдалось. Число послеоперационных осложнений составило 7,5% случаев /у 8 пациентов/. Из них у 5 – нагноение ран /в основном на месте колостомы/ и в 3 наблюдениях застойные явления в легких.

Выводы:

1. Ранние реконструктивные операции /через 2-2,5 месяца/ возможны и должны быть выполнены в специализированных колопроктологических отделениях.
2. Ранняя хирургическая реабилитация с ликвидацией колостомы является одной из профилактических мер развития «диверсионного» колита.
3. Умеренные изменения воспалительного характера в отключенной кишке не влияют на процессы заживления межкишечного анастомоза.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ И ПРИМЕНЕНИЕ ЦИРКУЛЯРНО-СШИВАЮЩИХ АППАРАТОВ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ахмедов М.А., Наврузов Б.С., Рахмонов С.Т.

Республиканский Научный Центр Колопроктологии Узбекистана,
Ташкент, Узбекистан

Частота сочетанных хирургических заболеваний составляет от 2,8% до 63%. Но, несмотря на это симультанные операции выполняются только у 1,5-2% больных.

Цель: оптимизация хирургического лечения при сочетанных воспалительно-язвенных заболеваниях толстой кишки с другими хирургическими патологиями органов брюшной полости.

Материалы и методы: В основу работы положены результаты исследуемых 126 больных, находившихся на стационарном лечении в Научном Центре Колопроктологии Узбекистана по поводу воспалительно-язвенных заболеваний толстой кишки. Из них 76 (60,3%) – мужчины, 50 (39,7%) – женщины. Средний возраст – 42,6 года.

В результате исследования установлено, что у 57 (45,2%) больных диагностированы дистальное и левосторонние поражения, у 32 (25,4%) – тотальное поражение неспецифическим язвенным колитом. У 37 (29,4%) имелась функционирующая илеостома, наложенная по поводу неспецифического язвенного колита в качестве первого этапа операции. Кроме того, у 26 (20,6%) больных имелись сопутствующие хирургические заболевания других органов брюшной полости: хронический калькулезный холецистит – у 16, киста яичника – у 6, грыжа передней брюшной стенки – у 4 больных. Таким образом, у 26 больных выявлено 52 сочетанных хирургических заболевания.

Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных производилась с учетом основного и сопутствующего заболевания.

Операции по поводу основного заболевания были следующими: брюшно-анальная резекция прямой кишки и резекция сигмовидной кишки с формированием десцендоанального анастомоза выполнено у 32 больных, левосторонняя гемиколэктомия и брюшно-анальная резекция прямой кишки с формированием трансверзального анастомоза – у 25 больных. Из 32 больных неспецифическим язвенным колитом с тотальным поражением, 26 выполнена тотальная колэктомия формированием одностольной илеостомы, а 6 больным проведена колпроктэктомия формированием илеоанального анастомоза при помощи циркулярного сшивающего аппарата CDH фирмы «Этикон-Эндо-Хирургия».

37 больным, у которых имелись функционирующие илеостомы наложенные после тотальной колэктомии по поводу неспецифического язвенного колита, проведена передняя резекция прямой кишки и сформированы илеоанальные анастомозы с помощью циркулярных сшивающих аппаратов CDH. Сочетанными операциями были: холецистэктомия – у 16, удаление кисты яичника – у 6, грыжесечение – у 4 больных.

В раннем послеоперационном периоде у 9 больных наблюдались осложнения: некроз низведенной кишки – у 2, нагноение пресакральной области – у 3, частичная несостоятельность илеоанального анастомоза – у 3. У одной больной, которой выполнена тотальная колпроктэктомия и сформирован илеоанальный анастомоз, наступила несостоятельность анастомоза. Произведена релапаротомия, сформирована одностольная илеостома. Летальности не было.

Таким образом, симультанные операции при воспалительно-язвенных заболеваниях толстой кишки возможны, и они не увеличивают частоту послеоперационных осложнений и летальности. При сравнении методов наложения межкишечных анастомозов отмечено преимущество использования циркулярных сшивающих аппаратов CDH.

СОСТОЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Волков В.И., Зяблицев С.В., Полунин Г.Е., Косарь Н.В.

Донецкий национальный медицинский университет
им. М.Горького, Донецк, Украина

Определение содержания гормонов было выполнено у 27 больных воспалительными заболеваниями толстой кишки (ВЗТК) при поступлении больного в стационар и на 7-10 день после оперативного лечения. Группу сравнения составили 15 относительно здоровых добровольцев. Определение содержания гормонов проводили радиоиммунологическим методом с использованием наборов реактивов фирмы «IMMUNOTEC» (Чехия): кортизола (Кр), тиреотропного гормона (ТТТ), тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3), а так же фирмы «ORIS INDUSTRIE SA» (Франция): аденокортикотропного гормона (АКТГ), паратиреоидного гормона (ПТГ) и кальцитонина (Кт). Содержание АКТГ, ПТГ и Кт выражали в пкг/мл; ТТГ – в МЕ/мл; Кр, Т4, Т3 – в нмоль/л.

Результаты определения содержания гормонов показали следующее:

- содержание в крови АКТГ было повышенным как до (на 34,9%), так и после операции (на 15,7%), что было статистически достоверно в обоих случаях;
- содержание в крови Кр оказалось пониженным до операции на 55,4% и на 29,0% после операции;
- уровень в крови ТТГ был существенно повышен как до, так и после операции (соответственно, на 251,9% и на 381,5%);
- уровень в крови Т4 до операции фактически не отличался от уровня в контрольной группе. После операции он оказался существенно пониженным (на 31,2%);

- уровень в крови Т3 был понижен как до, так и после операции (соответственно, на 40,2% и 37,2%);

- индекс Т4/Т3 был выше такового показателя контрольной группы до операции (на 98,3%); после операции величина индекса так же превышала контрольную (на 11,3%).

Таким образом, у больных ВЗТК имелись существенные нарушения гормональной регуляции уже в дооперационном периоде. Это проявлялось в активации центральных звеньев ГГАС и ГГТС, тогда как активность периферических звеньев этих систем была сниженной. Тот факт, что уровень в крови Т4 фактически не отличался от нормы, а индекс Т4/Т3 был существенно выше контрольной величины свидетельствовал о формировании дистиреоза. Дальнейшее понижение в крови Т3, учитывая его преимущественное образование в тканях, свидетельствовало о формировании у больных ВЗТК тиреоидной недостаточности по типу «синдром низкого трийодтиронина» (low T3 state). Стабильно низкий уровень в крови Кр, возможно, мог быть обусловлен истощением надпочечников вследствие хронического стресса, длительности заболевания, перенесенного хирургического вмешательства. Это позволило предположить у больных ВЗТК наличие надпочечниковой эндокринопатии.

Таким образом, выявленный комплекс гормональных нарушений у больных ВЗТК позволил установить у них наличие нейроэндокринного синдрома, который проявлялся активацией центральных звеньев ГГАС и ГГТС и прогрессирующей недостаточностью периферических звеньев этих систем. Глюкокортикоидная и тиреоидная недостаточность требуют проведения заместительной терапии в послеоперационном периоде.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕДНИЗОЛОНА У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ АТАКОЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Головенко О.В., Халиф И.Л., Михайлова Т.Л., Головенко А.О.

Государственный научный центр колопроктологии, Москва, Россия

Актуальность проблемы. Основным методом лечения тяжелой атаки язвенного колита (ЯК), которая потенциально является состоянием, угрожающим жизни больного, является внутривенное введение глюкокортикостероидных препаратов. В России в клинической практике обычно используется преднизолон, реже метилпреднизолон. В настоящее время не определена оптимальная суточная доза преднизолона для внутривенного введения, длительность его введения, клиническая эффективность и ранние предикторы неудовлетворительного терапевтического ответа.

Цель: определить клинические, эндоскопические и лабораторные показатели, позволяющие прогнозировать неудовлетворительный терапевтический ответ на раннем этапе лечения внутривенным преднизолоном в суточной дозе 2 мг/кг массы тела, у больных с тяжелой атакой ЯК.

Материалы и методы: Объектом исследования были 67 больных (35 мужчин, 32 женщины) с тяжелой атакой ЯК, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении ГНЦ колопроктологии. Возраст больных колебался от 17 до 68 лет (средний 35,3 года). У 14 больных (21%) выявлена левосторонняя форма ЯК, а у 53 – тотальное поражение толстой кишки (79%). Пациенты с первой атакой составили 17,9% от общего числа больных, с хроническим непрерывным течением – 13,4%, а с хроническим рецидивирующим – 68,7%. Все больные получали преднизолон в дозе 2 мг/кг/сут внутривенно, антибиотики, а также инфузионную терапию, направленную на коррекцию метаболических нарушений.

Результаты: Из 67 пациентов у 63% больных (42 чел.) отмечен удовлетворительный терапевтический ответ (ТО) – частота стула менее 4 раз в сутки без примеси крови. Срок развития удовлетворительного ТО колебался от 3 до 22 суток от начала в/в введения преднизолона (средний срок составил 9,5 дней). У 90% больных с удовлетворительным ТО данный результат был достигнут к 15 суткам лечения. У 25 больных (37%) констатирован неудовлетворительный ТО. В результате мультифакторного статистического анализа клинических, эндоскопических и лабораторных показателей в группах с удовлетворительным и неудовлетворительным ТО были определены прогностические критерии неэффективности лечения в/в преднизолоном. Если на 6 день в/в введения преднизолона в дозе 2 мг/кг/сут частота стула более 5 раз/сут, вероятность неэффективности лечения у такого больного составляет 71%. Чувствительность критерия – 80%, специфичность – 76%. Если при частоте стула более 5 раз в сутки также имеется гипоальбуминемия менее 35 г/л, риск неэффективности дальнейшего лечения увеличивается до 80%. Чувствительность критериев составляет 82%, специфичность 94%.

Выводы:

1. Большой с тяжелой формой ЯК нуждается в назначении иммуносупрессоров, антицитокиновой терапии или колэктомии, если у него на 6 день внутривенного лечения преднизолоном в дозе 2 мг/кг/сут частота стула более 5 раз в сутки с примесью крови и уровень альбумина в крови ниже 35 г/л
2. Максимальная длительность монотерапии в/в преднизолоном в дозе 2 мг/кг/сут больных с тяжелой формой ЯК не должна превышать 14 дней.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

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

Кафедра и клиника госпитальной хирургии ГОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Актуальность. Гистологические признаки являются определяющими в оценке активности, тяжести язвенного колита (ЯК) и направленности его течения, так как имеют большую клиническую и прогностическую ценность (Ружкина О.А. и соавт., 2003; Асанин Ю.Ю., 2005; Воробьев Г.И. и соавт., 2006). Особое значение при обострении ЯК имеет оценка различных способов лечения с помощью морфологических методов.

Цель: улучшение результатов лечения больных ЯК с использованием гистологических критериев.

Материал и методы: Проанализированы результаты лечения 31 пациента ЯК в возрасте от 21 до 57 лет, получавших прямую эндолимфатическую терапию (ЭЛТ) в составе комплексного лечения. Мужчин было 11, женщин – 20; средне-тяжелая форма выявлена у 10, а тяжелая – у 21 больного. Тяжесть ЯК оценивали по критериям J.G.Truelove и L.I. Witts (1955) с дополнениями Е.А. Белоусовой (2002). Дистальный колит был у 6 человек, левосторонний – у 12, субтотальный – у 5, тотальный – у 8. Контрольную группу составили 29 пациентов средне-тяжелой (11) и тяжелой (18) формами ЯК (мужчин 13, женщин 16) в возрасте от 22 до 56 лет. Дистальный колит выявлен – у 7, левосторонний – у 13, субтотальный – у 4, тотальный – у 5 больных. Кроме изучения динамики клинико-лабораторных, эндоскопических показателей, степени дисбиоза особое внимание уделяли оценке гистологической активности ЯК. Использовали методы общей морфологии, морфометрии и модифицированный индекс гистологической активности.

Результаты: Консервативное лечение оказалось эффективным у 29 пациентов, получавших ЭЛТ (оперировано 2) и у 25 больных в контрольной группе (оперировано 4).

Все больные обеих групп получали базисные (аминосалицилаты, кортикостероиды, иммуномодуляторы) и дополнительные препараты, по показаниям – инфузионную терапию и симптоматическое лечение. В обеих группах назначали антибиотики и метронидазол. У 31 человека основной группы комплексное лечение дополняли прямой ЭЛТ: через лимфососуд тыла стопы со скоростью 0,5 мл/мин один раз в сутки вводили амикацин, цефтриаксон, полиоксидоний и метрогил; заканчивали введение гепариновым замком. Сроки лечения – от 3 до 5 суток. В обеих группах в динамике (до лечения и при выписке) изучены: состояние эпителия крипт, характер клеточной инфильтрации слизистой оболочки толстой кишки, плотность инфильтрата, крипталльные кисты, крипт-абсцессы, состояние микроциркуляторного русла, глубина поражения стенки кишки. Установлено, что снижение гистологической активности ЯК было более выражено у пациентов, получавших ЭЛТ, причем наибольший эффект наблюдали при тяжелых распространенных формах ЯК.

Заключение:

1. Гистологические критерии являются наиболее объективными при оценке активности ЯК.
2. Эндолимфатическая антибактериальная и иммуностимулирующая терапия эффективна в комплексном лечении обострения ЯК.

ПСЕВДОМЕМБРАННЫЙ КОЛИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Забихова А.Г., Абелевич А.И., Артифковская А.А.

Областная клиническая больница им.Н.А.Семашко, Н.Новгород, Россия.

Псевдомембранный колит (ПМК) является наиболее значимой в хирургической клинике формой *C. difficile* – ассоциированного колита (CDAC). Заболеваемость CDAC составляет до 20% среди больных, получающих антибактериальную терапию. Описаны случаи развития токсической дилатации толстой кишки, некротической перфорации, кишечного кровотечения, инфекционно-токсического шока. Летальность при развитии ПМК составляет более 30%. При операциях на толстой кишке антибиотики нередко назначаются длительными курсами даже с профилактической целью, что, возможно, ведет к увеличению количества ПМК.

Цель: выявить причины учащения случаев ПМК после операций на толстой кишке, оценить клинические проявления болезни, оптимизировать мероприятия по профилактике и лечению ПМК.

Материал и методы: В основной группе в течение 4-х лет зарегистрированы 83 случая заболевания ПМК, что составляет около 3% от общего количества оперативных вмешательств на толстой кишке, выполненных за этот период. Всем этим больным проводилась антибиотикопрофилактика в виде комбинации цефалоспоринов, аминогликозидов и метронидазола. Чаще всего ПМК развивался в ответ на повторное введение цефалоспоринов и аминогликозидов у ранее оперированных больных, получавших антибиотики в течение 5 и более дней.

В группе сравнения, составляющей 35 человек, для профилактики ГСО в комплексе с цефалоспорином (цефтриаксон), вводимым перед операцией и в первые 2 суток после вмешательства, применялся рифаксимин – кишечный неабсорбируемый антибиотик широкого спектра действия, включающего *C. difficile*. Он назначался в дозе 400 мг 3р/д внутрь в течение двух дней до операции и 2-х дней после.

Результаты: Клиническая картина ПМК проявлялась частым жидким стулом с тенезмами на 2-3 сутки после операции, повышением температуры тела. У каждого третьего больного наблюдалась тошнота, рвота и нелокализованные боли по всему животу. В анализе периферической крови имели место лейкоцитоз до 15×10^9 /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсигенная зернистость нейтрофилов. При ректороманоскопии выявлялись отек и гиперемия слизистой оболочки с множественными поверхностными язвами и псевдомембранами белесовато серого цвета. Лечение включало в себя инфузионную терапию, метронидазол, ванкомицин. У 14 больных проведена монотерапия препаратом рифаксимин в дозе 600 мг × 2 раза в сутки с выраженным терапевтическим эффектом у 9 из них в виде исчезновения болей, нормализации температуры и купирования симптомов диареи на 2-3 сутки после приема препарата. У 10 человек имело место тяжелое течение в виде фульминантного колита, сопровождающегося токсической дилатацией толстой кишки, в одном наблюдении – кровотечение из острой язвы желудка, еще в одном – кишечное кровотечение из множественных язв толстой кишки. Частота развития ГСО составила около 12%. Всего умерло 5 пациентов, страдающих тяжелой формой псевдомембранозного колита. На аутопсии у всех были обнаружены характерные изменения в брюшной полости.

В группе пациентов, получавших профилактический короткий курс цефтриаксона и рифаксимины, ПМК не был зарегистрирован. Летальных исходов не было. Нагноение послеоперационной раны развилось лишь у двух больных (5,71%).

Выводы: Нерациональная антибиотикопрофилактика при операциях на толстой кишке приводит к значительному увеличению количества случаев CDAC и псевдомембранозного колита. Рифаксимин эффективен в лечении и в профилактике ПМК, а так же в комплексной профилактике гнойно-септических осложнений.

РОЛЬ АНГИОГРАФИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Захарченко А.А., Винник Ю.С., Галкин Е.В., Штоппель А.Э., Кузнецов М.Н.

ГОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет, им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Росздрава", кафедра общей хирургии, Красноярск, Россия

Цель: Определить роль и целесообразность диагностической мезентерикографии верхней брыжеечной артерии (ВБА) в прогнозировании реконструктивного этапа хирургического лечения язвенного колита (ЯК).

Материалы и методы: За период 2003-2010 гг. в Университетском центре колопроктологии КрасГМУ хирургическое лечение ЯК проведено 60/146 (41,1%) пациентам. В 28/60 случаях (46,7%) выполнена предоперационная диагностическая мезентерикография бассейна верхней брыжеечной артерии. У первично оперированных больных по данным ангиографии оценивали тип ветвления ВБА, выраженность аркадной сети. У пациентов после колэктомии – дополнительно регистрировали факт отсутствия или наличия подвздошно-ободочной артерии (ПОА). С учетом выявленных вариантов ангиоархитектоники брыжейки тонкой кишки прогнозировали возможность выполнения хирургической реанимации и наиболее вероятный тип формирования илеорезервуара (J-тип / S-тип).

Результаты: При рассыпном типе ветвления ВБА (неблагоприятный тип, выявлен в 10,7% случаев), сохранить адекватное кровоснабжение резервуара не возможно. Пациентам с таким анатомическим вариантом ветвления верхней брыжеечной артерии в проведении реконструктивного этапа было отказано. Они стали пожизненными носителями илеостомы Брука.

Магистральный тип ветвления ВБА (благоприятный тип, выявлен в 89,3% случаев) позволяет достаточно удлинить брыжейку тонкой кишки для создания как J-, так и S-резервуаров. По данным мезентерикографии определено 4 возможных варианта выполнения реконструктивного этапа.

Вариант I (48% случаев): магистральный тип ветвления ВБА, ПОА сохранена, мобилизация брыжейки в бассейне ПОА позволяет удлинить ее на $9,2 \pm 0,8$ см. Возможно формирование как J-, так и S-резервуара.

Вариант II (24% случаев): магистральный тип ветвления ВБА, ПОА сохранена, мобилизация брыжейки в бассейне ПОА недостаточна для адекватного низведения резервуара. Необходима дополнительная мобилизация в бассейне ВБА, которая позволяет удлинить брыжейку на $10,3 \pm 0,9$ см. Возможно формирование как J-, так и S-резервуара.

Вариант III (28% случаев): магистральный тип ветвления ВБА, ПОА отсутствует, мобилизация брыжейки в бассейне ВБА позволяет удлинить брыжейку только на $7,3 \pm 0,7$ см. Возможно формирование только J-резервуара.

Вариант IV: магистральный тип ветвления ВБА, ПОА отсутствует, мобилизация брыжейки в бассейне ВБА недостаточна для адекватного низведения резервуара. Возможное решение проблемы – транспозиция верхних брыжеечных сосудов в подвздошную (удлинение брыжейки на $11,4 \pm 0,6$ см) – можно формировать как J-, так и S-резервуары. У наших пациентов выполнения этого варианта реконструктивного этапа не потребовалось.

Заключение: Основной проблемой реконструктивного этапа хирургического лечения язвенного колита является сохранение адекватного кровоснабжения резервуара, низводимого в полость таза до анального канала. При магистральном типе ветвления верхней брыжеечной артерии с наличием подвздошно-ободочной возможно формировать тонкокишечные резервуары как J-, так и S-типа. При отсутствии подвздошно-ободочной артерии – удлинении брыжейки тонкой кишки огра-

ничено вариантом пересечения основного ствола ВБА на уровне 5-8-ой сегментарных артерий – допустимо формирование только J-образного резервуара. При рассыпном типе ветвления верхней брыжеечной артерии и отсутствии подвздошно-ободочной попытка выполнения реконструктивного этапа нецелесообразна.

ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.

Каланов Р.Г., Хасанов С.Р., Булгаков А.В., Канбеков Р.З., Васильков А.Ю., Губин Д.С.

Республиканская клиническая больница им. Г.Г.Куватова, Уфа, Россия

Проблема язвенного колита приобретает все большую значимость и актуальность с учетом ежегодной мировой статистики этого заболевания, увеличения числа больных с непрерывно-рецидивирующим течением, а также ростом количества пациентов с тяжелыми формами язвенного колита.

Цель: оптимизация методов хирургического лечения больных язвенным колитом с тотальным поражением толстой кишки.

Проведен анализ результатов лечения 21 больных перенесших субтотальную резекцию толстой кишки по поводу ЯК тотального поражения. Пациенты находились на стационарном лечении с 2008 по 2010 годы. Всем больным проводилось комплексное обследование, включающее клинический, рентгенологический, эндоскопический, ультразвуковой и морфологический методы. Возраст больных колебался в пределах от 16 до 57 лет. Большинство больных находились в возрастной группе от 20 до 40 лет.

В качестве «первой линии терапии» всем больным, за исключением 4 пациентов, назначалась комбинированная терапия – аминокислоты и кортикостероиды перорально, ректально, внутривенно. 4 пациентов поступили экстренно и были прооперированы после кратковременной предоперационной подготовки, а остальные 17 пациентов оперированы в отсроченном порядке ввиду отсутствия эффекта от проводимого комплексного лечения – это продолжающиеся кишечное кровотечение, токсическая дилатация, угроза перфорации, выраженные внекишечные проявления, длительная некупируемая интоксикация. Все больные перенесли субтотальную резекцию ободочной кишки с формированием илео- сигмостомии. К формированию первичного анастомоза и разделению операции на несколько этапов относимся очень сдержанно. Вопрос о восстановлении кишечной непрерывности ставим не ранее 1-1,5 лет, когда имеет место полное купирование воспалительного процесса в дистальном отделе толстой кишки (часть сигмовидной, прямой кишок). На основании полученных результатов можно говорить о двух типах патоморфоза ЯК – агрессивный и неагрессивный. Пациенты с агрессивной формой течения подлежат к оперативному лечению в срочном или отсроченном порядке. Операцией выбора необходимо считать субтотальную колэктомию с сохранением, по возможности часть сигмовидной и прямой кишок, для дальнейшего восстановления кишечной непрерывности.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ СУБТОТАЛЬНУЮ КОЛЭКТОМИЮ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Каланов Р.Г., Хасанов С.Р., Булгаков А.В., Канбеков Р.З., Васильков А.Ю., Губин Д.С.

Республиканская клиническая больница им. Г.Г.Куватова, Уфа, Россия

Несмотря на использование всего арсенала современных подходов в лечении язвенного колита (ЯК) около 15-30% больных нуждаются в хирургических методах лечения, которые сопряжены инвалидизацией и потерей трудоспособности. Этот контингент больных нуждается в реабилитации заключающейся в восстановлении кишечной непрерывности.

Стронники сохранения прямой кишки или части сигмовидной кишки к которым мы себя относим, надеются на возможность достижения ремиссии в отключенном отделе толстой кишки, который достигается примерно у 40% пациентов.

За период с 2008 по 2010 годы в нашей клинике внутрибрюшное восстановление кишечной непрерывности выполнены у 68 пациентов. У 23 из них на первом этапе была выполнена субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илеостомы и сигмостомы по поводу ЯК. Эти пациенты наблюдались в сроки более года и получали общую и местную консервативную терапию, направленную на лечение воспалительного процесса в отключенной кишке. После получения стойкой ремиссии им выполнена реконструктивно-восстановительная операция в объеме формирования илеосигмо-илеоректального анастомоза. В 2 случаях формировать анастомоз не удалось из-за склероза отключенной кишки. После резекции сохраненного отдела сигмовидной кишки анастомоз сформирован на расстоянии 10-17 см от края ануса у 11 больных. При формировании анастомоза использовались аппаратные и ручные швы. Предпочтение, при формировании анастомоза, отдавали аппаратному шву из-за большого удобства и простоты. У 3 больных отмечена несостоятельность межкишечного анастомоза. Все они были повторно оперированы им выполнена двустольная илеостомия. Летальных случаев не отмечено. В сроки до 2 лет после операции прослежены 11 больных. У 8 отмечена стойкая ремиссия воспаления в прямой кишке. У 3 пациентов отмечен стойкий рецидив с непрерывным течением воспалительного

процесса в прямой кишке. Одна пациентка повторно оперирована по ее настоятельной просьбе и по медицинским показаниям. Была выведена постоянная одностольная илеостома.

Таким образом, на основании приведенных данных можно полагать, что реконструктивно-восстановительные операции после субтотальной резекции ободочной кишки по поводу ЯК возможны в 40% случаев. Неудовлетворительные результаты возникают не более чем 8% больных.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА У ВЗРОСЛЫХ

Карпунин О.Ю., Можанов Е.В., Коломенский С.Н., Черенков Е.В., Гильмутдинов А.А., Сливочкина Н.С., Шакуров А.Ф.

Казанский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая больница Минздрава РТ, Казань, Россия

В последнее десятилетие лечебная стратегия при болезни Крона (БК) претерпела существенную эволюцию. Это связано в первую очередь с долгосрочным подходом к БК, как заболеванию с хроническим течением, а также с разработкой новых методов диагностики, мониторинга заболевания, внедрением новых схем консервативного лечения. Задачи такого подхода – быстрое достижение и длительное сохранение медикаментозно индуцированной ремиссии, минимизация осложнений заболевания, а также осложнений, связанных с самой терапией, максимальное улучшение качества жизни пациентов и ограничение хирургических подходов к лечению.

Цель: проанализировать опыт лечения пациентов с болезнью Крона на базе отделения хирургического профиля.

Материалы и методы: за период с 2001 по 2010 гг. в отделении колопроктологии РКБ МЗ РТ, клинической базе кафедры хирургических болезней №1 КГМУ находились 128 пациентов с БК различной локализации. При этом мужчин было 59 (46,1%), женщин – 69 (53,9%). Средний возраст – 41,6±3,2 лет. Локализация воспалительного процесса: только тонкая кишка – 19 (14,8%), только толстая – 86 (67,2%), сочетанное поражение – 23 (18%).

Результаты исследования: Диагноз БК был основан на оценке данных клинических, гистологических и лучевых методов исследований в соответствии с международными критериями (Lennard-Jones, 1976; European Crohn's and Colitis organisation (Ecco) consensus, 2006). При этом наличие в биоптате саркоидных гранул обнаружено нами лишь в 15,9% наблюдений.

Терапия первой линии в стадии активного воспаления включала стандартный комплекс: аминosalцилаты, кортикостероиды (будесонид), антибиотики широкого спектра действия (метранидазол), инфузионную терапию, по показаниям – энтеральное питание. Терапия второй линии включала иммуносупрессоры (AZA/MTX), биологическую терапию. Для поддержания ремиссии – аминosalцилаты, тиопурины (азатиоприн). Осложнения БК констатированы у 62 (48,4%) пациентов: воспалительный инфильтрат брюшной полости, стриктура, кишечное кровотечение, перфорация кишки, наружные кишечные свищи, перанальные поражения, малигнизация. При этом у 15 (22,1%) имели место сочетания различных осложнений, чаще всего сочетались стриктура кишки и перанальные поражения. Различные виды осложнений БК в 47,7% наблюдений стали показаниями к хирургическому лечению. Оперированы 14 (23%) больных с поражением тонкой кишки, 47 (77%) – толстой. Основными видами оперативных вмешательств были: тотальная колектомия – 10 (21,7%), правосторонняя – 8 (17,4%) и левосторонняя гемиколектомия – 8 (17,4%). Послеоперационный период осложнился в 6 (9,8%) наблюдениях. В послеоперационном периоде умерли 2 (3,3%) пациента. В сроки от 6 мес. до 10 лет прослежены 37 (60,7%) оперированных больных. Рецидив заболевания отмечен у 13,5% пациентов, при том у 2 – в зоне анастомоза. Необходимость в хирургическом лечении возникла у 4 (10,8%) больных.

Заключение: приоритетными направлениями исследований по БК являются:

1. Эпидемиологические исследования в регионах РФ с целью создания регистра больных БК, улучшения их медикаментозного обеспечения.
2. Решение вопросов медико-социальной, трудовой реабилитации больных ВЗК, создание Республиканской (краевой, областной) Ассоциации больных ВЗК.
3. Разработка рабочих учебных программ по современным методам диагностики и лечения ВЗК для студентов и слушателей курсов ПДО. Подготовка специалистов (колопроктологов, гастроэнтерологов) на базе ведущих республиканских, краевых, областных, а также федеральных клинических центров.

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА

Костенко Н.В., Болихов К.В., Романов Р.И., Сенашенко С.А.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздравсоцразвития России, Москва Россия, ГОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия МЗСР РФ, Астрахань, Россия

Распространенность воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) непрерывно возрастает, при этом от 19% (при язвенном колите – ЯК) до 70% (при болезни Крона – БК) пациентов в течение жизни нуждаются в

хирургическом методе лечения ввиду развития резистентности к терапии. Осложненные формы ВЗК сопровождаются высокими (до 30-50% и более) показателями летальности, что связано с развитием необратимых проявлений: тромбозов, сепсиса, кахексии, перитонита, глубоких метаболических расстройств.

Цель: проанализировать причины летальности при тяжелых формах ВЗК.

Материалы и методы: Ретроспективно изучены результаты лечения 1444 больных (832 больных ЯК и 612 пациентов с болезнью Крона) за период 1998-2009 гг. Группу исключения составили больные, у которых на фоне ВЗК развились опухоли различной локализации. Тяжелые формы заболеваний составили 30,8% среди больных ЯК и 46,1% среди пациентов БК. Оперированы соответственно 176 (21,1%) и 226 (36,9%) человек. Летальность отмечена в 4 случаях при ЯК и в 3 при БК. Проведен анализ анамнеза больных, объема проведенной терапии, результатов операций и аутопсий.

Результаты: Общая летальность при ВЗК составила 7 больных – 0,48%, в том числе послеоперационная летальность 1,7%.

Среди больных ЯК летальность отмечена в 4 случаях (0,5% из числа госпитализированных и 2,3% из числа оперированных). В том числе 2 больных оперированы по экстренным показаниям по поводу осложненной ЯК – перфорации в 1 случае и токсического мегаколита также в 1 случае. Причинами летальности было прогрессирование перитонита и септические осложнения (деструктивная пневмония). В 2 случаях летальность отмечена после операций, выполненных в срочном порядке по поводу резистентности ко всем видам проводимой терапии. Следует отметить, что в обоих случаях длительность терапии превышала 28 дней и это явилось одним из оснований к сокращению периода определения неэффективности терапии не более 2 недель в последующий период наблюдений.

При болезни Крона летальность отмечена в 3 случаях (1,3% из числа оперированных и 0,5% среди госпитализированных). Причиной в 1 случае послужил тромбоз верхней полой вены – больной оперирован по поводу токсического колита, осложненного сепсисом и кахексией в необратимой стадии. Во 2 случае развился тромбоз верхней брыжеечной вены – пациентка оперирована по поводу илеоцекальной локализации БК. В третьем случае генерализованные септические осложнения (множественные абсцессы печени, почек, легких) развились после операции по поводу абсцедирующего инфильтрата и профузного кишечного кровотечения у больной также с илеоцекальной локализацией заболевания. В двух случаях осложнения развились на догоспитальном этапе, хирургические вмешательства и интенсивная терапия успеха не имели. Тромбоз брыжеечной вены развился после плановой операции, несмотря на профилактическое введение дезагрегантов и имел фатальные последствия.

Выводы:

1. Витальные осложнения язвенного колита наблюдались ввиду их поздней диагностики либо при превышении срока констатации резистентности к терапии тяжелого ЯК более 2-3 недель.
2. Летальность при болезни Крона была связана с недостаточно активным мониторингом больных хроническими формами заболевания, откатами пациентов от своевременной госпитализации, а также ввиду развития инкурабельных тромботических осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Лобаков А.И., Филижанко В.Н., Богомазов Ю.К., Матрасулов А.К., Сидоренко А.Б.

МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Москва, Россия

Вопросы хирургического лечения ВЗК до настоящего времени актуальны в связи с постоянным ростом заболеваемости (более 100% каждые 10 лет), осложнений (от 1,5 до 6%), летальности после хирургического лечения (от 8 до 60%). Хирургическое вмешательство у больных БК требуется в 50-75% случаев, а ЯК – в 20-30% (Воробьев Г.И., Халиф И.Л., 2008; Костенко Н.В., 2009 г; Charles N. Bernstein & all 2009).

В отделение абдоминальной хирургии с 2008 по 2010 гг. проводилось лечение 17 больным ЯК (60,7%) и 11 (39,3%) – БК. Возраст пациентов – от 18 до 76 лет. Женщин – 17 (60,7%), мужчин – 11 (39,3%). Длительность заболевания у пациентов составила от 1 до 16 лет. Тотальное поражение при ЯК выявлено у 16 (94,1%) пациентов, а у 1 (5,9%) – субтотальное. Активность воспаления у 14 (82,4%) пациентов оценена 3 степенью, а у 3 (17,6%) – 1-ой. Значительные выделения крови, а также метаболические нарушения отмечены у 14 (82,4%) пациентов, а у 3-х (17,6%) пациентов выявлена аденокарцинома толстой кишки – в двух случаях – ободочной и в одном – прямой кишок. Внекишечные проявления отмечались в 10 (58,8%) случаях. У двух пациентов выявлены Ig-G к ЦМГ. Оперировано 16 (94,1%) человек. В одном случае (5,9%) проведена интенсивная терапия, что позволило отказаться от хирургического лечения. Показанием к операции при ЯК явились: кишечные осложнения – 13 (76,5%) на фоне резистентности к терапии, дисплазия – 3 (17,6%). В экстренном порядке выполнено 2 (12,5%) операции, в связи с профузным кровотечением, в объеме колектомии с илеостомией. 11 пациентам хирургическое лечение проведено после тщательной предоперационной подготовки на фоне относительной коррекции гомеостаза. Им было выполнено: 1 (6,25%) субтотальная колектомия с илеостомией и сигмостомией, 10 (62,5%) колектомия с илеостомией. Трём пациентам с верифицированным раком на фоне тотального ЯК выполнены срочные вмешательства: две (12,5%) колектомии с илеостомией и одна (6,25%) тотальная колпроктэктомия

с концевой илеостомией. На операциях, в 4 случаях (25%) при ревизии установлено наличие серозного и серозно-фибринозного перитонита. Послеоперационный период у 9 (56,3%) пациентов (колэктомия) прошел без осложнений: пассаж восстановился через 4-6 дней, швы сняты в сроки 14-16 дней, послеоперационный к/д – 14-17 дней. У 7 (43,7%) больных отмечены осложнения: у одного – ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость, что потребовало релапаротомии, у двоих – эвентрация на фоне вляющего перитонита, также потребовавшие санационных релапаротомий. В трёх случаях – нагноение п/о раны, в 1-ом – перфорация илеостомы над апоневрозом с формированием парастомического затёка и в дальнейшем формированием свища. Из других осложнений отмечены – острая язва желудка (1 больной), острый инфаркт миокарда (1 больной), в обеих случаях состояния купированы консервативной терапией. Один (6,25%) летальный исход наступил у больной с тяжёлой формой тотального ЯК, ассоциированного с ЦМГ- вирусной инфекцией, после колэктомии и иммуносупрессивной терапии. Послеоперационный период у пациентки осложнился обострением и генерализацией ЦМГ – инфекции в виде тотальной пневмонии, поражением слизистых губ, полости рта и тонкой кишки, развитием перитонита. Среди 11 пациентов БК, 10 (90,9%) поступали с клиникой кишечной непроходимости разной степени выраженности, а один (9,1%) поступил для восстановительного лечения после сегментарной резекции сигмовидной кишки (сму, в виду тяжести сопутствующих заболеваний, в операции отказано). У 7 (63,6%) из них выявлен терминальный илеит, осложнившийся у троих (27,3%) формированием межкисечных свищей и отграниченным абсцессом. Три (27,3%) пациента, поступившие с кишечной непроходимостью ранее (2, 4 и 7 лет назад) были оперированы по поводу терминального илеита. Двоим из них экстренно выполнена релапаротомия, адгезиолизис, назоинтестинальная интубация, при этом рецидив заболевания не выявлен, а третьему пациенту непроходимость удалось разрешить консервативно. В 7 первичных случаях выполнены: 1) резекция илеоцекального угла с формированием илеоасцендоанастомоза – 5 пациентов, причём в одном из этих случаев ушито свищевое отверстие в ректосигмоидном углу; 2) резекция илеоцекального угла с илеостомией; 3) правосторонняя гемиколэктомия с илео-трансверзоанастомозом – 1 пациент. Осложнений после хирургического лечения не было. Пассаж восстановился, а швы сняты в обычные сроки. П/о к/д – 10-14 дней. Таким образом, при хирургическом лечении (первый этап) осложнённых форм ВЗК получены следующие результаты: хорошие – у 19 (73,1%) больных, относительно удовлетворительные – у 6 (23,1%), неудовлетворительные – у 1 (3,8%) пациента.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИЦИТОКИНОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Наврзуов С.Н., Маткаримов С.Р., Наврзуов Б.С.
Научный Центр Колопроктологии МЗ Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан

Базисная терапия ВЗК включает три группы лекарственных препаратов: кортикостероидные гормоны, препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК) и иммуносупрессоры. При неэффективности консервативной терапии, как правило, применяется хирургическое лечение. Прогресс в лечении ВЗК заключается в выработке принципиально новой «биологической» лечебной стратегии. В рамках биологической стратегии наиболее перспективной на сегодняшний день представляется стратегия ингибирования фактора некроза опухоли, именно этот цитокин является если не основным, то одним из ведущих в развитии ВЗК.

В настоящее время в клиническую практику вошел рекомбинантный препарат инфликсимаб (Ремикейд), который представляет собой химерные моноклональные мышиные антитела к ФНО- α , соединённые с человеческим иммуноглобулином G1 (25% мышинного белка и 75% человеческого иммуноглобулина).

Цель: изучить клиническую эффективность препарата «Ремикейд» у больных болезнью Крона и неспецифическим язвенным колитом.

Материал и методы: В Научном Центре колопроктологии Узбекистана за 2010 год 10 больным с ВЗК из них 7 язвенным колитом и 3 болезнью Крона проведена терапия ремикейдом. Мужчин было 7, женщин – 4. Средний возраст больных составил 28 лет. Средняя продолжительность заболевания – 1 год. У всех больных диагностировано тотальное поражение толстой кишки.

Ремикейд назначали из расчета 5 мг/кг массы тела. Препарат вводили внутривенно в течении 3-5 часов со скоростью изначально 0,5 мл/мин и далее повышали до 2мл/мин. При этом каждые 15 мин оценивалось состояние больного, а также измерялось артериальное давление и пульс. Во время инфузий у больных отмечалось незначительное повышение температуры тела, снижения артериального давления и головные боли, которые купировались назначением анальгетиков и снижением скорости инфузии.

Результаты: На первой неделе после введения ремикейда у больных отмечено улучшение течения заболевания, которое выражалось в урежении стула, исчезновение или уменьшение патологических примесей в кале и стихание болей в животе. Через 12-18 недель после первой инфузии у 80% больных при колоноскопическом обследовании отмечено заживление язв и эрозий на слизистой. Из 10 больных 8 курсов получил один больной. 5 курсов двое больных, 4 курса двое больных, и пять больных получили индукционную терапию. За период наблюдения от 6 месяцев до 1 года рецидива заболевания не наблюдалось. Резюмируя вышеизложенное, оптимальным следует признать периодичность введения ремикейда каждые 8 нед. Это положение подтвер-

дает данные исследований, показывающие, что препарат, введенный в дозе 5 мг/кг, сохраняется в организме в терапевтической концентрации в течение этого срока, а при дозе в 10 мг/кг – 12 нед. При наличии серьезных очагов инфекции (абсцессы брюшной полости, сепсис, туберкулез, пневмония, парапроктиты) из-за опасности усиления инфекционного процесса ремикейд назначать не следует. Важно исключить возможность наличия у пациентов скрытого туберкулеза, угрожающего обострением при назначении препарата.

Все новые направления в лечении ВЗК, по-видимому, перспективны, но пока обоснованы только теоретически и не получили практического развития. Единственным достаточно эффективным и безопасным методом при ВЗК и уже имеющим клиническое подтверждение является «Ремикейд».

МЕТОД ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Олейник Н.В., Куликовский В.Ф., Кузнецова Э.В.
ГУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», кафедра клинических дисциплин ИПМО БелГУ, Белгород, Россия

Гормональная резистентность и гормональная зависимость отмечается у 30-35% больных ЯК (В.Г. Румянцев, 2009; Г.И. Воробьев и соавт., 2008; И.Л. Халиф и соавт., 2004; Г.А. Григорьева и соавт., 2007; Ф.И. Комаров и соавт., 2008; Adler G., 2001; Pallone F. и соавт., 2003 и др.).

Цель: улучшение результатов лечения стероид-зависимых и стероид-резистентных форм ЯК.

Пациенты и методы: В исследование было включено 47 больных стероид-резистентными и/или стероид-зависимыми формами ЯК в возрасте от 20 до 59 лет, из них: женщин 26 (55%), мужчин 21 (45%). Резистентность к гормонотерапии наблюдалась у 14 (30%) больных, гормонозависимость – у 17 (36%) больных, сочетание гормонозависимости и гормонорезистентности – у 16 (34%) больных. У 11 (23%) из 47 пациентов с ЯК выявлено тотальное поражение толстой кишки, у 15 (32%) – поражение левых отделов, у 17 (36%) – проктосигмоидит, у 4 (9%) – язвенный проктит. Выраженная активность воспалительного процесса диагностирована у 13 (27,5%) больных, умеренная – у 29 (62%) больных, минимальная – у 5 (10,5%) больных. В комплексном лечении данной группы больных использован метод ЭКГ. Проведение специфической клеточной иммунотерапии обеспечивалось получением аутолейкоцитов при помощи аппаратного цитафереза. Лейкоцитарную взвесь инкубировали с 8 мг дексаметазона в растворе Рингера при температуре 37°C в течение 1 часа. После чего клетки реинфузировали больному. Курс лечения состоял из 4 операций ЭКГ с интервалом в 5 дней. Все больные во время лечения методом ЭКГ получали салолфальк (2-4 г). Эффективность лечения оценивали на основании динамики гемограмм, иммунологического статуса и эндоскопической картины.

Результаты: При проведении курса лечения больных ЯК данной группы методом ЭКГ положительная динамика отмечена у всех пациентов. Во всех случаях имело место клиническое улучшение, нормализация лабораторных показателей, стихание иммуновоспалительных реакций, регресс эндоскопических проявлений. Побочные эффекты наблюдались у 9 из 34 больных: у 5 – тошнота и головокружение, у 4 – незначительное снижение артериального давления. При этом у 30 (64%) больных была достигнута ремиссия. У остальных 17 пациентов эндоскопические изменения слизистой оболочки толстой кишки соответствовали минимальной активности заболевания без клинических признаков активности. Преодоление гормонозависимости и гормонорезистентности не зависело от уровня и тяжести поражения толстой кишки.

Выводы: Наш опыт выполнения операций ЭКГ свидетельствует о возможности применения метода при стероид-зависимых и стероид-резистентных формах неспецифического язвенного колита, независимо от активности и протяженности воспалительного процесса.

Метод ЭКГ является безопасным и достаточно эффективным в лечении стероид-резистентных и стероид-зависимых форм ЯК. Результаты наших исследований свидетельствуют, что у 64% больных после проведенного курса операций ЭКГ возможна отмена кортикостероидов.

Таким образом, существуют веские предпосылки для лечения стероид-резистентных и стероидозависимых форм ЯК методом специфической клеточной иммунотерапии. Операция ЭКГ способна качественно корригировать иммунологические нарушения, явления хронического воспаления и эндотоксикоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Рахманов С.Т., Наврзуов Б.С.
Научный Центр Колопроктологии МЗ Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан

В последние десятилетия, при тяжелых формах воспалительных заболеваний толстой кишки (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона), требуется выполнение обширных резекций толстой кишки с формированием илео- или колостомы. Такие операции являются калечащими, и даже при условии, что они приносят выздоровление от болезни, в следствии возникает много серьезных проблем, в том числе и социального характера. Наличие кишечной стомы ухудшает качество жизни, ограничивает трудоспособность больных.

Восстановление непрерывности кишечной трубки после таких операций, а также вопросы социальной реабилитации представляют собой сложную и трудно разрешимую хирургическую проблему.

Материалы и методы: В Научном Центре Колопроктологии за период с 1990 по 2010 гг. проведено лечение 3465 больных с воспалительно-язвенными заболеваниями толстой кишки (язвенным колитом – n=2410 и болезнью Крона – n=1055). Из них консервативную терапию получали 837 (24,2%) больных, остальным 2628 (75,8%) больным произведено оперативное вмешательство. Из подвергшихся хирургическому лечению мужчин было 1336 (50,8%), женщин 1292 (49,2%). Средний возраст больных составлял +34,7 лет.

Больных разделили на три группы по виду выполненных операций: 1-группа – составили 1179 больных, которым выполнена брюшино-анальная резекция прямой кишки, левосторонняя гемиколэктомия с низведением ободочной кишки в анальный канал.

2-группа – составили 986 больных, которым выполнена тотальная колпроктэктомия с илеостомией (n=883), с илео-анальным анастомозом (n=103) с паучом (n=58) и без пауч (n=45).

3-группа – 463 больных, которым выполнена тотальная колэктомия, передняя резекция прямой кишки с илеостомией (n=279), с илео-ректальным анастомозом (n=184), с пауч-ректальным анастомозом (n=52).

Все пациенты находились под наблюдением в течение 4-5 лет, и регулярно проходили обследование в амбулаторных (лабораторные исследования, УЗИ, эндоскопия, паучография и др.), при необходимости в стационарных условиях.

Проводился детальный анкетный опрос по собственному представлению пациента: частота стула (дневное и ночное время), пищевой рацион, недержание стула, употребление антидиарейных препаратов или антибиотиков, мочеиспускание, половая жизнь, работоспособность и качество жизни. Результаты оценивали по интенсивности, трехбалльной шкале.

Результаты: В результате исследования в первой группе больных после операции было 4 летальных исхода на фоне гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности. Во второй группе было 2 летального исхода на фоне перитонита, развившегося вследствие несостоятельности анастомоза. У больных 3-й группы летальных исходов не было. Однако, у 4 пациентов произошла несостоятельность анастомоза – у двух проблема разрешена консервативным путем, а остальные два пациента были подвергнуты оперативному вмешательству и им выполнено разобщение анастомоза с формированием концевой илеостомы.

Из 1466 (55,8%) у 1243 (84,8%) больных были прослежены отдаленные результаты хирургического лечения. У 1162 (44,2%) больных, подвергшихся радикальным операциям с формированием концевой илеостомы, отдаленные результаты не изучали.

67 (7,0%) больных в первой группе были подвергнуты повторной операции в связи с прогрессированием патологического процесса в оставшихся отделах толстой кишки, в сроки от 1 года до 5 лет. Им была выполнена тотальная колэктомия, с формированием одноствольной илеостомы. У 578 (60,4%) больных в отдаленном периоде рецидивы заболевания не наблюдались, нарушения стула, изменения функции органов малого таза и анального сфинктера отсутствовали, что оценивалось нами как хорошие показатели. У 311 (32,6%) больных, с удовлетворительными результатами лечения, после наложения коло-анального анастомоза в отдаленном периоде отмечалось наличие жидкого стула до 4-5 раз в сутки или непроизвольное его выделение вследствие снижения тонуса сфинктерного аппарата.

В ближайшие сроки, от 4 до 6 месяцев, после операции во второй и третьей группе прослежены все больные. Изучение последствий колэктомии и формирования резервуарного илеоректального анастомоза включало в себя весь перечень необходимых клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Необходимо отметить, что у больных в эти сроки завершался процесс адаптации желудочно-кишечного тракта после колэктомии.

У всех пациентов дефекация была самостоятельна, и число вечерних дефекаций колебалось от 1,2 до 2,4. Сдержанность кала была хорошей у 49% пациентов, 35% больных имели незначительное недержание, и полное недержание отмечалось у 16% пациентов.

Заключение: Таким образом, результаты хирургического лечения больных воспалительно-язвенным заболеванием толстой кишки, показало, что данная патология в большинстве случаев встречается среди людей молодого возраста. Часто заболевание протекает с различными кишечными и внекишечными осложнениями и патологический процесс за короткое время охватывает всю толстую кишку. В связи с чем, в большинстве случаев необходимо выполнять обширную резекцию толстой кишки, то есть тотальную колпроктэктомию. А восстановление непрерывности кишечника и её резервуарной функции остается проблемой современной колоректальной хирургии.

РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Розанов В.Е., Болотников А.И., Гюнтер Н.А., Островский Е.М.
ФГУЗ Клиническая больница №123 ФМБА,
Одинцово, Московская обл., Россия

В последние годы отмечается неуклонный рост язвенного колита (ЯК). Длительное течение с частыми, а в ряде случаев фатальными рецидивами, развитие местных и системных осложнений побуждает к изучению патогенеза этого заболевания, что позволит выработать новые подходы к лечению. Среди медиаторов воспаления особая роль принадлежит цитокинам, роль которых в патогенезе ЯК до конца не уточнена, что послужило поводом для настоящего исследования.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 46 больных ЯК, средний возраст – 43,1±1,4 года. Диагноз верифицировали эндоскопическим и морфологическим методами.

Легкая форма ЯК выявлена в 15,2%, средней тяжести – в 56,5% и тяжелая форма – в 28,3% случаев.

Уровень цитокинов определяли иммуноферментным методом с использованием реактивов фирмы «Цитокин» (Санкт-Петербург) и «Immunotech Coulter Company» (Франция). Исследование содержания цитокинов проводили в условиях базовой активации и стимуляции митогенами (КонА). Математическая обработка зарегистрированных параметров выполнена на персональном компьютере типа IBM PC/AT-III по программам «Excel-2000» и «Statistica 5.5A».

Результаты: Полученные данные, касающиеся профиля цитокинов, показали, что разные формы тяжести ЯК характеризуются различной активацией и экспрессией цитокинов. Продукция провоспалительных цитокинов в крови многократно превышала нормальные значения, коррелируя с тяжестью ЯК ($r_{xy}=+0,79\pm 0,009$; $p<0,01$). В частности, уровень ИЛ-1 α и ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α был повышен в среднем при легкой форме ЯК соответственно в 3,8 (2,26±0,15 пг/мл), 4,9 (1,74±1,4), 12,6 (98,4±3,7 пг/мл) и 7,3 (33,6±1,9 пг/мл) раза по сравнению с контрольными данными ($p<0,01$). При средней тяжести ЯК уровень этих же цитокинов повышался в среднем соответственно в 8,1 (4,79±0,17 пг/мл), 8,3 (29,3±1,2 пг/мл), 15,5 (121,3±6,8 пг/мл), 20,8 (95,8±3,4 пг/мл) раз, а при тяжелой форме – соответственно в 17,9 (10,6±0,87 пг/мл), 19,8 (69,6±3,0 пг/мл), 24,6 (192,0±8,7 пг/мл), 26,3 (121,4±8,7 пг/мл) раза по сравнению с контрольными данными ($p<0,01$).

Для устранения от негативных влияний провоспалительных цитокинов в организме включаются механизмы, опосредованные продукцией противовоспалительных цитокинов и их растворимых ингибиторов [Uin E. et al., 2000; Toft P. et al., 2003]. В наших исследованиях показано, что этих медиаторов была значительно снижена и находилась в зависимости от тяжести ЯК ($r_{xy}=+0,78\pm 0,008$; $p<0,01$). Так, секреция ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-10, ТФР-1 β была ниже контрольных значений при легкой форме ЯК в среднем соответственно в 2,8 (0,28±0,04 пг/мл), 1,8 (1,76±0,16 пг/мл), 3,6 (1,99±0,11 пг/мл) и 3,3 (1,11±0,08 пг/мл) раза, при средней – в 6,0 (0,13±0,02 пг/мл), 6,6 (0,48±0,09 пг/мл), 6,5 (1,99±0,11 пг/мл) и 6,6 (1,11±0,08 пг/мл) раз, а при тяжелой – соответственно в 15,9 (0,04±0,01 пг/мл), 10,2 (0,31±0,07 пг/мл), 10,0 (1,31±0,09 пг/мл) и 10,4 (0,69±0,02 пг/мл) раза по сравнению с контрольными данными ($p<0,01$).

Заключение: Нарушение же баланса между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами обуславливает толерантность иммунокомпетентных клеток к этим регуляторным сигналам и тем самым препятствует развитию клеточных реакций иммунитета, вследствие чего активация эффекторных функций фагоцитов супрессируется, что может приводить к воспалительным изменениям в различных отделах толстого кишечника [Wilson P. et al., 1998; Armstrong L. et al., 2000].

ВЛИЯНИЕ ФЕНОТИПА N-АЦЕТИЛИРОВАНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ СУЛЬФАСАЛИДИНА В ИНДУКЦИИ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Сатырова Т.В., Михайлова Е.И.

Гомельский государственный медицинский университет,
Гомель, Беларусь

Важнейшим аспектом проблемы язвенного колита является повышение эффективности его лечения. На сегодняшний день этиологические факторы язвенного колита остаются неизученными, что не позволяет разработать этиотропную терапию этого заболевания. По этой причине увеличение эффективности длительно существующих в клинической практике базисных лекарственных средств не утрачивает своей актуальности.

Цель: изучение эффективности сульфасалазина в индукции клинико-эндоскопической ремиссии язвенного колита у пациентов с разным типом N-ацетилирования

Материалы и методы: до и после назначения сульфасалазина исследованы 42 больных язвенным колитом легкой и умеренной степени тяжести, в том числе 9 быстрых и 33 медленных ацетиляторов.

Диагноз язвенного колита во всех случаях имел морфологическое подтверждение. Для оценки динамики заболевания использован индекс активности язвенного колита Шредер (Mayo Clinic UC DAI). Сульфасалазин назначался в виде монотерапии в суточных дозах от 4 до 6 г в зависимости от активности воспалительного процесса. Курс лечения составлял 14 дней.

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».

Статистическая обработка данных проведена с применением пакета прикладных программ Statistica 6 (США). Анализ различия частот значения бинарного признака в двух связанных группах наблюдений проведен с помощью критерия МакНемара, в двух несвязанных выборках – двустороннего точного критерия Фишера.

Результаты: 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. Лекарственное средство доказало 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 ацетилаторов лекарственный препарат не повлиял на развитие клинико-эндоскопической ремиссии ($p = 0,48$).

На фоне лечения сульфасалазином частота клинико-эндоскопической индукции ремиссии у больных с разным фенотипом ацетилирования не отличалась как от быстрых ацетилаторов ($p = 0,08$), так и от пациентов, относившихся к медленным ацетилаторам ($p = 0,48$). Клинико-эндоскопическая ремиссия чаще развивалась у медленных ацетилаторов по сравнению с больными язвенным колитом с быстрым типом ацетилирования ($p = 0,03$).

Выводы: Сульфасалазин в короткие сроки позволял достичь клинико-эндоскопической ремиссии более чем у половины пациентов с рецидивом ЯК. Однако результативность лекарственного средства обеспечивали, в основном, медленные ацетилаторы. У быстрых ацетилаторов сульфасалазин в стандартных дозах не способствовал развитию клинико-эндоскопической ремиссии.

ЦЕНА И ЦЕННОСТЬ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Хубезов Д.А., Пучков К.В., Огорельцев А.Ю., Луканин Р.В.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Минздрава России, Рязань, Россия

Цель: сравнительная оценка эффективности, стоимости и целесообразности биологической терапии Инфликсимабом и оперативного лечения у больных гормон-резистентным язвенным колитом.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 9 пациентов, получающих биологическую терапию на базе колопроктологического отделения ГУЗ РОКБ и 7 пациентов, перенесших операцию по поводу язвенного колита. Все больные страдали тяжелой неосложненной формой язвенного колита. У 11 пациентов отмечено тотальное и у 5 левостороннее поражение толстой кишки. У всех больных отмечались явления гормон-резистентности.

В группе оперированных больных проведены следующие вмешательства: колпроктэктомия с илеоанальным резервуарным анастомозом и превентивной илеостомией – у 4 больных (1 из них лапароскопическим способом технологией SILS), колпроктэктомия с постоянной илеостомией – у 2 больных, колэктомия с илео- и сигмостомией – у 1 пациента.

Оценивались показания, результаты разных видов лечения, в том числе качество жизни пациентов, стоимость и сроки предоставления этих способов помощи больным ВЗК. Оценка качества жизни производилась по опроснику IBDQ, включающему показатели кишечной, системной, эмоциональной и социальной составляющих качества жизни больных ВЗК.

Результаты: Летальных исходов не было. У всех больных, получивших Инфликсимаб была отмечена клиническая ремиссия, у 7 – полная эндоскопическая ремиссия. У одного больного был отмечен феномен «ускользания», который потребовал сокращения периода между инфузиями до 6 недель. В группе оперированных больных 2 пациентам потребовались повторные вмешательства: удаление илеоанального резервуарного анастомоза у одного и удаление прямой с ликвидацией сигмостомы у другого в связи с некупирующимся воспалением в дистальной части прямой кишки, рецидивирующими кровотечениями и паучитом. 2 пациентам была ликвидирована превентивная илеостома с восстановлением анальной дефекации.

Качество жизни пациентов, получивших биологическую терапию было значительно выше (189,1±17,4 балла по шкале IBDQ) по сравнению с оперированными больными (151,7±13,0 балла). Причем в случаях, когда операция заканчивалась наложением илеостомы, результаты свидетельствовали о снижении качества жизни по эмоциональному фактору. Стоимость биологической терапии составляет в среднем 600-800 тыс. рублей в год. Стоимость операции в зависимости от доступа и использования современных высоких технологий (сшивающие аппараты, лапароскопические и SILS-технологии) колеблется от 150 до 450 тысяч рублей. Стоимость стационарного лечения в крупной хирургической клинике на срок предоперационного лечения, операции и ранней послеоперационной реабилитации около 50 тыс. рублей. Стоимость обеспечения калоприемниками и средствами ухода за стомой в год составляет примерно 200 тыс. рублей на человека.

Исследование было нерандомизированным. 4 пациента, имевшие инвалидность получали Инфликсимаб по ДЛО. 1 пациент получал препарат в счет квот, 4 пациента приобретали Инфликсимаб за свой счет. Пациенты, не имевшие инвалидности и материальных средств на приобретение Инфликсимаба и не вошедшие в квоту на лечение были оперированы.

Выводы: Таким образом, если учитывать все затраты на реабилитацию больных язвенным колитом, то стоимость биологической терапии и оперативного лечения становится сравнимой. Если учесть также частоту осложнений после операций, требующих дополнительных затрат, то нельзя однозначно высказаться по вопросу дороговизны того или другого метода лечения.

Вместе с тем качество жизни пациентов, получающих биологическую терапию значительно выше, чем в группе оперированных больных, многие из которых становятся инвалидами.

Однако подчас пациент не имеет возможности вовремя получить биологический препарат при отсутствии инвалидности и средств на покупку данного средства. Таким больным показано оперативное лечение.

ИЛЕОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПЕРИАНАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

Шельгин Ю.А., Халиф И.Л., Кашников В.Н., Болихов К.В., Варданян А.В.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздрава России, Москва, Россия

Цель: Улучшение результатов хирургического лечения осложнённых форм болезни Крона толстой кишки.

Материалы и методы: 49 пациентам с первоначальным диагнозом болезни Крона толстой кишки (БКTK), за период с января 1998 по июль 2009 года выполнялась операция – формирование двустольной илеостомы. Эффективность оценивалась на основании трех критериев: динамика общего соматического состояния перед операцией, на 7 и 14 сутки после операции (Индекс SAI в модификации клиники); изменения эндоскопических признаков воспаления в период от 1 до 72 месяцев ($M = 26,6 \pm 16,6$); динамика периаанальных поражений (свищи прямой кишки различной степени сложности, язвы-трещины и стриктуры анального канала) в период времени от 1 до 42 мес ($M = 17,7 \pm 11,8$).

Результаты: Из 49 пациентов 6 (12,2%) были исключены в связи с трансформацией диагноза в не дифференцируемый колит. Прогрессивное улучшение соматического состояния в течение первых 2 недель после операции илеостомии выявлено у 41 (95,4%) пациента из 43 (SAI перед операцией – 218,6; на 7 сутки – 137,5; на 14 сутки – 110,9 ($P < 0,05$)). У 2 (4,6%) пациентов произошло ухудшение соматического состояния из-за развития осложнений, потребовавших выполнения экстренной операции.

Изменения эндоскопических признаков прослежены у 34 пациентов. Эндоскопическая ремиссия достигнута у 17 (50%) больных в сроки от 6 до 72 месяцев ($M = 17,7 \pm 9$). У 17 (50%) больных выявлен продолжающийся воспалительный процесс в сроки от 3 до 48 месяцев ($M = 18 \pm 15,9$). Динамика заживления периаанальных поражений прослежена у 34 пациентов. Заживление отмечено у 20 (58,8%) пациентов.

Выводы: Временное отключение пассажа по толстой кишке у пациентов с БКTK позволяет: в 95,4% случаев нормализовать соматическое состояние больных; у 50% пациентов добиться эндоскопической ремиссии воспалительного процесса в толстой кишке; у 58,8% пациентов добиться заживления периаанальных поражений, за исключением стриктур анального канала.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ДЕФЕКАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Шельгин Ю.А., Халиф И.Л., Кашников В.Н., Болихов К.В., Сенашенко С.А., Варданян А.В.

ФГУ «Государственный Научный Центр Колопроктологии» Минздрава России, Москва Россия

Цель: улучшение функциональных результатов хирургического лечения пациентов с тяжелой формой язвенного колита (ЯК).

Материалы и методы: С 2006 по 2011 годы колпроктэктомия с формированием тонкокишечного резервуара и наданальной илео – ректальной анастомоза выполнена в 35 наблюдениях, м-17 (48,6%), ж-18 (51,4%), средний возраст 29,9±8,1 лет.

Показания для операции по поводу язвенного колита: осложнения ЯК – 4 (11,4%) пациентов; гормонорезистентность – 18 (51,4%) больных; гормональная зависимость – 13 (37,2%) наблюдений. Реконструктивно – пластический этап выполнен одномоментно у 15 (42,9%) пациентов, отсрочено – у 20 (57,1%). Во всех случаях резервуар сформирован под протекцией двухствольной илеостомы.

Внутрибрюшное закрытие илеостомы выполнено на сегодняшний день у 19 (54,3%) из 35 пациентов. Период времени от формирования резервуара до восстановления пассажа составил от 3 до 8 месяцев. Период наблюдения после восстановления пассажа составил от 1 месяца до 26 месяцев.

Результаты: частота стула в первые две недели составляет от 4 до 12 раз, в среднем $7 \pm 2,1$, через 6 месяцев после операции – от 3 до 5 раз в сутки, в среднем $4 \pm 1,3$ раза. Способность дифференцировать компоненты кишечного содержимого восстанавливается через 2 недели у всех пациентов. Ночная дефекация первые 3 месяца после операции встречается у 57% больных, однако с течением времени необходимость опорожнять резервуар в ночное время возникает только в случае приема пищи после 22 часов.

Необходимость пользования прокладками в ночное время первые шесть месяцев после операции отмечали 37% пациентов, далее необходимость в этом не отмечалась ни одним из пациентов. Никто из пациентов не отмечал недержание кишечного содержимого в дневное время.

Рецидив воспалительного процесса в сохранённом участке прямой кишки, который потребовал бы отключения резервуара, не возник ни в одном наблюдении. Все пациенты социально активны. Сексуальная активность не снижена ни у одного из наших больных.

Таким образом, предварительные результаты восстановления анальной дефекации у пациентов с тяжёлой формой ЯК, позволяют рекомендовать данный метод к более широкому применению при строгом отборе больных.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИАНАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ

Щербакова О.В., Ионов А.Л.

ФГУ «Российская детская клиническая больница»
Минздравсоцразвития РФ, Отделение хирургии №1
(колопроктология), Москва, Россия

Цель: улучшить результаты лечения детей с периаанальными поражениями при болезни Крона, используя комбинированную терапию – применение малоинвазивных хирургических вмешательств и раннее назначение терапии моноклональными антителами (Инфликсимаб).

Методы: с 1986 по 2011 гг. в отделении колопроктологии РДКБ находились на лечении 31 пациент с болезнью Крона (15 девочек и 16 мальчиков, в возрасте от 19 мес. до 17 лет). Из них трое пациентов не оперированы, два ребенка оперированы однократно, остальные перенесли от 2 до 6 операций. Около половины больных (14) имели периаанальные поражения – параректальные свищи и анальные трещины. С 2009 года комбинированное лечение проведено 7 пациентам с параректальными свищами – первым этапом выполнялось оперативное вмешательство и затем проводился индукционный курс антицитокиновой терапии моноклональными антителами (Инфликсимаб), с одновременным назначением Азатиоприна. Из них – у 5 больных выполнено лигатурное дренирование свищей (poucutting seton); двум детям со сложными параректальными свищами наложена превентивная сигмостома и выполнено иссечение свищей. Одному пациенту в послеоперационном периоде, дополнительно к внутривенным инфузиям Ремикейда, проводились локальные инъекции Инфликсимаба в параректальные ткани – в область послеоперационного рубца.

Результаты: Рецидивы параректальных свищей в послеоперационном периоде возникли в 6 случаях, а также у 4 больных на фоне изолированной консервативной терапии (5-АСК; Преднизолон; Инфликсимаб). После внедрения современной комбинированной терапии (хирургическое вмешательство и биологическая терапия моноклональными антителами) у всех 7 пациентов удалось достичь стойкой клинико-эндоскопической ремиссии (период наблюдения от 5 до 16 месяцев).

Выводы: первый опыт комбинированного подхода – сочетание биологической терапии (Инфликсимаб) с малоинвазивным хирургическим вмешательством – показал хорошие результаты лечения детей с периаанальной формой болезни Крона.

ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Юданов А.В., Кирилин Л.Н., Ганичева И.А.,
Лунев В.М., Токмаков И.А., Говорков Р.В.

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная
клиническая больница», Новосибирский областной центр
колопроктологии, Новосибирск, Россия

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с тяжелым течением язвенного колита (ЯК).

Материалы и методы: В ГБУЗ НСО «ГНОКБ» с 2000 по 2010 годы находились на лечении 282 больных язвенным колитом в возрасте от 15 до 65 лет. Консервативная терапия проведена у 224 пациентов, хирургическое лечение – у 58.

Показаниями к хирургическому лечению у одной группы больных явились тяжелые формы, резистентные к консервативной терапии, как впервые возникшего ЯК, так и крайне тяжелая рецидивная атака хронического течения заболевания. Определяющим параметром тяжести состояния больных являлось развитие острой кишечной недостаточности с развитием абдоминального сепсиса и полиорганной недостаточности. Другая группа оперированных пациентов имела длительный анамнез хронического непрерывно рецидивирующего течения заболевания (более 5 лет), при котором не удавалось добиться стойкой ремиссии от применения адекватной комплексной консервативной терапии. В обеих группах пациентов отмечено тотальное поражение толстой кишки воспалительным процессом.

Результаты: У первой группы больных лечение осуществлялось в условиях ОРИТ, а оперативное вмешательство входило в комплекс протившоковых мероприятий и выполнялось по жизненным показаниям после компенсации витальных функций. Объем оперативного лечения – колэктомия, без формирования анастомоза и с сохранением прямой кишки. Вопрос о сохранении ректосигмоидного отдела и дистальной части сигмовидной кишки решался оперирующим хирургом в индивидуальном порядке. Ретроспективно оценивая ситуацию, понимаем, что в ряде случаев имела недооценка степени тяжести заболевания с затягиванием срока медикаментозного лечения, и, как следствие, операция была выполнена при явлениях начавшегося абдоминального сепсиса. В результате имели место два летальных исхода и одно очень тяжелое, осложненное течение послеоперационного периода.

Во второй группе находились пациенты с длительным хронически рецидивирующим течением заболевания, в результате чего произошла потеря функции толстой кишки, превратившейся в источник хронической интоксикации. Объем оперативного лечения – колэктомия с брюшно-анальной резекцией прямой кишки, формированием илеоанального резервуарного анастомоза и разгрузочной илеостомой. В описанной группе летальных исходов и не было.

Выводы:

1. Целью лечения больных с тяжелой формой ЯК, резистентной к медикаментозной терапии является своевременное купирование про-

явлений острой кишечной недостаточности с клинической картиной абдоминального шока путем санирующей своевременной операции – колэктомии. То есть в данную группу входят пациенты с необратимыми воспалительными изменениями стенки толстой кишки с исходом в абдоминальный сепсис, который при несвоевременной операции приведет к летальному исходу.

2. Недооценка тяжести состояния больных и бесперспективности дальнейшего медикаментозного лечения, затягивание с показаниями к выполнению операции при ЯК ухудшает непосредственные результаты и может приводить к фатальному исходу.

3. Диспансерное наблюдение за больными ВЗК должно проводиться в жестком, своевременном режиме, а при неявке пациента на осмотр должен следовать активный вызов на прием к колопроктологу.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЯЗВЕННОГО И ИШЕМИЧЕСКОГО КОЛИТОВ

Юданов А.В., Кирилин Л.Н., Ганичева И.А.,
Лунев В.М., Токмаков И.А., Говорков Р.В.

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная
клиническая больница», Новосибирский областной центр
колопроктологии, Новосибирск, Россия

Цель: дифференциальная диагностика, тактика, лечение, диспансерное наблюдение больных при впервые выявленном неспецифическом язвенном колите.

Материалы и методы: В ГБУЗ НСО «ГНОКБ» с 2007 по 2010 годы наблюдались 14 пациентов поступивших в отделение колопроктологии с клинической и эндоскопической картиной сходной с проявлениями при впервые выявленном ЯКе, с распространенностью воспалительного процесса – преимущественно в левой половине ободочной кишки, хотя у одной пациентки изменения тотально вовлекали толстую кишку в патологический процесс.

При сборе анамнеза была установлена закономерность. Все больные были старше семидесяти лет, давность заболевания отмечалась от 1 до 3 суток, заболевание развивалось остро, и у большинства пациентов имелись различные нарушения сердечного ритма. Все пациенты были госпитализированы в отделение колопроктологии в среднетяжелом и тяжелом состоянии. Исключены кишечные инфекции. Эндоскопическая картина при фиброколоноскопии не давала патогноманичной картины, позволяющей подтвердить или опровергнуть впервые выявленный ЯК. Однако данные анамнеза позволяли заподозрить у описанной группы больных развитие ишемического колита.

Результаты: Во всех случаях некроза ободочной кишки не наступало и показаний к экстремному оперативному лечению в объеме резекции сегментов толстой кишки не было. В одном случае (при тотальном поражении ободочной кишки) была выполнена аортография, по результату которой был диагностирован тромбоз эмбол в первом сегменте верхней брыжеечной артерии. Пациентке была выполнена тромбэктомия и кровоснабжение кишечника восстановлено. В случае левостороннего поражения критического нарушения кровоснабжения толстой кишки не отмечалось, поэтому от выполнения инвазивных методов диагностики – лапароскопия, аортография было решено воздержаться.

Обращала на себя внимание быстрая положительная динамика на фоне лечения, не включающего в себя препаратов назначаемых при ВЗК. На вторые сутки, как клиническая так и эндоскопическая картина заболевания практически купировалась. На пятые сутки пациенты были выписаны из стационара в практически удовлетворительном состоянии. Несмотря на не подтвердившийся диагноз ВЗК, пациенты оставались под диспансерным наблюдением колопроктолога в течение 6 месяцев.

При дальнейшем наблюдении за больными обострения или рецидива заболевания выявлено не было.

Выводы:

- Клиническая и эндоскопическая картина впервые выявленного ЯК не имеет патогноманичных признаков, позволяющих отличить его развившего нарушения мезентериального кровообращения без развития критической ишемии кишечной стенки.

- Диспансерное наблюдение пациентов рекомендуется назначить как при ВЗК.

- Эффект от лечения наступает быстро и повторных осложнений не регистрируется.

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР

OLYMPUS[®]

Your Vision, Our Future

СПОНСОРЫ



SANDOZ



ДЕТРАЛЕКС®

ЕДИНСТВЕННЫЙ МИКРОНИЗИРОВАННЫЙ

**С ВЫСОТЫ ОПЫТА
В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН**

РАСТИТЕЛЬНОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ И УНИКАЛЬНЫЙ СОСТАВ

ДЕЙСТВУЕТ НА ВСЕ ЗВЕНЬЯ ПАТОГЕНЕЗА

ЭФФЕКТИВЕН НА ВСЕХ СТАДИЯХ



**один раз в день
месяца
раза в год**



Москва 113054, Павелецкая площадь д.2, стр. 3
Тел.: (495) 937-07-00, факс: (495) 937-07-01