



КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

научно-практический медицинский журнал

МАТЕРИАЛЫ

Всероссийской научно-практической
конференции с международным участием
«Актуальные вопросы колопроктологии»

26-28 октября 2017 г.
г. ВОРОНЕЖ

№3 (61) 2017 (приложение)

ISSN 2073-7556

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

МОВИПРЕП®

ОТЛИЧНАЯ ВИДИМОСТЬ —
ТОЧНЫЙ ДИАГНОЗ

- ✓ Эффективная очистка толстой кишки^{2,3}
- ✓ Минимальный риск побочных явлений⁴
- ✓ Оптимальный объем раствора для приема¹⁻³



Сокращенная инструкция по применению

Торговое название препарата: МОВИПРЕП® (MOVIPREP®)

Лекарственная форма: порошок для приготовления раствора для приема внутрь.

Действующие вещества: макрогол-3350, натрия сульфат, натрия хлорид, калия хлорид, аскорбиновая кислота, натрия аскорбат.

Показания к применению: подготовка к диагностическим исследованиям и оперативным вмешательствам, требующим опорожнения кишечника.

Противопоказания. Гиперчувствительность к любому из компонентов препарата; нарушение опорожнения желудка; кишечная непроходимость; перфорация или риск перфорации органов желудочно-кишечного тракта; фенилкетонурия; дефицит глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы; тяжелые воспалительные заболевания кишечника или токсический мегациклон, являющийся осложнением выраженных воспалительных процессов в кишечнике, включая болезнь Крона и язвенный колит; возраст до 18 лет; бессознательное состояние.

Способ применения и дозы. Внутрь. Для приготовления одного литра раствора препарата необходимо содержимое одного саше А и одного саше Б растворить в небольшом количестве воды, затем довести объем раствора водой до одного

литра. Для приготовления второго литра раствора препарата необходимо содержимое оставшихся второго саше А и второго саше Б растворить в небольшом количестве воды, затем довести объем раствора водой до одного литра. Общая доза составляет два литра раствора препарата МОВИПРЕП®. Раствор можно принять однократно или поделить на два приема. Перед оперативным вмешательством принимают однократно два литра раствора препарата накануне вечером. Приготовленный раствор следует выпить в течение 1-2 часов.

Во время прохождения курса подготовки настоятельно рекомендуется дополнительно употребить один литр другой жидкости. При раздельной и вечерней однократной схемах дозирования прием препарата и других жидкостей необходимо прекратить не менее чем за 1 час до начала процедуры. При утренней однократной схеме дозирования прием препарата необходимо прекратить не менее чем за 2 часа, а прием других жидкостей — не менее чем за 1 час до начала процедуры. Пациентам необходимо учитывать соответствующий временной интервал для поездки в клинику для проведения процедуры. Не следует употреблять твердую пищу с начала приема препарата МОВИПРЕП® и до окончания клинической процедуры.

Побочное действие. Диарея является ожидаемым эффектом при подготовке кишечника. Самыми распространенными нежелательными эффектами являются: тошнота, рвота, вздутие живота, боль в животе, раздражение в области ануса и нарушения сна. В результате диареи и/или рвоты может развиваться дегидратация. Как и при приеме других продуктов, в состав которых входит макрогол, возможны различные аллергические реакции, включая сыпь, крапивницу, зуд, диспноэ, отек Квинке и анафилактический шок. **Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по применению.**

С осторожностью: нарушенный рвотный рефлекс, склонность к аспирации или регургитации; нарушения сознания; дегидратация; тяжелая сердечная недостаточность; тяжелая почечная недостаточность; тяжелые острые воспалительные заболевания; боль в животе неясной этиологии; риск аритмии, например, пациенты, получающие лечение по поводу сердечно-сосудистых заболеваний или имеющие заболевания шовтивидной желчеы.

Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

1. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения МОВИПРЕП®. 2. Eil C. et al. Randomized Trial of Low-Volume PEG Solution Versus Standard PEG + Electrolytes for Bowel Cleansing Before Colonoscopy. Am J Gastroenter. 2008 Apr; 103(4):883-893. 3. Ponchon T. et al. A low-volume polyethylene glycol plus ascorbate solution for bowel cleansing prior to colonoscopy: The NORMO randomised clinical trial. Digestive and Liver Disease 45 (2013) 820-826. 4. Qingsong Xie et al. A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials of Low-Volume Polyethylene Glycol plus Ascorbic Acid versus Standard-Volume Polyethylene Glycol Solution as Bowel Preparations for Colonoscopy. PLOS ONE www.plosone.org 5 June 2014 Volume 9 Issue 6 e99092.

Информация для специалистов здравоохранения

Рег. удостоверение: ЛП-002630 от 22.09.2014. МОВИПРЕП® — зарегистрированная торговая марка группы компаний Норджин. Претензии потребителей направлять по адресу: ООО «Тakeda Фармасьютикалс», ул. Усачева, д. 2, стр. 1, Москва 119048. Телефон: +7 495 933-55-11, факс: +7 495 502-16-25. Электронная почта: russia@takeda.com, адрес в интернете: www.takeda.com.ru Дата выпуска материала: июль 2017.



**Ассоциация
колопроктологов
России**



Адрес редакции и издателя:

123423, Москва,
ул. Саяма Адиля, д. 2
Тел.: (499) 199-00-68
Факс: (499) 199-00-68
E-mail: proctologia@mail.ru,
magazine@gnck.ru
www.akr-online.ru
www.gnck.ru

Ответственный секретарь:

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

**Зав. редакцией
и выпускающий редактор:**

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

**Регистрационное
удостоверение**

ПИ №77-14097

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

Индекс: 80978

для индивидуальных подписчиков
(цена за полугодие – 500 руб.)

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

Редакция журнала не несет
ответственность за содержание
рекламных объявлений

Подписано в печать 18.08.2017

Формат 200×280 мм

Усл. печ. л. 14,14

Тираж 1000 экз. Заказ № 00223-7

Отпечатано в ООО «Кедр».

119017, Москва, Старомонетный пер., д. 9,
стр. 1

КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

№ 3 (61) 2017 (приложение)

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

Выходит один раз в три месяца
Основан в 2002 году

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

Решением Высшей Аттестационной Комиссии (ВАК) Министерства образования и науки Российской Федерации научно-практический медицинский журнал «Колопроктология» включен в новый «Перечень рецензируемых научных изданий, рекомендуемых ВАК, для публикации основных научных результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук» (№ 750 по состоянию на 19.04.2016).

Приглашаем авторов публиковать различные материалы клинической направленности: оригинальные статьи, обзоры, лекции, случаи из практики.

**Russian
Association of
Coloproctology**



KOLOPROKTOLOGIA

№ 3 (61) 2017 (supplement)

JOURNAL OF RUSSIAN
ASSOCIATION OF COLOPROCTOLOGY

ISSN 2073-7556

Since 2002 year

EDITORIAL OFFICE

Saliyam Adil 2,
Moscow, Russia, 123423

Phone & fax: +7 (499) 199-00-68

E-mail: proctologia@mail.ru,
magazine@gnck.ru

<http://akr-online.ru>

<http://www.gnck.ru>

Editor-in-Chief

Cor. member of RAS, prof. Y.A. Shelygin, Moscow, Russia

Editorial board

Prof. S.I. Achkasov, Moscow, Russia
Prof. L.A. Blagodarny, Moscow, Russia
Cand. med. sci. A.V. Veselov, Moscow, Russia
Prof. O.V. Golovenko, Moscow, Russia
Cand. med. sci. V.N. Kashnikov, Moscow, Russia
Prof. A.M. Kuzminov, Moscow, Russia
Cand. med. sci. A.I. Moskalev, Moscow, Russia
Prof. I.V. Poddubny, Moscow, Russia
Prof. A.V. Pugaev, Moscow, Russia
Prof. S.I. Sevostyanov, Moscow, Russia
Dr. med. sci. A.Y. Titov, Moscow, Russia
Dr. med. sci. S.A. Frolov, Moscow, Russia
Prof. I.L. Halif, Moscow, Russia

EDITORIAL ADVISORY BOARD

Prof. S.V. Vasil'ev, Saint-Petersburg, Russia
Prof. V.V. Veselov, Moscow, Russia
Cor. member of RAS, Prof. E.G. Grigor'ev, Irkutsk, Russia
Prof. B.M. Dacenko, Kharkiv, Ukraine
Prof. B.N. Zhukov, Samara, Russia
Prof. M.P. Zaharash, Kiev, Ukraine
I.V. Zarodnuk, Moscow, Russia
Prof. V.R. Isaev, Samara, Russia
Prof. V.N. Ishchenko, Vladivostok, Russia
Prof. N.V. Kostenko, Astrakhan, Russia
Prof. V.F. Kulikovskiy, Belgorod, Russia
Prof. A.V. Murav'ev, Stavropol, Russia
Prof. L.P. Orlova, Moscow, Russia
Prof. V.P. Petrov, Saint-Petersburg, Russia
Member of RANS, Prof. Y.M. Stoiko, Moscow, Russia
Prof. V.K. Tatyanchenko, Rostov-on-Don, Russia
Cor. member of RAS, Prof. V.M. Timerbulatov, Ufa, Russia
Prof. V.Z. Totikov, Vladikavkaz, Russia
Prof. M.F. Cherkasov, Rostov-on-Don, Russia
Member of RAS, Prof. V.I. Chissoy, Moscow, Russia
Member of RAS, Prof. N.A. Yaitski, Saint-Petersburg, Russia
Prof. Z. Krivokapić, Belgrade, Serbia
Prof. M. Szczepkowski, Warsaw, Poland
Prof. T. Sčrička, Brno, Czech Republic

ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ПРОКТОЛОГИЯ

<i>Абелевич А.И., Ларин А.А., Кокобелян А.Р., Ванцинова Е.В., Янышев А.А., Лебедева М.А.</i> КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ	11
<i>Алиев Ф.Ш., Лейманченко П.И., Алиев В.Ф.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПРЕССИОННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО И ЛИГАТУРНОГО ШВА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ.....	11
<i>Алиев Ф.Ш., Савельев Н.Н., Алиев В.Ф., Старцева П.Н.</i> ОБОСНОВАНИЕ РАДИКАЛЬНОСТИ КОМПРЕССИОННОЙ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ ЗАЖИМАМИ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ	11
<i>Андреев А.А., Болотских В.А., Рязузова А.И.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРРОЯ II-III СТАДИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	12
<i>Андреев А.А., Демьянов А.Н.</i> РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ И ГИДРОИМПУЛЬСНЫЕ САНАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА	12
<i>Андреев А.Л.</i> ЛАЗЕРНАЯ СУБМУКОЗНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ГЕМОРРОЯ (ЛАЗЕРНАЯ ГЕМОРРОИДОПЛАСТИКА, ЛНР).....	13
<i>Андриенко И.Б., Антонюк С.М., Ахрамеев В.Б., Гринцов Г.А.</i> КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	13
<i>Антонюк С.М., Ахрамеев В.Б., Андриенко И.Б., Луценко Ю.Г., Гринцов Г.А.</i> ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ	13
<i>Ачкасов Е.Е., Соломка А.Д., Ульянов А.А., Мусин А.И.</i> ПРИМЕНЕНИЕ АУТОПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНЫМИ ФАКТОРАМИ РОСТА, В ЛЕЧЕНИИ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ АБСЦЕССОМ	14
<i>Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л., Абдулжалилов М.М.</i> ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ ЦИРКУЛЯРНОГО ТРОМБОЗА НАРУЖНЫХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ.....	14
<i>Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л., Абдулжалилов М.М.</i> КАУДАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ – НУЖНА ЛИ ОНА ПРОКТОЛОГУ.....	14
<i>Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л.</i> ВЛИЯНИЕ ФЛЕБОТОНИКОВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГЕМОРРОЕМ.....	15
<i>Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л.</i> ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ СФИНКТЕРОСПАЗМОМ.....	15
<i>Белоцкая Л.В., Чистохин С.Ю.</i> ВАРИАНТ ЛИГАТУРНОГО МЕТОДА ПРИ СЛОЖНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩАХ.....	16
<i>Бирюков О.М., Титов А.Ю.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕКТО(КОЛЬПО)САКРОПЕКСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ	16
<i>Бичурин Н.Р., Ионин В.П.</i> ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ	17
<i>Борота А.В., Кухто А.П., Борота А.А., Базиян-Кухто Н.К., Алиев Р.Н.</i> СПОСОБ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА.....	17
<i>Борота А.В., Кухто А.П., Гольмамедов В.А., Борота А.А., Башмаков М.Н., Базиян-Кухто Н.К., Федоришин А.А.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ НЕОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ.....	17
<i>Брежнев С.Г., Жданов А.И., Коротких Н.Н., Попов Р.В.</i> ОПТИМИЗИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.....	18
<i>Велиев Т.И., Чаловский В.А., Шаляпин Д.И., Пантюков Е.Д., Шалабода А.А.</i> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ	18
<i>Велиев Т.И., Шалабода А.А., Пантюков Е.Д.</i> НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА.....	19
<i>Горбунов И.Н., Егоркин М.А., Болквадзе Э.Э., Обухов В.К., Вечорко В.И., Кожин Д.Г., Романов Д.А.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАН ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА	19
<i>Гринцов А.Г., Луценко Ю.Г., Ахрамеев В.Б., Пилюгин Г.Г.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	19
<i>Грошили В.С., Черкасов М.Ф., Мирзоев Л.А., Мрыхин Г.А.</i> КОРРЕКЦИЯ ПОКАЗАНИЙ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ С УЧЕТОМ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ.....	20
<i>Данилов М.А., Атрощенко А.О., Поздняков С.В., Саакян Г.Г., Хатьков И.Е.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА – VAAFT	20

СОДЕРЖАНИЕ

Егоркин М.А., Болквадзе Э.Э., Вечорко В. И., Кожин Д.Г., Горбунов И.Н., Зорин А.С. НАШ СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА И ГАНГРЕНЫ ФУРЬНЕ (NPWT-NEGATIVE PRESSURE WOUND THERSPY).....	21
Елигулашвили Р.Р., Зароднюк И.В., Орлова Л.П., Костарев И.В., Черножукова М.О. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ И ТРАНСРЕКТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КРИПТОГЕННЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	21
Жижин Н.К., Потапова Ю.В., Саркисян Ю.Г., Любавский Р.В. ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРОКТОЛОГИИ.....	22
Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А., Краснова В.Н. ОПЕРАЦИЯ LIFT КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ.....	22
Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А., Краснова В.Н., Шамин А.В., Разин А.Н. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТОДОМ ЛОНГО ПАЦИЕНТОВ С РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЕМ.....	22
Загрядский Е.А. АНОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ.....	23
Загрядский Е.А. КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ, КРИТЕРИИ ОБЪЕКТИВНОСТИ.....	23
Захарченко А.А., Видаль В., Полевец К.О., Кириченко А.К. ГЕМОРРОИДАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ EMBORRHOID TECHNIQUE.....	24
Зубенков М.В., Осмоловский С.В. ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХС С ПЛАСТИКОЙ АПОНЕВРОЗОМ ЯГОДИЧНЫХ МЫШЦ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОДНОГО ДНЯ.....	24
Зубенков М.В., Осмоловский С.В., Сырейщиков В.В. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ HAL-RAR ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОМБИНИРОВАННОМ ГЕМОРРОЕ.....	25
Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А., Лукьянова А.А. ТРАНСАНАЛЬНАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С МУКОПЕКСИЕЙ И ЛИФТИНГОМ СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРРОЯ.....	25
Ковалев Б.В., Татьяначенко В.К., Сухая Ю.В., Манулик А.Ф., Грива Р.К. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ХАРАКТЕР ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ.....	26
Костарев И.В., Титов А.Ю., Благодарный Л.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ПЕРЕВЕДЕНИЯ / ПЕРЕМЕЩЕНИЯ СВИЩЕВОГО ХОДА В МЕЖСФИНКТЕРНОЕ ПРОСТРАНСТВО.....	26
Кудратова З.Э., Умарова Т.А., Саидов М.С., Шамсиев Ж.А. ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ.....	27
Кузминов А.М., Фролов С.А., Орлова Л.П., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Черножукова М.О., Елигулашвили Р.Р. НЕПОЛНЫЕ ВНУТРЕННИЕ СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ (НВС): КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ И ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	27
Кузминов А.М., Фролов С.А., Орлова Л.П., Фоменко О.Ю., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Черножукова М.О., Елигулашвили Р.Р. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	28
Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Кривчикова А.П., Братищева Н.Н., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Аленичева М.С. ПРЕИМУЩЕСТВА ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ САКРОКОЛЬПОПЕКСИИ В СОЧЕТАНИИ СО СТЕПЛЕРНОЙ ТРАНСАНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ СЛИЗИСТОГО СЛОЯ ПРЯМОЙ КИШКИ (STARR) ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ.....	28
Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Кривчикова А.П., Братищева Н.Н., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Аленичева М.С. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКТОЦЕЛЕ В СОЧЕТАНИИ С ПРОЛЯПСОМ СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПУТЕМ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ САКРОКОЛЬПОПЕКСИИ И СТЕПЛЕРНОЙ ТРАНСАНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ (STARR).....	29
Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилов Д.А., Наумов А.В. ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕНСОРНОГО АНАЛЬНОГО НЕДЕРЖАНИЯ.....	29
Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилов Д.А., Наумов А.В. ХАРАКТЕРИСТИКА АНАЛЬНОГО И КИШЕЧНОГО КОМПОНЕНТОВ НЕДЕРЖАНИЯ КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОНКОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ.....	30
Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Гобеджишвили В.В., Жабина А.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИММУНОДИАГНОСТИКЕ ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ.....	30
Лаврешин П.М., Линченко В.И., Владимиров О.В. ЛЕЧЕНИЕ ИНТРА- И ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	30
Лаврешин П.М., Муравьев А.В., Гобеджишвили В.К., Гобеджишвили В.В., Жабина А.В. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ.....	31
Ломоносов А.Л., Благодарный Л.А., Ломоносов Д.А., Калинин М.Н. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ.....	31

<i>Ломоносов Д.А., Ломоносов А.Л., Еремеев А.Г., Лисин И.Е.</i> ТАЗОВЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В АМБУЛАТОРНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ	32
<i>Магомедова З.К., Грошилин В.С., Чернышова Е.В., Воронова О.В.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА СПОСОБА ОПЕРАЦИИ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДАХ И КИСТАХ.....	32
<i>Муравьев А.В., Ефимов А.В., Линченко В.И.</i> ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА.....	33
<i>Муравьев А.В., Лысенко О.В., Гобеджишвили В.В., Оверченко Д.Б.</i> ПРОФИЛАКТИКА АНАЛЬНОГО СТЕНОЗА У БОЛЬНЫХ С ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К ГРУБОМУ РУБЦЕОБРАЗОВАНИЮ.....	33
<i>Мусин А.И., Алиев С.Р.</i> РОЛЬ ДРЕНИРУЮЩЕЙ ЛИГАТУРЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА.....	33
<i>Мухин А.Г., Мухин И.А., Клименко К.А., Комарова М.Ю., Волкова О.В.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ИНСТИЛЛАГЕЛЬ» В АМБУЛАТОРНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ	34
<i>Мухин А.Г., Мухин И.А., Клименко К.А., Комарова М.Ю., Волкова О.В.</i> РАДИОВОЛНОВАЯ ХИРУРГИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-КОЛОПРОКТОЛОГА.....	35
<i>Мухин И.А., Кузьминов А.М., Фоменко О.Ю., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Вышегородцев Д.В.</i> ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ СКАЛЬПЕЛЕМ.....	35
<i>Нехрикова С.В., Титов А.Ю.</i> ХРОНИЧЕСКИЕ РАНЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРОМЕЖНОСТИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.....	36
<i>Плешков А.С.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ HAL-RAR ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ В СТАЦИОНАРЕ «ОДНОГО ДНЯ».....	36
<i>Райымбеков О.Р., Жолболдуев Ж.М., Айдаров У.А.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ.....	37
<i>Райымбеков О.Р., Жолболдуев Ж.М., Айдаров У.А.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ПАРАРЕКТАЛЬНОГО СВИЩА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ	37
<i>Рогожкина Е.А., Грошилин В.С., Перепечаева А.В., Воронова О.В.</i> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН С УЧЕТОМ СТЕПЕНИ СФИНКТЕРОСПАЗМА И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ	38
<i>Сергацкий К.И.</i> ПОКАЗАНИЯ К ЭТАПНЫМ САНАЦИОННЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ОСТРОМ АНАЭРОБНОМ ПАРАПРОКТИТЕ.....	39
<i>Соловьев А.О., Соловьев О.Л., Воробьев А.А., Соловьева Г.А.</i> ВЫБОР ТЕХНОЛОГИИ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	40
<i>Соловьев А.О., Соловьев О.Л., Воробьев А.А., Соловьева Г.А.</i> КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТАЗОВЫХ ПРОЛАПСОВ.....	40
<i>Соловьев А.О., Соловьев О.Л., Воробьев А.А., Соловьева Г.А.</i> МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ.....	40
<i>Соловьев А.О., Соловьев О.Л., Воробьев А.А., Соловьева Г.А.</i> СКЛЕРОТЕРАПИЯ ГЕМОРРОЯ С УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ – ЗА И ПРОТИВ	41
<i>Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Фирсов М.С., Красенков Ю.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОДИСТРОФИЧЕСКОЙ КОКЦИГОДИНИИ	41
<i>Тян Л.В., Цой О.Г., Каукеев А.С., Рамазанова Л.Р., Сулейменов А.С.</i> МОДИФИЦИРОВАННАЯ ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ СКАЛЬПЕЛЕМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	42
<i>Фоменко О.Ю., Шелыгин Ю.А., Титов А.Ю., Бирюков О.М., Белоусова С.В., Егорова Д.В., Некрасов М.А.</i> РОЛЬ БИОФИДБЕК-ТЕРАПИИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ДЕФЕКАЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕКТОЦЕЛЕ.....	42
<i>Фролов С.А., Кузьминов А.М., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Богормистров И.С., Черножукова М.О.</i> МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ	42
<i>Хитарьян А.Г., Дульеров К.А., Ковалев С.А., Завгородняя Р.Н.</i> ПРЕЦИЗИОННАЯ ТЕХНИКА В РЕКОНСТРУКЦИИ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ФАССИИ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ	43
<i>Хитарьян А.Г., Ковалёв С.А., Ромодан Н.А., Орехов А.Н., Алибеков А.З., Бурдаков И.Ю.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ И ИНТРАНОДАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ (ИНЛК) ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	43
<i>Хитарьян А.Г., Мизиев И.А., Ковалев С.А., Ромодан Н.А., Орехов А.А., Алибеков А.З., Кислов В.А., Бурдаков И.Ю.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВОЛОКНА FIBLASTM ЛАЗЕРНОЙ СИСТЕМЫ EVOLVE® LASER SYSTEM) ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВЫСОКИХ ЧРЕССФИНКТЕРНЫХ И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ	44
<i>Хитарьян А.Г., Соловьев О.Л., Штильман М.Ю., Орехов А.А., Ковалев С.А., Алибеков А.З., Бурдаков И.Ю.</i> ТАКТИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ УМЕНЬШЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ В СОЧЕТАНИИ С УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИЕЙ	45
<i>Хубезов Д.А., Серебрянский П.В., Пучков Д.К., Огорельцев А.Ю., Игнатов И.С., Родимов С.В., Луканин Р.В., Юдина Е.А.</i> ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА МАЛОИНВАЗИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ	45

<i>Черкасов М.Ф., Галашокян К.М., Старцев Ю.М., Черкасов Д.М., Меликова С.Г.</i> СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ VAC-ТЕРАПИИ	46
<i>Черкасов М.Ф., Татьяначенко В.К., Грошилин В.С., Черкасов Д.М., Старцев Ю.М., Меликова С.Г., Галашокян К.М.</i> ПРЕИМУЩЕСТВА ОРИГИНАЛЬНОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ РЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ	46
<i>Чернышова Е.В., Грошилин В.С., Цыганков П.В., Черкасов Д.М.</i> ПЕРСПЕКТИВЫ ЭФФЕКТИВНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАСТИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА В ЛЕЧЕНИИ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ	47
<i>Чистохин С.Ю., Белоцкая Л.В.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ГЕМОРОЕ	47
<i>Шамеева Т.Е., Никишина Т.Г., Чукардин А.В., Якимов С.А.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРОЕМ	48
<i>Шамин А.В., Каторкин С.Е., Исаев В.Р., Журавлев А.В., Чернов А.А., Разин А.Н.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА	49
<i>Шамсиев Ж.А., Муталибов И.А., Бойжигитов Н.И.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	49
<i>Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Аипов Р.Р.</i> УЛЬТРАЗВУКОВАЯ СОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ	49
<i>Шелудько Д.В., Терюшкова Ж.И., Аминов А.С., Додай В.А.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ VAC-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НАГНОИВШИХСЯ МНОГОКАМЕРНЫХ ПРЕСАКРАЛЬНЫХ КИСТ, ДРЕНИРУЮЩИХСЯ В ПРОСВЕТ КИШКИ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫМИ СВИЩАМИ	50
<i>Шельгин Ю.А., Титов А.Ю., Аносов И.С., Костарев И.В., Козлов В.А.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ IFT МЕТОДИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ	50
<i>Эктов В.Н., Сомов К.А., Куркин А.В., Музалыков В.А.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОЛОГИИ ЛАТЕКСНОГО ЛИГИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРОЯ	51

ГЛАВА 2. КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

<i>Ачкасов С.И., Сушков О.И., Суворегин Е.С., Лукашевич И.В.</i> ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	52
<i>Ачкасов С.И., Цуканов А.С., Варданян А.В., Шубин В.П., Семенов Д.А.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЛИНЧА	52
<i>Борота А.В., Кухто А.П., Борота А.А., Базиан-Кухто Н.К.</i> СИМУЛЬТАННЫЕ И КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ	52
<i>Борота А.В., Седаков И.Е., Полушин Г.Е., Танасов И.А., Косарь Н.В., Гюльмамедов В.А.</i> ОЦЕНКА ДИНАМИКИ РОСТА АССОЦИИРОВАННЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ	53
<i>Васильев С.В., Седнев А.В., Ломтева Е.Ю., Попов Д.Е., Жураковский Н.Г., Клименко А.Н., Семенов А.В.</i> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА СРЕДНЕ- И НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛОВ ПРЯМОЙ КИШКИ	53
<i>Васильев С.В., Семенов А.В., Попов Д.Е., Смирнова Е.В., Савичева Е.С.</i> РАННИЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ: МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЛИ «БОЛЬШАЯ» ХИРУРГИЯ?	54
<i>Велиев Т. И., Пантюков Е.Д.</i> ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ТРАНСАНАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ	54
<i>Велиев Т. И., Шаляпин Д.И., Пантюков Е.Д.</i> ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ РАКОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ	54
<i>Велиев Т. И., Шаляпин Д.И., Шалабода А.А., Пантюков Е.Д.</i> ПРОФИЛАКТИКА ПЕРФОРАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ	55
<i>Водолеев А.С., Малюга В.Ю., Дуванский В.А.</i> КОЛОРЕКТАЛЬНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОКРЫТЫХ И НЕПОКРЫТЫХ СТЕНТОВ	55
<i>Гареев Р.Н., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Тимербулатов Ш.В.</i> СПОСОБ ДЕКОМПРЕССИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	55
<i>Гатауллин И.Г., Городнов С.В., Жинов А.В.</i> ОЗОНОТЕРАПИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ	56
<i>Гидирим Г.П., Мишин И.В., Рожновяну Г.А., Гуцу Е.В., Мишина А.Е., Данч А.В., Возиян М.Г.</i> ПРОСТЫЕ МУКОЦЕЛЕ И МУЦИНОЗНЫЕ ЦИСТАДЕНОМЫ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА	56
<i>Данилов М.А., Атрощенко А.О., Поздняков С.В., Абдулатипова З.М., Хатьков И.Е.</i> ПРАВСТОРОННЯЯ ГЕМИКОЛЕКТОМИЯ С D-3 ЛИМФАДЕНЭКТОМИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: ЕСТЬ ЛИ СМЫСЛ?	57

Захарченко А.А., Попов А.В., Кириченко А.К. РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ: КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ – НЕОАДЪЮВАНТНАЯ RASHEL. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.....	57
Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Полозов С.В. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА.....	58
Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А., Исаев В.Р. ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	58
Куликовский В.Ф., Ефремов А.Б. ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	59
Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Солошенко А.В., Сторожилов Д.А., Наумов А.В. ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ	59
Мартынов Д.В., Альникин А.Б., Грошили В.С. НИЗКООПИОИДНАЯ АНЕСТЕЗИЯ КАК КОМПОНЕНТ ПРОГРАММЫ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ХИРУРГИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	60
Мустафин Р.Д., Есин В.И., Молчанова Ю.Р., Рудык Р.Е. ВЫБОР СПОСОБА РАССЕЧЕНИЯ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	60
Мустафин Р.Д., Есин В.И., Шабаетова М.М. ПОВТОРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ.....	61
Образцов И.В., Сухина М.А., Михалева В.И., Ачкасов С.И., Сушков О.И. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ФАГОЦИТОВ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ Т3 – Т4: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.....	61
Оточкин В.В., Хватов А.А., Яковлев Н.Г., Розенгауз Е.В. МРТ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВА РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ И РУБЦОВОГО ПРОЦЕССА.....	61
Петров Д.И., Гуляев А.А., Ярцев П.А., Цулеискири Б.Т., Кирсанов И.И., Левитский В.Д. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК.....	62
Пилюгин Г.Г., Матийцев А.Б., Гринцов Г.А., Вороной А.Л. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММИРОВАННОЙ ЛАПАРОСТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАЦИЕЙ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	62
Поздняков С.В., Атрощенко А.О., Данилов М.А., Хатьков И.Е. РЕЗУЛЬТАТЫ РОБОТИЧЕСКИХ, ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ НЕВРОСБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ.....	62
Помазкин В.И. ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНЫХ РЕЦИДИВОВ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	63
Помазкин В.И. ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ: ВЗГЛЯД КОЛОПРОКТОЛОГА.....	63
Помазкин В.И. МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	63
Пумпур А.С. РОЛЬ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ, БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ И ГЕМОСТЭЗИОГРАММЫ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ	64
Смирнова Е.В., Дудка В.В., Семёнов А.В., Седнев А.В., Попов Д.Е., Васильев С.В. ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В РАМКАХ ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ	64
Солодкий В.А., Станоевич У., Боженко В.К., Захаренко М.В., Троценко И.Д. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ.....	65
Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Гареев Р.Н. РАСШИРЕННЫЕ И КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ	65
Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Тимербулатов Ш.В., Гареев Р.Н. ОБТУРАЦИОННАЯ ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ: КРИТЕРИИ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИЯМ.....	66
Тотиков З.В., Тотиков В.З. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	66
Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Ахмеров Р.Р., Арсланов И.Ф. РАСШИРЕННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ	67
Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В., Грошили В.С., Перескоков С.В., Помазков А.А. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	67
Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В., Грошили В.С., Помазков А.А., Перескоков С.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ.....	67

<i>Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И., Назаров И.В.</i> ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНЫХ РЕЦИДИВОВ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	68
<i>Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И.</i> ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КАРЦИНОМАТОЗА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ	68
<i>Шубин В.П., Цуканов А.С., Пономаренко А.А., Рыбаков Е.Г., Шелыгин Ю.А.</i> МОЛЕКУЛЯРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛЮ И ЕЁ МЕТАСТАЗОМ В ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ	69
<i>Эктов В.Н., Минаков О.Е., Куркин А.В., Музальков В.А.</i> ПЕРВИЧНЫЕ МЕЖКИШЕЧНЫЕ АНАСТОМОЗЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ	69
<i>Эктов В.Н., Шамаева Т.Е., Минаков О.Е.</i> ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ИРРИГАЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	70

ГЛАВА 3. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

<i>Айтжанов А.Б.</i> ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ.....	71
<i>Аксельров М.А., Мальчевский В.А., Емельянова В.А., Сергиенко Т.В., Связан В.В., Евдокимов В.Н., Верхованцев О.В.</i> ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КОЛОСТОМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ С ВЫСОКОЙ АТРЕЗИЕЙ АНУСА И ПРЯМОЙ КИШКИ.....	71
<i>Аксельров М.А., Сергиенко Т.В., Горохов П.А., Столяр А.В., Дадашева С.М., Мальчевский В.А., Хрупа Д.А.</i> ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ	72
<i>Аксельров М.А., Сергиенко Т.В., Мальчевский В.А., Сахаров С.П., Хрупа Д.А.</i> БОЛЕЗнь ГИРШПРУНГА. АНАЛИЗ АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА	72
<i>Антонюк С.М., Ахрамеев В.Б., Андриенко И.Б., Луценко Ю.Г., Гринцов Г.А.</i> К ПРОБЛЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫХ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ.....	72
<i>Антонюк С.М., Ахрамеев В.Б., Андриенко И.Б., Луценко Ю.Г., Гринцов Г.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШОК.....	73
<i>Ачкасов С.И., Сушков О.И., Куликов А.Э.</i> ОСЛОЖНЕНИЯ ТАЗОВЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВУАРОВ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....	73
<i>Бабаева Г.Г., Самедова Т.А., Бабаев З.М.</i> ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА.....	73
<i>Белов Д.М., Зароднюк И.В., Майновская О.А.</i> КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	74
<i>Борота А.В., Борота А.А., Василенко И.В., Пацкань И.И., Ютовец Т.С., Дубовик Д.С.</i> ОБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	74
<i>Борота А.В., Кухто А.П., Борота А.А., Базиян-Кухто Н.К.</i> ПОДВЗДОШНО-РЕЗЕРВУАРНО-АНАЛЬНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ	75
<i>Ванцинова Е.В., Абелевич А.И.</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ	75
<i>Велиев Т.И., Шаляпин Д.И., Шалабода А.А., Пантюков Е.Д.</i> РЕДКИЙ СЛУЧАЙ НАЛИЧИЯ ОГРОМНЫХ КАЛОВЫХ КАМНЕЙ В СИГМОВИДНОЙ КИШКЕ	75
<i>Гаербеков А.Ш., Хамченков А.Г., Демин К.А., Лебедев М.А.</i> ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ И ПОВРЕЖДЕНИЕМ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА	76
<i>Гринцов А.Г., Ладария Е.Г., Гринцова А.А., Матийцев А.Б., Шестопалова А.Д.</i> КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛИТОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	76
<i>Домнин М.А., Ванцинова Е.В., Базаев А.В.</i> ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	76
<i>Дуброва С.Э., Сташук Г.А.</i> КТ И МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ И ФИБРОСТЕНОТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРЫ ПРИ СТЕНОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ КРОНА	77
<i>Ионов А.Л., Сулавко Я.П., Гогина А.А., Кушнир Б.Л., Лука В.А., Пичугина М.В.</i> РОЛЬ ПОЭТАЖНОЙ БИОПСИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ.....	78

СОДЕРЖАНИЕ

Каграманова А.В., Лищинская А.А., Фадеева Н.А., Князев О.В. ЧАСТОТА ВНЕКИШЕЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА. ОПЫТ МОСКОВСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА.....	78
Карпухин О.Ю., Шакуров А.Ф., Зиганшин М.И., Сакулин К.А. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕФРАКТЕРНОМ КОНСТИПАЦИОННОМ СИНДРОМЕ.....	79
Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВУАРОВ В ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....	79
Князев О.В., Каграманова А.В., Фадеева Н.А., Добролюбова Е.А., Донченко И.А., Бабаян А.Ф., Лищинская А.А., Конопляников А.Г., Парфенов А.И. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЧАСТОТА РЕЦИДИВОВ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ПОЛУЧАЮЩИХ КЛЕТЧОНУЮ ТЕРАПИЮ – 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ.....	79
Князев О.В., Садек Фидель, Бабаян А.Ф., Фадеева Н.А., Донченко И.А., Каграманова А.В., Лищинская А.А. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ КРОНА.....	80
Князев О.В., Фадеева Н.А., Беляков Н.И., Добролюбова Е.А., Конопляников А.Г., Парфенов А.И. КЛЕТЧОНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРИАНАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА.....	80
Леушина Е.А., Бетехтина С.Н. АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	81
Лобанов Д.С., Ильканич А.Я., Кастрюбин А.Л., Варданян Т.С. ВИДЕОКОЛОНОСКОПИЯ И ОСТРЫЙ ДИВЕРТИКУЛИТ – ОПАСНОСТЬ ИЛИ БЛАГО?.....	81
Привалова Н.И. ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА.....	82
Скридловский С.Н., Веселов В.В. КОЛОНОСКОПИЯ В СКРИНИНГЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПАРАКИШЕЧНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ.....	82
Сухина М.А., Михалевская В.И., Ачкасов С.И., Сафин А.Л. АНТАГОНИЗМ ЛАКТОБАКТЕРИЙ ПРОТИВ ТОКСИГЕННОЙ CLOSTRIDIUM DIFFICILE.....	82
Сухина М.А., Михалевская В.И., Образцов И.В., Ачкасов С.И., Сафин А.Л., Сушков О.И. ПАТОГЕННОСТЬ БАКТЕРИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С КЛОСТРИДИАЛЬНЫМ КОЛИТОМ.....	83
Терюшкова Ж.И., Васильев В.С., Важенин А.В., Рябинин В.Е., Васильев С.А., Попков П.Н., Стасюк А.А. ИССЛЕДОВАНИЕ СТРОМАЛЬНО-ВАСКУЛЯРНОЙ ФРАКЦИИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	83
Тотиков В.З., Медоев В.В., Тотиков З.В., Калицова М.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАВОРОТОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ.....	84
Фоменко О.Ю., Шельгин Ю.А., Титов А.Ю., Козлов В.А., Белоусова С.В. СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЭВАКУАЦИИ И ДЕРЖАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОЙ ДЕФЕКАЦИИ.....	84
Шельгин Ю.А., Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Сухих Г.Т. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛЕТЧОННОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	84
Щербак О.В., Поддубный И.В., Ионов А.Л., Козлов М.Ю. БОЛЕЗнь КРОНА У ПОДРОСТКОВ: ПРОБЛЕМЫ ПЕРЕХОДА ВО ВЗРОСЛУЮ СЕТЬ.....	85
Юданов А.В., Ганичева И.А., Говорков Р.В., Токмаков И.А. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ПРИ МЕСТНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ДИВЕРТИКУЛЕЗА И РАКА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	85
Юданов А.В., Ганичева И.А., Говорков Р.В., Токмаков И.А. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И ИШЕМИЧЕСКОГО КОЛИТА.....	86
Ярмушов И.Н., Вазанов А.А., Гладков В.И., Родин П.В., Нардин С.В., Игнатьев Р.О. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АНГИОДИСПЛАЗИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, В УСЛОВИЯХ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	86
Ярцев П.А., Резницкий П.А. РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНОГО ДИВЕРТИКУЛИТА.....	86

ГЛАВА 4. СТОМЫ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Антонюк С.М., Ахрамеев В.Б., Андриенко И.Б., Луценко Ю.Г. ПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ КОЛОСТОМЫ.....	88
Ачкасов С.И., Сушков О.И., Ланцов И.С. ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО СПОСОБА ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ.....	88
Гринцов А.Г., Ахрамеев В.Б., Гринцов Г.А., Шестопалова А.Д. ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ.....	88

<i>Ильканич А.А., Воронин Ю.С.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНЫХ СТОМ	89
<i>Матвеев И.А., Хасия Д.Т., Гиберт Б.К., Гиберт Ю.Б.</i> МИГРАЦИЯ ВЫКЛЮЧЕННОЙ ИЗ ПАССАЖА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭКСТРЕННУЮ ОБСТРУКТИВНУЮ РЕЗЕКЦИЮ	89
<i>Фролов С.А., Родоман Г.В., Москалев А.И., Калашникова И.А., Голубева М.Ю.</i> ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ МАРКИРОВКА И ОТДАЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КИШЕЧНЫХ СТОМ	89
<i>Чакалова В.В., Донец Т.Б.</i> НАШ ОПЫТ ОКАЗАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСЛОЖНЕННЫМИ КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ.....	90

ГЛАВА 5. РАЗНОЕ

<i>Гареев Р.Н., Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В.</i> ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕБРЮШИННЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ РАНЕНИЯХ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ.....	91
<i>Гареев Р.Н., Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВНЕБРЮШИННЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	91
<i>Гринцов А.Г., Гюльмамедов Ф.И., Белозерцев О.А., Белозерцева Л.А., Шестопалова А.Д.</i> ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА И РУБЦОВОСУЖЕННОГО ПИЩЕВОДА В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ	92
<i>Десятов Е.Н., Алиев Ф.Ш., Кузнецов В.Ю., Щепкин К.В., Кирьянова А.С.</i> ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО СКРИНИНГА МЕТОДОМ ВИДЕОКОЛОНОСКОПИИ	93
<i>Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Рубанченко А.С., Сторожилев Д.А., Наумов А.В.</i> СПОСОБ ПРОВЕРКИ ФИЗИЧЕСКОЙ ГЕРМЕТИЧНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ	93
<i>Лейсле А.К., Завадовская В.Д., Ушаков А.В., Мошнегуц С.В.</i> БАРИЕВАЯ ФЕКАЛЬНАЯ МАРКИРОВКА ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ К ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ.....	93
<i>Ломоносов Д.А., Ломоносов А.Л.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗОНЫ ВЫСОКОГО ДАВЛЕНИЯ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ В ПОВСЕДНЕВНОЙ РАБОТЕ КОЛОПРОКТОЛОГА	94
<i>Нурбеков А.А., Калиева Д.К., Нуркеев С.А., Бажикаева Е.</i> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОВ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА	94
<i>Хитарьян А.Г., Чумбуридзе И.П., Штильман М.Ю., Мизиев И.А., Орехов А.А., Ковалев С.А.</i> ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСВОЕНИЯ МАНУАЛЬНЫХ НАВЫКОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	95
<i>Цуканов А.С., Шубин В.П., Кузьминов А.М., Кашников В.Н., Шелыгин Ю.А.</i> ГЕНЕТИКО-ФЕНОТИПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА	95
<i>Шапошников В.И.</i> РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА.....	95

Уважаемые читатели!

Архив журнала «Колопроктология» за 2002-2017 гг.
находится в открытом (бесплатном) доступе на сайтах:

- ♦ **Общероссийской общественной организации**
«Ассоциация колопроктологов России» – <http://akr-online.ru/>
- ♦ **ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава**
России – <http://www.gnck.ru/>
- ♦ **Научной электронной библиотеки** – <http://www.elibrary.ru/>

ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ПРОКТОЛОГИЯ

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Абелевич А.И., Ларин А.А., Кокобелян А.Р., Ванцинова Е.В., Янышев А.А., Лебедева М.А.

Хирургическая клиника Нижегородской областной больницы им. Н.А.Семашко, Нижний Новгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморроидэктомия аппаратом Лига-шур позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений, по сравнению с традиционными вмешательствами. Однако частота ранних неудовлетворительных результатов остается значительной.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить результаты сочетания геморроидэктомии аппаратом Лига-шур и послеоперационного приема флеботропных препаратов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. За последние 5 лет выполнено 588 геморроидэктомий аппаратом Лига-шур пациентам с осложненным хроническим геморроем 3-4 стадии. Соотношение мужчин и женщин было приблизительно равным, средний возраст составил 57 лет. В большинстве случаев выполнялась геморроидэктомия 3 основных узлов с предварительным прошиванием и лигированием ножки узла рассасывающейся атравматичной нитью. Для послеоперационного обезболивания вводились ненаркотические анальгетики. В раннем послеоперационном периоде 164 больных принимали с 1 дня после операции препарат детралекс 500 мг по семидневной схеме, применяемой для лечения острого геморроя. В послеоперационном периоде регистрировались наличие болевого синдрома и его интенсивность по 10-балльной аналоговой шкале, наличие кровотечения и дизурических явлений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Интенсивный болевой синдром был зарегистрирован у 69 (11,7%) больных. У большинства из них наблюдалось раннее расхождение краев ран. Дизурические явления имелись у 12 (2,0%) человек. В группе пациентов, принимающих детралекс, интенсивные боли возникли у 13 (7,9%), а дизурические явления не были зарегистрированы ни в одном случае.

ВЫВОДЫ. Частота и интенсивность послеоперационных болей после геморроидэктомии аппаратом Лига-шур коррелирует с временем расхождения электротермического шва. Периодационный прием микролизированной флавоноидной фракции не исключает наличие болевого синдрома, но уменьшает вероятность появления болей, их интенсивность, а также сопутствующие им дизурические явления.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПРЕССИОННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО И ЛИГАТУРНОГО ШВА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Алиев Ф.Ш., Лейманченко П.И., Алиев В.Ф.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Реконструктивно-восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки считаются непредсказуемыми в плане развития послеоперационных осложнений. При компрессионном шве создаются лучшие условия для регенерации тканей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить сравнительные результаты реконструктивно-восстановительных опе-

раций после обструктивных резекций типа Гартмана в зависимости от способа шва.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Сформировано 2 группы исследования: в основную группу вошли 22 пациента, которым были сформированы компрессионные колоректальные анастомозы при помощи имплантатов с памятью формы; в контрольную включены 30 пациентов, которым формирование колоректального соустья осуществлялось лигатурным способом по Матешуку-Ламберу. По возрасту, полу, причинам выведения стом, частоте сопутствующих заболеваний сравниваемые группы были сопоставимы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Способ компрессионного формирования колоректального анастомоза позволяет сократить время наложения анастомоза от 32 минут до 15 минут, более чем в 2 раза уменьшает септический этап операции. После операции в основной группе больных в 1 (4,5%) случае развился инфильтрат в зоне анастомоза. Отдаленных осложнений в сроки до 3 лет в основной группе мы не наблюдали, в контрольной имело место 2 случая развития стриктуры соустья.

ВЫВОД. Опыт применения компрессионного анастомоза при реконструктивно-восстановительных операциях после операции типа Гартман I позволяет говорить о перспективе компрессионного колоректального шва в клинической практике.

ОБОСНОВАНИЕ РАДИКАЛЬНОСТИ КОМПРЕССИОННОЙ ГЕМОРРОИДЕКТОМИИ ЗАЖИМАМИ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ

Алиев Ф.Ш., Савельев Н.Н., Алиев В.Ф., Страрцева П.Н.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить эффективность лечения больных с хронической геморроидальной болезнью 3-4 стадии способом компрессионной геморроидэктомии никелид титановыми зажимами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведены экспериментальные исследования на 18 трупах взрослых людей по изучению сосудистой архитектуры дистального отдела прямой кишки по Капуллеру Л.Л. (1974) до и после наложения компрессионных устройств на внутренние геморроидальные узлы. Критерием радикальности операции считалось пережатие геморроидальной артерии, максимальный захват кавернозной ткани в зажим. Изучены послеоперационные результаты у 72 больных с геморроидальной болезнью 3-4 стадии, оперированные с 2015 по 2016 гг. способом компрессионной геморроидэктомии никелид титановыми зажимами. Ткани после компрессии над зажимом отсекаются. В 28 случаях (38,8%) проводилась компрессия основания геморроидальных узлов на 3, 7 и 11 часах условного диферблата; в 44 (61,2%) – в 2 этапа через 1,5 месяца. В послеоперационном периоде назначается детралекс (1 таб.) 1000 мг × 1 раз в сутки, дюфалак 15 мл × 2 раза в сутки, сидячие ванночки с раствором марганца после стула. В ближайшем послеоперационном периоде изучался болевой синдром по ВАШ, в сроки через 3, 12 и 24 месяца после операции изучалось наличие у больных выпадения узлов и кровотечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На ангиопротограммах после имплантации никелид титановых зажимов на основание геморроидальных узлов отчетливо выявляется

пережатие питающей геморроидальный узел артерии и максимальный захват в зажим кавернозных элементов. Среднее время операции $7,6 \pm 1,8$ минут. Болевой синдром у 65 (90,27%) больных практически отсутствовал. Отмечалось, преимущественно, чувство инородного тела. Выраженный болевой синдром отмечали 2 пациента (75 и 80 баллов по ВАШ), у которых развился острый тромбоз наружных узлов. Во все сроки наблюдения выпадения геморроидальных узлов не наблюдалось, кровотечение имело место у 5 (6,94%) пациентов через 12 месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Компрессионная геморроидэктомия никелид титановыми зажимами соответствует критериям радикальности, не сопровождается выраженным болевым синдромом, является высокоэффективным малоинвазивным способом лечения больных с хроническим геморроем 3-4 стадии.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРРОЯ II-III СТАДИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Андреев А.А., Болотских В.А., Рягузова А.И.
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко, Воронеж, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка эффективности методов малотравматичного лечения хронического внутреннего геморроя у больных пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях.

Выполнен анализ амбулаторного лечения 60 пациентов с хроническим внутренним геморроем II-III стадий: 30 пациентов с лигированием внутренних геморроидальных узлов (1-я группа) и 30 пациентов после проведения операции HAL-RAR (2-я группа). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, характеру основной и сопутствующей патологий. Возрастной состав пациентов – 60-78 лет. В 1-й и 2-й группах мужчин было 23 и 22, женщин – 7 и 8, соответственно.

Лигирование геморроидальных узлов (1-я группа) проводилось в три этапа (каждые 14-21 день) вакуумным лигатором «Karl Storz» (0,6-0,7 атм.). Трансанальная дезартеризация (HAL-RAR) с лифтингом и мукопексией (2-я группа) выполнялась на аппарате HAL DOPPLER II фирмы А.М.1. (Австрия) под спинно-мозговой анестезией, в 9 случаях с внутривенной седацией. Время проведения операции – 15-25 минут, длительность пребывания в стационаре – 6-9 часов.

В 1-й группе в течение первых суток 11 больных жаловались на тенезмы, купирующиеся анальгетиками; у 6 пациентов была отмечена артериальная гипертензия, потребовавшая приема гипотензивных препаратов, у 1 пациента – дизурические явления. У 2 пациентов на 7-9 день после процедуры наблюдалось выделение крови при дефекации, не потребовавшее обращения к врачу. Во 2-й группе у 2 больных развился коллапс без потери сознания; катетеризация мочевого пузыря в клинике потребовалась 6 мужчинам и 1 женщине, после выписки – 1 пациенту. В течение 3-х лет во 2-й группе повторное лигирование единичных узлов выполнено у 3 больных, склеротерапия – у 4, одна из которых осложнилась тромбозом наружного геморроидального узла, купированным медикаментозно.

Таким образом, обе методики продемонстрировали высокую эффективность применения в амбулаторных условиях у больных пожилого и старческого возраста. К преимуществам операции HAL-RAR можно отнести однократное проведение процедуры, отсутствие рецидивов в течение 3-х лет, к недостаткам – применение

дорогостоящих расходных материалов и возможность развития побочных явлений спинальной анестезии.

РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ И ГИДРОИМПУЛЬСНЫЕ САНАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Андреев А.А., Демьянов А.Н.
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н.Бурденко, кафедра общей хирургии, Воронеж, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов комплексного лечения больных с острым парапроктитом (ОП), путем применения радикальных операций и гидроимпульсных санаций гнойной полости (ГИС ГП). Проведен анализ лечения 158 больных с ОП в 3-х группах: контрольной и 2-х опытных. В контрольной группе (40 больных) выполняли вскрытие, дренирование гнойной полости, ликвидацию отверстия свища в прямой кишке (радикальная операция) и стандартное местное лечение. В 1-й и 2-й основных группах – ежедневные ГИС ГП после нерадикальных (вскрытие, дренирование гнойной полости) /47 больных/ и после радикальных операций /71 больной/, соответственно. Для реализации ГИС ГП использовали устройство «УТОР-01», разработанное на кафедре общей хирургии ВГМУ имени Н.Н.Бурденко совместно с КБ «Химвавтоматика» (г. Воронеж). Больные получали антибактериальную, по показаниям: дезинтоксикационную, симптоматическую терапию и обезболивание. Эффективность лечения больных оценивали на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Количество гнойного отделяемого в основных группах к 4-м суткам после операции сократилось в 2 раза, в контрольной группе – наблюдалось в течение 11-12 суток. В основных группах количество микробных тел на грамм тканей к 9-м суткам составило 102-103; в контрольной – 104-105. В основных группах выраженные грануляции появлялись, в среднем, на 7-8-е; в контрольной группе – на 10-11-е сутки, соответственно. Нормализация количества лейкоцитов, СОЭ и температуры в 1-й основной группе отмечалась на 6-7-м, во 2-й основной – к 11-м, в контрольной – на 11-13-е сутки. В контрольной группе гнойная полость на 7-е сутки уменьшалась, в среднем, до 1/5; в основных группах – до 1/6 объема, соответственно. В сроки до года у 5 больных с нерадикальным лечением возникли свищи прямой кишки; при радикальном – у 4-х пациентов через полгода имелась недостаточность анального сфинктера I степени, у 1-го – через 12 месяцев (II степень).

Оптимальным способом комплексного лечения ОП является выполнение радикальной операции в сочетании с ГИС ГП /2-я основная группа/, что позволило сократить сроки воспаления, в среднем, на 50%, образования грануляций и эпителизации – на 30-40%, микробной обсемененности, что в совокупности позволило снизить длительность госпитализации больных.

ЛАЗЕРНАЯ СУБМУКОЗНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ГЕМОРРОЯ (ЛАЗЕРНАЯ ГЕМОРРОИДОПЛАСТИКА, ЛНР)

Андреев А.Л.

ООО «АВА-ПЕТЕР», клиника «Скандинавия», Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов лечения хронического геморроя.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Лазерная геморроидопластика (ЛНР) применена у 120 пациентов (2014-2016 гг.). Геморрой 3 стадии – 115 (сегментарный – 112, циркулярный – 3), 4 стадии – 5. Сопутствующие проктологические заболевания: Анальные бахромки – 9, хроническая анальная трещина – 6, параректальный свищ – 5, анальный полип – 5. Операции выполнялись с помощью светодиодного лазера Ceralas с длиной волны 1470 nm и одноразового инструментария (стекловолокна, проктоскопа и канюли). Общая характеристика стекловолокна: остроконечный (копьевидный), прочный наконечник из оксида кремния, для легкого введения в подслизистый слой, радиальное распределение лазерного излучения, однородное (гомогенное) излучение на строго ограниченной (дозированной) области ткани, без «горячих точек» и карбонизации. В основном, операцию выполняли под общей внутривенной анестезией, и только у двух – под местной. Продолжительность операции составляла от 15 до 30 мин. (в среднем, 20±3,21 мин). Интраоперационных осложнений не было. Среднее время нахождения в клинике составило 18 часов. Болевой послеоперационный синдром был умеренный, не требующий назначения наркотических анальгетиков. Пациенты возвращались к трудовой деятельности через 3-6 дней. При обследовании через 6 мес. после операции у 4 пациентов выявлен внутренний геморрой 1-2 степени, который устранен лигированием геморроидальных узлов латексными кольцами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Лазерная методика лечения геморроя (ЛНР) имеет ряд неоспоримых преимуществ: малоинвазивность, проведение операции в подслизистом слое без наложения швов, минимизирует болезненные ощущения в послеоперационном периоде, отсутствие кровотечений во время и после операции, заживление без воспалительных явлений в области воздействия лазера, применение одноразового стекловолокна и лазерной энергии гарантированно исключает развитие воспалительных осложнений после операции, короткое время оперативного вмешательства, сокращение сроков выздоровления, нет послеоперационных рубцов, минимальное число рецидивов, сочетание лазерной деструкции геморроя с мукопексией (элементами RAR) дает возможность применять малоинвазивные методики при 3-4 стадии заболевания и с выпадением слизистой анального канала, лазером одномоментно можно устранить геморрой, а также анальные трещины, полипы, свищи, бахромки и кондиломы.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Андрюченко И.Б., Антонович С.М.,
Ахрамеев В.Б., Гринцов Г.А.

Донецкий Национальный медицинский университет им.
М.Горького, Донецк

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проблема хирургического лечения параректальных свищей продолжает оставаться актуальной из-за высокой степени риска развития рецидивов и, как следствие, не всегда полноценной медицин-

ской и социальной адаптации пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить эффективность применения лазерной техники при хирургическом лечении больных со свищами прямой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. У 26 больных со свищами прямой кишки был использован метод хирургического лечения с применением лазерной техники, специальных инструментов. Во время операции (при иссечении некротических тканей и культи свищевого хода, обработке гнойных полостей) использовали углекислотный лазерный аппарат «Ланцет-2» (длина волны 10,6 мкм). В послеоперационном периоде остаточные полости ран и грануляционные ткани облучались гелий-неоновым излучением лазерного аппарата «Ярозит» (длина волны 632,8 нм). При наличии сложных ходов иссеченных свищей применялось излучение полупроводниковых лазеров (длина волны 0,89 мкм).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Метод хирургического лечения с применением лазерной техники позволяет купировать воспалительный процесс в параректальной клетчатке, способствует улучшению функциональных результатов, уменьшению частоты рецидивов, сокращению сроков заживления раны и снижению риска возникновения недостаточности анального сфинктера, минимизации сроков пребывания пациента в стационаре и связанных с ними финансовых расходов на лечение.

ВЫВОДЫ. При лечении свищей прямой кишки с наличием выраженных воспалительных осложнений и гнойных полостей по ходу свища эффективно применение метода комбинированного лечения с использованием лазеров различного диапазона.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ

Антонович С.М., Ахрамеев В.Б., Андрюченко И.Б.,
Луценко Ю.Г., Гринцов Г.А.

Донецкий национальный медицинский университет,
Донецк, ДНР

Геморрой – одно из наиболее распространенных заболеваний, которое представляет собой гиперплазию кавернозной ткани анального канала, возникающее вследствие нарушения кровотока в кавернозных телцах. Геморроем страдает, в среднем, 20-25 человек из 100, а его удельный вес среди болезней прямой кишки составляет около 40%. Традиционные оперативные вмешательства при геморрое составляют 97%. Малоинвазивные методики лечения – лишь 3%. Большинство пациентов составляют люди трудоспособного возраста. Срок нетрудоспособности после оперативного лечения, в среднем, составляет 25 дней. Недостатками традиционных оперативных вмешательств следует считать выраженный послеоперационный болевой синдром, длительное стационарное лечение и медико-социальную и трудовую реабилитацию, а также образование стриктур. Частота рецидивов при этих методиках составляет от 15% до 45%. При лечении этой категории больных мы используем трансанальную геморроидальную деартериализацию – ТНД. Эта методика не требует хирургической резекции геморроидальной ткани. Инструмент ТНД перевязывает только кровеносные сосуды, которые кровоснабжают геморроидальные комплексы. С 2012 по 2017 гг. мы прооперировали 156 больных. Отмечено отсутствие недостатков традиционных методов лечения, сокращение послеоперационного периода до 3-5 дней. Рецидивов заболевания не было.

ПРИМЕНЕНИЕ АУТОПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНЫМИ ФАКТОРАМИ РОСТА, В ЛЕЧЕНИИ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ АБСЦЕССОМ

Ачкасов Е.Е., Соломка А.Д., Ульянов А.А., Мусин А.И.

Кафедра госпитальной хирургии № 1 лечебного факультета ПМГМУ им. И.М.Сеченова МЗ РФ, Кафедра госпитальной хирургии № 1 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Существуют 2 основных метода лечения абсцедированной пилонидальной кисты (ПК), которые делятся на одноэтапные и двухэтапные. Наряду с хорошими отдаленными результатами и минимальным количеством рецидивов, одноэтапные операции обладают существенным недостатком – длительное (68-72 дней) заживление раны. В связи с этим необходимо ускорение процессов регенерации. Местное лечение ран с применением биологической повязки на основе коллагена типа I с обогащенной тромбоцитарными факторами роста аутоплазмы (ОТФРА) приводит к сокращению сроков эпителизации до 5-7 суток и предупреждает развитие местных гнойно-некротических осложнений, что в 2-3 раза ускоряет процесс регенерации эпителия ожоговых ран IIIA степени.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность применения тромбоцитарных факторов роста при одноэтапном хирургическом лечении ПК с абсцессом с открытым ведением раны.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты лечения 248 больных с абсцессом ПК, с 2011 по 2016 гг. проходивших лечение и обследование в специализированных колопроктологических отделениях. Средний возраст – 24,3±9,2 лет. Мужчин – 73,3%, женщин – 26,7%. Пациенты были разделены на 2 группы: I группа (136 пациентов) – хирургическое лечение, II группа (112 пациентов) – хирургическое лечение с применением ОТФРА. Различий по возрастно-половому составу и размерам абсцесса в группах не было. В обеих группах выполняли идентичное одноэтапное хирургическое лечение с открытым ведением раны в послеоперационном периоде (патент РФ на изобретение № 2489562 «Одноэтапный метод хирургического лечения эпителиального копчикового хода» от 27.11.2013). В II группе помимо операции на 4-е и 8-е сутки после операции, производили инъекции ОТФРА в стенки и дно раны, и накладывали на дно раны пленку, содержащую тромбоцитарные факторы роста. После наложения на рану пленки с ОТФРА пациентов в течение 4-х дней не перевязывали, меняли верхнюю марлевую салфетку.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 1 (0,4%) пациента I группы и у 2 (0,8%) II группы в 1-е сутки отмечено кровотечение из послеоперационной раны, остановленное у больных прошиванием сосудов. У 5 пациентов (4 (1,6%) I группы и 1 (0,4%) II группы) на 3-4 сутки после операции выявлены и вскрыты под местной анестезией ранее нераспознанные гнойные затёки. Общая частота послеоперационных осложнений – 8 (3,2%). Сроки стационарного лечения в обеих группах были идентичны. У подавляющего числа больных (83,3%) сроки госпитализации составили 4 дня. Остальные 17,7% пациентов провели в стационаре от 5 до 6 дней. Рана в области копчика не влияла на работоспособность, однако доставляла дискомфорт и ограничивала возможность ведения привычного образа жизни. Ускорение репаративных процессов в ране при использовании ОТФРА способствовало сокращению сроков полного заживления раны до 25,7±3 дней.

в сравнении с I группой – 40,1±5 дней.

Неудовлетворительные результаты через 6-12 месяцев отмечены у 1 (0,5%) пациента I группы и у 2 (1,0%) – из II группы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение ОТФРА при одноэтапном хирургическом лечении ПК с абсцессом с открытым ведением раны является эффективным способом лечения, сопровождающимся минимальной частотой послеоперационных осложнений и редкими рецидивами заболевания, позволяющим сократить сроки стационарного лечения, стимулирует репаративные процессы в ране, способствуя сокращению сроков заживления.

ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ ЦИРКУЛЯРНОГО ТРОМБОЗА НАРУЖНЫХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л., Абдулжалилов М.М. Многопрофильный медицинский центр «КДС Клиник», Москва, Россия

Согласно клиническим рекомендациям по диагностике и лечению пациентов с острым и хроническим геморроем, показанием к хирургическому лечению является острый тромбоз геморроидального(ых) узла(ов) в случае, если сроки с момента начала заболевания составляют 48-72 часа. Во время операции производится либо удаление тромботических масс из геморроидального узла (тромбэктомия), либо производится иссечение тромбированного геморроидального узла. Несложная операция, выполняемая в амбулаторных условиях, чаще всего представляется мало или не выполнимой при наличии у пациента циркулярного тромбоза наружных узлов, тем более отечной её формы, когда тромботические массы ещё не сформировались. Обращаются эти пациенты, как правило, с выраженным болевым синдромом и, чаще всего, им назначают консервативную терапию.

Предлагается следующий вариант лечения этих больных. Под каудальной анестезией иглой радиоволнового скальпеля Сургитрон (допустим и электронож) проводятся многочисленные перфорации по всей окружности отечных перианальных тканей. Отечные узлы к моменту завершения манипуляции значительно спадают, уменьшаются в размерах, что в последующем сразу уменьшает болевой синдром. Естественно, все пациенты получали традиционную консервативную терапию. Желательно проводить процедуру под каудальной, а не под местной анестезией, поскольку последняя вызывает дополнительный отек тканей.

Подобным образом с февраля 2017 года было пролечено 5 пациентов с циркулярным тромбозом наружных узлов. Двое из них обратились к нам на 5 и 8 сутки после родов. Все пациенты после проведенной манипуляции отмечали значительное уменьшение болевого синдрома, и последующее наблюдение за ними показало более быструю реабилитацию и регресс болезни. Предложенный вариант лечения может быть использован в ряде случаев у пациентов с острым циркулярным тромбозом.

КАУДАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ – НУЖНА ЛИ ОНА ПРОКТОЛОГУ

Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л., Абдулжалилов М.М. Многопрофильный медицинский центр «КДС Клиник», Москва, Россия

Актуальность использования каудальной (сакральной) анестезии (КА) в проктологии связана с возможностью интра- и послеоперационного обезболивания при опе-

рациях на промежности, а также уточнения и облегчения диагностики при первичном осмотре пациента. КА, являясь разновидностью эпидуральной анестезии, относительно безопасна и не сложна в техническом исполнении. Суть ее заключается в том, что анестетик через крестцово-копчиковую связку вводится в эпидурально-крестцовое пространство. Производится укол в месте соединения копчика и крестца с введением в каудальное пространство раствора лидокаина. Количество вводимого лидокаина зависит от целей. С целью уточнения диагностики, особенно при сильных болях, выраженном спазме, при анальной трещине, остром парапроктите, сложных свищах и других, вводится 1% раствор лидокаина в количестве 10-15 мл, что позволяет комфортно в условиях релаксированной и обезболенной промежности осмотреть пациента. С целью интраоперационного обезболивания при оперативных вмешательствах вводится 1% раствор лидокаина в количестве 20-30 мл. Этого объема достаточно для проведения проктологических операций длительностью до 1 часа. При более длительных вмешательствах вместо лидокаина при КА используется нарופן. В послеоперационном периоде КА полностью снимает боли на 1,5-2 часа при использовании лидокаина, при введении же наропина полное отсутствие послеоперационных болей отмечается в течение 5-7 часов.

С 2002 года по настоящее время нами было проведено свыше 15 тысяч каудальных анестезий. Из них свыше 6,5 тысяч – с целью обезболивания при операциях на промежности, включая ректоцистоцеле, около 4,5 тысяч – с целью первичной диагностики и с целью послеоперационного обезболивания – около 4 тысяч манипуляций. Осложнения (до 15%) имелись в первые годы освоения методики (гипотония, судорожный синдром, конвульсии при попадании иглы в сосуд, гематома в месте инъекции). За последние 13 лет подобных осложнений не отмечено. Отсутствие блока или неполный блок в первые годы освоения КА отмечался в 12% случаев, на сегодняшний день он составляет 2%. Владение техникой КА в значительной мере облегчает работу колопроктолога, позволяя точнее устанавливать диагноз, проводить оперативные вмешательства и обезболивать пациентов в послеоперационном периоде.

ВЛИЯНИЕ ФЛЕБОТОНИКОВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГЕМОРРОЕМ

Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л.

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

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить клиническую эффективность применения флеботоников в комплексном лечении больных острым геморроем.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Клинические наблюдения составили 293 пациента острым геморроем, находившихся на амбулаторном лечении в период с 2012 по 2017 гг. Все больные были разделены на две группы: I группа (контрольная) – 145 пациентов, которые получили стандартный курс медикаментозной терапии без назначения венотоников; II группа (основная) – 148 пациентов, получавших стандартный курс лечения геморроя с дополнительным использованием венотонизирующего препарата «Детралекс» (по 2 таб. 3 раза в сутки). При оценке результатов лечения у пациентов исследуемых групп с помощью стандартных визуально-аналоговых балльных шкал в сравнительном аспекте учитывали следующие клинические показатели: наличие и степень тромбоза, выраженность боле-

вого синдрома и отека. В образцах плазмы крови определяли уровни провоспалительных цитокинов IL-6 и FNO-α и концентрацию С-реактивного белка (СРБ).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Установлено, что у пациентов II группы, получавших препарат «Детралекс», частота тромбозов была существенно ниже, чем у больных I группы и составила, соответственно, 22,3% и 46,2%. При этом у больных II группы выраженность тромбоза (2,5±0,5 баллов) и отека (2,0±0,5 баллов) была достоверно меньше по сравнению с пациентами I группы (соответственно, 3,6±1,2 и 4,6±1,1 баллов). У пациентов II группы болевой синдром был купирован на 4,2±1,1 сутки, тогда как у больных I группы – лишь на 7,2±1,1 сутки. При этом выраженность болевого синдрома у пациентов II группы оценивалась ниже (1,4±0,3 баллов), чем у больных I группы (3,5±0,5 баллов). Кроме того, у пациентов II группы, получавших препарат «Детралекс», уровни IL-6, FNO-α и концентрация СРБ в плазме крови были достоверно ниже по сравнению с аналогичными значениями в I группе больных.

ВЫВОДЫ. Применение препарата «Детралекс» (микронизированной очищенной флавоноидной фракции) в комплексном лечении острого геморроя способствует более быстрому регрессу отека и воспаления, уменьшению выраженности тромбоза геморроидальных узлов, купированию болевого синдрома, что позволяет улучшить результаты лечения этой категории больных.

ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ СФИНКТЕРОСПАЗМОМ

Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л.

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

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов лечения анальной трещины, осложненной сфинктероспазмом. **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Проведен анализ результатов лечения 114 пациентов с анальной трещиной, осложненной сфинктероспазмом. Объективная оценка тонуса анального сфинктера осуществлялась путем сфинктерометрии. Все больные были разделены на две группы. У 50 больных (I группа) в лечении использовали стандартную консервативную терапию, а также выполняли иссечение анальной трещины аппаратом «сургитрон». При необходимости больным производили дозированную боковую сфинктеротомию. У 64 пациентов (II группа) в лечении дополнительно применяли PRP-терапию. У этих больных на первом этапе лечения осуществляли введение аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы (Platelet Rich Plasma) во внутренний и наружный сфинктеры. На втором этапе лечения пациентам выполняли иссечение анальной трещины.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У больных II группы отсутствие рецидива заболевания через 6 месяцев после лечения отмечено у 62 (96,9%) пациентов, тогда как в I группе больных рецидив анальной трещины наблюдался в 12 (24,0%) случаях. При этом у больных II группы, по сравнению с I группой, вдвое сокращались сроки заживления раны анального канала (соответственно, 29,4±2,8 и 60,1±5,3 дней) и наблюдалось более раннее восстановление трудоспособности пациентов после операции (соответственно, 2,1±0,4 и 9,4±1,8 сутки). У больных II группы в динамике лечения отмечалось снижение исходных значений среднего давления покоя (с 98,1±15,4 до 48,1±9,8 мм рт. ст.) и среднего давления при волевом сокращении (с 134,2±21,5 до 85,2±13,6 мм рт. ст.), что свидетельствовало о ликвидации сфинктероспазма. У пациентов I группы наблю-

далось сохранение гипертонуса анального сфинктера, что подтверждалось высокими значениями среднего давления покоя и среднего давления при волевом сокращении (соответственно, $90,2 \pm 14,7$ и $120,1 \pm 18,2$ мм рт. ст.), которые были достоверно выше по сравнению с аналогичными показателями у больных II группы.

ВЫВОДЫ. Применение PRP-терапии в комплексном лечении больных с анальной трещиной способствует ликвидации спазма анального сфинктера и стимулирует репаративные процессы в зоне поврежденных тканей. Это позволяет снизить частоту рецидива заболевания после лечения, существенно уменьшить сроки заживления раны анального канала и сократить сроки восстановления трудоспособности у данной категории больных.

ВАРИАНТ ЛИГАТУРНОГО МЕТОДА ПРИ СЛОЖНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩАХ

Белоцкая Л.В., Чистохин С.Ю.

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2, ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Остаются до конца нерешенными вопросы оперативного лечения параректальных свищей, особенно свищей III-IV степеней сложности, велика частота грубых перианальных деформаций, в том числе с инконтиненцией, по-прежнему затруднены разработка и внедрение малотравматичных и сфинктер-сохраняющих вариантов операций при таких свищах.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов лечения больных со сложными свищами прямой кишки за счет внесфинктерного проведения латексных лигатур.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. За минувшие 4 года (2013-2017) в ДКБ ст.Чита-2 мы наблюдали и оперировали 85 пациентов со свищевой формой хронического парапроктита. У 59 больных со свищами I-II степени сложности выполнено иссечение по Габриэлю, с восстановлением сфинктера у 42 из них; 14 пациентам из 26 со свищами III-IV степени сложности выполнено субтотальное иссечение свищевого хода с низведением внутреннего отверстия и проведением латексной лигатуры вокруг внутреннего и значительной части наружного сфинктеров (I группа), а 12 больным – субтотальное иссечение свищевого хода с низведением стенки кишки и внесфинктерным проведением латексных лигатур через оба свищевых хода при подковообразных вариантах или через свищ и наложенную контрапертуру в проекции ответвлений или затеков.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В I группе из 14 больных проведенная лигатура сразу же выполняла «прорезающую» функцию, низведения свищевого хода и заживления ран удавалось достичь к 8-12 неделе, заметная деформация перианальной зоны отмечена у 9 (64,3%) пациентов, транзиторное недержание газов и жидкого кала наблюдалось у 6 (42,9%). В этой группе сроки стационарного лечения составили $12 \pm 2,9$ дней, сроки амбулаторного долечивания и реабилитации – $38 \pm 5,7$ дней. В отдаленные сроки рецидив свища наступил у 2 (14,3%).

Во II группе из 12 больных проведенная лигатура первые 10-12 дней выполняла дренирующую функцию, после санации иссеченного свищевого хода лигатуру переводили на «прорезающую» роль, низведение свищевого хода и заживление ран наступало к 6-10 неделе, заметная деформация перианальной зоны отмечена лишь у 1 (8,3%) пациента ($p=0,02$), транзи-

торное недержание газов и жидкого кала наблюдалось у 1 (8,3%). ($p=0,03$). В этой группе продолжительность стационарного лечения составила $11 \pm 2,1$ дней, сроки амбулаторного долечивания и реабилитации – $32 \pm 5,7$ дней. В отдаленные сроки ни одного рецидива свища не выявлено ($p=0,01$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Субтотальное иссечение свища с низведением стенки кишки и внесфинктерным проведением латексной лигатуры можно считать малотравматичной и физиологичной операцией, которая уменьшает частоту рецидивов, частоту и выраженность рубцовых деформаций перианальной зоны, заметно улучшает качество жизни таких пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕКТО(КОЛЬПО)САКРОПЕКСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Бирюков О.М., Титов А.Ю.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Выпадение прямой кишки, возникающее вследствие слабости связочно-мышечного аппарата тазового дна, не только нарушает качество жизни, но и может приводить к таким осложнениям, как кровотечение, ущемление выпавшего участка с его некрозом и перфорацией. Существует множество способов хирургической коррекции ректального пролапса, однако процент рецидивов заболевания колеблется от 8 до 30% случаев. В последние годы наибольшую популярность приобрела лапароскопическая ректо(кольпо)сакропексия, предложенная A.D'Hooghe в 2004 году.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить результаты лапароскопической ректо(кольпо)сакропексии при лечении пациентов с выпадением прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2012 по 2016 гг. было оперировано 64 пациента с выпадением прямой кишки в возрасте от 20 до 75 лет ($49,7 \pm 14,6$). Женщин было 54, мужчин – 10. У 33 пациентов было внутреннее выпадение (инвагинация) прямой кишки, у 31 – полный ректальный пролапс. Во всех случаях выполнялась лапароскопическая ректо(кольпо)сакропексия. Результаты лечения оценивались в сроки от 6 до 42 месяцев. Медиана прослеженности 12 мес.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Рецидив ректального пролапса был выявлен у 7 (22,6%) из 31 пациента с полным выпадением прямой кишки. При этом ухудшения моторной функции толстой кишки в этой группе не было диагностировано ни у одного пациента. В группе с внутренним выпадением (инвагинацией) прямой кишки ее эвакуаторной функции удалось достигнуть у 27 (81,8%) из 33 пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Лапароскопическая ректо(кольпо)сакропексия дает сопоставимый с традиционными методами лечения процент рецидивов при полном ректальном пролапсе и позволяет достигнуть улучшения эвакуаторной функции прямой кишки у 81,8% пациентов при внутреннем выпадении (инвагинации) прямой кишки.

ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ

Бичурин Н.Р., Ионин В.П.

Окружная клиническая больница,
Ханты-мансийская государственная медицинская
академия, Ханты-Мансийск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хронический геморрой в настоящее время остается наиболее часто встречающейся патологией прямой кишки, что определяет актуальность его лечения. Геморроидэктомия является наиболее эффективным и основным способом радикального лечения хронического геморроя 3 и 4 стадий. Имеются две традиционные методики этой операции: открытая (по Миллигану-Моргану) и закрытая геморроидэктомия – по Фергюсону.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Сравнить непосредственные результаты геморроидэктомии с использованием современных электрохирургических инструментов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 166 пациентов с хроническим геморроем 3-4 стадии, которым выполнена геморроидэктомия с использованием современных электрохирургических инструментов (генератор для электролигирования сосудов LigaSure, ультразвукового скальпеля Гармоник, генератора G11 Джен Илевен) в 2010-2016 гг.

Мужчин было 77 (46%), женщин – 89 (54%). Возраст больных – от 23 до 63 года. Продолжительность заболевания от 1 года до 25 лет. Изучаемые больные разделены на 4 группы по использованию видов и сочетания электрохирургических инструментов при геморроидэктомии.

Группа 1 – 109 пациентов, у которых закрытая геморроидэктомия выполнена с применением сочетания LigaSure и ультразвукового скальпеля Гармоник;

Группа 2 – 29 пациентов – открытая геморроидэктомия при помощи ультразвукового скальпеля Гармоник;

Группа 3 – 4 пациента – закрытая геморроидэктомия с использованием генератора G11;

Группа 4 – 24 пациента – закрытая геморроидэктомия с использованием LigaSure.

Критериями эффективности являлись: частота послеоперационного кровотечения, дизурических расстройств и степени выраженного болевого синдрома.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В послеоперационном периоде послеоперационные кровотечения отмечены в 2,1% – в группе 1 и в 7,1% – в группе 4. Дизурические расстройства выявлены в 6,4% – в группе 1 и в 5% – в группе 2. Более выраженный болевой синдром в 7,6% зафиксирован при открытой геморроидэктомии в группе 2.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. У больных с наличием хронического геморроя 3-4 стадии проведение геморроидэктомии применимо с использованием современных электрохирургических инструментов. Закрытая геморроидэктомия дает лучшие результаты. При использовании генератора LigaSure чаще развиваются послеоперационные кровотечения, поэтому целесообразно дополнительное лигирование сосудистой ножки геморроидального узла.

СПОСОБ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Борота А.В., Кухто А.П., Борота А.А.,
Базиян-Кухто Н.К., Алиев Р.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им.
М.Горького, Донецк

АКТУАЛЬНОСТЬ. Острый парапроктит (ОП) – одно из наиболее распространенных заболеваний в колопроктологии. Чаще всего выполняется вскрытие, дренирование полости абсцесса с возможным иссечением внутреннего отверстия свища. Однако число рецидивов воспалительного процесса остается высоким.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. На основании имеющегося клинического материала проанализировать результаты использования режущего сетона у пациентов с острым парапроктитом

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Рассмотрены результаты хирургического лечения 43 пациентов, оперированных в клинике общей хирургии № 1 на базе проктологического отделения ДокТМО с 2014 по март 2017 гг. по поводу острого парапроктита, 19 из которых выполнено вскрытие парапроктита с одновременным проведением режущего сетона (вскрытие, ревизия и дренирование гнойника, проведение трех лигатур через внутреннее свищевое отверстие) (ИГ), а 24 пациентам выполнено вскрытие и дренирование гнойника (КГ).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациентам обеих групп проводилось стандартное общее и местное противовоспалительное лечение, кроме этого в ИГ лигатуры затягивались на 1-4-7 дни после операции. Послеоперационный койко-день у пациентов ИГ варьировал от 7 до 9 дней в зависимости от степени прорезывания лигатуры, в КГ от 3 до 13 дней. В результате проведенного исследования выявлено, что частота рецидивов в КГ составила 74,3%, в ИГ рецидивов отмечено не было ни в одном случае. В КГ через 2-4 месяца у 10 пациентов формировался прямокишечный свищ, что требовало повторного вмешательства, в 4 случаях неоднократного.

ВЫВОДЫ. Таким образом, вскрытие парапроктита с проведением режущего сетона обладает множеством преимуществ перед традиционными способами лечения глубоких ректальных свищей, поскольку является щадящим, эффективным и малотравматичным методом хирургического лечения, позволяющим снизить число послеоперационных осложнений, рецидивов, а также является профилактикой послеоперационной недостаточности запирающего аппарата прямой кишки у больных с «глубокими» свищами прямой кишки.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ НЕОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Борота А.В., Кухто А.П., Гюльмамедов В.А.,
Борота А.А., Башмаков М.Н.,
Базиян-Кухто Н.К., Федоришин А.А.

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

ВВЕДЕНИЕ. Заболеваемость геморроем колеблется от 2,9 до 27,9% от общего числа населения разных стран.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить результаты выполнения сочетанных хирургических вмешательств на аноректальной зоне при патологии прямой кишки и анального канала.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты хирургического лечения 626 пациен-

тов, оперированных в клинике общей хирургии № 1 ДонНМУ им. М. Горького на базе колопроктологического центра Донецкого клинического территориального медицинского объединения по поводу неопухолевой хирургической патологии АК и ПК в период с января 2012 по апрель 2017 гг. Исследуемую группу (ИГ) составили 241 (38,0±1,9%) пациент, перенесший сочетанное хирургическое лечение геморроя и другой патологии АК и ПК. Контрольную группу (КГ) составили 388 (61,9±1,9%) пациентов, перенесших геморроидэктомию. Среди пациентов ИГ у 135 (55,1±3,3%) имело место сочетание геморроя с анальной трещиной (АТ), у 54 (21,7±2,7%) – с прямокишечным свищем (ПС), у 5 (2,1±0,9%) – с острым парапроктитом (ОП), у 29 (12,2±2,1%) – с полипом прямой кишки (ППК) и у 18 (7,6±1%) пациентов имело место сочетание геморроя с более чем одной патологией ПК и АК, у 3 (1,3±0,7%) – с пластикой ректовагинальной перегородки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя продолжительность операции в ИГ составила 28±5 минут, в КГ – 19±3 минут ($p>0,05$). Количество послеоперационных осложнений в ИГ составило 4,4±1,6%, в КГ – 2,3±1,1% ($p>0,05$). Средняя длительность госпитализации в ИГ составила 5,1±1,0 суток, в КГ – 3,2±1,0 суток ($p>0,05$); сроки восстановления трудоспособности в ИГ составили 20,3±3,2 дней, в КГ – 15,1±2,0 дней ($p>0,05$). Интенсивность болевого синдрома, оцененная с помощью NRS, в первые сутки после операции, в среднем, составляла 7,9±0,2 баллов в ИГ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Наличие сочетанной с геморроем патологии прямой кишки и анального канала является показанием к одномоментному хирургическому лечению, что позволяет избежать пациентов от необходимости выполнения повторного хирургического вмешательства и возможных его осложнений.

ОПТИМИЗИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Брежнев С.Г., Жданов А.И., Коротких Н.Н., Попов Р.В.
БУЗВО «Воронежская областная клиническая больница № 1», Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ изучения проблематики хирургического лечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ) обусловлена достаточно высокой распространенностью патологии, составляющей до 20% колопроктологической нозологии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом.

Настоящее исследование основано на анализе результатов лечения 99 пациентов. Группа сравнения – 49 пациентов, которым было выполнено иссечение ЭКХ с ушиванием раны «наглухо». Группа исследования – 50 больных, выбор оперативного приема определялся размерами хирургического дефекта и силой натяжения тканей краев раны. При высокой и средней конфигурации ягодиц раны до 9,5 см шириной, с силой натяжения краев, не превышающих 3,7 кг, ушивались «наглухо» с проведением лигатуры через укрепленную крестцово-копчиковую фасцию. Для устранения раневого дефекта шириной более 9,5 см с натяжением тканей более 3,7 кг использовалось аппроксимационно-иммобилизационное устройство.

В раннем послеоперационном периоде среди больных, которым выполнено традиционное оперативное посо-

бие с учетом лишь клинических данных, осложнения наблюдались в 13 (26,5%) случаях. Из 50 больных группы исследования ранние послеоперационные осложнения отмечены у 3 (6,0%) пациентов.

После операции больные группы исследования находились в стационаре 9,9±0,24 суток, пациенты группы сравнения выписывались на 11,8±0,26 суток. Период временной нетрудоспособности больных группы сравнения составил 37,3±2,25 суток, у пациентов группы исследования – 21,6±0,95 дня. Частота рецидивов заболевания у больных группы сравнения составила 13,9%, в группе исследования – 2,1%.

Дифференцированный выбор хирургической тактики и предложенные методики оперативных пособий с применением аппроксимационно-иммобилизационного устройства позволяют увеличить эффективность лечения больных эпителиальным копчиковым ходом на различных стадиях заболевания и улучшить качество жизни оперированных пациентов за счет снижения частоты послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания, сокращения сроков нетрудоспособности.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРОЕМ

Велиев Т.И., Чаловский В.А., Шаляпин Д.И., Пантюков Е.Д., Шалабода А.А.

КГБУЗ «Городская больница № 4», Алтайский колопроктологический центр, Барнаул, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В структуре колопроктологических заболеваний геморрой составил около 40%. Геморроидэктомия является наиболее эффективным и определяемым методом радикального лечения при 3 и 4 стадии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов хирургического лечения больных с хроническим геморроем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Представлены результаты лечения 3108 пациентов, оперированных с 2011 по 2016 гг., которым выполнена геморроидэктомия, электрокоагуляция, лигирование и лифтинг узлов с прошиванием сосуда.

Мужчин было 1746, женщин – 1362. Возраст больных от 20-81 года. Продолжительность заболевания от 1 года до 25 лет.

Всем больным применялся дифференцированный хирургический подход к каждому геморроидальному узлу. 2180 больным одновременно применялись закрытая или открытая геморроидэктомия 1-2-х узлов совместно с лигированием. У 420 больных проведено лигирование узлов с электрокоагуляцией. У 260 больных проведены геморроидэктомия 1 узла или лигирование 2-х узлов, у 248 больных проведена дезартеризация с мукопексией 1-3 узлов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В послеоперационном периоде было 9 (0,3%) осложнений в виде кровотечения в группе больных, которым выполнена открытая геморроидэктомия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ. У больных с наличием хронического геморроя 3-4 стадии проведен индивидуальный хирургический подход к каждому узлу.

В зависимости от размеров и расположения узла применены различные методы хирургических операций: открытая или закрытая геморроидэктомия, дезартеризация с мукопексией, лигирование узлов, электрокоагуляция узлов.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Велиев Т.И., Шалабода А.А., Пантюков Е.Д.
КГБУЗ «Городская больница № 4», Алтайский
колопроктологический центр, Барнаул, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Частота рецидивов у 10-15% больных с острым парапроктитом определяет актуальность темы.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Пролечен 241 больной с острым парапроктитом: 205 – с подкожным, 26 – с ишиоректальным, 10 – с пельвиоректальным. Применяли клинические методы исследования. Прокрашивание свищевого хода синькой и различными видами зондов для обнаружения внутреннего отверстия.

У 211 (87%) с интрасфинктерным расположением первичного внутреннего отверстия выполняли операцию вскрытия острого парапроктита с устранением внутреннего отверстия.

При транс- и экстрасфинктерном расположении внутреннего отверстия у 30 (12%) пациентов в начале вскрывали параректальный абсцесс с иссечением некротической ткани, а затем при выраженном рубцовом процессе у 8 (4%) больных внутреннее отверстие устраняли лигатурным методом, а у 22 больных с трансфинктерным расположением иссекали его в просвет кишки с ушиванием сфинктера.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 4 (1,6%) больных возник рецидив заболевания, у 2 (0,8%) пациентов оперированных лигатурным методом возникла недостаточность анального сфинктера 1-степени.

ВЫВОДЫ. У всех больных с острым парапроктитом применены красители и различные виды зондов для обнаружения внутреннего отверстия и его ликвидации.

Дифференцированный подход к выбору метода операции у больных с острым парапроктитом позволил значительно улучшить результаты лечения и уменьшить рецидивы заболевания.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАН ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.

Горбунов И.Н., Егоркин М.А., Болквадзе Э.Э., Обухов В.К., Вечорко В.И., Кожин Д.Г., Романов Д.А.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
ГБУЗ ГКБ № 15 им. О.М.Филатова ДЗМ, Москва,
Россия

ЦЕЛЬ. Оценить влияние отрицательного давления в лечении пациентов, перенесших иссечение эпителиального копчикового хода с подшиванием краев ран ко дну. Изучить влияние метода на уменьшение сроков выздоровления и длительности временной нетрудоспособности пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование проводилось в период с января 2014 по декабрь 2016 г. В исследование было включено 33 пациента. Все пациенты были оперированы в объеме иссечения эпителиального копчикового хода с подшиванием краев раны ко дну. Контрольной группе из 18 (54,5%) пациентов в послеоперационном периоде проводилась традиционная терапия с использованием противомикробных мазей. В основную группу включены 15 (45,5%) пациентов, которым была выполнена установка портативного одноразового аппарата для вакуумной терапии ран.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Время полного заживления раны

у пациентов, получавших лечение раны отрицательным давлением, составило в среднем, $14,3 \pm 1,49$ суток, а в контрольной группе – $24 \pm 2,6$ суток. Время нетрудоспособности пациентов зависело от характера труда пациентов и составило, в среднем, $13 \pm 1,39$ дней в основной группе и $21 \pm 2,71$ дня у пациентов контрольной группы. Данных за рецидив заболевания у пациентов обеих групп за 6 месяцев наблюдения выявлено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение портативного аппарата для вакуумной терапии ран эффективно в лечении ран после иссечения эпителиального копчикового хода, позволяет достичь более быстрого выздоровления пациентов, скорейшего возвращения их к нормальной жизнедеятельности и труду, а также улучшает качество жизни пациентов за счет снижения выраженности болевого синдрома, ранней активизации и скорейшего возвращения к привычному образу жизни.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Гринцов А.Г., Луценко Ю.Г.,
Ахрамеев В.Б., Пилиugin Г.Г.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Данные статистики свидетельствуют о нарастании числа проктологических заболеваний, которые составляют значительную долю в общей структуре болезней органов пищеварения. Такие заболевания, как геморрой и анальная трещина, составляют более 50% всех заболеваний прямой кишки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить применение лазеротерапии (ЛТ) у проктологических больных, определить показания для использования низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Под наблюдением находилось 115 больных проктологического профиля. Использовались аппараты «АМЛТ-01» и «УЗОР». ЛТ проведена 17 больным с острой и 12 – с хронической анальной трещиной, с острым аноректальным тромбозом пролечено 14 больных, с хроническим геморроем – 19, с острым парапроктитом – 53 пациента. ЛТ применялась как транскутанно, так и ректально с использованием специальной насадки. Количество сеансов и мощность НИЛИ подбирались индивидуально с учетом характера патологии и фазы течения заболевания и составляла 10-12 процедур. Клиническая эффективность ЛТ оценивалась на основании стандартных клинико-лабораторных критериев.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При анализе результатов лечения проктологических больных в результате использования НИЛИ положительный эффект был зарегистрирован в 80-90% случаев. При острой анальной трещине применение НИЛИ показано во всех случаях, однако при хронической трещине данное лечение при наличии выраженных рубцовых изменений в анальном канале неэффективно. При остром аноректальном тромбозе использование НИЛИ показано как до операции, так и в раннем послеоперационном периоде, что позволяет сократить сроки лечения на 6-8 дней. При хроническом геморрое ЛТ эффективна лишь при 1-й и 2-й стадиях заболевания, в 3-й и 4-й стадии показано только оперативное лечение. При остром парапроктите показано оперативное лечение в ургентном порядке и использование НИЛИ возможно лишь в послеоперационном периоде.

ВЫВОДЫ. Результаты применения НИЛИ у проктологических больных позволяют сделать вывод о необходимости его дифференцированного применения в зависимости от фазы течения заболевания.

КОРРЕКЦИЯ ПОКАЗАНИЙ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ С УЧЕТОМ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ

Грошин В.С., Черкасов М.Ф.,
Мирзоев Л.А., Мрыхин Г.А.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, ГАУ РО
«Областной консультативно-диагностический центр»,
Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморрой – наиболее частая проктологическая патология, заболеваемость составляет около 120 случаев на 1000 человек взрослого населения. Несмотря на многочисленные клинические разработки и исследования, повышение эффективности лечения данной патологии остается одной из актуальных проблем.

В настоящее время, наряду с традиционными способами операции, наиболее часто нашли применение следующие малоинвазивные методы лечения геморроя: лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами; диатермокоагуляция; ультразвуковая кавитация со склерозированием; дезартеризация внутренних геморроидальных узлов со склерозированием, либо лифтингом слизистой.

Существующие противопоказания в настоящее время недостаточно четко сформулированы и подвержены коррекции. При выполнении указанных операций возможны осложнения и побочные эффекты, такие как интенсивный послеоперационный болевой синдром, кровотечение, тромбоз узлов, рефлекторная задержка мочи и нарушения стула.

ЦЕЛЬ. Провести коррекцию показаний для малоинвазивного хирургического лечения геморроя, выявить основные причины осложнений, определить пути их профилактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведено лечение и анализ результатов 342 пациента с II-III стадией хронического геморроя. Структура выполненных операций включала: диатермокоагуляция – 45 (13,16%) пациентов; лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами – 96 (28,07%) пациентов; ультразвуковая кавитация со склерозированием 75 (21,92%) пациентов; дезартеризация внутренних геморроидальных узлов со склерозированием, либо лифтингом слизистой – 126 (36,84%) пациентов.

Все вмешательства выполнены под местной параректальной блокадой и анестезией сфинктера. Алгоритм предоперационной подготовки включал: аноскопию, ректоскопию, при необходимости колоноскопию (ректальные кровотечения) и лабораторное обследование согласно действующим стандартам. Контрольный осмотр с мониторингом состояния и оценкой локального статуса проводили на 1,3,7,14 сутки послеоперационного периода.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Анализ показал, что у 72 (21%) пациентов отмечены осложнения: у 52 пациентов (15,2%) появились жалобы на дискомфорт в области заднего прохода, анальный зуд; у 20 пациентов (5,8%) отмечены осложнения в виде тромбоза, некроза геморроидальных узлов, кровотечения и появления умеренного болевого синдрома.

Отмеченные жалобы в полном объеме большинство авторов не относят к осложнениям, однако, данные проявления значительно влияли на качество жизни пациентов и вели к увеличению сроков реабилитации. Назначенная консервативная терапия (венотоники, миотропные спазмолитики, местные топические препараты) позволила купировать вышеперечисленные жалобы в сроки до 3-х суток у 32 пациентов, до 7-ми суток у 40 пациентов. У всех пациентов исследуемых

групп соблюдались меры, направленные на регуляцию стула, частоты и ритма дефекации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Наилучшие результаты лечения геморроя III стадии получены при комбинировании методик дезартеризации со склеротерапией, либо с лифтингом слизистой. Однако, данные методы не являются универсальными, а их техника требует индивидуальной коррекции. Причины выявленных осложнений и неудовлетворительных исходов лечения – не столько погрешность в оперативной технике, сколько ошибки при выборе способа и определения показаний к их применению. Осложнения купированы консервативно и не потребовали повторного вмешательства. Индивидуальный подход позволяет стабилизировать результаты лечения, снизить удельный вес осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА – VAAFT

Данилов М.А., Атрощенко А.О.,
Поздняков С.В., Саакян Г.Г., Хатьков И.Е.

ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр ДЗМ,
отделение колопроктологии, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лечение свищей прямой кишки при болезни Крона является сложной задачей, как для гастроэнтерологов, так и для хирургов. Медикаментозное лечение данной патологии рекомендуется в качестве первой линии терапии, а хирургическое лечение служит для контроля тяжелых септических осложнений. В настоящее время частота рецидива при хирургическом лечении прямокишечных свищей с использованием различных методик может достигать до 55%, а при наличии болезни Крона – 70%, по данным различных авторов. Хирургические вмешательства с иссечением свищевого хода и пластическим компонентом показывают хорошие результаты, однако при болезни Крона они практически не имеют смысла. Миниинвазивные вмешательства (VAAFT) приобретают все большую популярность, в частности, для лечения прямокишечных свищей при болезни Крона.

ЦЕЛИ. Оценить непосредственные и отдаленные результаты выполнения видео-ассистированных вмешательств при свищах прямой кишки (VAAFT), как проявления болезни Крона.

ЗАДАЧИ И МЕТОДЫ. В нашей клинике выполнено 12 вмешательств с использованием видео-эндоскопических технологий (VAAFT) у пациентов с болезнью Крона, в группу сравнения были включены пациенты которым выполнялось лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT) – 18. Всем пациентам на первом этапе выполнялась установка сетона, с последующей операцией в сроки от 1 до 3 месяцев. Пациенты обеих групп не отличались по возрасту и полу ($p=0.34$), а также видам свищей: транс-сфинктерные – VAAFT=8, LIFT=14, экстрасфинктерные – VAAFT=4, LIFT=6 ($p=0.45$).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Группы значимо не различались по длительности хирургического вмешательства: VAAFT – $28 \pm 5,2$ мин, LIFT – $26 \pm 5,8$ мин. ($p=0.12$), уровню болевого синдрома в послеоперационном периоде (шкала ВАШ), оцениваемую в 1-е и 3-и сутки, ($p=0.07$), послеоперационному койко-дню ($4 \pm 1,2$ и $4 \pm 1,4$, $p=0.24$). Всем пациентам при выполнении VAAFT первым этапом проводилась фистулоскопия, затем свищевой ход очищался от наложений фибрина, выполнялась абляция свищевого хода в направлении от внутреннего к наружному отверстию, внутреннее отверстие иссекалось и ушивалось 1-2 узловыми швами. У двух пациентов в группе VAAFT и одного пациента в группе LIFT,

по данным предоперационного обследования (ТРУЗИ, МРТ), имелся ишио-ректальный затек, связанный со свищевым ходом, в связи с чем хирургическое вмешательство дополнялось санированием и дренированием через наружное отверстие свищевого хода. Медиана прослеженности общей выборки пациентов составила 12,6 месяцев. У 2 (10%) пациентов группы LIFT и 1 (8,3%) группы VAAFT выявлен рецидив заболевания в разные сроки: 6, 7 и 3 месяца, соответственно ($p=0.18$). Пациентам повторно установлены сетоны, продолжена медикаментозная терапия (препараты 5-АСК, гормоны, биологическая терапия).

ВЫВОДЫ. Видео-эндоскопическое лечение свищей прямой кишки (VAAFT) при болезни Крона – довольно новая и подающая надежды хирургическая методика, демонстрирующая удовлетворительные результаты как раннего послеоперационного, так и отдаленного периода. Малотравматичный характер методики позволяет выполнять ее при множественных и рецидивных свищах прямой кишки.

НАШ СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА И ГАНГРЕНЫ ФУРЬЕ (NPWT-NEGATIVE PRESSURE WOUND THERAPY)

Егоркин М.А., Болквадзе Э.Э., Вечорко В.И., Кожин Д.Г., Горбунов И.Н., Зорин А.С.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, ГБУЗ ГКБ № 15 им. О.М.Филатова ДЗМ, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Интерес в лечении послеоперационных обширных, глубоких и многофигурных ран промежности после анаэробного парапроктита и гангрены Фурье представляет собой метод воздействия на рану отрицательного давления (NPWT). В российской литературе данные о применении NPWT в лечении АП и ГФ не освещены. Применение данной методики в промежности связано с техническими трудностями, так как подвижные части тела и естественные отверстия (анальный канал и уретра) трудно изолировать. В связи с этим, мы нашли следующее техническое решение – применение изолирующего покрытия в виде воздухопроницаемой пленки, имеющей вид «бриджей», закрывающих всю поверхность от пояницы до средней трети бедер с подключением к аппарату, создающему регулируемое и контролируемое отрицательное давление. На новую методику получен патент РФ за новое техническое решение № 2550048 от 19.02.15 г.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность и целесообразность применения изолирующей повязки «Бриджи» совместно с аппаратом NPWT в лечении обширных послеоперационных ран промежностей у больных, перенесших АП и ГФ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период наблюдения с 1986 по 2016 г. отслежено 470 пациентов, перенесших АП и ГФ. Анализ клинических наблюдений основан на комплексном изучении результатов применения новой методики у 58 пациентов, оперированных с 2010 по 2015 г. Средняя площадь раневых дефектов послеоперационных ран составляла $>2000 \text{ см}^2$. Нами применялись такие достоверные методики оценки раневого процесса, как транскутанное измерение насыщения тканей кислородом, определение степени микробной контаминации ран (КОЕ), цитологические исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ. NPWT в сочетании с изолирующей повязкой «Бриджи» – уменьшает общее количество перевязок и этапных операций, повышает комфорт пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. NPWT в сочетании с изолирующей повязкой «Бриджи» – новый эргономичный эффективный метод лечения обширных послеоперационных ран промежности при АП и ГФ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ И ТРАНСРЕКТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КРИПТОГЕННЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Елигулашвили Р.Р., Зароднюк И.В., Орлова Л.П., Костарев И.В., Черножукова М.О.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ РАБОТЫ. В настоящее время в связи с внедрением в практику магнитно-резонансной томографии у пациентов со свищами прямой кишки необходимо оценить диагностическую возможность метода, сравнить его с ТРУЗИ и разработать показания к проведению МРТ.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить возможности магнитно-резонансной томографии в целом, а также различных режимов МР сканирования (без внутривенного контрастирования, с внутривенным контрастированием, с применением диффузионно-взвешенных изображений) в диагностике криптогенных свищей прямой кишки и сравнить диагностическую эффективность МРТ и ТРУЗИ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 50 пациентов с криптогенными свищами прямой кишки (21 женщина и 29 мужчин). Всем пациентам была выполнена магнитно-резонансная томография органов малого таза (с внутривенным контрастированием и ДВИ) и ТРУЗИ. Все пациенты оперированы в Центре, проведены сопоставления данных МРТ и ТРУЗИ с данными интраоперационной ревизии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Чувствительность МРТ и ТРУЗИ в диагностике основного свищевого хода составила 100% и 97,2%, соответственно. При анализе добавочного свищевого хода чувствительность МРТ и ТРУЗИ составила 91,7% и 81,2%, соответственно, специфичность 94,3% и 93,1%, соответственно. В диагностике абсцессов оба метода продемонстрировали сходные показатели: чувствительность МРТ и УЗИ – 82,6% и 82,4%, соответственно, специфичность – 95,2% и 85,6%, соответственно. В отношении внутреннего свищевого отверстия чувствительность МРТ и УЗИ была 95,5% и 94,3%, соответственно, специфичность 80,0% и 45,3%, соответственно. Чувствительность МРТ и ТРУЗИ в диагностике наружных свищевых отверстий составила 91,7% и 88,6%, соответственно, специфичность 100,0% и 96,2%, соответственно. При анализе различных МР-режимов сканирования статистически значимых различий между ними выявлено не было ($p<0,05$). При сравнительном анализе диагностической эффективности МРТ и ТРУЗИ статистически значимых различий между ними также обнаружено не было ($p<0,05$).

ВЫВОДЫ. Магнитно-резонансная томография имеет высокую диагностическую эффективность в диагностике криптогенных свищей прямой кишки. Сравнение диагностической эффективности различных МР-режимов сканирования и сравнение диагностической эффективности МРТ с ТРУЗИ не выявило статистически значимых различий. Небольшое количество наблюдений требует продолжения исследования.

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРОКТОЛОГИИ

Жижин Н.К.¹, Потапова Ю.В.²,
Саркисян Ю.Г.², Любавский Р.В.²

¹ Федеральный научно-клинический центр ФМБА
России, Москва, Россия

² Центральная поликлиника № 1 МВД России,
Москва, Россия

Уникальным является использование лазерных методов в проктологии, т.к. данный вид физического воздействия позволяет проводить вмешательства с минимальным повреждением слизистой оболочки прямой кишки, возможность использования 2 длин волн 970 и 1560 нм обеспечивает выполнение, как коагуляции, так и вапоризации больших массивов тканей. Мы провели клиническую апробацию диодно-волоконного лазера на базе двух клиник – в хирургическом отделении Центральной поликлиники № 1 МВД России и ФНКЦ ФМБА России в 2015-2017 гг. При работе с прибором в тестовом режиме было отмечено, что аппарат прост в использовании (используется принцип PLUG & PLAY), компактен, удобен при транспортировке и использовании в различных медицинских помещениях в течении рабочего дня. Прооперировано 75 пациентов, из них 50 мужчин и 25 женщин, средний возраст оперированных 44±3,7. Мы его использовали при лечении заболеваний аноректальной зоны (геморрой, острый геморроидальный тромбоз, полипы прямой кишки и анального канала, анальные трещины). Для деструкции геморроидальных узлов 40 пациентов использовалась длина волны 1,56 мкм. При этом наблюдается эффект «белой денатурации» тканей. В послеоперационном периоде болевой синдром был минимален, а средний срок нетрудоспособности составил 10-12 дней. Лечение острого геморроидального тромбоза проведено 10 пациентам, сначала выполнялось удаление тромба с последующей локальной лазерной деструкцией сосудистой капсулы. Болевой синдром исчезал на 2-е сутки после операции, общий период нетрудоспособности составил 5-7 дней, рецидивов заболевания отмечено не было. Лазерное иссечение трещины и полипов прямой кишки анального канала произведено 25 пациентам, болевой синдром составил 3-4 балла по цифровой рейтинговой шкале (NRS), к 3 суткам болевой синдром отсутствовал, общий период нетрудоспособности составил 12-14 суток. В большинстве случаев использовалась спинномозговая – 34 пациента, эпидуральная анестезия 69 случаев. Лазерное излучение имеет ряд преимуществ, зона термических повреждений стерильна и минимальна, не более 0,15 мм. Коагуляция крови и лимфы в просвете мелких сосудов, диаметром 0,3-0,5 мм, обеспечивает гемо- и лимфостаз, что полностью исключает возможность кровотечения из раны и развития застойных отёков окружающих тканей.

ОПЕРАЦИЯ LIFT КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Журавлев А.В., Каторкин С.Е.,
Чернов А.А., Краснова В.Н.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара,
Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Параректальный свищ (ПС) занимает особое место в структуре заболеваний прямой кишки. Распространенность ПС составляет от 8 до 23 случаев на 100000 населения. Наиболее сложную группу для хирургического лече-

ния составляют пациенты с экстрасфинктерными и высокими чрессфинктерными ПС.

Современные хирургические методы лечения параректальных свищей направлены на устранение внутреннего свищевого отверстия, иссечение периферической части ПС, вскрытие и дренирование гнойной полости, а также сохранение запирающей функции анального сфинктера.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить функциональные результаты хирургического лечения больных с экстрасфинктерными и чрессфинктерными ПС с использованием малоинвазивного метода лечения – пересечения свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении колопроктологии Клиник СамГМУ операция LIFT выполнена у 65 пациентов, среди которых мужчин – 44, женщин – 21. У 48 (73,8%) пациентов был диагностирован транссфинктерный, а у 17 (26,2%) – экстрасфинктерный ПС. Передняя локализация свища выявлена у 23 (35,4%) пациентов, задняя – у 42 (64,6%) пациентов. Длительность заболевания составила от 4 месяцев до 5 лет. Нарушений функции анального сфинктера до операции не отмечено.

Все операции проводились под спинальной анестезией в плановом порядке.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Послеоперационный период длился от 3 до 5 суток. Во всех наблюдениях осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено. Болевой синдром был выражен незначительно вследствие отсутствия повреждения анодермы. Все прооперированные больные прослежены в сроки от 1 до 6 месяцев. Медиана наблюдения составила 2,5 месяца. У всех пациентов, перенесших LIFT, признаков недержания анального сфинктера не отмечено. Рецидив заболевания выявлен у 11 (16,9%) пациентов. Сроки реабилитации составляют менее 15 дней.

ВЫВОДЫ. Лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве является эффективной сфинктеросохраняющей операцией, применимой при различных анатомических вариантах ПС.

Операция LIFT является легко выполнимой и воспроизводимой хирургической методикой, не требующей использования дополнительного оборудования и дорогостоящих расходных материалов, характеризующейся минимальным повреждением анального сфинктера и высоким процентом закрытия ПС 83,1%. Уровень рецидива не превышает 16,9%.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТОДОМ ЛОНГО ПАЦИЕНТОВ С РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЕМ

Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А.,
Краснова В.Н., Шамин А.В., Разин А.Н.

Кафедра и клиника госпитальной хирургии ФГБОУ ВО
СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Хронический геморрой является часто встречающимся заболеванием в практике врача-колопроктолога. Его распространенность составляет 118-120 человек на 1000 взрослого населения. К колопроктологии сейчас относят и те заболевания, диагностикой и лечением которых традиционно занимались врачи других специальностей. Одним из них является ректоцеле. По данным зарубежных авторов, у 47-60% больных ректоцеле является основной причиной затруднения акта дефекации. По нашим данным, сочетание ректоцеле с хроническим внутренним геморроем наблюдается более чем в 50%.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов лечения пациентов, страдающих ректоцеле и геморроем.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. После комплексного обследо-

вания в отделении колопроктологии Клиник СамГМУ операция Лонго выполнена у 745 больных. Средний возраст пациентов – 48 лет. У 479 (64,3%) человек был диагностирован хронический внутренний геморрой 2-4 стадии. У 266 (35,7%) женщин была выполнена операция по поводу ректоцеле 1-3 степени. Из них у 169 (63,5%) ректоцеле сочеталось с хроническим внутренним геморроем. Использовался стандартный хирургический набор и комплект Procedure for Prolapse and Haemorrhoids (PPH-01 и PPH-03) (фирма Ethicon, США), а также степлеры фирмы Kangdi KYGZB 33.5, произведенные в Китае.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Во время операции кровотечение из линии аппаратного шва возникло у 34 (4,5%) пациенток. Средний послеоперационный период – $2,9 \pm 0,8$ дней. Средний период реабилитации – $11,2 \pm 1,3$ дней. Ближайшие и отдаленные результаты изучены у 542 человек (4-36 мес.). Хорошие результаты отмечены в 384 (70,8%); удовлетворительные результаты – в 136 (25,0%) случаях; неудовлетворительный результат выявлен у 22 (4,0%) пациентов – у них сохранился затрудненный акт дефекации с использованием ручного пособия, не уменьшились размеры ректоцеле. Рецидив заболевания мы связываем с выполнением данной методики пациенткам с ректоцеле 3 степени. После дополнительного обследования пациенткам была выполнена операция с использованием сетчатых эндопротезов (операция prolift posterior) с хорошими результатами.

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

АНОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

Загрядский Е.А.

Медицинский центр «ОН КЛИНИК», Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Анальная трещина является распространенным заболеванием, аноректальной области. Проблема имеет большую социальную значимость, так как трещиной заднего прохода страдают пациенты трудоспособного возраста. Боковая дозированная сфинктеротомия, являющаяся «золотым стандартом» лечения хронической анальной трещины, может осложниться развитием анального недержания. В связи с этим, актуален поиск альтернативных способов лечения хронической анальной трещины.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Определить эффективность простой анопластики, в лечении пациентов с хронической анальной трещиной.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С января 2013 г. по декабрь 2016 г. в Московском медицинском центре «ОН КЛИНИК» проведено лечение 56 пациентов с хронической анальной трещиной, включая 37 (66,1%) мужчин и 19 (33,9%) женщин. Средний возраст пациентов $44,3 \pm 7,9$ (27-62) лет. Длительность заболевания от 3 до 12 ($5,4 \pm 2,1$) месяцев. Лечение проводилось в стационаре «одного дня». Анопластика выполнялась сдвижным лоскутом по Musiari (1954). Для нормализации тонуса внутреннего сфинктера в послеоперационном периоде на протяжении 6 недель использовалась 0,3% нифедининовая мазь.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя продолжительность операции составила $28,9 \pm 2,8$ мин. Время госпитализации $23 \pm 1,9$ часа. Болевой синдром в первые сутки по шкале ВАШ составил $45,3 \pm 5,03$ (40-50) мм, что потребовало, в среднем, $26,4 \pm 4,8$ (20-30) мг Кеторолака тромета-

мина. К 7 дню болевой синдром по шкале ВАШ составил $27,3 \pm 5,2$ (20-40) мм, что требовало, в среднем, потребления – $12,8 \pm 5,9$ (0-30) мг анальгетика. Средний период нетрудоспособности составил $12,8 \pm 1,8$ (10-14) дней. Осложнения развились у 5 (9,0%) пациентов. Ретракция лоскута возникла у 3 (5,4%) и 2 (3,6%) возникла нагноение раны, что потребовало местного лечения в течение 6 недель. В срок до 12 месяцев прослежены все пациенты, рецидива анальной трещины не выявлено. Признаков недержания не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Анопластика сдвижным лоскутом является простой, безопасной сфинктеросохраняющей операцией для лечения хронической анальной трещины, не поддающейся консервативному лечению.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ, КРИТЕРИИ ОБЪЕКТИВНОСТИ

Загрядский Е.А.

Медицинский центр «ОН КЛИНИК», Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Классификация геморроя Goligher и ее модификации, в силу своей субъективности, не позволяют стратифицировать многообразие клинических форм геморроидальной болезни в однородные группы, что затрудняет выбор метода лечения и оценку результатов лечения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Определение объективных критериев пролапса внутренних геморроидальных узлов и степень увеличения наружных геморроидальных узлов в сравнении с классификацией Goligher.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Настоящее исследование основано на анализе данных клинико-инструментального обследования 1075 пациентов с I-IV стадией геморроя, обратившихся в МЦ «ОН КЛИНИК» за 2006-2012 гг. Средний возраст пациентов $42,63 \pm 9,2$ лет. В исследование вошло 783 (72,8%) мужчин и 292 (27,25%) женщин. Стадия внутреннего геморроя оценивалась, на основании классификации Goligher и степени увеличения внутренних геморроидальных узлов, которая устанавливалась при аноскопии, относительно сектора окружности анального канала, масштабируя от 0 до 4. За норму взят объем внутреннего геморроидального сплетения, не превышающий 1/4 сектора просвета анального канала. Увеличение наружного геморроидального узла определяли относительно сектора окружности периаанальной области – 1/4 сектора, 1/2 сектора, 2/3 сектора.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Анализ клинико-инструментальных данных обследования выявляет неравномерное увеличение внутренних геморроидальных узлов при всех стадиях геморроя. Исследование выявило несоответствие степени пролапса внутренних узлов и степени пролапса в классификации Goligher. Соответствие стадии Goligher при I и II стадии отмечается в 87,0% (94) и 63,6% (145) случаев ($p < 0,001$). При III и IV стадии (по классификации Goligher) соответствие выявляется лишь в 66,2% (395) и 19,7% (28) случаев ($p < 0,001$). Анализ показал высокую корреляционную зависимость между степенью увеличения внутренних геморроидальных узлов и появлением наружных геморроидальных узлов во всех группах наблюдений (коэффициент Спирмена=0,636, $p < 0,01$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Классификация Goligher, неадекватный инструмент для оценки хирургического статуса геморроидальной болезни. Степень пролапса можно классифицировать по размеру внутренних узлов относительно сектора окружности анального канала и смещению узла относительно «зубчатой линии». Размер наружных геморроидальных узлов определяется аналогично в соответствии с сектором периаанальной области.

ГЕМОРОИДАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ EMBORRHOID TECHNIQUE

Захарченко А.А.¹, Видаль В.²,
Полевцев К.О.¹, Кириченко А.К.¹

¹ ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Россия, Красноярск, Россия

² Госпиталь Тимон, отделение интервенционной радиологии, Марсель, Франция

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить 15-летние результаты эндоваскулярной дезартеризации (ЭДЗА/ Emborrhoid Technique) внутренних геморроидальных узлов (ВГУ) при I-III стадии геморроидальной болезни.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Анализированы результаты эндоваскулярного лечения 272 пациентов с I-III стадиями хронического геморроя (ХГ). ЭДЗА ВГУ выполняли: 56 (20,6%) пациентов с I стадией, 192 (70,6%) – со II стадией, 24 (8,8%) – с III стадией. Доминирующий симптом – систематические геморроидальные кровотечения различной интенсивности.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Морфология и морфометрия слизистой дистального отдела ПК, сфинктерометрия и электрическая активность мышц жома, морфологическая картина каверной ткани ВГУ, микроциркуляция в ВГУ и межузловом пространстве, динамика изменения размеров ВГУ (ретрофлекссионная проктоскопия), сроки купирования симптомов геморроя (кровотечение, выпадение), клиническая оценка результатов лечения. Операционный доступ – трансфеморальный по Сельдингеру. Анестезия – местная, в месте пункции бедренной артерии. Контрасты – Ультравист / Омнипак. Микрокатетры – TERUMO, 4F. Эмболы – гемостатическая губка / спирали Гиантурко. Клинические результаты оценены в сроки от 1 года до 15 лет у 241 (88,6%) больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Морфометрические и морфологические результаты: толщина слизистой – $0,68 \pm 0,1$ мм, диаметр просвета крипты – $0,031 \pm 0,001$ мм, диаметр бокаловидных клеток – $26,1 \pm 0,8$ мкм, количество крипт на 1 мм – $11,0 \pm 0,5$. Эпителий на всем протяжении сохранен, крипты расположены правильно, цилиндрической формы, ядра эпителия крипт расположены базально. Воспалительных, дистрофических / атрофических изменений не выявлено. Функциональные результаты (сфинктерный аппарат ПК): при I-III стадии – степень дисфункции внутреннего сфинктера зависела от степени гипертрофии узлов – стадии заболевания. ЭДЗА приводила к нормализации тонического напряжения внутреннего сфинктера, не оказывала отрицательного влияния на фоновую и произвольную электрическую активность наружного жома, его сократительную способность. Микроциркуляция в ВГУ и межузловом пространстве: после ЭДЗА скорость внутритканевого кровотока в кавернозной ткани уменьшалась почти в 2 раза (с $109,5 \pm 9,5$ до $60,2 \pm 4,4$ мл/мин/100 г) и не отличалась от показателей в межузловом пространстве ($58,4 \pm 4,1$ – $59,1 \pm 4,3$ мл/мин/100 г). Явлений ишемии слизистой не зарегистрировано.

Морфология ВГУ: в течение 1,5–2 месяцев развивался (морфологически подтвержденный) постэмболизационный склероз – купировались симптомы заболевания. Динамика уменьшения размеров ВГУ: через 1 месяц после ЭДЗА узлы уменьшались в размерах (в среднем, на 43%), больше при I и II стадии (в 1,8 и в 1,75 раза, соответственно), чем при III (в 1,6 раза). Сроки купирования симптомов: у всех пациентов с I-II стадией в сроки до 2 месяцев симптомы заболевания купированы полностью (отличный результат – 100%).

При III стадии кровотечения прекратились у всех больных, а выпадение ВГУ полностью купировано – у 16 (66,7%) (хороший результат – 83,3%). У 8 (33,3%) пациентов с III стадией – эпизодические выпадения ВГУ (удовлетворительный результат). Негативные явления со стороны заднего прохода после ЭДЗА, в принципе, невозможны – отсутствие трансанальной инвазии. Длительность госпитализации – $1,6 \pm 0,4$ дня. Сроки нетрудоспособности – $5,3 \pm 0,7$. Отдаленный благоприятный результат – 230/241 (95,4%). Возврат заболевания – 11/241 (4,6%). Вид дополнительного лечения: консервативная терапия – 2/11 (18,2%), HAL-RAR – 5/11 (45,4%), геморроидэктомия – 4/11 (36,4%). Субъективное удовлетворение процедурой – 236/241 (97,9%). Осложнения: критическая ишемия ректосигмоидного отдела ОК у 1/272 (0,4%) пациента (на стадии разработки метода). У 3/272 (1,1%) больных – подкожная гематома в месте пункции бедренной артерии (клинически незначимая). Летальных исходов не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ЭДЗА (Emborrhoid technique) – современный патогенетически обоснованный, достаточно эффективный и безопасный метод лечения геморроидальной болезни на ранних стадиях (I-II) при доминирующем симптоме – систематические геморроидальные кровотечения различной интенсивности. При III стадии – возможность использования ЭДЗА регламентирована мотивацией пациентов (боязнь негативных последствий любых трансанальных вмешательств) и отсутствием систематического выпадения ВГУ. Метод не является панацеей.

Эффективность и безопасность метода зависит от обособности показаний (определяет колопроктолог), квалификации рентгенохирурга, наличия современного ангиографического оборудования и расходных материалов (контрастов, эмболов и микрокатетеров).

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКХ С ПЛАСТИКОЙ АПОНЕВРОЗОМ ЯГОДИЧНЫХ МЫШЦ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОДНОГО ДНЯ

Зубенков М.В., Осмоловский С.В.

Медцентр «Глобал Клиник», Н.Новгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В общей популяции заболевание ЭКХ встречается 26 на 100000 человек и проявляется в наиболее активном трудоспособном возрасте. Пик заболеваемости приходится от 15 до 30 лет.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оптимизировать хирургическую тактику иссечения ЭКХ, в том числе и для стационаров одного дня пребывания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследованы 48 пациентов, оперированных с 2014 по 2017 гг. методом иссечения ЭКХ с пластикой апоневроза ягодичных мышц. Из них 10 (20,8%) женщин и 38 (79,2%) мужчин. Возраст больных колебался от 18 до 39 лет. Оперативное вмешательство производилось в условиях стационара одного дня пребывания. В послеоперационном периоде больным рекомендовалось исключить физические нагрузки и максимально ограничить нахождение в сидячем положении.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все больные оперированы под спинальной анестезией в положении на животе. Стандартно производилось иссечение ЭКХ в пределах здоровых тканей до крестцовой фасции со всеми элементами хода. Затем, в области фиксации апоневроза ягодичных мышц к крестцовой фасции, с обеих сторон производились разрезы, с дальнейшей мобилизацией апоневроза на 1,0–1,5 см. Фасции сшивались между собой и при правильном сопоставлении апоневро-

за ягодичных мышц рана значительно уменьшалась. Устанавливались две системы для аспирационного дренирования: под апоневроз и над апоневрозом в подкожно-жировой клетчатке. Затем тщательно послойно ушивалась послеоперационная рана наглухо. Удаление дренажей производилось на 4-6 сутки, швы снимались на 10-12 сутки. Период наблюдения за пациентами после операции составил от 4 до 36 месяцев. Средние сроки восстановления трудоспособности 15-18 дней, а средние сроки заживления ран составили 13-18 дней. У 4 (8,3%) больных возникло ограниченное нагноение послеоперационной раны, потребовавшее частичное разведение ее краев. Рецидив был у 1 (2,1%) больного.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Иссечение ЭКХ с пластикой апоневроза ягодичных мышц является радикальной операцией, с возможностью проведения ее в условиях стационара одного дня, с ранними сроками восстановления трудоспособности и хорошими отдаленными результатами.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ HAL-RAR ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОМБИНИРОВАННОМ ГЕМОРРОЕ

Зубенков М.В., Осмоловский С.В., Сырейщиков В.В.
Мед. центр «Глобал Клиник», Н.Новгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Большие трудности представляет лечение геморроя III-IV ст., когда имеется выраженное увеличение наружного геморроидального сплетения. Такой геморрой уже называют комбинированным. И для данной категории больных выбор метода лечения до сих пор остается спорным.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность использования методики HAL-RAR при хроническом комбинированном геморрое.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2012 по 2017 гг. методом HAL-RAR в различных модификациях в мед. центре «Глобал Клиник» (г. Н.Новгород) было пролечено 680 больных с геморроем II-IV стадии, в том числе и сочетанные операции, дополняющиеся иссечением анальных трещин, полипов анального канала и наружных геморроидальных узлов, в возрасте от 18 до 87 лет. Из них 230 (33,8%) прооперировано с заболеванием комбинированный геморрой III-IV стадии с выраженным наружным геморроидальным компонентом. Операции проводились в условиях стационара одного дня пребывания, с использованием аппарата «Ангиодин-Прокто» (БИОСС, Россия) и применением проктоскопа с регулируемым просветом окна (совместная разработка ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» и ЗАО «БИОСС»), на котором лифтинг и мукопексию слизистой произвести значительно проще и эффективней, чем на проктоскопах предыдущих поколений. Иссечение наружных геморроидальных узлов проводилось аппаратом «Forsetriad».

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все больные оперированы под спинальной анестезией. При выполнении HAL-RAR, наряду с лифтингом узлов, происходит и снижение компенсаторного сброса в наружное геморроидальное сплетение, что значительно уменьшает объем ткани наружных узлов. Это позволило 80 (34,8%) больным не производить удаление наружных узлов, а 150 (65,2%) больным удалить наружные узлы в значительно меньшем объеме. Всем больным в послеоперационном периоде назначалась МОФФ (Детралекс). Индекс боли по ВАШ 2,5-3 балла. Средние сроки нетрудоспособности 12-15 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение методики HAL-RAR возможно при комбинированном геморрое и даже, несмотря на дополнение ее удалением наружных геморрой-

дальных узлов, послеоперационный болевой синдром и сроки реабилитации больного значительно ниже, чем при традиционной геморроидэктомии.

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С МУКОПЕКСИЕЙ И ЛИФТИНГОМ СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРРОЯ

Каторкин С.Е., Журавлев А.В.,
Чернов А.А., Лукьянова А.А.

ФГБОУ ВО «СамГМУ» Минздрава России, Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморрой – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний взрослого населения, удельный вес которого в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34 до 41%.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения пациентов, страдающих хроническим внутренним геморроем за счет достижения минимальной травматичности хирургического вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении колопроктологии клиники госпитальной хирургии СамГМУ трансанальная дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки выполняется с октября 2016 года. Всего оперировано 40 больных с 3-4 стадией заболевания. Возраст пациентов от 28 до 75 лет (средний возраст составил 48 лет), из них 55% – женщин, 45% – мужчин. Оперативное вмешательство проводилось в плановом порядке под спинальной анестезией. Использовался аппарат «HAL-Doppler II» (производство фирмы А.М.И., Австрия), а также атравматический шовный материал на колющей игле, 5/8 окружности (производства фирмы Ethicon, США). Средняя продолжительность операции – 40 минут.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Срок нахождения в стационаре составил $2,9 \pm 0,8$ дней. В раннем послеоперационном периоде у 92,5% (37 пациентов) – осложнений не было. У 1 пациента наблюдалась острая задержка мочи, после однократной катетеризации мочевого пузыря мочеиспускание восстановилось. В 1 случае на 21 сутки наблюдалось кровотечение из послеоперационного шва, которое было остановлено консервативными мероприятиями – введением препарата «Транексам». У одной больной на 5-е сутки возник тромбоз наружного геморроидального узла, было назначено консервативное лечение флеботропным препаратом Детралекс с положительным эффектом. Через 6 месяцев рецидивов заболевания не выявлено.

ВЫВОДЫ. Операция «HAL RAR» имеет ряд преимуществ по отношению к традиционным методам оперативного лечения хронического внутреннего геморроя вследствие малой травматичности, сокращения сроков пребывания в стационаре, медицинской и социальной реабилитации больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ХАРАКТЕР ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Ковалев Б.В., Татьяначенко В.К., Сухая Ю.В., Манулик А.Ф., Грива Р.К.

ФГБОУ ВО РостГМУ, Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Сочетанная травма прямой кишки в сочетании с переломами костей таза встречается довольно редко. Такие повреждения чреваты развитием грозных осложнений, требующих хирургического лечения. По данным разных авторов, летальность достигает 30-50%.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить результаты хирургического лечения больных с повреждениями прямой кишки при сочетанной травме с позиции их использования в ходе судебно-медицинской экспертизы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование (с 2013 по 2017 гг.) проводилось у 64 больных с травмой прямой кишки на фоне повреждения костей таза. У 28 больных (1 группа) повреждения внутрибрюшинной части прямой кишки, а у 36 (2 группа) внебрюшинной части прямой кишки. Разделение по возрасту: до 20 лет – 6 больных, от 21 до 30 лет – 31, от 31 до 40 лет – 14, от 41 до 50 лет – 4, от 51 до 60 лет – 3, старше 60 лет – 6. Среди них мужчин было 41 и 23 – женщин. 70% пострадавших в возрасте от 21 до 50 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Общая летальность в обеих группах составила 29,7% (19 человек). Самая высокая летальность была на 1-3 сутки – 11 (17,2%) человек. Затем она постепенно снижалась: на 8-12 сутки – 6 (9,3%) и на 13-21 сутки – 2 (3,13%). Основными причинами высокой послеоперационной летальности у исследуемых остается: исходно тяжелый шок с необратимыми процессами в жизненно важных органах; значительное снижение неспецифической резистентности организма в первые часы и сутки после травмы; неэффективность комплекса реанимационных мероприятий. От осложнений и сопутствующих заболеваний умерли 8 человек. Полное совпадение клинического и патологоанатомического диагноза получено у 60,5% умерших, неполное расхождение – у 39,5%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Комплексный подход в лечении больных с повреждениями прямой кишки на фоне сочетанной травмы позволяет достичь хороших результатов после операции у 51,6% больных, при снижении послеоперационных осложнений до 18,8%, а общей летальности – до 29,7%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ПЕРЕВЕДЕНИЯ / ПЕРЕМЕЩЕНИЯ СВИЩЕВОГО ХОДА В МЕЖСФИНКТЕРНОЕ ПРОСТРАНСТВО

Костарев И.В., Титов А.Ю., Благодарный Л.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ. Проблема лечения сложных свищей прямой кишки с наличием рубцовых изменений стенки анального канала и прямой кишки, наличием выраженных рубцово-воспалительных изменений в области внутреннего свищевого отверстия и по ходу свища, гнойно-инфильтративных изменений параректальных клетчаточных пространств, до сих пор остается сложной и нерешенной. Применение сфинктеросохраняющих вмешательств у данных пациентов в большинстве случаев обречено

на неудачу. Основным вариантом лечения остается лигатурный метод, который, в свою очередь, более чем в 50% случаев приводит к развитию тех или иных явлений анальной инконтиненции. Вариантом вмешательства, который может быть применен у данной категории пациентов, является методика переведения/перемещения сложного экстрасфинктерного свища в более простой вариант – в подслизистый слой, межсфинктерное пространство (МСП). Преимущество методики связано с отсутствием ограничений ее применения при наличии широкого, рубцово-измененного внутреннего свищевого отверстия и затеков по ходу свища.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка отдаленных результатов лечения пациентов с экстрасфинктерными свищами прямой кишки методом иссечения свища с переведением/перемещением свищевого хода в межсфинктерное пространство.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С февраля 2013 года по март 2017 года в проспективное одноцентровое исследование включено 38 пациента с экстрасфинктерными свищами прямой кишки 2-4 степени сложности, которым было выполнено иссечение свища с переведением/перемещением свищевого хода в МСП. Мужчин было 29, женщин – 9. У 9 (23,7%) пациентов свищ имел рецидивный характер. У 32 пациентов, при наличии полостей затеков, инфильтратов по ходу свища, выполнялась операция переведения свища в МСП с его дренированием эластичной лигатурой и ушиванием свищевого отверстия со стороны промежностной раны. В 6 случаях с наличием сформированного свища, без выраженных воспалительных изменений и затеков, было выполнено иссечение свища в виде трубки с его полным перемещением в МСП. Средний период наблюдения составил 23,4 (3-48) месяцев. При положительном исходе операции, контрольные осмотры проводились через 6, 12 и 18 месяцев. В отдаленном периоде (12 и более месяцев) результаты прослежены у 29 (76,3%) пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Заживление свища после операции зафиксировано в 21 (55,3%) из 38 наблюдений. В 17 (53,1%) случаях отмечено заживление после иссечения свища с переведением свищевого хода в МСП, в 4 (66,7%) случаях после транспозиции выделенного в виде трубки свищевого хода в МСП. В период наблюдения за пациентами после заживления свища, рецидив заболевания зафиксирован в 3 (14,3%) из 21 случая. Пациентам, у которых после операции свищевой ход сохранялся, в последующем выполнялись повторные вмешательства. В 13 (34,2%) случаях свищ в конечном итоге был ликвидирован лигатурным методом, в 2 (5,3%) – методом иссечения свища с ушиванием сфинктера.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В результате лечения 38 пациентов со сложными экстрасфинктерными свищами прямой кишки положительный результат был достигнут в 18 (47,4%) случаях. Операция позволила сохранить у пациентов полностью интактным наружный анальный сфинктер, без выраженных нарушений функции держания кишечного содержимого. Методика может использоваться во всех случаях, когда единственным вариантом выбора остается проведение пересекающей лигатуры.

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Кудратова З.Э., Умарова Т.А.,
Саидов М.С., Шамсиев Ж.А.

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Аноректальные мальформации одни из самых часто встречающихся патологий среди врожденных аномалий.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ заключается в анализе данных клинико-лабораторных показателей крови у больных с аноректальными мальформациями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Настоящая работа проведена во 2-клинике СамМИ. Проанализированы 48 историй болезней детей, находившихся на лечение в 1999-2008 гг. с различной локализацией аноректального порока развития. У 4 (8,3%) больных был установлен диагноз атрезия ануса. У 6 (12,5%) больных установлен диагноз врожденный стеноз ануса. Атрезия с ректовестибулярным свищем и врожденный стеноз прямой кишки были установлены у 2 (4,2%) больных. И у 36 (75%) больных, был установлен диагноз атрезия ануса с ректо-промежностным свищем. Возраст больных – от 1 месяца до 1 года. 35 пациентов были мальчики, 13 – девочки. Образцы крови забирались в специальные вакутайнеры с антикоагулянтом К2-ЭДТА. Для подсчета процентного содержания субпопуляции лейкоцитов приготавливались мазки крови. Определение концентрации гемоглобина осуществлялось гемоглобинцианидным методом с использованием фотозлектроколориметра и тест-набора «гемоглобин Эколаб».

РЕЗУЛЬТАТЫ. При исследовании общего анализа крови у 48 больных детей при поступлении в стационар, высокий уровень гемоглобина был в пределах от 120 до 198 у 11 (22,9%) больных детей до 1 месяца пребывания мужского пола. Анемия легкой степени была выявлена у 24 (50%). Анемия средней степени наблюдалась у 9 (18,7%) больных детей и анемия тяжелой степени наблюдалась у 3 (6,25%). В стационаре после проведенного оперативного лечения, при повторном анализе общего анализа крови, нормальный уровень гемоглобина был у 10 (20,8%) больных детей, тем не менее, анемия легкой степени была у 19 (39,5%) больных. Анемия средней тяжести наблюдалась у 13 (27%) больных детей и анемия тяжелой степени была диагностирована у 6 (12,5%) больных детей. Койко-дни в 62,5% случаев составили, в среднем, 10 дней. В 37,5% случаях составили, в среднем, 20 дней в зависимости от возраста и тяжести порока развития. 15 (31,2%) больных были выписаны с легкой анемией, 19 (39,5%) больных – с анемией средней тяжести, 2 (4,2%) больных были выписаны с анемией тяжелой степени. И только 12 (25%) больных были выписаны с нормальными значениями гемоглобина. При анализе морфограмм общего анализа крови не выявлены никакие изменения.

ВЫВОДЫ. Изменения и колебания количественных значений гемоглобина у больных зависит от возраста, а также от метода проводимой проктопластики.

НЕПОЛНЫЕ ВНУТРЕННИЕ СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ (НВС): КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ И ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кузьминов А.М., Фролов С.А.,
Орлова Л.П., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т.,
Черножукова М.О., Елигулашвили Р.Р.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» МЗ РФ, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Отсутствие классификации НВС не позволяет выработать тактику лечения, позволяющую бы снизить риск развития рецидива и сохранить функцию держания.

ЦЕЛЬ. Разработать классификацию неполных внутренних свищей прямой кишки для более дифференцированного подхода к хирургическому лечению данной патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 147 пациентов в возрасте от 24 до 76 лет, прооперированных в ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» МЗ РФ в период с 2014 по 2016 гг. по поводу различных форм неполных внутренних свищей прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В нашей работе мы на основании не только клинических данных, но и анатомических особенностей свищевого хода разработали удобную классификацию неполных внутренних свищей прямой кишки. По этиологическому фактору: 1) Первичные (криптогенные): 1) Самопроизвольное вскрытие острого парапроктита в просвет кишки; 2) Хирургическое вскрытие и дренирование острого парапроктита.

II. Вторичные (ятрогенные): 1) После операций по поводу различных неонкологических заболеваний аноректальной области (геморрой, анальная трещина, свищи и т.п.); 2) Травма прямой кишки; 3) Хроническая анальная трещина (длительно незаживающая или персистирующая). По отношению к волокнам анального сфинктера.

Простые свищи: 1) Интрасфинктерный; 2) Интерсфинктерный (межсфинктерный); 3) Трансфинктерный (подкожная порция).

I. Сложные свищи: 1) Трансфинктерный (поверхностная и глубокая порции); 2) Экстрасфинктерный (1-4 степени сложности); 3) Супрасфинктерный (4 типа). При простых неполных внутренних свищах мы применяли как классические методы, так и новый метод по типу «марсупиализации», применяемая с высокими затеками (на уровне пуборектальной петли и экстрасфинктерными). При выборе тактики лечения сложных НВС у ряда больных оно может быть двухэтапным. Основными показания к двухэтапному лечению явились наличие межсфинктерного и параанальных затеков, выраженные рубцовые изменения сфинктерного аппарата прямой кишки, недостаточность анального сфинктера. Рецидив заболевания при сложных неполных внутренних свищах прямой кишки составил 15% (52/8).

ВЫВОДЫ. Модифицированная классификация неполных внутренних свищей прямой кишки позволила применить более дифференцированный метод лечения, тем самым снизить частоту рецидивов и не ухудшить функцию держания.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кузьминов А.М., Фролов С.А., Орлова Л.П., Фоменко О.Ю., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Черножукова М.О., Елигулашвили Р.Р.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургическое лечение неполных внутренних свищей прямой кишки остается достаточно сложной задачей, обусловленной топикой свищевого хода и отсутствием наружного маркера (такого как наружное свищевое отверстие). И последствия хирургического лечения потенциально влияют не только на рецидив заболевания, но и на функциональное состояние анального сфинктера, которые отражаются на качестве жизни пациента.

ЦЕЛЬ. Оценить факторы, влияющие на рецидив заболевания и состояние функции анального сфинктера в отдаленные периоды после хирургического лечения как простых, так и сложных неполных внутренних свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 2014 до 2016 гг. нами был проведен проспективный, одноцентровой анализ 147 пациентов с неполными внутренними свищами различной степени сложности криптогенного и ятрогенного генеза. Подавляющее большинство пациентов были трудоспособного возраста. При этом мы оценивали демографические показатели: количество перенесенных оперативных вмешательств и их особенности. С целью объективности исследования мы оценивали функцию анального сфинктера не только по шкале инконтиненции (Wexnerscore), но и физиологические исследования (профилометрия, аноректальная манометрия). В послеоперационном периоде с целью диагностики рецидива заболевания выполнялось ТРУЗИ или МРТ малого таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Медиана наблюдения составила 18±2 месяца. Рецидив заболевания при простых неполных внутренних свищах прямой кишки составил 2 пациента (7/2), однако нарушения функции держания не отмечено ни у одного пациента. Рецидив заболевания при сложных неполных внутренних свищах прямой кишки составил 15% (52/8). У каждого 10 пациента развилась недостаточность анального сфинктера. Стоит отметить, что у 13 пациентов на момент операции, имелись признаки недостаточности анального сфинктера. Группа пациентов, у которых в анамнезе были неоднократные оперативные вмешательства по поводу доброкачественных заболеваний дистального отдела прямой кишки.

ВЫВОДЫ. Дооперационное топирование неполных внутренних свищей прямой кишки, позволили нам разработать дифференцированный подход к лечению. Тем самым снизить частоту рецидивов и не ухудшить функцию держания анального сфинктера.

ПРЕИМУЩЕСТВА ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ САКРОКОЛЬПОПЕКСИИ В СОЧЕТАНИИ СО СТЕПЛЕРНОЙ ТРАНСАНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ СЛИЗИСТОГО СЛОЯ ПРЯМОЙ КИШКИ (STARR) ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Кривчикова А.П., Братищева Н.Н., Сторожиллов Д.А., Наумов А.В., Аленичева М.С.

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгородский национальный исследовательский университет НИУ «БелГУ», Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Для хирургического лечения синдрома опущения промежности у женщин предложены различные методы. Однако эта проблема полностью не решена ввиду большого количества осложнений, неудовлетворительных анатомических и функциональных результатов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов хирургического лечения синдрома опущения промежности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. 59 пациенткам с синдромом опущения промежности, включающим ректоцеле, опущение тела промежности и опущение слизистой прямой кишки произведена интраабдоминальная сакрокольпопексия с использованием хирургической сетки, у 52 пациенток с аналогичной патологией данный метод использован в комбинации со степлерной трансанальной резекцией слизистой прямой кишки (STARR). Оценивались послеоперационные осложнения и отдаленные результаты через 6 месяцев и 2 года с использованием определения стадии пролапса по POP-Q системе, дефекографии и нормализации функции опорожнения и держания с использованием многофункциональной компьютерной системы Polygraf ID.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Частота послеоперационных осложнений, связанных с интраабдоминальным использованием сетки, была низкой и не увеличивалась при дополнительной трансанальной резекции слизистой прямой кишки: у 2 (3,4%) пациенток 1-й группы и у 1 (1,9%) пациенток 2-й группы отмечены эрозии влагалища; сморщивание сетки у 1 (1,9%) пациентки 2-й группы, сужение влагалища у 1 (1,7%) пациентки 1-й группы, диспареуния у 3 (5,1%) и 2 (3,8%) пациенток, соответственно ($p>0,05$). Используя POP-Q систему, ректоцеле 0 ст. достигнуто у 22 (38,9%) пациенток 1-й группы и у 25 (48,1%) пациенток 2-й группы. У остальных пациенток обеих групп была достигнута I ст. Дефекография показала подъем тела промежности у пациенток обеих групп без достоверных различий, однако цифры были ближе к нормальным у тех, кто перенес комплексное оперативное вмешательство: в покое $-3,7\pm 0,5$ см и $-3,5\pm 0,6$ см, при натуживании $-5,9\pm 0,6$ см и $-6,2\pm 0,7$ см в 1-й и во 2-й группах, соответственно. Анатомическая коррекция заднего аноректального угла была достигнута в обеих группах. Исчезновение рентгенологического симптома опущения слизистой прямой кишки отмечено у 15 (25,4%) пациенток 1-й группы и у 47 (90,4%) пациенток 2-й группы. Нормализация опорожнения отмечена у 12 (20,3%) и у 15 (28,8%) пациенток, улучшение функции опорожнения у 28 (47,4%) и у 30 (57,7%), запор сохранялся у 19 (32,2%) и у 7 (13,4%) пациенток 1-й и 2-й групп, соответственно ($p<0,05$). Аноректальная манометрия и терминальная активность срамного нерва показали постепенное улучшение функции держания в обеих группах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Абдоминальная сакрокольпопексия демонстрирует хорошие анатомические и функциональные результаты при лечении синдрома опущения промежности. Однако для устранения опущения слизистой прямой кишки предпочтительнее комбинировать ее со STARR.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКТОЦЕЛЕ В СОЧЕТАНИИ С ПРОЛЯПСОМ СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПУТЕМ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ САКРОКОЛЬПОПЕКСИИ И СТЕПЛЕРНОЙ ТРАНСАНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ (STARR)

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Кривчикова А.П., Братищева Н.Н., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Аленичева М.С.

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгородский национальный исследовательский университет НИУ «БелГУ», Белгород, Россия

Проблема лечения опущения органов малого таза у женщин остается актуальной. Высокая частота встречаемости этой патологии, неудовлетворительные анатомические и функциональные результаты лечения, большой процент рецидивов привели к разработке многочисленных видов оперативной коррекции проляпса.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения ректоцеле в сочетании с опущением слизистой прямой кишки путем использования трансабдоминальной сакрокольпопексии в сочетании со STARR.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Для лечения ректоцеле (III-IV ст. по POP-Q) в сочетании с опущением слизистой прямой кишки у 62 была выполнена передняя леваторопластика и STARR, и у 55 пациенток была выполнена трансабдоминальная сакрокольпопексия и STARR. Послеоперационные результаты оценены через 6-12 месяцев с использованием определения выраженности проляпса по системе POP-Q, дефекографии и аноректальным функциональным тестам и использованием многофункциональной компьютерной системы Polygraf ID.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из послеоперационных осложнений, связанных с трансабдоминальной установкой сетчатого трансплантата, вагинальная эрозия отмечена у 1 (1,9%) пациентки, сужение влагалища у 1 (1,8%) пациентки, сморщивание сетки у 1 (1,8%) пациентки. Диспареуния возникла у 3 (4,8%) пациенток 1-й группы и у 2 (3,8%) пациенток 2-й группы ($p > 0,05$). По классификации POP-Q стадия 0 была достигнута у 26 (47,2%) пациенток, перенесших переднюю леваторопластику в сочетании со STARR и у 23 (37,1%) пациенток, перенесших сакрокольпопексию в сочетании со STARR. У остальных пациенток обеих групп была достигнута I стадия. Дефекография показала анатомическую коррекцию заднего аноректального угла, преимущественно, у пациенток, перенесших сакрокольпопексию. Отсутствие рентгенологических симптомов опущения слизистой прямой кишки отмечено у большинства пациенток обеих групп: у 53 (85,5%) пациенток 1-й группы и у 47 (90,4%) пациенток 2-й группы без значимых различий, однако функция опорожнения была лучше у пациенток 2-й группы. Нормализацию функции опорожнения отметили 13 (20,9%) и 16 (29,1%) пациенток, улучшение функции опорожнения – 29 (46,8%) и 31 (56,4%)

пациенток, запор сохранился у 20 (32,3%) и у 8 (14,4%) пациенток 1-й и 2-й групп, соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Трансабдоминальная сакрокольпопексия в комплексе со STARR может служить методом выбора при хирургическом лечении ректоцеле III-IV ст. в сочетании с проляпсом слизистой прямой кишки, так как показывает гораздо лучшие анатомические и функциональные результаты, по сравнению с передней леваторопластикой в сочетании со STARR. Симультантное выполнение STARR не привело к каким-либо серьезным осложнениям в обеих группах больных.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕНСОРНОГО АНАЛЬНОГО НЕДЕРЖАНИЯ

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

ОГБУЗ БОКБ «Святителя Иоасафа», межрегиональный колопроктологический центр. Кафедра госпитальной хирургии НИУ «БелГУ», Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Полноценное лечение больных с анальным недержанием возможно только при условии понимания сути патофизиологических процессов отражающих параметры нормального анального держания. Изолированное выпадение какой-то из функций данного процесса ведет за собой цепь последовательных нарушений. Нарушение сенсорной функции прямой кишки, как пусковой момент при недержании каловых масс, имеет большое значение для понимания сути некоторых функциональных форм анальной инконтиненции.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение взаимосвязи основных патофизиологических явлений, которые характерны для пациентов с анальной инконтиненцией при имеющемся нарушении сенсорной функции прямой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Для изучения данной проблемы в БОКБ Святителя Иоасафа в период с 2003 по 2017 гг. были проанализированы результаты функциональных исследований запирающего аппарата прямой кишки и мышц тазового дна 64 пациентов, у которых при проведении аноректальной манометрии, профилометрии анального сфинктера с дополнительной электромиографией были выявлены нарушения сенсорной функции прямой кишки. Основным критерием включения было отсутствие органического поражения прямой кишки (перенесенные операции в аноректальной области, травмы промежности, после родовые разрывы и т.д.) и жалобы на недержание кишечного содержимого в виде ночного «каломазания».

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ. У всех пациентов в данной группе отмечалось нарушение сенсорной функции, которое проявлялось в различной степени снижения чувствительности прямой кишки к наполнению: от незначительного увеличения порога первого ощущения наполнения, порога первого позыва к дефекации и максимально терпимого объема до полной нечувствительности прямой кишки к наполнению. Следует отметить, что у всех пациентов на фоне удовлетворительной и хорошей тонической активности внутреннего и наружного сфинктеров прямой кишки отмечается достоверно подтвержденное увеличение порога, снижение амплитуды и увеличение продолжительности ректо-анального ингибиторного рефлекса. Все пациенты в той или иной степени жаловались на отсутствие своевременного позыва к дефекации, характерного для пассивной формы анального недержания (ночной энкопрез или стрессовая дефекация).

ВЫВОД. В данной патофизиологической модели причиной сенсорного, функционального недержания кишечного содержимого является несоответствие порогов чувствительности прямой кишки к наполнению и рефлекторной релаксации внутреннего сфинктера, что приводит к чрезмерному заполнению прямой кишки без возникновения характерного позыва к дефекации (недержание – переполнения).

ХАРАКТЕРИСТИКА АНАЛЬНОГО И КИШЕЧНОГО КОМПОНЕНТОВ НЕДЕРЖАНИЯ КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОНКОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

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

ОГБУЗ БОКБ «Святителя Иоасафа», межрегиональный колопроктологический центр. Кафедра госпитальной хирургии НИУ «БелГУ», Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оперативное лечение рака прямой кишки является достаточно сложной задачей, а имеющиеся технические трудности при выполнении манипуляций в глубине малого таза и послеоперационная травма сфинктерного аппарата прямой кишки приводят к не всегда удовлетворительным функциональным результатам лечения и недержанию кишечного содержимого.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение показателей анального и кишечного факторов, приводящих к недержанию кишечного содержимого, у больных после операций по поводу рака прямой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Для изучения данной проблемы проанализировано функциональное состояние запирательного аппарата прямой кишки и мышц тазового дна у 218 больных после брюшно-анальной и низкой передней резекции прямой кишки, прооперированных в БОКБ Святителя Иоасафа в период с 1998 по 2016 гг. с локализацией опухоли выше 6 см и ниже 12 см, по данным ректоскопии, прошедших предоперационный курс лучевой терапии при наличии 12-ти месяцев безрецидивного течения, без признаков несостоятельности колоректального анастомоза и гнойно-септических осложнений. Оценивались показатели сократительной, рефлекторной, сенсорной и накопительной функций при проведении анальной манометрии, профилометрии анального сфинктера с дополнительной электромиографией до и через 3 месяца после проведенной операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ. Отмечается снижение сократительной активности наружного сфинктера в состоянии волевого сокращения и внутреннего сфинктера в покое. Наружный сфинктер: средняя амплитуда волевого сокращения – на $25,6 \pm 1,9\%$, средняя длительность волевого сокращения – на $27,2 \pm 1,8\%$, векторный объем профиля анального сфинктера – на $19,5 \pm 1,1\%$, средняя амплитуда профиля анального сфинктера – на $19,3 \pm 1,4\%$, средняя протяженность профиля анального сфинктера – на $19,7 \pm 1,0\%$, амплитуда электрической активности в покое – на $12,7 \pm 1,2\%$, амплитуда электрической активности при волевом сокращении – на $7,9 \pm 0,8\%$. Давление на уровне внутреннего сфинктера в покое снижено на $36,8 \pm 2,2\%$ при отсутствии медленных и ультра медленных волн его тонической активности. Субъективные пороги чувствительности были существенно снижены. Порог первого ощущения на $22-24\%$, порог первого позыва к дефекации – на $36-39\%$ и максимально терпимого объема – на $48-51\%$ с уменьшением диапазона между ними. Показатели адаптационной способности кишки были увеличены:

величина максимального давления – на $33-36\%$, время адаптации – на $43-46\%$ и уровень остаточного давления – на $51-54\%$. Показателями эластичности: коэффициент эластичности снижен на $32-35\%$ и порог сократительного ответа – на $24-26\%$.

ВЫВОД. Функциональные изменения у пациентов после операций по поводу рака прямой кишки, сопровождающиеся явлениями недержания кишечного содержимого, обусловлены двумя причинами, а именно нарушениями анального и кишечного компонентов держания.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИММУНОДИАГНОСТИКЕ ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К.,
Гобеджишвили В.В., Жабина А.В.

ФБГОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

Активация нейтрофилов при воспалительных процессах приводит к быстрому высвобождению дефензинов, которые затем обнаруживаются в плазме и других жидкостях организма. Нарушение активации дефензинов влечет за собой внедрение возбудителя даже при малом его количестве.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить содержание α -дефензинов, ИЛ-6, ИЛ-8 у больных с острым парапроктитом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Обследовано 20 больных с острым парапроктитом и 20 практически здоровых лиц. Группы больных и здоровых лиц были сопоставимы по возрасту (от 24 до 63 лет), во всех группах преобладали мужчины. Из 20 больных у 15 (75%) пациентов был подковожно-подслизистый, у 4 (20%) – ишиоректальный и у 1 (5%) – пельвио-ректальный парапроктит. Определение в сыворотке крови концентрации интерлейкинов 6 и 8 (ИЛ-6, ИЛ-8) осуществляли тест-наборами фирмы «Вектор-Бест», α -дефензинов – с помощью тест-набора фирмы «Нусcult Biotech».

РЕЗУЛЬТАТЫ. Уровень ИЛ-6, ИЛ-8, α -дефензинов и токсической зернистости нейтрофилов у больных острым парапроктитом на момент госпитализации был, по сравнению со здоровыми пациентами, снижен на $15-20\%$. После радикального вскрытия острого парапроктита к 3 суткам эти показатели достигали уровня здоровых людей, а после 5 суток превышали их в $1,5-2$ раза.

ВЫВОДЫ. Таким образом, анализ полученных данных показал, что у всех обследуемых пациентов с острым парапроктитом уровень ИЛ-6, ИЛ-8, α -дефензинов был снижен, по сравнению со здоровыми лицами. На фоне проводимого лечения эти показатели прогрессивно повышались, что может служить критерием эффективности проводимой терапии.

ЛЕЧЕНИЕ ИНТРА- И ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Лаврешин П.М., Линченко В.И., Владимиров О.В.

ФБГОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хронический парапроктит в структуре колопроктологических заболеваний занимает второе место после геморроя.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сократить сроки лечения больных и интра- и трансфинктерными свищами прямой кишки

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты лечения 96 больных с интра- и трансфинктерными свищами прямой кишки. Критерии включения: свищи с расположением наружного свищевого отверстия на расстоянии более 3 см от ануса. Интрасфинктерные свищи иссекали в просвет прямой кишки копьевидным разрезом с вершиной копья в анальном канале. При трансфинктерных свищах ушивались рассеченные волокна сфинктера. Дистальную часть раны до основания «копья» ушивали наглухо.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ. Больных выписывали из стационара на 4-5 сутки, швы снимали амбулаторно. Применением такой лечебной тактики удалось добиться сокращения сроков заживления ран при интра- и трансфинктерных свищах, в среднем, на 7,4 суток, по сравнению с 78 пациентами, у которых рана полностью заживала вторичным натяжением. Нагноения раны, рецидивов свищей не было.

ВЫВОДЫ. Предложенная лечебная тактика позволяет сократить сроки заживления ран при лечении интра- и трансфинктерных свищах прямой кишки.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Лаврешин П.М., Муравьев А.В., Гобеджишвили В.К., Гобеджишвили В.В., Жабина А.В.

ФБГОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ. В структуре колопроктологических заболеваний хронический геморрой занимает первое место, удельный вес его составляет от 34 до 41%.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить результаты ретроградной геморроидэктомии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Проанализированы результаты лечения 230 больных, которым выполнена ретроградная геморроидэктомия. При обследовании больных применяли общеклинические и инструментальные методы исследования (осмотр, пальпацию, аноскопию, ректороманоскопию, фиброколоноскопию). Методика операции: ножку узла выше зубчатой линии прошивали и перевязывали. Ниже лигатуры она пересекалась, и последовательно, по мере удаления внутреннего и наружного геморроидальных узлов, рана ушивалась непрерывным кетгуттовым швом с захлестом нити. Для выявления предрасположенности к патологическому рубцеобразованию у всех больных определяли тип ацетилирования. Оказалось, что 154 (66,9%) пациента обладали высокой ацетиляторной способностью, что указывало на склонность к формированию у них патологических рубцов. Этим больным в послеоперационном периоде проводилась комплексная противорубцовая терапия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ. У 3 больных возникло раннее и у 2 пациентов позднее вторичное кровотечение. У 1 больного диагностирован острый подкожный парапроктит, у 4 оперированных с предрасположенностью к патологическому рубцеобразованию – стриктура анального канала.

ВЫВОДЫ. Предложенная методика позволяет выполнить операцию с минимальной кровопотерей, своевременно провести комплексную противорубцовую терапию, направленную на профилактику развития стриктуры анального канала.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

Ломоносов А.Л., Благодарный Л.А., Ломоносов Д.А., Калинин М.Н.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия
Тверской государственный медицинский университет, Тверь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Острый тромбоз геморроидальных узлов (ОТГУ) осложняет течение хронического геморроя в 22-90% случаев.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Отработка методов амбулаторного лечения пациентов с ОТГУ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обследовано 59 пациентов с ОТГУ из них 33 (55,9%) мужчины. У большинства – 54 (91,1%) пациентов был выявлен ОТГУ 1 степени тяжести, у 4 (6,8%) больных – 2 степени, и у 1 (1,7%) пациента – 3 степени. Одиночный наружный тромбированный узел был выявлен у 48 (81,4%) пациентов, два узла без четкой границы между ними отмечены у 4 (6,8%) пациентов, у 7 (11,9%) пациентов выявлено три узла без четкой границы между ними. У 3 (5,1%) пациентов выявлен некроз слизистой оболочки геморроидального узла с кровотечением. Интенсивность боли до обращения к проктологу оценивалась как выраженная ($7 \pm 2,3$ баллов по ВАШ) 17 (28,8%) больными. Умеренные боли ($3 \pm 1,4$ баллов по ВАШ) отметили 30 (50,9%) пациентов, а их отсутствие – 12 (20,23%) больных. При обращении к проктологу выраженные боли выявлены у 5 (8,5%) пациентов, умеренные – у 31 (52,5%) больного, отсутствие болей отмечено у 23 (39%) больных. У большинства пациентов (37;62,7%) причину ОТГУ выявить не удалось.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При выявлении ОТГУ 1 и 2 стадии с четкими границами узлов у 22 (37,3%) больных проведено срочное иссечение тромбированных геморроидальных узлов под местной анестезией. Выраженность болей в послеоперационном периоде в первые 4 суток была умеренной ($4 \pm 2,1$ баллов по ВАШ), в дальнейшем боли отсутствовали. Средний срок лечения этих пациентов составил $11 \pm 4,1$ суток. Консервативное лечение проводилось у 33 (55,9%) больных с использованием комбинированных препаратов, содержащих обезболивающие, тромболитические и противовоспалительные компоненты, а также комбинированных флеботонических препаратов. Интенсивность болевого синдрома в первые четверо суток была умеренной ($5 \pm 2,3$ баллов по ВАШ), при этом боли сохранялись до 7 суток. Средний срок лечения таких больных (от начала заболевания) составил $20 \pm 3,3$ суток. Отсроченная геморроидэктомия выполнена у 4 (6,8%) больных при ОТГУ 2 и 3 стадии, после проведения комплексной терапии, стихания воспалительных явлений, появления границ геморроидальных узлов. Средний срок лечения этих пациентов составил $23 \pm 4,1$ суток.

ВЫВОДЫ. Пациентам с ОТГУ 1-2 ст. тяжести с четкими границами узлов показано срочное хирургическое лечение в амбулаторных условиях. При выраженном воспалительном процессе, осложняющем течение ОТГУ, выполнение геморроидэктомии возможно только после проведения консервативной терапии и характеризуется положительными результатами в послеоперационном периоде.

ТАЗОВЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В АМБУЛАТОРНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Ломоносов Д.А., Ломоносов А.Л.,
Еремеев А.Г., Лисин И.Е.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Россия

Тазовый болевой синдром (ТБС) распространенное, но недостаточно изученное заболевание.

ЦЕЛЬ. Изучить этиологию, особенности болевого синдрома, состояние анального канала и структур тазового дна у больных ТБС.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Обследовано 55 человек в возрасте $46 \pm 2,8$ лет, из них 29 (52,7%) женщин. Всем больным выполнено пальцевое ректальное исследование, ректороманоскопия или аноскопия, по показаниям КТ пояснично-крестцового и крестцово-копчикового отделов позвоночника, МРТ, УЗИ органов малого таза, колоноскопия, проводились консультации уролога, гинеколога. Органической патологии в прямой кишке не выявлено.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Патология позвоночника выявлена у 50 (90,9%) больных, у 37 (67,3%) пациентов в анамнезе была травма копчика, операции на прямой кишке, синдром раздражённого кишечника, дивертикулярная болезнь, у 14 (25,5%) больных диагностированы гинекологические заболевания. При обращении в 27,3% случаев (15 больных) болей отмечено не было. На умеренную боль жаловались 21 (38,2%) пациент, на боли средней интенсивности – 17 (30,9%), на сильные – 2 (3,6%) больных. Диагноз анусалгия установлен у 22 (40,0%) пациентов, у 19 (34,5%) – проктология, у 14 (25,5%) – кокцигодения. Боли локализовались заднем проходе, прямой кишке, копчике в 43,6% случаев (у 24 больных). При этом в 7,3% случаев (у 4 больных) отмечена иррадиация болей в другие зоны иннервации пуборектального нерва. Боли в промежности сочетались с болями в ягодицах, внизу живота, нижних конечностях в 49,1% случаев (у 27 больных). При пальцевом ректальном исследовании боли отметили 36 (65,5%) больных. При пальцевом ректальном исследовании и одновременной пальпации в области копчика у пациентов были выявлены боли в различных сочетаниях: на коже над основанием копчика – у 2 (3,6%); при надавливании на верхушку копчика – у 10 (18,2%); боли в анальном канале – у 9 (16,4%); в мышцах таза и крестцово-остистой связке – у 24 (46,3%).

ВЫВОДЫ. Больные ТБС – это пациенты трудоспособного возраста, лечение которых является социально значимой задачей. Возможными причинами болей является патология позвоночника, женской половой сферы, мочевыделительной системы. Представляется обоснованным лечение больных данной группы проктологом совместно с врачами смежных специальностей.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА СПОСОБА ОПЕРАЦИИ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДАХ И КИСТАХ

Магомедова З.К., Грошин В.С.,
Чернышова Е.В., Воронова О.В.

Ростовский государственный медицинский
университет, кафедра хирургических болезней № 2,
Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургическое лечение эпителиальных копчиковых ходов (ЭКХ) относится к одной из

актуальных и до конца нерешенных проблем колопроктологии. По данным литературы, частота рецидивов этой патологии достигает 30%. Неудовлетворенность существующими способами хирургического лечения рецидивных ЭКХ требует разработки новых высокоэффективных способов их хирургического лечения с учетом особенностей патологического процесса и причин рецидивов.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов радикального хирургического лечения рецидивных ЭКХ и кист за счет обоснования применения нового способа оперативного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ результатов лечения 80 пациентов с ЭКХ, оперированных повторно. Сроки послеоперационного мониторинга составили от 6 до 12 месяцев. Применены три категории оперативных вмешательств. Обязательным компонентом оперативного вмешательства являлось радикальное иссечение копчиковых ходов и кист. В исследуемой группе 22 (27,5%) пациентам применен «Способ хирургического лечения рецидивных эпителиальных копчиковых ходов» (патент РФ № 2556617). Способ включает в себя нанесение двух окаймляющих волнообразных разрезов, радикальное иссечение копчиковых ходов, нанесение Г-образных послабляющих разрезов с последующей пластикой встречными кожно-подкожно-фасциальными лоскутами. В I контрольную группу включены 30 (37,5%) больных, оперированных радикально с ушиванием раны наглухо по МакМиллан-Донати. Во II контрольную группу вошли 28 (35%) пациентов, которым выполнено иссечение ЭКХ с подшиванием краев раны ко дну и ликвидацией остаточной полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Анализ результатов применения разработанного способа показал отсутствие послеоперационных рецидивов у пациентов основной группы. В одном наблюдении возникло нагноение раны, которое потребовало снятия 2-3 швов, рана зажила вторичным натяжением без рецидива заболевания. Сроки заживления послеоперационной раны составляли от 9 до 15 суток. Среди пациентов I контрольной группы (сроки заживления ран составили от 10 до 25 суток) зарегистрировано 3 (10%) рецидива, возникших через 1-1,5 месяца, а также 2 (7,1%) рецидива заболевания во II контрольной группе, развившихся в течение 2 месяцев.

ВЫВОДЫ. Разработанный «Способ хирургического лечения рецидивных эпителиальных копчиковых ходов» позволяет повысить эффективность хирургического лечения рецидивных ЭКХ за счет радикального иссечения копчиковых ходов и пластического закрытия операционной раны, что уменьшает натяжение краев раны, препятствует прорезыванию швов у дна, формированию и нагноению остаточных полостей, тем самым, уменьшая вероятность возникновения рецидивов заболевания и послеоперационных осложнений. Сохранение кровоснабжения перемещенных лоскутов препятствует развитию их ишемии и некроза и способствует формированию эластичного рубца без деформации, что обеспечивает качественный косметический результат.

Уменьшение средней продолжительности госпитализации больных за счет сроков заживления и ранней реабилитации делает предложенный способ социаль-но значимым и экономически эффективным.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

Муравьев А.В., Ефимов А.В., Линченко В.И.

ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ. Наиболее частой формой недостаточности анального сфинктера является посттравматическая, которая составляет 60-80% от всех видов недержания кишечного содержимого.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Нами прооперировано 347 больных с посттравматической недостаточностью анального сфинктера. С после родовыми разрывами промежности – 244, бытовой травмой – 63, послеоперационной – 27 и огнестрельным повреждением сфинктера – 13 пациентов. Сфинктеропластика выполнена у 23 больных, сфинктеролеваторопластика – у 175, у 41 больной – сфинктероглютеопластика в нашей модификации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ. Отдаленные результаты прослежены нами у 227 (76,5%). Сфинктеропластика – хороший результат получен у 8 (57,2%), удовлетворительный – у 5 (35,7%) и неудовлетворительный – у 1 (7,1%) больной. Сфинктеролеваторопластика – хороший результат получен у 115 (90,1%), удовлетворительный – у 9 (7,4%) больных и неудовлетворительный – у 3 (2,6%). Сфинктероглютеопластика. Хороший результат – у 28 (80%) пациентов, удовлетворительный – у 5 (14,3%), неудовлетворительный – у 2 (5,7%).

ВЫВОДЫ. Выбор адекватного метода хирургического лечения влияет на его результат.

ПРОФИЛАКТИКА АНАЛЬНОГО СТЕНОЗА У БОЛЬНЫХ С ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К ГРУБОМУ РУБЦЕОБРАЗОВАНИЮ

Муравьев А.В., Лысенко О.В., Гобеджишвили В.В., Оверченко Д.Б.

МБУЗ «2-я городская клиническая больница», Ставрополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Частота стенозов анального канала у больных, оперированных по поводу доброкачественных заболеваний прямой кишки и перианальной области, колеблется в пределах 1,7-9%.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Внедрения новой модификации операции геморроидэктомии для улучшения результатов лечения больных геморроем с предрасположенностью к грубому рубцобразованию.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Группу сравнения составили 168 (53,2%) пациентов, которым выполнена классическая геморроидэктомия в I и II модификациях НИИ проктологии. В основную группу отнесены 148 (46,8%) больных, имевших склонность к избыточному рубцеванию. Им выполнялась разработанная нами методика геморроидэктомии, способствующая минимальному повреждению перианальной кожи и максимальному сохранению слизистой анального канала (патент на изобретение № 2551943 от 28.04.15).

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ. В ближайшие сроки после операции осложнения (49-15,5%) возникли у 29 (9,2%) больных: 24 (14,3%) леченных традиционными методами и 5 (3,4%) пациентов, которым применен разработанный нами метод лечения. При анализе отдаленных результатов лечения рецидивов заболевания

не отмечено.

ВЫВОД. Предложенная модификация геморроидэктомии у больных хроническим геморроем со склонностью к избыточному рубцобразованию позволила значительно уменьшить количество послеоперационных осложнений, улучшить функциональные результаты лечения.

РОЛЬ ДРЕНИРУЮЩЕЙ ЛИГАТУРЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Мусин А.И., Алиев С.Р.

Кафедра Госпитальной хирургии № 1 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Острый парапроктит – распространенное заболевание, с которым приходится встречаться колопроктологу в повсеместной практике с частотой 2 человека на 10000 населения в год. Тактика лечения больных со сложными формами острого парапроктита (ишиоректальный, пельвиоректальный и ретроректальный парапроктит), в настоящий момент не вызывает больших вопросов и сводится к вскрытию и дренированию полостей и затеков в клетчаточном пространстве таза. Однако, вскрытие гнойника параректальной клетчатки не приводит излечению от основного заболевания. Необходима радикальная операция – иссечение свища прямой кишки, что требует правильной подготовки операционного пространства для второго этапа лечения.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты лечения больных экстрасфинктерными или высокими транссфинктерными свищами прямой кишки, осложненными острым парапроктитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В университетской клинике кафедры по хирургии с 2014 по 2016 гг. находилось 185 пациентов с ишиоректальными и пельвиоректальными парапроктитами. При криптогландулярной этиологии абсцесса, пациентам выполнялось двухэтапное лечение. Первым этапом всем проводилось вскрытие и дренирование абсцесса и всех затеков в клетчаточные пространства таза под общим обезболиванием. В случае выявления четкого внутреннего свищевого отверстия или гнойного хода, а также отсутствия выраженной сопутствующей соматической патологии, выполнялось проведение дренирующей лигатуры «Сетон». Эта манипуляция осуществлена нами у 47 (25,4%) пациентов. В последующем пациенты выписывались из стационара на 1-3 месяца. После формирования свища и заживления раны, больным проводилось обследование, направленное на выявление дополнительных затеков, определение характера свищевого хода и степень вовлечения мышц анального сфинктера (трансрентальное УЗИ, фистулография, и сфинктерометрия). Вторым этапом проводилось иссечение свища.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Проведение дренирующей лигатуры «Сетон» позволило проводить адекватную санацию полости абсцесса в амбулаторных условиях и исключить преждевременное закрытие раны, и снижало воспалительный процесс параректальной клетчатки, что исключало формирование рецидивного абсцесса в послеоперационном периоде. При этом четкий свищевой ход сформировался в 100% наблюдений. При ультразвуковом исследовании дополнительных затеков в параректальную клетчатку диагностировано не было. У 13 (27,6%) пациентов выявлен экстрасфинктерный свищ, а у 14 (29,8%) – высокий транссфинктерный свищ, проходящий через поверхностную и частично глубокую порцию наружного сфинктера. У 20 (42,6%) пациентов сформировался низкий транссфинктерный свищевой ход. При проведении лига-

туры нам встречались сложности, такие как отсутствие четкой визуализации внутреннего свищевого отверстия, что заставило отказаться от дренирования у 85 (45,9%) пациентов. У 3 больных сформирован ложный свищевой ход через соседнюю интактную крипту, что подтверждено ТРУЗИ.

ВЫВОДЫ. Таким образом, проведение дренирующей лигатуры при остром парапроктите позволяет сформировать четкий свищевой ход, при этом «Сетон» позволяет длительно дренировать полость абсцесса и все имеющиеся затеки, препятствует преждевременному закрытию послеоперационной раны и позволяет проводить адекватную санацию в амбулаторных условиях для уменьшения воспаления клетчатки таза. При отсутствии четкой визуализации внутреннего свищевого отверстия не следует проводить дренирующую лигатуру.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ИНСТИЛЛАГЕЛЬ» В АМБУЛАТОРНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Мухин А.Г., Мухин И.А., Клименко К.А.,
Комарова М.Ю., Волкова О.В.

Клиника Андрологии, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проктологическое обследование (пальцевое исследование, аноскопия, ректороманоскопия и т.д.) особенно при наличии патологии в аноректальной области, сопровождается травмирующим воздействием на сфинктер прямой кишки, анодерму и слизистую оболочку, вызывая болевые ощущения. Это, в свою очередь, может привести к снижению эффективности лечебно-диагностических манипуляций.

Одной из проблем в колопроктологии является ятрогенное воздействие после трансректальных вмешательств при обследовании и операциях.

Препарат «инстиллагель» успешно используется в практике урологии и акушерства-гинекологии более 30 лет. Этот препарат представляет собой сочетание безопасных водорастворимых биополимеров, совместимых с тканями организма. Входящие в состав лидокаин и хлоргексидин обеспечивают достаточный анестезирующий, бактериостатический и бактерицидный эффект.

Использование «инстиллагеля» позволяет преодолеть травмы у пациентов при исследованиях и хирургических вмешательствах на прямой кишке, анальном канале и промежности.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка эффективности применения препарата «Инстиллагель» при обследовании и комбинированном лечении больных проктологического профиля в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С марта 2012 года по март 2017 года с применением данного препарата было обследовано и пролечено 441 человек. В группу входили лица обоего пола с 24 лет до 71 года. Соотношение мужчин и женщин составляло 40 к 60. Из них женщин – 265, мужчин – 176.

Для диагностических целей препарат «Инстиллагель» применен у 139 человек. Гель использовался в послеоперационном периоде, сразу после операции гель вводился через ректальный катетер и при болевом синдроме во время перевязок. При перевязках гель использовался в виде аппликаций на рану, что значительно снижало болевой синдром.

Введение препарата выполняли через пластиковый уретральный катетер от уровня переходной зоны анальной воронки, в анальный канал и нижеампулярный отдел прямой кишки, на высоту до 1 см, в объеме 6-11 мл. Время экспозиции составляло от 5 до 10 минут и было достаточным для достижения оптималь-

ного анестезирующего и дезинфицирующего эффекта. Антибиотики в комплексном лечении не применяли. Аллергических и побочных проявлений на введение препарата не наблюдали. Данная группа пациентов была оперирована с использованием радиоволнового хирургического аппарата Ellman Surgitron.

По заболеваниям все оперированные пациенты распределялись в следующем порядке:

Транссфинктерный свищ прямой кишки – 37
Интрасфинктерный свищ прямой кишки – 69

Анальная трещина – 93

Комбинированный геморрой II ст. – 115

Комбинированный геморрой III ст. – 127

Всего оперированных – 441 человек.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Клинический эффект оценивался по болевым ощущениям пациентов, состоянию раны в послеоперационном периоде. Анализ клинических данных показал хороший обезболивающий эффект.

При проведении специального клинического обследования в семи случаях при анальной трещине результат был неудовлетворительным в связи с выраженным спазмом сфинктера. При свищах прямой кишки в 5 случаях нами отмечен выраженный болевой синдром, связанный с большой площадью послеоперационной раны. Данной группе пациентов потребовалось комбинированное лечение в послеоперационном периоде. В остальных случаях больные не отмечали выраженных болей, что давало возможность выполнить качественные диагностические манипуляции в полном объеме. В данном исследовании нами наблюдались 37 беременных, 14 из них на ранних сроках беременности (11-15 недель), 23 – на поздних сроках беременности (37-39 недель). В данном случае препарат «инстиллагель» применялся на поздних сроках беременности для уменьшения болевого синдрома с целью анестезирующего и бактерицидного эффекта.

Использование «Инстиллагеля» при проведении операции позволило снизить количество местно анестезирующих средств, в среднем, на 20-25% без ущерба для обезболивающего эффекта. Применение геля на перевязках в послеоперационном периоде позволило проводить адекватную ревизию и обработку ран в анальном канале, не вызывая дискомфортных ощущений у пациентов. В ранах не наблюдалось слизисто-гнойных выделений, грануляции и эпителизация наступает в более ранние сроки.

При использовании препарата в комплексном консервативном лечении острых воспалительных заболеваний анального канала и периаанальной области отмечаем тенденцию к снижению сроков лечения. Проводилось ректальное введение через катетер препарата «инстиллагель» – 3-5 процедур через день. К концу курса практически полностью отмечали купирование болевого синдрома.

ВЫВОДЫ. Препарат «Инстиллагель» имеет широкий спектр показаний к применению в амбулаторной колопроктологии.

Препарат одинаково хорошо применяется в послеоперационном периоде при хроническом геморрое, анальных трещинах, свищах прямой кишки и остром тромбозе наружных геморроидальных узлов.

Данный гель обеспечивает анестезирующий, бактерицидный эффект в ближайшем послеоперационном периоде и во время перевязок при заболеваниях проктологического профиля, достаточный психологический и физический комфорт больного при проведении исследований, консервативной терапии, выполнении операций и перевязок при заболеваниях проктологического профиля.

Высокая антимикробная активность препарата позволяет использовать его для профилактики и местного лечения гнойно-воспалительных заболеваний прямой кишки и промежности.

Применение радиоволнового прибора Ellman Surgitron в комплексе с препаратом «Инстиллагель» значительно улучшает его действие в послеоперационном периоде.

РАДИОВОЛНОВАЯ ХИРУРГИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-КОЛОПРОКТОЛОГА

Мухин А.Г., Мухин И.А., Клименко К.А.,
Комарова М.Ю., Волкова О.В.

Клиника Андрологии, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В России на стационарное лечение пациентов расходуется до 80% средств выделяемых на здравоохранение (Ю.Л.Шевченко, 2000 г.)

Согласно данным зарубежных авторов, до 40-50% плановых хирургических вмешательств можно выполнить в амбулаторных условиях.

Разработка и внедрение малоинвазивных технологий в амбулаторной хирургии является одним из путей повышения экономической эффективности медицинского учреждения. Малоинвазивными называют технологии, которые за счет применения специальных инструментов и методик уменьшают хирургическую травму.

Внедрение новых методов в различные области современной медицины позволяет развивать амбулаторную хирургию. Одним из таких методов является радиоволновой метод, который в настоящее время широко используется в амбулаторной хирургии, колопроктологии, гинекологии, оториноларингологии, дерматологии.

Ирвинг Эллман ввел в 1973 году в хирургическую практику термин «радиоволновая хирургия», имея в виду диапазон частот 3,8-4,0 МГц, в котором повреждение тканей является минимальным.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Показать возможности радиоволнового хирургического аппарата Сургитрон в амбулаторных условиях. В настоящее время в связи с развитием стационароразмещающих технологий в медицине все большее распространение получают малоинвазивные способы лечения хирургических заболеваний в амбулаторных условиях.

К малоинвазивным методам амбулаторного лечения относятся: инфракрасная фотокоагуляция, склерозирование геморроидальных узлов, вакуумное лигирование, дезартеризация геморроидальных артерий под доплер контролем, применение радиоволнового аппарата «Сургитрон» для производства амбулаторных хирургических, проктологических и урологических операций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Радиоволновой скальпель Сургитрон производства фирмы «Ellman International inc» США применяется в отделении амбулаторной колопроктологии «Клиники Андрологии» г. Москвы с 1999 года.

С использованием данного аппарата мы проводили экстренные и плановые оперативные вмешательства при заболеваниях прямой кишки и промежности.

С применением аппарата в клинике произведено 7000 амбулаторных операций.

Соотношение мужчин и женщин составляет 40 к 60.

Средний возраст пациентов 40±5 лет.

В амбулаторных условиях проводились следующие оперативные вмешательства:

Острый тромбоз геморроидальных узлов, хронический геморрой, геморрой беременных (III триместр), удаление полипов анального канала, иссечение анальных трещин, иссечение подслизистых, подкожных свищей, интрасфинктерных свищей прямой кишки, хирургическое лечение острых парапроктитов, удаление доброкачественных новообразований перианальной области и анального канала (кондиллом, папиллом,

липом), иссечение гипертрофированных анальных сосочков, удаление анальных бахромок, радиоволновая биопсия прямой кишки, анального канала.

Применение радиоволнового аппарата при данной длине волны мягко воздействует на ткани.

Степень термического повреждения при использовании высокочастотной радиоволновой хирургии в 10 раз меньше по сравнению с традиционным электрохирургическим воздействием.

Преимущества высокочастотной радиохимирургии в 3,8-4,0 МГц:

- минимальное повреждение тканей;
- ускорение процессов регенерации тканей;
- стерилизующий эффект радиоволн частотой в 3,8-4,0 МГц;
- работа в сухом операционном поле;
- хороший косметический эффект.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Амбулаторное малоинвазивное хирургическое лечение проводилось пациентам средней возрастной группы. На амбулаторном лечении находились лица трудоспособного возраста, которые в силу своего рабочего графика (командировки, поездки) не могут позволить себе лечение в условиях стационара. Пациенты после оперативного лечения и наблюдения в течение 1-2 часов направлялись домой в сопровождении родственников, чаще на личном автотранспорте.

Одним из условий являлось наличие постоянной телефонной связи с пациентом в течение недели после операции. Наблюдения и перевязки производились по предварительной записи.

График посещений согласовывался с администратором.

Метод высокочастотной радиоволновой хирургии имеет бесспорные преимущества по медицинским и экономическим показателям перед другими хирургическими методами.

Экономический эффект достигается сокращением времени проведения операции, уменьшением пребывания в стационаре, скорейшей реабилитацией пациентов, возможностью проведения операций амбулаторно.

Взятый для гистологического исследования материал с помощью радиоволнового аппарата резко отличается от взятого с помощью электрокоагулятора. В нем нет разрушения клеток и угугливания, это позволяет готовить гистологические срезы высокого качества.

Высокая экономическая эффективность. Окупаемость радиоволнового аппарата «Сургитрон» с учетом накладных расходов составляет 10-12 месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение радиоволнового хирургического аппарата «Сургитрон» в амбулаторных условиях, в колопроктологии является эффективным, сокращает сроки лечения, экономически оправдано.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ГЕМОРРОИДЕКТОМИИ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ СКАЛЬПЕЛЕМ

Мухин И.А., Кузьминов А.М., Фоменко О.Ю.,
Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Вышегородцев Д.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. В структуре колопроктологических заболеваний геморрой занимает одно из первых мест. Частота встречаемости геморроя среди всех колопроктологических заболеваний составляет до 40%. При хирургическом лечении геморроя 3-4 стадии нередко отмечаются такие осложнения, как недостаточность анального сфинктера – 1,8-4%, стриктура анального канала – до 8%, кровотечение – 2-10%. Потеря трудоспособности может составлять до 1,5 месяцев.

Геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем является одним из наиболее эффективных хирургических методов лечения хронического геморроя 4 стадии.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов лечения пациентов с 4 стадией геморроя.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России в период с 2015 по 2017 г. было оперировано 500 пациентов по поводу комбинированного геморроя 4 стадии, из них 281 (56,2%) мужчина и 219 (43,8%) женщин. Возраст пациентов составил 18-76 лет. Продолжительность заболевания варьировала от 1 года до 30 лет. Всем больным до и после операции на 10 и 45 день проводилось комплексное обследование: сбор анамнеза, пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия, профилометрия, ультразвуковое исследование ректальным датчиком, колоноскопия, анкетирование по опросникам VAS и по опроснику QoLSF-36.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Метод ультразвуковой геморроидэктомии является малотравматичным, а продолжительность его составляет всего $18,0 \pm 3,0$ мин. Результаты хирургического лечения больных геморроем 4 стадии прослежены в сроки от 45 дней до 1 года. Интраоперационных осложнений диагностировано не было. В раннем послеоперационном периоде в сроки до 10 дней у 10 (2,0%) пациентов развилось кровотечение из ран анального канала, что потребовало прошивания кровоточащих участков. Выраженный болевой синдром, оцененный в 7-10 баллов, диагностирован у 25 человек (5,0%). Длительно незаживающие раны диагностированы у 30 (6,0%) человек в сроки от 2 до 3 месяцев, а у 50 (10,0%) человек отмечены тенезмы. По данным аноректальной манометрии, выполненной на 45 сутки после операции, у 30 (6,0%) человек отмечалось снижение показателей анального давления в покое, что косвенно свидетельствует о снижении тонуса внутреннего сфинктера, 10 (2,0%) из этих пациентов предъявляли жалобы на периодическое недержание газов, что соответствует недостаточности анального сфинктера 1-2 степени. При оценке качества жизни пациентов использованная нами анкета QoLSF-36 позволила провести анализ состояния физического (РН) и психического (МН) здоровья. Так, на 10 сутки после операции полученные показатели $RN=42,76 \pm 8,16$ баллов, $MN=41,37 \pm 6,06$ баллов, соответствовали среднему качеству жизни пациентов, на 45 день, при оценке качества жизни, выявлено увеличение баллов – $RN=44,77 \pm 7,68$ баллов, $MN=43,46 \pm 5,60$ баллов, как психического, так и физического состояния пациентов, что свидетельствует об улучшении качества жизни по сравнению с ранним послеоперационным периодом.

ВЫВОДЫ. Несмотря на небольшое количество осложнений, таких как кровотечение, развившееся в послеоперационном периоде у 10 (2,0%) пациентов, отсутствие стриктур анального канала, у 30 (6,0%) пациентов при оценке функционального состояния тонуса сфинктера, нами отмечено снижение показателей, клинические проявления недостаточности анального сфинктера 1-2 степени отмечены у 10 (2,0%) пациентов. В связи с этим, мы считаем, что пациентам с недостаточностью анального сфинктера целесообразно проведение реабилитационных мероприятий, а именно, лечение по принципу биологической обратной связи, анальной электростимуляции и тибальной нейромодуляции.

ХРОНИЧЕСКИЕ РАНЫ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРОМЕЖНОСТИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Нехрикова С.В., Титов А.Ю.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лечение длительно незаживающих (хронических) ран анального канала и промежности остаются одной из актуальных проблем в медицине.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты лечения пациентов с незаживающими (хроническими) послеоперационными ранами анального канала и промежности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование (2011–январь 2017) были включены 285 пациентов после операций по поводу анальных трещин, геморроя, свищей прямой кишки. В основную группу вошли 141 пациент с хроническими ранами, существующими от 46 до 125 дней, в среднем, $82,7+48,3$. Контрольную группу составили 144 пациента, у которых раны зажили в нормальные сроки (в течение полутора месяцев после хирургического лечения).

У 42,6% пациентов основной группы в анамнезе были указания на заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП). В контрольной группе лишь 3,5% пациентов в прошлом перенесли ЗППП ($p<0,001$).

Всем пациентам (основной и контрольной группы) проводились цитологические, патоморфологические, бактериологические, бактериоскопические исследования, ПЦР из области послеоперационных ран.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При проведении цитологических исследований в раневых мазках-отпечатках у 91,5% пациентов основной группы были обнаружены гигантские клетки типа инородных тел. У всех пациентов контрольной группы на 25 день наблюдалась активная репарация в мазках-отпечатках из области послеоперационных ран ($p<0,001$). Микроорганизмы, принадлежащие к ЗППП, выявлены у всех пациентов основной группы и у 98,4% из них это были патогенные микроорганизмы (*Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Cytomegalovirus*, *Herpesvirus*). Тогда как у пациентов контрольной группы были обнаружены только условно-патогенные инфекции, передаваемые половым путем (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans*) в 22,2 случаев ($p<0,01$). Лечение хронических ран проводилось с учетом чувствительности к микроорганизмам, вызывающих ЗППП. Пациенты основной группы были излечены, в среднем, на $22 \pm 6,9$ дней после лечения инфекций, передаваемых половым путем.

ВЫВОДЫ. При анализе анамнеза жизни у пациентов с хроническими послеоперационными ранами часто выявленных инфекций, передаваемых половым путем, была 42,6%, тогда как у пациентов контрольной группы всего 3,5%. Замедление репаративных процессов у больных с длительно незаживающими ранами может поддерживаться инфекционными агентами, передающимися половым путем.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ NAL-RAR ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ В СТАЦИОНАРЕ «ОДНОГО ДНЯ»

Плешков А.С.

Медицинский центр «Авиценна», Симферополь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморроидальная болезнь является одной из самых распространенных проблем общества, требующая развития малоинвазивных и эффектив-

ных методов лечения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка эффективности лечения, болевого синдрома и реабилитации после HAL-RAR в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с апреля 2016 г. по май 2017 г. проанализирован опыт применения метода HAL-RAR у 38 пациентов. Мужчин 25 (66%), женщин 13 (34%). Средний возраст 44 года. Распределение по стадиям заболевания: II – 9 чел. (24%), III – 16 (42%) чел., IV – 13 (34%) чел.. Сочетанная патология: хроническая анальная трещина (3), гипертрофированные анальные сосочки (2). У большинства пациентов имелся также наружный компонент различной степени выраженности. Подготовка – микроклизмы с Цитратом натрия. Все пациенты оперированы в условиях стационара «одного дня» под спинальной анестезией с использованием аппарата А.М.И. HAL-Doppler II. В конце операции выполнялась периаанальная блокада раствором Наропина 10%-10 мл, что значительно снизило болевой синдром в первые 6 часов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. 24 пациентам выполнена HAL-RAR в чистом виде, сочетанные операции – HAL-RAR + радиоволновое иссечение наружных узлов (10), трещины (3), анальных сосочков (2), лазерная вапоризация наружных узлов (2). Время пребывания в клинике 4-6 часов. Болевой синдром купировался НПВС и оценивался по шкале ВАШ: 6 ч. – 3,7, 12 ч. – 4,8, 1 сутки – 3,4, 2 сутки – 3, 3 сутки – 2,7, 1 неделя – 1,6, 2 неделя – 0,5. Осложнения: рефлекторная задержка мочеиспускания – 2, тромбоз наружных узлов – 2, кровотечений, рубцовых стриктур не было. Срок реабилитации перед возвратом к трудовой деятельности составил от 2 до 7 суток в зависимости от стадии. Осмотры в динамике: 1 сутки, 2 недели, 1-3-6-12 месяцев. Оценка результатов по критериям: субъективная оценка качества жизни, выпадение узлов, кровотечения, дискомфорт, остаточные наружные узлы (косметический эффект), аноскопия. 93% пациентов отметили хороший результат (отсутствие жалоб), удовлетворительный – 7% (периодический дискомфорт на фоне тугого стула или тяжелых физических нагрузках). Пациенты, у которых сохранялись элементы наружного геморроя, от удаления воздержались в связи с его уменьшением и редкими или бессимптомными проявлениями.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ. Метод HAL-RAR хорошо зарекомендовал себя в лечении геморроя на II-IV стадиях ввиду своей патогенетической обоснованности, значительно меньшими болевым синдромом и сроком реабилитации, высокой эффективностью и возможностью применения в амбулаторных условиях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Райымбеков О.Р., Жолболдуев Ж.М., Айдаров У.А.

ОшГУ мед.фак, кафедра «Общей хирургии», Ош, Кыргызстан

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморрой – одно из частых заболеваний дистального отдела прямой кишки, которым страдают до 10% взрослого населения, среди них от 10% до 50% больных геморроем нуждаются в лечении, причем половина – в оперативном. Геморрой встречается в любом возрасте, однако наиболее часто страдают лица трудоспособного возраста, что обуславливает большие экономические затраты. Несмотря на большое число специальной литературы, многие вопросы лечения геморроя и его осложнений продолжают оставаться дискуссионными, а выбор объема и метода хирургической коррекции при этом заболевании, до настоящего времени, окончательно не разрешены. К настоящему времени в литературе имеются сведе-

ния более чем о 250 способах хирургического лечения геморроя. Однако ни один из них нельзя признать, в известной степени, оптимальным, лишенным как ранних, так и поздних послеоперационных осложнений. Очевидно, этим объясняется то, что в литературе до сих пор нередко встречаются весьма противоречивые данные о результатах лечения. В настоящее время в странах СНГ наибольшее распространение получила геморроидэктомия по типу операции Милигана-Моргана, в различных его модификациях. Последние годы широко применяются малоинвазивные методы лечения хронического геморроя.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты хирургического лечения больных с хроническим геморроем II-III стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. На базе хирургического отделения Ошской городской клинической больницы с 2015 по 2016 гг. находились 145 больных с диагнозом хронический геморрой, при этом у 13 (9%) больных диагностирован хронический геморрой и постгеморрагическая анемия, у 54 (37,2%) больных диагностирован геморрой 3 степени с кровотечением, у 78 (53,8%) диагностирован хронический геморрой 3 степени. Из них мужчин было 97 (66%), женщин – 49 (34%), в возрастном аспекте до 30 лет были 32 (22%), до 40 лет – 39 (27%), до 50 лет – 35 (24%), до 60 лет – 24 (16%) больных. У 81 (56%) больных одновременно выпадали все внутренние узлы, а у 9 (6,2%) больных выпадали внутренние узлы только на 11 и 7 часах. Больные с постгеморрагической анемией оперированы после коррекции анемии, в связи с этим, у этих больных длительность койко-дней достигала 21 койко-дня. 90 (62%) больным произведена операция закрытой геморроидэктомии, 55 (38%) больным произведена операция дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с мукопексией и совместным удалением наружных геморроидальных узлов. Операции произведены под сакральной анестезией.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В послеоперационном периоде у больных, перенесших операцию дезартеризации геморроидальных узлов с мукопексией, болевой синдром был менее выраженным, больные вели себя активно, у этих больных рефлекторная задержка мочеиспускания не отмечена. А у больных с закрытой геморроидэктомией болевой синдром был более выраженным, у 7 (4,8%) больных, которые прошли после инъекции комплекс обезболивающих, отмечена задержка мочеиспускания. Средние сроки пребывания больных в стационаре – 8,3 койко-дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. 1. Хроническим геморроем оперированы больные, в основном, наиболее трудоспособного возраста – 130 (89,6%) больных.

2. Дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией сопровождается маловыраженным болевым синдромом.

3. Совместное удаление наружных геморроидальных узлов при дезартеризации геморроидальных узлов, исключает осложнения со стороны наружных геморроидальных узлов в перспективе.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ПАРАРЕКТАЛЬНОГО СВИЩА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ

Райымбеков О.Р., Жолболдуев Ж.М., Айдаров У.А.

ОшГУ мед.фак, кафедра «Общей хирургии», Ош, Кыргызстан

АКТУАЛЬНОСТЬ. По данным ВОЗ, у 20-30% пациентов, поступающих в хирургическое отделение, имеются сочетания 2-3 хирургических заболеваний, и с каждым годом наблюдается рост числа больных

с сочетанными заболеваниями, требующими оперативного лечения. Среди проктологических больных с неопухольевыми заболеваниями анального канала и прямой кишки наиболее часто встречаются сочетание хронического геморроя с параректальными свищами. Однако, следует отметить, что если одни исследователи указывают на необходимость расширения показаний к этим операциям, отмечая их положительные качества, то другие очень осторожно подходят к этому вопросу, обосновывая свои взгляды высоким процентом осложнений, и указывают, что эти операции должны выполняться хирургом высокой квалификации и только по очень строгим показаниям.

Как утверждают многие исследователи, преимущество сочетанных операций заключается в следующем: больной одновременно излечивается от 2 или 3 хирургических заболеваний, предупреждается прогрессирование патологического процесса, оперативное вмешательство, по поводу которого откладывается на более поздний срок, сокращается время суммарного пребывания больного в стационаре и последующего лечения, устраняется риск повторного наркоза и его осложнений, отпадает необходимость в повторном обследовании и предоперационной подготовке, повышается экономическая эффективность лечения.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты хирургического лечения больных с параректальным свищем в сочетании с хроническим геморроем II-III стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. На базе хирургического отделения Ошской городской клинической больницы с 2015 по 2016 гг. находились 63 больных с диагнозом хронический параректальный свищ. Из них мужчин было 57 (90,5%) женщин – 6 (9,5%). По возрасту до 30 лет – 22 (35%), до 40 лет – 12 (19%), до 50 лет – 18 (28,5%), до 60 лет – 11 (17,5%) больных. Соотношения свищевого хода к мышцам анального жома были интрасфинктерные у 7 (11%)% больных, трансфинктерные – у 31 (49%) больных, экстрафинктерные – у 20 (32%) больных. В большинстве случаев внутреннее отверстие свищевого хода диагностировано в «задних» криптах – у 27 (43%) больных, передний – у 16 (25%) больных и боковой – у 15 (24%) больных, у 5 (8%) больных внутренние отверстия свищевого хода не были найдены. Хронический геморрой 2-3 степени сопутствовал у 51 (81%) больного, хроническая анальная трещина и сахарный диабет сопутствовали в 6% случаях. В 27 (43%) случаях одновременно произведено иссечение параректального свища и закрытая геморроидэктомия, 36 (57%) больным произведено рассечение или иссечение параректального свища с ушиванием дна раны с открытым оставлением промежуточной раны.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В послеоперационном периоде у больных, перенесших сочетанную операцию геморроидэктомии с рассечением параректального свища, болевой синдром был более выраженным, у 3 (11%) больных, которые прошли после инъекции комплекс обезболивающих, отмечена задержка мочеиспускания. А у больных с изолированным рассечением параректального свища болевой синдром был менее выраженным, и больные вели себя активно, у этих больных рефлекторная задержка мочеиспускания не отмечена. За период наблюдения у 5 (8%) больных выявлены осложнения рецидивов болезни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. 1. Одновременная геморроидэктомия при лечении больных с параректальным свищем в сочетании с хроническим геморроем является методом выбора, так как наличие хронического геморроя увеличивает вероятность возникновения рецидива парапроктитов и других воспалительных заболеваний аноректальной области, кроме того, имеет медико-социальную и экономическую выгоду.

2. Хроническому геморрою сопутствует параректаль-

ный свищ в 81% случаях.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН С УЧЕТОМ СТЕПЕНИ СФИНКТЕРОСПАЗМА И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Рогожкина Е.А., Грошили В.С.,
Перепечаева А.В., Воронова О.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проблема эффективного лечения анальной трещины в настоящее время остается актуальной. Более трети больных – трудоспособные лица молодого и среднего возраста, что подчеркивает социальную значимость проблемы. Выраженный гипертонус внутреннего анального сфинктера является основной причиной формирования хронических трещин. Высокий процент рецидивов после иссечения хронической анальной трещины и сфинктеротомии (от 0,6% до 25%), а также осложнений лечения в виде инконтиненции и парапроктита (до 35%), диктует необходимость разработки комплексного подхода к лечению, включая функциональное исследование запирающего аппарата прямой кишки. Важно отметить, что у больных с патологией прямой кишки выявляются нервно-психические расстройства (с высоким уровнем реактивной тревожности и наличием невротического конфликта с эмоциональными срывами, что, в свою очередь, ухудшает качество жизни пациентов и влияет на физическую активность. Психоэмоциональный статус пациентов с хроническими анальными трещинами не исследован, к настоящему времени отсутствуют работы, посвященные этому вопросу.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты лечения больных с хроническими анальными трещинами путем разработки, обоснования выбора и клинического использования методов хирургического и медикаментозного лечения, создания алгоритма диагностических и лечебных мероприятий.

МЕТОДИКА. Проведен сравнительный анализ результатов лечения 210 пациентов с хроническими анальными трещинами в трех клинических группах. Первую группу составил 51 пациент с выявленными психоэмоциональными нарушениями с последующей их коррекцией согласно «Способа лечения хронической анальной трещины» (патент РФ № 2506054) в комплексе с традиционными методами хирургического лечения. Вторая группа сформирована из 52 пациентов с психоэмоциональными нарушениями (которым также проведена их коррекция указанным способом), оперированных с применением «Способа хирургического лечения хронической анальной трещины» (патент РФ № 2567279). Для качественного и достоверного сравнительного анализа, в третью (контрольную) группу включены 107 больных с хроническими анальными трещинами, оперированные традиционными методами, лечение которых проводилось без учета и коррекции нарушений психоэмоциональной сферы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Признаком, определяющим низкую эффективность хирургического лечения, стал сохраняющийся после операции гипертонус внутреннего сфинктера, этот показатель был наивысшим в III клинической группе, составив 17,8% (19 больных, впоследствии у 6 из них выявлены рецидивы). В то же время, во II группе (основной) после применения дилатации ретрактором и анопластики удельный вес сохранявшегося сфинктероспазма лишь 9,6% при 1,9% рецидивов (5 и 1 наблюдение, соответственно).

В то же время, в I клинической группе при коррекции психоэмоциональных расстройств результаты лучше таковых в III группе (контрольной). Отмечается также высокий «разброс» значений давления в III группе, повлиявший на итоговые показатели.

Несмотря на механический характер купирования спазма сфинктера в III группе, он не оказался более надежным и не дал стабильно постоянных результатов. Даже, несмотря на наибольшее число пациентов с послеоперационной слабостью сфинктера в III группе, общие показатели стойкого купирования гипертонуса (при контрольном исследовании через 6 месяцев) – хуже, чем в других группах. При этом, применение комплексного подхода и купирование психоэмоциональных нарушений в I группе позволило получить относительно стабильные положительные результаты, сопоставимые с таковыми во II (основной) группе, где эффект лечения наилучший. Отметим также, что длина внутреннего сфинктера, как функциональной зоны наибольшего давления была минимальной в III группе, что свидетельствует о большем повреждении сфинктера, а наибольшей – во II группе, указывая на его наилучшее восстановление. Лучшие результаты по изучаемым параметрам достигнуты в основной, II группе наблюдений, что подтверждают 80,8% хороших результатов при отсутствии жалоб и дисфункции сфинктера, при наличии всего 1,9% рецидивов. Сравнивая результаты лечения в группах с использованием традиционных способов купирования сфинктероспазма, необходимо отметить целесообразность использования разработанного способа коррекции психоэмоциональных нарушений, позволяющего влиять на положительные функциональные результаты лечения, что подтверждается преимуществом результатов в I клинической группе в сравнении с контрольной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. У большинства пациентов с хронической анальной трещиной (до 70,5% в наших исследованиях) имеются нарушения психоэмоционального статуса, выявляемые с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, усугубляющие тяжесть течения заболевания, коррекция которых в пред- и послеоперационном периоде позволяет стабилизировать функциональные результаты хирургического лечения. «Способ хирургического лечения хронических анальных трещин» (Патент РФ № 2567279), включающий иссечение трещины, контролирующую дивульсию анального сфинктера и V-Y анопластику показан к применению в условиях спазма внутреннего анального сфинктера, эффективность метода обусловлена индивидуальным учетом выраженности сфинктероспазма, возможностью адекватной его коррекции и меньшей вероятностью послеоперационной дисфункции сфинктера и развития инконтиненции.

ПОКАЗАНИЯ К ЭТАПНЫМ САНАЦИОННЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ОСТРОМ АНАЭРОБНОМ ПАРАПРОКТИТЕ

Сергацкий К.И.

Медицинский институт ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Одной из тяжелых форм воспаления параректальной клетчатки является анаэробный парапроктит, летальные исходы при лечении которого, нередко обусловлены невозможностью радикальной хирургической санации очага инфекции за одно вмешательство.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Выявление показаний к выполнению этапных санационных вмешательств у больных

острым анаэробным парапроктитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Под наблюдением за период с 2009 по 2016 гг. на стационарном лечении находилось 62 больных с острым анаэробным парапроктитом. Мужчин было 47 (75,8%), женщин – 15 (24,2%).

По SAPS тяжесть общего состояния пациентов при поступлении: средняя степень тяжести – в 38 (61,3%) случаях, тяжелое общее состояние – у 15 (24,2%) пациентов, крайне тяжелое состояние – 9 (14,5%) больных. Хирургические вмешательства выполняли в экстренном порядке. Традиционно выполняли широкое вскрытие очага воспаления, дополнительными разрезами вскрывали затеки в смежных анатомических зонах. Проводили некрэктомию нежизнеспособных тканей кожи, подкожной жировой клетчатки, фасций, мышц. Заканчивали хирургическое вмешательство обильным промыванием образовавшейся раны растворами антисептиков, дренированием (при необходимости) и установкой в рану салфеток, пропитанных раствором перманганата калия 0,2%, раствора перекиси водорода 3% или повидон-йода.

В послеоперационном периоде пациентам выполняли ежедневные (до 2-3 раз в день) перевязки, нередко под внутривенной седацией, во время которых санировали раневую поверхность растворами антисептиков, вскрывали вновь образовавшиеся гнойные затеки в области раны, по показаниям проводили дополнительную локальную некрэктомию.

С 2014 года в программу лечения пациентов с острыми анаэробными парапроктитами были включены этапные хирургические санации, под которыми понимали санационные операции, выполняемые «по требованию» в связи с отрицательной динамикой в процессе лечения, а так же выполняемые с целью контроля динамики гнойно-некротического процесса. Грозными настораживающими факторами, определяющими показания для повторных санационных оперативных вмешательств у больных острым анаэробным парапроктитом, служили выявляемые на перевязках не дренируемые затеки и обширные зоны продолженного некроза мягких тканей, продолжающееся обильное раневое отделяемое с резким запахом, отсутствие выраженной положительной динамики в лабораторных анализах, сохраняющаяся фебрильная лихорадка, признаки энцефалопатии, отрицательная динамика по данным джюльметрического исследования отделяемого послеоперационных ран. Так же показанием для выполнения хирургических санаций служил продолженный некроз мягких тканей по результатам КТ или МРТ, выраженный и/или распространенный некроз мягких тканей, выявленный на предыдущей санационной операции, в том числе, несмотря на, казалось бы, радикально выполненную ранее некрэктомию.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Только 21 (33,9%) пациенту понадобилось одно санационное оперативное вмешательство, выполненное в экстренном порядке. В последующем послеоперационном периоде лечение данных больных ограничилось интенсивной терапией и проведением ежедневных перевязок с мазями на водорастворимой основе (левомеколь, офломелид) и наложением вторичных кожных швов или применением методов местной пластики для устранения послеоперационных дефектов при полном очищении и появлении активных грануляций в ране. В 18 (29%) случаях выполнено 2 санационных хирургических вмешательства. Еще в 23 (37,1%) наблюдениях больным анаэробным парапроктитом потребовалось выполнение 3 последовательных санационных хирургических вмешательств.

Из общего количества больных острым анаэробным парапроктитом (62-100%) умерло 13 (21%) пациентов. Летальность до внедрения в программу лечения этап-

ных хирургических санаций (2009-2013 гг.) составила 26,5%. После внедрения в программу лечения пациентов этапных хирургических санаций (2014-2016 гг.) летальность снизилась до 14,3%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Своевременные повторные хирургические вмешательства, направленные на санацию очага воспаления у больных острым анаэробным парапроктитом, позволили снизить летальность у данной категории пациентов с 26,5 до 14,3%.

ВЫБОР ТЕХНОЛОГИИ ГЕМОРОИДЕКТОМИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

Соловьев А.О.^{1,2}, Соловьев О.Л.²,
Воробьев А.А.^{1,2}, Соловьева Г.А.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «ВолГМУ» Минздрава РФ,
² ЗАО МНПО «Клиника «Движение», Волгоград,
Россия

ВВЕДЕНИЕ. В России были внедрены и стали «золотым стандартом» малоинвазивные методы лечения геморроя. Но все они имеют низкую эффективность при IV стадии. В клинической практике встречается атипичное течение заболевания, когда геморроидальные узлы имеют разную степень выраженности, поэтому актуальность хирургических методов лечения сохраняется.

ЦЕЛЬ. Сравнение результатов применения аппарата «EnSeal» и ультразвукового скальпеля аппарата «Проксон» для выполнения геморроидэктомии в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2011 года в нашей клинике применяется аппарат «EnSeal», особенностью которого является то, что его рабочая часть не нагревается больше 1000 °С. Операция выполнялась по стандартной методике открытой геморроидэктомии без прошивания сосудистой ножки. С 2014 года нами выполнено 150 операции по поводу геморроя IV стадии методом открытой геморроидэктомии с помощью УЗ скальпеля аппарата «Проксон» с прошиванием сосудистой ножки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Нами выполнено 426 геморроидэктомий с помощью аппарата «EnSeal». Максимальный срок наблюдения составил 5 лет. Среди осложненных наблюдался выраженный болевой синдром у 28 (6,6%) пациентов, послеоперационные стриктуры анального канала в 12 (2,8%), а кровотечение в раннем послеоперационном периоде – в 2 (0,5%) случаях. Рецидивов не было зафиксировано. Средний срок эпителизации ран составил 35±7 дней. При открытой геморроидэктомии с помощью ультразвукового скальпеля было отмечено уменьшение интенсивности и длительности болевого синдрома, оцененного по ВАШ, а также, сокращение сроков заживления ран – полная эпителизация ран, в среднем, наступала за 20±7 дней. Процент осложнений не сильно отличался от традиционной методики.

ВЫВОДЫ. Методика геморроидэктомии аппаратом «EnSeal» соответствует основным требованиям по эффективности, безопасности, безболезненности и может быть рекомендована к применению в амбулаторной колопроктологии. Применение ультразвукового скальпеля сокращает сроки заживления, отмечается снижением болевого синдрома, но требует наблюдения за больным в связи с большей вероятностью развития кровотечений.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТАЗОВЫХ ПРОЛАПСОВ

Соловьев А.О.^{1,2}, Соловьев О.Л.²,
Воробьев А.А.^{1,2}, Соловьева Г.А.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «ВолГМУ» Минздрава РФ,
² ЗАО МНПО «Клиника «Движение», Волгоград,
Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Ректоцеле этиологически и патогенетически связано с опущением тазовых органов и является проявлением дисфункции тазового дна. Среди всех проктологических заболеваний диагностируется лишь у 3-7% больных. III степень отличается выбуханием задней стенки влагалища за пределы половой щели, определяющимся в покое. В заключительной стадии, когда при пальцевом исследовании определяется выпячивание передней стенки прямой кишки за пределы влагалища, заболевание может осложниться недостаточностью анального жома и сопровождаться выпадением и опущением матки, а также цистоцеле.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Разработать алгоритм лечения больных с комбинированными формами тазового пролапса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследования топографии промежности выполнялись при проведении обследования и оперативного лечения по поводу ректоцеле и недостаточности мышц тазового дна на базе ЗАО МНПО «Клиника «Движение». Среди них были 14 пациенток, имеющих III стадию ректоцеле в сочетании с опущением внутренних половых органов и цистоцеле. Нами применялась оригинальная методика передней сфинктеролеваторопластики с помощью одного шва, накладываемого в переменном направлении и разных плоскостях. Данная методика является недостаточной для коррекции осложненных форм ректоцеле, поэтому во время хирургического вмешательства у пациенток выполнялась передняя кольпоррафия и сакроспинальная фиксация шейки матки из продольного доступа в верхней трети влагалища. Все операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. Сфинктеролеваторопластика выполнялась как завершающий этап операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Нами пролечено 14 больных с ректоцеле и пролапсом внутренних половых органов у женщин в возрасте от 45 до 70 лет. Все выполненные нами вмешательства при осложненных формах ректоцеле имели хорошие результаты. Максимальный период наблюдения составил 5 лет. Рецидивов выявлено не было.

ВЫВОДЫ. При комбинированных пролапсах тазового дна и внутренних половых органов недостаточно выполнение только одного типа операций. Необходимы комбинированные операции, включающие фиксацию внутренних половых органов и восстановление тазового дна.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Соловьев А.О.^{1,2}, Соловьев О.Л.²,
Воробьев А.А.^{1,2}, Соловьева Г.А.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «ВолГМУ» Минздрава РФ,
² ЗАО МНПО «Клиника «Движение», Волгоград,
Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Свищи прямой кишки представляют собой одно из самых распространенных колопрок-

тологических заболеваний, их частота колеблется от 15 до 30%, их лечение остается довольно трудной и актуальной проблемой. Наибольшее число больных представлено людьми трудоспособного возраста от 30 до 50 лет, что является важной медико-социальной проблемой. Поиск новых методов лечения сложных параректальных свищей является крайне актуальной проблемой.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Разработка и внедрение способа малоинвазивного лечения сложных параректальных свищей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Особенность распределения склерозирующего препарата в нативном трупном материале изучалась на нефиксированных препаратах прямой кишки человека. Изучение комбинированного воздействия на свищевую ткань проводилось на 16 собаках различного веса, пола и возраста, имевших различные виды параректальных свищей. Материалом для клинической части исследования послужили результаты обследования и лечения 64 пациентов из них 50 мужчин и 14 женщин в возрасте 25 до 53 лет (средний возраст $40,2 \pm 5,1$ года), обратившихся за оказанием помощи за период с 2010 по 2016 год включительно.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Результаты использования оригинального способа малоинвазивного лечения сложных параректальных свищей в клинической практике показали, что данный способ эффективно купирует воспалительные явления в области свищевого хода, хорошо переносится пациентами, имеет высокий процент выздоровления – 85,94% (55 пациентов) и достаточно низкую вероятность возникновения рецидивов – до 12,5% (8 пациентов), низкую необходимость в оперативном лечении при данной патологии – 14,06% (9 пациентов), не обладает осложнениями и сохраняет анатомо-функциональную целостность запирающего аппарата прямой кишки в процессе лечения.

ВЫВОДЫ. Разработанный нами нехирургический способ малоинвазивного лечения сложных параректальных свищей позволил добиться удовлетворительных результатов в амбулаторных условиях, снижение процента рецидивов и случаев радикального хирургического лечения свищей.

СКЛЕРОТЕРАПИЯ ГЕМОРРОЯ С УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ – ЗА И ПРОТИВ

Соловьев А.О.^{1,2}, Соловьев О.Л.², Воробьев А.А.^{1,2}, Соловьева Г.А.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава РФ,

² ЗАО МНПО «Клиника «Движение», Волгоград, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Обладая более чем 20-летним стажем работы в частной амбулаторной колопроктологии, мы всегда находились в поисках универсальной технологии, подходящей для лечения всех стадий геморроя. Наличие множества технологий малоинвазивного лечения геморроя требует оценки их эффективности для облегчения выбора врачом методики в конкретном случае. Метод склеротерапии геморроя с ультразвуковым воздействием – разработка российских ученых, применяемая в медицинской практике с 2005 года, является самостоятельной методикой, значительно отличающейся от традиционной склеротерапии. Ультразвуковая кавитация относится к наиболее важному из эффектов ультразвука, обеспечивающему интенсивное распространение лекарственного препарата в зоне воздействия и импрегнацию им тканей. В настоящее время лечение данным методом

получили более 10000 пациентов с геморроем, что требует оценки эффективности метода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Нами была проведена оценка результатов лечения 4640 пациентов на базе ЗАО МНПО «Клиника «Движение» (г. Волгоград) в период с 2005 по 2015 гг. Максимальный срок наблюдения составлял 8 лет. Методика выполнялась с помощью отечественного аппарата «Проксон», позволяющего вводить раствор склерозанта с одновременным ультразвуковым воздействием. Склерозирующее лечение с УЗ выполнялось у больных с I по III стадию, а при IV стадии на фоне кровотечения и анемии, как подготовка к хирургическому вмешательству.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В отдаленном периоде у пациентов с I-III ст. стойкая ремиссия наблюдалась у 61,5%, число осложнений не превысило 2,43%. Метод эффективен для остановки кровотечения при анемии и IV ст. геморроя, в том числе, в отдаленном периоде.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Оценка многолетнего опыта применения склеротерапии геморроя с ультразвуковым воздействием показала высокую эффективность и безопасность, в том числе, в отдаленном периоде. Однако при III ст. заболевания необходимо повторять введение препарата через 2 – 6 месяцев, а для отдаленно живущих больных предпочтительна операция. Метод особенно эффективен при сопутствующих ВЗК, так как не оставляет раневой поверхности.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОДИСТРОФИЧЕСКОЙ КОКЦИГОДИНИИ

Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Фирсов М.С., Красенков Ю.В.

ФГБОУ ВО РостГМУ, Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. На начальных стадиях развития нейродистрофической кокцигодии (НДК) основным методом лечения является консервативное, которое позволяет достичь хороших и удовлетворительных результатов в 30-40%, около 50-60% пациентов нуждаются в оперативном лечении.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование с 2012 по 2016 гг. включило 48 случаев клинических наблюдений больных с НДК. Мужчин – 12, женщин – 36. Основное количество больных было трудоспособного возраста, от 30 до 50 лет (66,7%).

При поступлении в стационар давность заболевания до 1 года была у 12,5% больных, от 1 до 2 лет – у 16,7%, от 2 до 3 лет – у 41,7% и свыше 3-х лет – у 29,1%. У 26 (54,2%) больных НДК имела вертеброгенный характер происхождения, а у 22 (45,8%) она возникла после перенесенных воспалительных процессов органов малого таза и промежности. Для выяснения степени тяжести течения НДК были использованы следующие методы: пальцевое исследование прямой кишки и мышц тазового дна; рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника; электромиография; определение ПОЛ; измерение внутриканального давления.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все 48 больных получали консервативное лечение: мягкая фасциальная техника и постизометрическая релаксация мышц; блокирование суставов нижних конечностей и сопряженных позвоночно-двигательных сегментов; термотерапия; введение анестетиков в триггерный пункт тазового дна; акупунктура на тормозящей методике; импульсная магнитотерапия, лазерная терапия; фармакотерапия. У 25 больных с неэффективностью консервативной терапии по показаниям была выполнена операция – микродекомпрессия полового нерва в седалищно-прямокишечной ямке (Федеральный патент РФ № 1755793).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Патогенетическим методом лечения НДК легкой степени тяжести и длительностью заболевания до 1-2 лет является сочетанное применение мануальной, аппаратной и медикаментозной терапии. Эффективность консервативной терапии – 78,6%. Хорошие отдаленные результаты хирургического лечения у больных со средней и особенно тяжелой степенью тяжести течения НДК, и длительностью заболевания свыше 2 лет получены в 92,0% случаев.

МОДИФИЦИРОВАННАЯ ГЕМОРОИДЭКТОМИЯ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ СКАЛЬПЕЛЕМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Тян Л.В., Цой О.Г., Каукеев А.С.,
Рамазанова Л.Р., Сулейменов А.С.

ГКП на ПХВ «Городская больница № 1», Астана,
Республика Казахстан

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проблема совершенствования высокотехнологичных методов лечения в колопроктологии остается всегда. Особая роль отводится вопросам хирургического лечения геморроя в связи с большой распространенностью данного заболевания и пока еще далеко не идеальными непосредственными и отдаленными результатами лечения. По-прежнему, в силу ряда причин различного характера, геморроидэктомия чаще выполняется в условиях хирургического стационара. Выполнение геморроидэктомии в амбулаторных условиях требует особого подхода.

ЦЕЛЬ. Усовершенствовать геморроидэктомию ультразвуковым скальпелем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 10.04.2013 г. по 31.05.2017 г. в Центре произведено 503 геморроидэктомии (283 мужчин и 220 женщин). Возраст от 20 до 80 лет (68,57% – 36-65 лет). Из всех существующих методов геморроидэктомии мы используем открытую геморроидэктомию ультразвуковым диссектором. Совершенствуя метод в процессе работы, мы пришли к выводу, что его необходимо сочетать с лигированием ножки геморроидального узла трехстежковым непрерывным швом и лифтингом слизистой. По данной методике прооперировано 273 пациента с хорошим результатом.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Открытая геморроидэктомия ультразвуковым диссектором с лигированием ножки геморроидального узла трехстежковым непрерывным швом и лифтингом слизистой применена с 2016 г. у 273 больных. Кровотечение в послеоперационном периоде наблюдалось всего у 1 (0,36%) пациента, нарушившего режим питания, в результате чего возникла диарея. Рефлекторная задержка мочи у 3 (1,09%) пациентов. Развития парапроктитов не было.

В контрольной группе (230 больных) кровотечение в послеоперационном периоде выявлено у 4 (1,73%) больных, развитие парапроктита – 2 (0,86%) случая, осложнения купированы в амбулаторных условиях; рефлекторная задержка мочи возникла у 8 (3,47%) мужчин старше 45 лет, которая разрешилась консервативными мероприятиями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Четырехлетний опыт работы показывает возможность выполнения геморроидэктомии в амбулаторных условиях, до минимума снижая риск развития осложнений, с ранней реабилитацией, снижением материальных и финансовых затрат.

РОЛЬ БИОФИДБЕК-ТЕРАПИИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ДЕФЕКАЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕКТОЦЕЛЕ

Фоменко О.Ю., Шелыгин Ю.А.,
Титов А.Ю., Бирюков О.М., Белоусова С.В.,
Егорова Д.В., Некрасов М.А.

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

ЦЕЛЬ. Оценить результаты консервативного лечения функциональных расстройств дефекации (ФРД) методом биофидбек-терапии (БОС) с психологическим тренингом с у пациенток с ректоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За 2015-2016 гг. обследовано и пролечено 75 женщин с синдромом обструктивной дефекации, обусловленной ректоцеле, с наличием ФРД. По данным дефекографии, признаки ректоцеле выявлены у 48/75 (64%), сочетание ректоцеле с внутренней ректальной инвагинацией – у 27 (36%). Средний возраст пациенток составил 47,8±13,2 лет. Диагностика ФРД проводилась в соответствии с Римскими критериями III. Биофидбек-терапия выполнялась манометрическим датчиком с инфуляцией 50 мл воздуха в баллон, находящийся в прямой кишке, в условиях психологического комфорта пациентки. Предварительно проводился психологический тренинг с обучением синергичной работе мышц.

РЕЗУЛЬТАТЫ. По данным HRAM, при натуживании манометрический паттерн I типа (спазм пуборектальной петли) выявлен у 58 (77,3%) пациенток, II типа (неадекватная пропульсия с подъемом интра ректального давления менее 45 мм рт. ст.) – у 5 (6,7%), III типа – у 12 (16%). После поведенного курса консервативного лечения у пациенток с I типом нарушений нормализация соотношения показателей выявлена у 17/58 (29,3%) пациенток; положительная динамика с переходом I типа в III тип зарегистрирована у 25/58 (43,1%); без эффекта – у 16/58 (27,6%). Среди пациенток со II типом ФРД у 4 (80%) после лечения зарегистрирована норма с адекватной пропульсией, без динамики – у 1 (20%). У больных с III типом манометрического паттерна нормализация выявлена у 8 (66,7%), отсутствие динамики – у 4 (33,3%). Так же нормализация показателей внутрианального давления отмечена у 9 (30%) из 30 пациенток с сопутствующей недостаточностью анального сфинктера.

ВЫВОДЫ. Биофидбек-терапия оказывает положительный эффект в 72% случаев у пациентов с ректоцеле и ФРД. При этом в 38,7% отмечается нормализация состояния с устранением ФРД.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СВИЦЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

Фролов С.А., Кузьминов А.М., Королик В.Ю.,
Минбаев Ш.Т., Богористров И.С., Черножукова М.О.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Основопологающими в хирургии свищей прямой кишки являются сохранение функции держания анального сфинктера и снижение частоты рецидива заболевания. Поэтому современные тенденции в лечении свищей прямой кишки направлены на применение биопластических материалов, позволяющих не только усилить репаративные способности тканей, но и минимизировать травму анального сфинктера.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты хирургического лечения свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. У 10 больных с трансфинктерными свищами (подкожная, поверхностная порции наружного сфинктера) выполнен двухэтапный способ хирургического лечения с применением фибринового клея (патент на изобретение № 2579629 от 10.03.2016 г.). Первый этап – кюретаж свищевого хода радиочастотной абляцией, программированная санация раневого канала, второй этап – пломбировка раневого канала фибриновым клеем. Возраст пациентов от 32 до 60 года. Средняя медиана наблюдения составила 10 месяцев. В «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» разработан и применяется способ хирургического лечения экстрасфинктерных 1-4 степени и трансфинктерных свищей прямой кишки с применением биопластического материала «Коллост», заключающийся в пластике внутреннего отверстия коллагеновой мембраной и пломбировке ложа иссеченного свищевого хода биопластическим материалом в форме жгута с последующим введением геля «Коллост». В сроки от 5 месяцев до 3 лет, прослежены 74 пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Применение фибринового клея позволило улучшить результаты лечения низких трансфинктерных свищей прямой кишки. Рецидив заболевания составил 22%. При повторной манипуляции эффективность составила 66%, что объясняется более дифференцированным подходом к лечению. Таким образом, выздоровление наблюдалось у 93% пациентов. Рецидив после применения «Коллост» отмечен у 5,3%, однако в группе с экстрасфинктерными свищами 4 степени сложности наблюдался у 30%.

ВЫВОДЫ. Накопленный опыт свидетельствует о патогенетической обоснованности и эффективности применения сфинктерсохраняющих методик лечения свищей прямой кишки.

ПРЕЦИЗИОННАЯ ТЕХНИКА В РЕКОНСТРУКЦИИ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ФАСЦИИ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ

Хитарьян А.Г.^{1,2}, Дульеров К.А.^{1,2},
Ковалев С.А.^{1,2}, Завгородняя Р.Н.¹

¹ НУЗ «Дорожная клиническая больница» ст. Ростов-
Главный ОАО «РЖД», Ростов-на-Дону

² ФГБОУ ВО «Ростовский государственный
медицинский университет» Минздрава России, Ростов-
на-Дону

АКТУАЛЬНОСТЬ РАБОТЫ. Ректоцеле является проявлением системного нарушения функции связочно-мышечного аппарата таза. Укрепление мышц тазового дна является одной из задач лечебных программ при ректоцеле.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты хирургического лечения ректоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Работа заключалась в патоморфологическом исследовании дефектов ректовагинальной перегородки, формирование клинической группы из 150 пациенток с ректоцеле 2-3 степени. Обследование больных: клинический осмотр, проктодефектография, стадирование по системе POP-Q, эндоректального УЗИ. В 1 группе (n=72) пациентки оперированы без дифференцированного подхода. Во 2 группе (n=78) был применен дифференцированный выбор хирургической тактики. Проводили сравнительный анализ баллов на основе King's Health Questionnaire, по подкатегориям CARDI-7 и POPIQ-7 вопросника PFIQ-7, а также POPDI-6 и CARDI-8 вопросника PFDI-20.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В 1 и 2 группах 2 степень ректоцеле

встречались в 43% и 43,6%, а 3 степень ректоцеле – в 57% и 56,4%. В 1 группе дефект ректовагинальной перегородки площадью 8-16 см² и более 16 см². Во 2 группе по итогам эндоректального УЗИ дефект ректовагинальной перегородки до 8 см² встречался у 31 (39,7%), от 8 до 16 см² – у 39 (50%) и более 16 см² – у 8 (10,3%). У больных при повышении степени ректоцеле от 2 к 3 высота тазового дна снижалась с 11,8±0,3 мм до 8,5±0,4 на 28%. При повышении степени ректоцеле от 2 к 3 частота умеренной недостаточности мышц тазового дна снижалась с 86,2% до 14,1%. В отдаленный послеоперационный период эрозия влажной в 1 группе в 5,6% случаев, а во 2 группе – в 1,3%, диспареуния – в 1 группе наблюдалась в 5,6%, а во 2 группе – в 2,6%. Рецидив ректоцеле по результатам дефекографии был выявлен в 1 группе у 5 (6,9%) пациенток, а во 2 группе – у 4 (5,1%) больных. В 1 группе баллы по шкале Векснера после операции снизились на 70,8%. Во 2 группе на 84,6%. В результате в двух группах было выявлено значительное улучшение в отношении ректальной и промежностной дисфункции с достоверным снижением параметров по подкатегориям POPDI-6, CARDI-8, CRADI-7.

ВЫВОДЫ. 1. Выраженность дегенеративно-дистрофических изменений тканей промежности практически отсутствует при дефектах до 8 см², отмечается в 100% случаев при дефектах от 8 см² до 16 см².

2. Дифференцированный подход к выбору пластики ректоцеле позволяет снизить показания к операциям с использованием сетчатых протезов 3. В отдаленном послеоперационном периоде дифференцированный подход к хирургическому лечению ректоцеле позволяет добиться низкого числа рецидивов, эффективной ликвидации признаков обструктивной дефекации, высокого качества жизни пациенток по шкалам опросников.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ И ИНТРАНОДАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ (ИНЛК) ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Хитарьян А.Г.^{1,2}, Ковалёв С.А.^{1,2}, Ромодан Н.А.¹,
Орехов А.Н.^{1,2}, Алибеков А.З.^{1,2}, Бурдаков И.Ю.²

¹ НУЗ ДКБ на станции Ростов-Главный ОАО «РЖД»,
Ростов-на-Дону, Россия

² ФГБОУ ВО «РостГМУ», кафедра хирургических
болезней № 3, Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Высокая распространенность геморроя диктует необходимость совершенствования традиционных (оперативных) методов его лечения, а также поиска новых, малоинвазивных способов, применимых в амбулаторной практике, позволяющих снизить сроки нетрудоспособности и уменьшить количество осложнений.

ЦЕЛЬ. Оценка ближайших и отдаленных результатов лечения внутреннего геморроя 3 степени с использованием отечественного лазера «Полус» и лазерных световодов системы Radial Elves Painless Blolitec (Германия), по сравнению с применением методики склерозирования геморроидальных узлов 3% этеросклеролом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Все малоинвазивные операции проводили в амбулаторных условиях в положении больного для камнесечения без общего обезболивания. Склеротерапию выполняли с использованием аноскопа Self light Sapimed с диаметром рабочей части 23 мм, иглы 26G, склерозант вводили в объеме

1,5-2,5 мл в зависимости от объема узла непосредственно выше зубчатой линии.

При проведении ИНЛК геморроидальных узлов сразу выше зубчатой линии вводили 2-3 мл раствора анестетика, после чего, трансмукозно, над зубчатой линией во внутренний геморроидальный узел вводили лазерный световод в режиме лазерного воздействия таким образом, чтобы установить всю радиальную рабочую часть световода в просвет геморроидального узла. Затем осуществляли лазерную коагуляцию энергией 80-140 Дж по данным индикатора лазера в зависимости от объема и консистенции геморроидального узла. Критерием достаточности воздействия считали появление клинических признаков карбонизации: повышение задымленности в месте стояния световода, нарастание звука выпаривания тканей, появление первых неприятных тепловых ощущений у пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все малоинвазивные операции по лечению хронического внутреннего геморроя пациенты двух групп перенесли хорошо, не требуя дополнительного обезболивания. Болевой синдром в обеих группах был выражен незначительно. Тромбозов наружных геморроидальных узлов, острой задержки мочеиспускания в двух группах не отмечалось. Для оценки отдаленных результатов лечения в сроки до 1 года удалось осмотреть 19 пациентов 1-й группы и 32 пациента 2-й группы. У пациентов после склерозирования хорошие результаты лечения отмечались у 10 пациентов, в то время, как после ИНЛК геморроидальных узлов – у 22 больных. Удовлетворительные результаты были получены у 4 больных первой группы и 6 – 2-й. Так же у больных исследуемой группы почти вдвое уменьшилось количество неудовлетворительных результатов лечения – 12,5 при ИНЛК, против 26,3%.

Проведение трансректального доплеровского сканирования эндоректальным датчиком 8-10 МГц, для оценки состояния концевых ветвей верхних прямокишечных артерий у всех больных 2-й групп, показал отсутствие признаков их повреждения в сроки 1 год после ИНЛК геморроидальных узлов.

ВЫВОДЫ. Методика ИНЛК в лечении неосложненно хронического геморроя 3 стадии по своей малоинвазивности сопоставима со склерозированием геморроидальных узлов 3% раствором этоксисклерола, однако в отдаленном периоде она дает лучшие результаты по данным комплексной оценки.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ВОЛОКНА FiLaCTM ЛАЗЕРНОЙ СИСТЕМЫ EVOLVE® LASER SYSTEM) ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВЫСОКИХ ЧРЕССФИНКТЕРНЫХ И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ

Хитарьян А.Г.^{1,2,3}, Мизиев И.А.³, Ковалев С.А.^{1,2}, Ромодан Н.А.², Орехов А.А.^{1,2}, Алибеков А.З.^{1,2}, Кислов В.А.⁴, Бурдаков И.Ю.²

¹ ФГБОУ ВО «РостГМУ», кафедра хирургических болезней № 3, Ростов-на-Дону, Россия

² НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный», С.-К.ж.д. ОАО «РЖД», Ростов-на-Дону, Россия

³ ФГБОУ ВО «КБГУ», кафедра факультетской и эндоскопической хирургии, Нальчик, Россия

⁴ ФГБУЗ «Северный медицинский клинический центр им. Н.А.Семашко», Архангельск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ. Вопросы лечения высоких чрессфинктерных и экстрасфинктерных свищей до сих пор актуальны, так предложенные методики имеют высокий процент рецидивов и послеопера-

ционных осложнений. Одним из путей выхода видится использование лазерных технологий при лечении данной категории пациентов.

ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ. Произвести оценку перспективности и эффективности применения лазерных технологий при хирургическом лечении высоких чрессфинктерных и экстрасфинктерных свищей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с 2012 по июнь 2016 года было прооперировано 157 пациентов с высокими чрессфинктерными и экстрасфинктерными свищами: из них выполнено иссечение свища с ушиванием сфинктера у 71 пациента (1 группа); иссечение свища с проведением лигатуры – 14 (2 группа); иссечение свища с пластическим перемещением слизистой оболочки или слизисто-мышечного лоскута дистального отдела прямой кишки – 45 (3 группа); закрытие внутреннего отверстия при помощи биопротезного obturatora – 9 (4 группа), иссечение свища до внутреннего отверстия с пластическим перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки, дополненное лазерной коагуляцией оставшейся части свищевого хода – 18 (5 группа). 45 женщин и 112 мужчин, в возрасте от 26 до 88 года (43,3±5,3 года). Длительность заболевания составила, в среднем, 9±5,4 года.

В послеоперационный период пациенты были осмотрены в сроки 2 недели, 2, 4 месяца и 1-2-3-4-5 лет после операции. С целью оценки и сравнения эффективности лечения в различных группах проводился опрос пациентов, осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, аноскопию, сфинктероманометрию, УЗИ мягких тканей перианальной области и ТРУЗИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В 1 группе наблюдали сравнительно низкую частоту рецидивов (13,7%), высокий риск развития недостаточности анального сфинктера (35,%), частота гнойно-воспалительных осложнений (4,2%), средние сроки послеоперационной реабилитации и нетрудоспособности пациента – 3±1,5 недели.

Во 2 группе – низкая частота рецидивов (15,8%), высокий риск развития недостаточности анального сфинктера (43,2%), относительно высокая частота гнойно-воспалительных осложнений (9,1%), длительный период послеоперационной реабилитации и нетрудоспособности пациента.

В 3 группе – относительно низкая частота рецидивов (10,9%), низкий риск развития недостаточности анального сфинктера (1,1%), относительно часто наблюдали гнойно-воспалительные осложнения (9,1%), средние сроки послеоперационной реабилитации и нетрудоспособности пациента – 2±0,3 недели. В 4 группе – относительно низкая частота рецидивов (7,5%), низкий риск развития недостаточности анального сфинктера (1,3%), относительно малая частота гнойно-воспалительных осложнений (3,4%), средние сроки послеоперационной реабилитации и нетрудоспособности пациента – 2±0,3 недели.

ВЫВОДЫ. Полученные результаты являются предварительными (сроки наблюдения в 4 группе пациентов до 1 года), требуют более длительных сроков наблюдения.

Предварительные данные показали, что использование лазерных технологий (волоконная FiLaCTM лазерной системы EVOLVE® Laser System, производства BIONTEC AG, Германия) при хирургическом лечении высоких чрессфинктерных и экстрасфинктерных свищей улучшает результаты операций, является перспективным и эффективным направлением в амбулаторной и малоинвазивной проктологии.

ТАКТИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ УМЕНЬШЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ В СОЧЕТАНИИ С УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИЕЙ

Хитарьян А.Г.^{1,2}, Соловьев О.Л.³, Штильман М.Ю.¹, Орехов А.А.^{1,2}, Ковалев С.А.^{1,2}, Алибеков А.З.^{1,2}, Бурдаков И.Ю.¹

¹ ФГБОУ ВО «РостГМУ», кафедра хирургических болезней № 3, Ростов-на-Дону, Россия

² НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный», ХО-1, С.-К.ж.д. ОАО «РЖД» Ростов-на-Дону, Россия

³ Клиника «Движение», Волгоград, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморрой является наиболее частым заболеванием прямой кишки. Его распространенность составляет 118-120 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес 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

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов малоинвазивного лечения хронического геморроя.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2007 по 2016 гг. склерозирующее лечение геморроидальных узлов в сочетании с УЗ-кавитацией выполнено у 6853 пациентов (4246 женщин и 2607 мужчин, в возрасте от 17 до 91 г. (43,2±9,1 г)). Длительность заболевания: 8±5,3 г. По стадиям заболевания пациенты распределились: I стадия – 111 (1,6%), II – 2185 (31,5%), III – 4557 (66,9%). При IV – проводилась геморроидэктомия в условиях хирургического стационара. После пальцевого ректального исследования всем пациентам производили аноскопию и ректороманоскопию. У пациентов старше 40 лет проводили дообследование – колоноскопию. При осмотре обращали внимание на состояние стенок, стараясь исключить воспалительные заболевания как внутренней поверхности анального канала: криптит, проктит, папиллит, сфинктерит, так и параректальной клетчатки: парапроктит. Для выявления скрытых форм воспаления проводили трансанальное УЗ-исследование (ТРУЗИ) трансанальным датчиком (7,5 МГц). Для выполнения УЗ склеротерапии использовали ультразвуковую хирургический комплекс, при помощи которого, после введения склерозирующего раствора в подслизистый слой прямой кишки в области геморроидального узла, производилась обработка тканей низкочастотным ультразвуком.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Проведение комплексного обследования позволило выявить сочетание геморроя с трещиной анального канала в 16%, хр. парапроктита – 1,8%, воспаление Morgagnieвых крипт и анальных желез – 6%. Как вариант нормального течения в раннем послеоперационном периоде отмечалось незначительное кровотечение из мест вкола иглы, а также некроз слизистой оболочки кишки, купирующиеся самостоятельно. 86% пациентов осмотрены в сроки 2, 4 месяца, 1 год и через год до 6 лет. У 97% пациентов с I и II стадиями отмечено полное прекращение клинических симптомов заболевания при проведении 1 сеанса, у 4484 пациентов с III стадией переход заболевания во II и I стадию, коррекция которых достигалась в 93% случаев при проведении 2 сеанса и 6% случаев – 3 сеанса в сроки 2 и 4 месяца, соответственно. Осложнения зафиксированы у 38 (0,55%) пациентов, в частности – тромбоз или выраженный отек, сопровождающийся невправляющимся выпадением геморроидального узла – 26 (0,38%), потребовавших

проведения тромбэктомии или удаления тромбированного геморроидального узла под местной анестезией. Профилактика достигается строгим соблюдением показаний для УЗ-склеротерапии – хронический геморрой 1-3 стадии геморроя с четкими границами внутренних геморроидальных узлов; геморрой 4 стадии, осложненный анемией средне-тяжелой степени на фоне частых кровотечений, а также соблюдением этапности лечения. На этапе освоения у 2 (0,03%) пациенток отмечено формирование ректовагинального свища, с последующим заживлением при проведении консервативных мероприятий. Профилактика достигается строгим контролем за «погружением иглы» в ткань узла не более 1-1,5 см в «опасной зоне» – от 11 до 1 часов условного циферблата. У 18 (0,3%) пациентов отмечено формирование острого парапроктита, потребовавшее проведения вскрытия и дренирования гнойника, что по данным ТРУЗИ, в 11 случаях расценено как недиагностированный воспалительный процесс в параректальной клетчатке и в 4 случае – как дефект техники, связанный с травматизацией стенки кишки с последующим присоединением воспалительного процесса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Современная техника и исключение из групп пациентов с воспалительными заболеваниями внутренней поверхности анального канала и параректальной клетчатки позволяют улучшить результаты и избежать осложнений после ультразвуковой склеротерапии геморроидальных узлов.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА МАЛОИНВАЗИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

Хубезов Д.А., Серебрянский П.В., Пучков Д.К., Огорельцев А.Ю., Игнатов И.С., Родимов С.В., Луканин Р.В., Юдина Е.А.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Приоритет в лечении геморроя 1-3 стадии принадлежит малоинвазивным методикам, но имеются противоречивые взгляды об эффективности малоинвазивных методик.

ЦЕЛЬ. Сравнить эффективность малоинвазивных хирургических методик лечения геморроя.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2012 по 2015 гг. с использованием малоинвазивных методик было пролечено 592 пациента в возрасте от 24 до 70 лет с хроническим геморроем 1-3 стадии. Выполнены следующие оперативные вмешательства: геморроидопексия по Лонго – 22 (3,7%), лигирование латексными кольцами – 260 (44%), биполярная коагуляция аппаратом WD-2 – 97 (16,4%), склеротерапия – 55 (9,3%), DHAL-RAR – у 85 (14,4%) пациентов. У 73 (12,4%) пациентов использовалась разработанная нами методика внутрипросветного удаления внутренних геморроидальных узлов. Под местной анестезией 1-3 кратной аппликацией аппарата LigaSure или УЗ-скальпеля лигируются и удаляются внутренние геморроидальные узлы. В 40 случаях для этого использовался аппарат LigaSure Maryland и в 33 – Harmonic.

В качестве критериев эффективности лечения использовались частота осложнений и рецидивов болезни и уровень болевого синдрома.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Достоверных различий в болевом синдроме в группах не выявлено. Отмечено достоверное увеличение продолжительности операции в группе пациентов, которым выполнялась DHAL-RAR 38,8±8,2 мин. (p<0,05). После операции Лонго получено 2 (9,1%) осложнения и 2 (9,1%) рецидива болезни в первые 2 года после операции; после латексно-

го лигирования 12 (4,6%) осложнений и 29 (11,2%) рецидивов; после биполярной коагуляции – 5 (5,2%) осложнений и 44 (45%) рецидива; после склеротерапии – 7 (12,7%) осложнений и 19 (34,5%) рецидивов; после DHAL-RAR – 5 (5,9%) осложнений и 9 (10,6%) рецидивов. Вместе с тем, наилучшие результаты отмечены при использовании разработанных нами способов; при использовании LigaSure отмечено 1 (2,5%) осложнение и 3 (7,5%) рецидива, при использовании Harmonic – 2 (6,1%) осложнения и 3 (9,1%) рецидива. По нашему мнению, внутриспросветное лигирование аппаратом LigaSure обладает неоспоримыми преимуществами, так как позволяет удалить все узлы одновременно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Наименьшее число осложнений и рецидивов отмечено при использовании внутриспросветной геморроидэктомии аппаратом LigaSure, что позволяет рекомендовать его, как метод выбора.

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ VAC-ТЕРАПИИ

Черкасов М.Ф., Галашомян К.М., Старцев Ю.М., Черкасов Д.М., Меликова С.Г.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. На амбулаторном приеме проктолога больные с ЭКХ составляют не менее 10-12%, при этом пик заболеваемости отмечается в возрасте до 30 лет.

Для ускорения заживления ран при открытом методе лечения ЭКХ, используются различные физические факторы воздействия: CO₂- и инфракрасный лазер, ультразвук, ультрафиолет, электростимуляция. В настоящее время все чаще для лечения ран промежности и крестцово-копчиковой области применяется метод вакуум-терапии (NPWT, VAC, CNPT).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты лечения больных ЭКХ путем разработки эффективного способа лечения с применением вакуум-терапии, который позволяет сократить сроки полного заживления раны, период временной нетрудоспособности, а также предупредить рецидивы заболевания и развитие послеоперационных осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Анализированы результаты лечения 124 пациентов с ЭКХ, которым с января 2013 по январь 2017 года выполнялась радикальная операция – иссечение ЭКХ по стандартной методике. Мужчин было 105 (84,7%), женщин – 19 (15,3%). Больные распределены на I и II группы клинических наблюдений. Группа I в зависимости от метода традиционного лечения была разделена на 3 подгруппы: Ia – иссечение ЭКХ с оставлением раны открытой и последующим лечением мазевыми повязками (n=29), Ib – иссечение ЭКХ с подшиванием краев раны ко дну (n=31) и Ic – иссечение хода с ушиванием раны наглухо швами Донати (n=32). II группа клинических наблюдений включала больных (n=32), которым выполнялось иссечение ЭКХ с оставлением раны открытой и последующей вакуум-терапией по разработанному способу (Патент РФ на изобретение № 2559936/20.07.2015. Бюл. № 23).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среди пациентов с вакуум-терапией гнойно-воспалительные осложнения не отмечены, однако при применении традиционных методик данное осложнение достигает 25%. В Ia подгруппе количество нагноения составило 4 (13,8%), Ib – 4 (12,9%), а в Ic – 8 (25%) случаев (p<0,05).

Наименьшее количество дней, проведенных в ста-

ционаре, зафиксировано у пациентов II группы и Ia подгруппы наблюдения, которое, в среднем, составило 8,67±4,19 и 8,35±4,27. При этом в Ib подгруппе – 12,6±4,03, в Ic – 14,3±1,78 дней, соответственно (p>0,05).

Средний период заживления ран во II группе был достоверно короче по сравнению с пациентами Ia подгруппы (27,6±5,47 и 69,4±10,5), в подгруппах Ib и Ic сроки заживления ран, в среднем, составили 37±2,18 и 14±1,87 дней (p>0,05).

У пациентов II группы период восстановления трудоспособности был статистически достоверно меньше (21,3±5,51) по сравнению с Ia подгруппой наблюдения (29,5±10), а у пациентов в подгруппах Ib и Ic сроки нетрудоспособности составили 20,5±7 и 17,6±5,01 дней соответственно (p>0,05).

Рецидив заболевания в группе с вакуум-терапией отмечен в 1 (3,4%) случае, в то время как в подгруппах с традиционным лечением рецидив заболевания достигал 28%. При сравнении групп наблюдения значимые различия выявлены между группой лечения с разработанным способом и подгруппами (Ib, Ic) – 4 (16,7%) и 7 (28%) случаев рецидива заболевания.

ВЫВОДЫ. Предложенный оригинальный способ вакуум-терапии в лечении ЭКХ является эффективным, так как позволяет сократить сроки полного заживления ран крестцово-копчиковой области, сроки временной нетрудоспособности больных, а также способствует уменьшению количества рецидива заболевания и гнойно-воспалительных осложнений.

ПРЕИМУЩЕСТВА ОРИГИНАЛЬНОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ РЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Черкасов М.Ф., Татьяченко В.К., Грошили В.С., Черкасов Д.М., Старцев Ю.М., Меликова С.Г., Галашомян К.М.

ФГБОУ ВО Ростовский Государственный Медицинский Университет Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проблема оперативного лечения больных со сложными формами хронического парапроктита, при наличии экстрасфинктерных ректальных свищей, является одной из самых актуальных в современной проктологии.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов хирургического лечения полных экстрасфинктерных ректальных свищей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. На основании анализа непосредственных и отдаленных результатов лечения транс- и экстрасфинктерных ректальных свищей, нами был разработан оригинальный способ лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки (патент РФ № 2326604 от 20.06.08), основанный на использовании несвободного фасциально-мышечного трансплантата на сосудисто-нервной ножке на основе медиальной порции большой ягодичной мышцы с годичной фасцией, погружаемого в остаточную полость операционной раны и фиксируемого к фасциальному футляру прямой кишки под углом 90° к горизонтальной оси, при симфизопетальном типе тазовой топографии под углом 120° к горизонтальной оси, при сакропетальном типе тазовой топографии над внутренним отверстием свища, в сочетании иссечения свища с мерами, направленными на ликвидацию остаточной полости, купирование воспаления и реваскуляризацию зоны пластики и закрытием внутренне-го отверстия свища.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Анализ результатов позволил опреде-

лить преимущества метода, позволившие избежать развития анальной инконтиненции, местных гнойно-воспалительных осложнений и послеоперационных рецидивов заболевания. Мы считаем, что эффективность предложенного способа обусловлена следующими факторами: дополнительное укрепление внутреннего отверстия снижает вероятность рецидива свища; ликвидация остаточной полости предотвращает инфильтративно-воспалительные и нагноительные осложнения; использование фасциально-мышечного несвободного лоскута позволяет достичь последующей реваскуляризации зоны пластики; применение способа учитывает индивидуальные особенности тазовой топографии применительно к технике операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Разработанная хирургическая методика позволила избежать ранних послеоперационных осложнений, рецидивов заболевания, развития недостаточности анального сфинктера и, как следствие, инконтиненции. Кроме того, отмечено сокращение сроков послеоперационного пребывания больных в стационаре.

ПЕРСПЕКТИВЫ ЭФФЕКТИВНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАСТИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА В ЛЕЧЕНИИ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Чернышова Е.В., Грошили В.С.,
Цыганков П.В., Черкасов Д.М.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Ректовагинальные свищи представляют собой актуальную проблему колопроктологии и гинекологии, составляя 59,1% из всех генитальных свищей. Ректовагинальные свищи – сложная социальная проблема, они вызывают тяжелые моральные и физические страдания. Заболевание отличается сложностью хирургического лечения и высоким риском развития послеоперационных рецидивов. Известно более 100 модификаций операций, однако, число рецидивов составляет от 18 до 40%, без тенденции к снижению.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты лечения больных с ректовагинальными свищами за счет разработки и комплексного обоснования способа оперативного лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведено хирургическое лечение 25 пациенток с ректовагинальными свищами с послеоперационным мониторингом не менее 1 года. Диагностический алгоритм, помимо общеклинических методов ректального и вагинального исследования, включал: ано- и ректоскопию, аноректальную манометрию и профилометрию, фистулографию, эндоректальное и вагинальное УЗИ. При сложных, рецидивных свищах и после тяжелых разрывов промежности выполняли спиральную или МР-томографию, оценивая топографию свища, степень рубцовой деформации промежности, исключая онкопатологию.

Обязательным компонентом обеих групп явилось радикальное иссечение ректовагинальных свищей. В I группе (контрольной) 13 пациенткам проведено иссечение свищей с послойным ушиванием раны влагиалища наглухо, без перемещения несвободных лоскутов. Закрытие внутреннего отверстия в прямой кишке выполнено слизисто-подслизистым лоскутом. Во II группе (основной) у 12 пациенток операция модифицирована за счет пластики стенки влагиалища путем перемещения мобилизованного полнослойного лоскута, сформированного из дополнительного разреза по задней стенке влагиалища с переходом на кожу боль-

шой половой губы, передней сфинктеролеваторопластики с созданием фасциально-мышечной прослойки ректовагинальной перегородки в зоне иссеченного свища. Закрытие дефекта прямой кишки – за счет низведения П-образного слизисто-подслизистого лоскута стенки прямой кишки, с фиксацией его к краям раны.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В контрольной группе отмечено 2 рецидива, возникших через 1-1,5 месяца после операции. Сроки заживления ран – от 11 до 20 дней. Длительность антибактериальной терапии в данной группе составила от 7 до 10 дней. Купирование послеоперационной боли осуществлялось в течение 3-6 дней. В основной группе рецидивов не зарегистрировано. Однако, дважды отмечено формирование воспалительных инфильтратов в зоне вмешательства, в том числе, при наличии гематомы и, однократно, – с прорезыванием швов, не повлекших рецидивов свища и купированных консервативно. Сроки заживления ран – от 9 до 16 дней. Длительность антибактериальной терапии – 5-7 дней. Купирование умеренно выраженного болевого синдрома проводили до 5 суток. В сроки от 6 до 12 месяцев, контрольные УЗИ-исследования в основной группе показали отсутствие диастаза между леваторами, разрешение инфильтрата, соответствие толщины ректовагинальной перегородки нормальным значениям.

ВЫВОДЫ. Методика радикального иссечения ректовагинального свища, дополненная проктопластикой, передней сфинктеролеваторопластикой и пластикой влагиалища мобилизованным лоскутом (с его боковым перемещением) перспективна в аспекте сокращения числа послеоперационных осложнений и рецидивов. Предложенный способ способствует уменьшению болевого синдрома, восстановлению функции прямой кишки и ее запирающего аппарата, о чем свидетельствуют непосредственные и отдаленные результаты. Практическое внедрение способа позволит уменьшить сроки пребывания больных в стационаре за счет ранней реабилитации и уменьшения числа осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ГЕМОРРОЕ

Чистохин С.Ю., Белоцкая Л.В.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия,
НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2,
Чита, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лечение больных геморроем остается одной из самых актуальных проблем колопроктологии. С ростом числа пациентов, оперированных с применением малотравматичных технологий типа DHAL-RAR или THD, и увеличением сроков наблюдения за ними выявлен серьезный недостаток: почти у всех больных с III-IV стадией болезни формировались множественные бахромки из перерастянутой перианальной кожи. Это вызывает неудовлетворенность пациентов и врачей результатами операций.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сравнить ближайшие и отдаленные результаты геморроидэктомии по Миллигану-Моргану, изолированной трансанальной дезартеризации с мукопексией (THD) и гибридной операции – дезартеризации, мукопексии внутренних компонентов с иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В течение 2013-2017 гг. в НУЗ ДКБ ст. Чита-2 оперировано 475 больных с хроническим геморроем. В связи с выраженным фиброзом и изъязвлением узлов III-IV степени 110 пациентам выполнена классическая геморроидэктомия (I группа), 125 больным с геморроем II-III степени – изолирован-

ная трансанальная дезартеризация с мукопексией на отечественном оборудовании «Ангиодин-Прокто» (II группа) и 240 пациентам с болезнью III-IV степени – гибридная операция – Допплер-контролируемая трансанальная дезартеризация и мукопексия внутренних компонентов геморроидальных узлов в сочетании с иссечением их наружных компонентов (III группа).

РЕЗУЛЬТАТЫ. У всех больных I группы в первые сутки после геморроидэктомии отмечен выраженный болевой синдром на уровне $7,5 \pm 1,8$ баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), продолжительностью от 3 до 5 суток; стойкие боли до 4-6 недель беспокоили троих (2,9%). Отек периаанальный наблюдался у 76 (72,4%), отек с выпадением слизистой – у 12 (11,4%) из них. Послеоперационные кровотечения, потребовавшие повторного прошивания, отмечались у 5 (4,8%) и небольшие кровотечения, остановленные консервативно, – у 8 (7,6%). Нагноение ран по типу подкожно-подслизистых парапроктитов пришлось санировать у 3 (2,9%) больных. Продолжительность стационарного лечения составила $9,5 \pm 1,8$ дней, амбулаторного долечивания – $28 \pm 4,5$ дней.

В отдаленные сроки по 2-6 раз обследовались 102 пациента из I группы: рецидивы заболевания выявлены у 5 (5%), все пятеро оперированы повторно с благоприятными результатами. У 8 сформировавшихся кожные бахромки иссекались при контрольных осмотрах. Рубцовые периаанальные деформации отмечены у 4 (4%). Отдаленные результаты в I группе расценены как хорошие у 80%, удовлетворительные – у 15% и плохие – у 5%.

Во II группе из 125 больных после трансанальной дезартеризации и мукопексии боли на уровне $4,2 \pm 1,8$ баллов по ВАШ, купировались в течение суток ($p=0,03$). Периаанальный отёк отмечен у 27 (21,6%), ($p=0,04$), отек с выпадением прошитых узлов – у 7 (6,1%), ($p=0,05$) из них. Нагноений и кровотечений после этих операций не наблюдалось ($p=0,004$). Сроки стационарного лечения составили $4,5 \pm 1,4$ дней ($p=0,02$), амбулаторного долечивания – $18 \pm 3,5$ дней ($p=0,28$).

В отдаленные сроки по 2-5 раз обследовались 105 пациентов из II группы: рецидивы выявлены у 2 (2%), оба оперированы повторно методом Миллигана-Моргана, результаты благоприятные. В этой группе у 78 (74,3%) сформировалось по 3-6 кожных бахромок, вызывавших трудности с гигиеной, дискомфорт, иногда анальный зуд, почти у всех таких больных бахромки иссечены в первые же 2-3 недели в составе амбулаторной реабилитации. Рубцовая периаанальная деформация отмечена лишь у 1 (1%). Отдаленные результаты во II группе расценены как хорошие у 95%, удовлетворительные – у 3% и плохие – у 2%.

В III группе из 240 больных после гибридной УЗИ-контролируемой дезартеризации и мукопексии внутренних компонентов геморроидальных узлов с иссечением их наружных компонентов боли на уровне $5,6 \pm 1,9$ баллов купировались несколько позже, на 2-3 сутки ($p=0,09$). У 75 больных этой группы в конце операции выполнены параректальные лидокаин-дипропановые блокады, у этих пациентов боли отмечены на уровне $3,5 \pm 1,1$ баллов по ВАШ и купировались менее, чем за сутки. Транзиторные отеки отмечены у 58 (24,9%), ($p=0,04$). Нагноений и кровотечений после этих операций не наблюдалось ($p=0,003$). Заживление ран первичным натяжением состоялось у всех пациентов этой группы, геморроидальные узлы подверглись полной инволюции, ни у одного из них не формировались кожные бахромки ($p=0,001$), что существенно облегчило и упростило ход послеоперационной реабилитации. Сроки стационарного лечения составили $4,5 \pm 1,7$ дней ($p=0,02$), амбулаторного долечивания – $21 \pm 4,5$ дней ($p=0,32$).

В отдаленные сроки осмотрен 221 пациент III группы: ни одного рецидива болезни, у всех 100% констатированы хорошие клинические, анатомические и функциональные результаты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Гибридные операции в виде доплер-контролируемой дезартеризации и мукопексии внутренних компонентов геморроидальных узлов в сочетании с одномоментным иссечением их наружных компонентов позволяют заметно улучшить ближайшие и отдаленные анатомические и функциональные результаты хирургического лечения геморроидальной болезни. Такие варианты операции достойны широкого внедрения в клиническую практику. Применение параректальных лидокаин-дипропановых блокад в конце операций значительно уменьшает частоту и выраженность послеоперационных периаанальных отеков и болевого синдрома, заметно сокращают продолжительность реабилитационного периода.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ

Шамаева Т.Е., Никишина Т.Г.,
Чукардин А.В., Якимов С.А.

НУЗ Дорожная клиническая больница на станции
Воронеж-1 ОАО «РЖД», Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Определение хирургической тактики лечения хронической анальной трещины в сочетании с геморроем приобретает все большее значение, что связано с высокой частотой совместной встречаемости этих заболеваний в практике колопроктолога.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов лечения анальной трещины в сочетании с хроническим геморроем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В отделении колопроктологии НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Воронеж-1 ОАО «РЖД» в период с 2014-2016 гг., прооперировано 125 больных с анальной трещиной в сочетании с хроническим геморроем. Выбор тактики оперативного пособия при сочетании анальной трещины и геморроя определялся в зависимости от стадии хронического геморроя. В контрольную группу включены 42 (33,6%) пациента с сочетанием анальной трещины и геморроя, которым выполнено изолированное иссечение анальной трещины и терапевтическое лечение имеющегося геморроя. В основную группу вошло 83 (66,4%) больных, которым, помимо иссечения трещины, дополнительно выполнено склерозирование внутренних геморроидальных узлов при I-II ст. хронического геморроя и дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией при II-III ст. хронического геморроя. Все операции осуществлены под спинальной анестезией. Группы были сопоставимы по полу и возрасту пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У всех больных удалось достичь полного заживления послеоперационной раны, в сроки до 6-ти недель с момента операции. Однако, в контрольной группе наблюдалось более длительное заживление послеоперационной раны, в среднем, на 7 дней. По нашему мнению, это связано с обострением сопутствующей геморроидальной болезни и более медленным развитием эффекта от терапевтической терапии. В последующем 20 человек в контрольной группе, в сроки от 3-х месяцев были оперированы по поводу хронического геморроя.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При сочетании анальной трещины с хроническим геморроем I-III стадии, целесообразно проведение иссечения трещины в комбинации с малоинвазивным лечением хронического геморроя.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА

Шамин А.В., Каторкин С.Е., Исаев В.Р.,
Журавлев А.В., Чернов А.А., Разин А.Н.

Клиника и кафедра госпитальной хирургии ГБОУ
ВПО «Самарский государственный медицинский
университет», Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. По данным различных авторов, в развитых странах этим заболеванием страдают 30-40% трудоспособного населения. До конца не изучены вопросы этиологии, патогенеза колостазов. Количество неудовлетворительных результатов хирургического лечения составляет 27-46%.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения пациентов с резистентными формами хронического запора.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Первый (обязательный) этап обследования включает в себя выполнение эндоскопических методов обследования, ирригографии и ультразвукового исследования толстой кишки. Второй этап обследования включает в себя ряд специальных методов: оценка моторно-эвакуационной функции толстой кишки, ректоанальная манометрия и проктография. С 2010 по 2017 гг. в колопроктологическом отделении клиники госпитальной хирургии проходило лечение 66 пациентов с хроническим медленно транзитным запором. Хирургическое лечение проведено 36 (54,5%) пациентам. Женщин – 34 (94,4%), мужчин – 2 (5,6%). Средний возраст – 40,8 лет. По объему резекции выполнены следующие виды оперативных вмешательств: передняя резекция прямой кишки – 2; резекция сигмовидной кишки – 2; расширенная левосторонняя гемиколэктомия – 12; субтотальная колэктомия – 20. Виды сформированных анастомозов: трансверзо-ректальный – 12, сигмо-ректальный – 4, илео-сигмоидный – 20.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 36 прооперированных больных отдаленные результаты лечения прослежены у 34 (94,4%) пациентов. Хорошие результаты лечения отмечены у 22 (64,7%) прооперированных больных. Наличие самостоятельного стула и отсутствие болевого синдрома позволило оценить исход операции как благоприятный. У 8 (23,3%) человек, результаты лечения оценены, как удовлетворительные. Все пациенты отметили уменьшение болевого синдрома, хотя добиться полной нормализации акта дефекации у этих пациентов не удалось. У 4 (12,0%) пациентов выполненное хирургическое вмешательство не принесло ожидаемого эффекта. Эти пациентки были повторно оперированы. Наблюдались следующие осложнения: кровотечение из линии анастомоза – 2 (остановлено консервативными методами); рубцовая стриктура анастомоза – 5 (выполнены повторные вмешательства).

ВЫВОД. По нашему мнению, субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илео-сигмоидного анастомоза приносит наиболее благоприятные отдаленные функциональные результаты в хирургическом лечении хронического запора.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Шамсиев Ж.А., Муталибов И.А., Бойжигитов Н.И.

Самаркандский Государственный медицинский институт
2 клиника Самаркандского Государственного
медицинского института, Самарканд, Узбекистан

АКТУАЛЬНОСТЬ. Острый гнойный парапроктит – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний

прямой кишки. По литературным данным, новорожденные и грудные дети с данным контингентом составили около 60%. Актуальность проблемы обусловлена рецидивами заболевания и необходимостью повторного, иногда длительного лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты лечения больных детей с острым парапроктитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Во 2-й клинике Самаркандского Государственного медицинского института за последние 10 лет пролечен 231 больной от 20-дневного возраста до 1 года с острым парапроктитом. Преобладали мальчики – 136 (59%). Глубоко локализованные гнойники встречались крайне редко, процесс в большинстве случаев протекал по типу подкожного или подслизистого абсцесса – 217 (94%), значительно реже встречалась седалищно-прямокишечная форма – 14 (6%). Других форм острого парапроктита у детей раннего возраста не наблюдалось.

В лечении острого парапроктита принципиально показано хирургическое вмешательство, которое выполняли под местной анестезией. Суть операции состоит, во-первых, во вскрытии и дренировании гнойной полости, во-вторых, в ликвидации внутреннего отверстия, через которое полость гнойника сообщается с прямой кишкой. После эвакуации гноя его полость тщательно промывали антисептическими растворами (фурациллин, декасан), затем накладывали еще гипертоническую повязку, обильно смоченную 10% раствором хлорида натрия. В послеоперационном этапе лечения стремились к нормализации микрофлоры кишечника, для чего проводили заместительную терапию биопрепаратами (бифидумбактерин, лактобактерин), с целью улучшения функционального состояния тонкой кишки использовали панкреатические препараты (панкреатин, панзинорм, креон). Курс применения этих препаратов составляет 5-7 дней. Анализируя результаты, выяснилось, что после проведенного лечения рецидивы в виде параректального свища отмечались у 17 (7%) больных, которые после формирования свищевого хода были устранены путем оперативного вмешательства.

Таким образом, ранняя, правильно выполненная операция и коррекция дисбиотических расстройств кишечника способствует быстрейшему обратному развитию процесса, ограничивает его распространение на клетчаточное пространство таза.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ СОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Аипов Р.Р.

Самаркандский Государственный медицинский институт
Клиника Самаркандского Государственного
медицинского института, Самарканд, Узбекистан

Несмотря на многие достижения последних двух десятилетий в диагностике и лечении аноректальных мальформаций, эта патология остается одной из нерешенных проблем в детской хирургии. Частота встречаемых сопутствующих патологий бывает очень высокой (30-60%), во многом это является причиной осложнений и летальности. Ранняя диагностика аномалий и предотвращение их осложнений остается дискуссионным вопросом детской колопроктологии. Целью нашего исследования явилось изучение эффективности ультразвуковой сонографии (УЗС) в диагностике аноректальных мальформаций.

За период с 2007 по 2016 гг. во 2-й клинике Самаркандского Государственного Медицинского

института находились на лечении 184 ребенка с различными формами аноректальных мальформаций. В протоколе обследования этих больных была применена УЗС. Выполняли ультразвуковое исследование структур тазового дна (всего выполнено 184 исследования) в возрасте от суток и выше на аппарате Logic P6 (GE, США), линейным датчиком 11,0 МГц. Исследование выполняли в положении пациента на спине с разведенными ногами. На место должностящего ануса устанавливали датчик, в процессе работы он смещался у мальчиков до корня мошонки, у девочек – до преддверия влагалища. Сканирование проводили в сагиттальной плоскости, оценивали: диаметр прямой кишки; расстояние от слепого конца кишки до кожи промежности; наличие фистулы, ее характер; наличие соустья с урогенитальным трактом. Из 184 больных у 69 (37,5%) при УЗС были выявлены без свищевые формы аноректальных пороков у 51 (73,9%) детей – низкая, а у 18 (26,1%) – высокая форма. У 98 (53,3%) больных атрезия прямой кишки сопровождалась с ректопромежностным свищом, у 12 (6,5%) – атрезия с ректоэпителиальным свищом, и атрезия с ректоуретральным свищом наблюдалась у 5 (2,7%) детей. Таким образом, при аноректальных мальформациях УЗ сонография обязательна, так как она информативно, безвредна и легко доступна.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ VAC-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НАГНОИВШИХСЯ МНОГОКАМЕРНЫХ ПРЕСАКРАЛЬНЫХ КИСТ, ДРЕНИРУЮЩИХСЯ В ПРОСВЕТ КИШКИ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫМИ СВИЩАМИ

Шелудько Д.В., Терюшкова Ж.И.,
Аминов А.С., Додой В.А.

МБУЗ ГКБ № 8 Отделение колопроктологии,
Челябинск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. На сегодняшний день остается проблема лечения больных с нагноившимися многокамерными пресакральными кистами (НМПК). Существующие методики лечения этой патологии предполагают двухэтапное оперативное лечение (формирование разгрузочной сигмостомы с последующим закрытием через 1,5-2 месяца). Возможно развитие рецидивов, длительные сроки стационарного лечения.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность VAC-терапии в лечении НМПК дренирующихся в просвет кишки экстрасфинктерными свищами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ 10 пациентов, находившихся на лечении в отделении колопроктологии за период с 2012 по 2017 гг. Средний возраст составил 35±1,2 лет. Всем пациентам проведено хирургическое вмешательство в объеме резекции копчика, иссечения НМПК со свищевым ходом и ушивание свищевого отверстия прямой кишки. Мы использовали аппарат отрицательного давления Suprasorb CNP P1 фирмы «ФИНКО». На дно раны укладывалась поролоновая губка с однопросветной перфорированной полихлорвиниловой трубкой и герметизировалась адгезивной прозрачной пленкой. В ране создавалось отрицательное давление, что способствовало постоянному оттоку экссудата, стимуляции кровотока в ране, быстрому созреванию грануляционной ткани и уменьшению размеров раны. Первые 3 дня выставлялся постоянный режим работы – 80 мм рт.ст. На 4-е сутки – переменный режим, в диапазоне 60-80 мм рт. ст. с интервалом в 5 минут. Каждые 3 дня проводилась смена вакуумной повязки. Продолжительность госпитализации, в среднем, составила 18±4 дня.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Применение VAC-терапии в лечении НМПК позволило сократить длительность фазы экссудации в 3,2 раза, ускорение репаративных процессов и уменьшение площади раневых дефектов в 1,8 раз, формирование зрелых грануляций в 2,5 раза, сократить количество перевязок.

ВЫВОДЫ. Предложенный метод свидетельствует о перспективности VAC-терапии в лечении НМПК. Отсутствие рецидивов позволило отказаться от двухэтапной операции, сократить сроки стационарного лечения и обеспечить максимальный комфорт для больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ LIFT МЕТОДИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Шелыгин Ю.А., Титов А.Ю., Аносов И.С.,
Костарев И.В., Козлов В.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ. Методика перевязки свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT) при лечении свищей прямой кишки в мировой практике применяется с 2007 года. При анализе зарубежной литературы выявлено, что всего два фактора имеют статистически значимое влияние на результаты применения данной операции: ожирение и проведение дренирующей латексной лигатуры как первый этап лечения. Широкое внедрение метода LIFT в клиническую практику и отсутствие в отечественной литературе каких-либо данных о факторах, влияющих на его эффективность, потребовало проведения данного исследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить влияние различных факторов на результат применения LIFT методики с целью повышения эффективности лечения транс- и экстрасфинктерных свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период 2014-2016 гг. на базе ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России выполнено одноцентровое, проспективное, одномоментное исследование, основанное на анализе хирургического лечения методом перевязки свищевого хода в межсфинктерном пространстве 50 пациентов с наличием транс- или экстрасфинктерного свища прямой кишки. Проводилась оценка антропометрических характеристик (пол, возраст, индекс массы тела), анамнестических данных (длительность анамнеза, предшествующие операции, направленные на вскрытие острого парапроктита), результатов предоперационного трансректального ультразвукового исследования (расположение внутреннего свищевого отверстия, длина свищевого хода, наличие и вид гнойных затеков, расположение свища относительно порций наружного сфинктера). Для статистической обработки результатов применяли непарный t-тест Стьюдента для малых выборок с поправкой Велша для неравных дисперсий, непараметрический U-критерий Манна-Уитни, коэффициенты корреляции по Спирмену, производилось вычисление и построение ROC-кривых, а так же моделирование с помощью логистических регрессий.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 37 (74%) пациентов наблюдалось выздоровление, рецидив заболевания возник у 13 (26%) больных. Основными факторами, увеличивающими вероятность заживления свища, являются мужской пол (ОШ 6,75 – 7, p<0,05), самостоятельное вскрытие острого парапроктита в анамнезе (ОШ до 24,8, p<0,05), транссфинктерное расположение свищевого хода (ОШ 14,1, p<0,1) и отсутствие гнойных затеков (ОШ 31,2, p<0,05). Прочие рассматриваемые нами характеристики не оказали существенного влияния на результативность выполнения LIFT методики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Результаты исследования свидетельствуют, что метод наиболее эффективен у мужчин с транссфинктерными свищами, проходящими через поверхностную порцию наружного сфинктера, не осложненными затеками различной локализации. При решении вопроса о выполнении пациенту перевязки свищевого хода в межсфинктерном пространстве, в первую очередь, необходимо оценить сложность прямокишечного свища, наличие затеков, а так же характер предшествующего хирургического лечения.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОЛОГИИ ЛАТЕКСНОГО ЛИГИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Эктов В.Н., Сомов К.А., Куркин А.В, Музальков В.А.

*Кафедра хирургических болезней ИДПО
Воронежского государственного медицинского
университета им. Н.Н.Бурденко, Воронеж, Россия*

АКТУАЛЬНОСТЬ. К настоящему времени накоплен значительный опыт применения латексного лигирования геморроидальных узлов, убедительно демонстрирующий привлекательность данного метода для амбулаторной практики и позволяющий достичь почти у 90% больных хороший результат лечения. Вместе с тем, отмечается снижение результативности данной методики при третьей и четвертой стадии хронического внутреннего геморроя. Существующие риски развития рецидивов болезни в отдаленном периоде делают актуальным поиск возможных путей совершенствования техники выполнения данного вмешательства.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Совершенствование методологических подходов в использовании технологии латексного лигирования в лечении различных клинических форм хронического внутреннего геморроя.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Представлен опыт лечения 432 больных с хроническим геморроем с использованием различных вариантов латексного лигирования. Средний возраст пациентов составил $42,1 \pm 7,3$ лет, у 293 (67,8%) больных отмечена третья или четвертая стадия заболевания. Все операции выполнялись под эпидуральной анестезией. Разработана и предложена для практического применения новая методика латексного лигирования – лигирование слизистой и подслизистой оболочек нижеампулярного отдела прямой кишки, которая одновременно обеспечивает лигирование геморроидальных сосудов и лифтинг тканей геморроидального комплекса. При третьей и четвертой стадии заболевания применялось одномоментное комбинированное лигирование слизистой нижеампулярного отдела прямой кишки и лигирование внутренних геморроидальных узлов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем послеоперационном периоде у 5 пациентов развились осложнения, для лечения которых не потребовалось повторных вмешательств. В отдаленном периоде после различных вариантов лигирования хорошие результаты лечения получены у 87,3% больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Эпидуральная анестезия обеспечивает хороший визуальный контроль за точностью и полнотой лигирования, позволяет выполнить процедуру одноэтапно, способствует снижению числа послеоперационных осложнений и уменьшению аноректального дискомфорта. Предложенные новые варианты латексного лигирования в лечении хронического геморроя сохраняют важные преимущества данной процедуры – миниинвазивность, относительную простоту и широкую доступность, низкую стоимость. Предлагаемая тактика применения латексного лигирования расширяет диапазон использования данной методики и повышает ее результативность в лечении различных стадий и клинических форм хронического геморроя, способствует рациональному выбору индивидуальной тактики лечения каждого конкретного пациента.

ГЛАВА 2. КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Ачкасов С.И., Сушков О.И.,
Суругегин Е.С., Лукашевич И.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Клинические аспекты программы ускоренного выздоровления (ПУВ) колопроктологических больных, такие как сокращение периода послеоперационной реабилитации, приемлемый уровень послеоперационных осложнений и улучшение качества жизни больных, довольно хорошо известны. Однако экономические аспекты применения данной программы в условиях российской системы здравоохранения остаются недостаточно изученными.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить экономические аспекты ПУВ в хирургическом лечении больных с опухолями ободочной кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С декабря 2015 г. в ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» проводится одноцентровое проспективное рандомизированное исследование, включающее 115 пациентов, перенесших резекцию ободочной кишки по поводу опухолей. В основную группу (ОГ) (хирургическое лечение по ПУВ) включены 62 пациента, в контрольную группу (КГ) (стандартная тактика) – 53.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Статистически значимых межгрупповых различий в антропометрических данных, локализации опухоли, стадии заболевания и объемах операций не было. Среди пациентов ОГ послеоперационные осложнения II–IV классов по Clavien–Dindo развились у 12 (19,4%), в КГ – у 10 (18,9%) ($p=0,99$). Послеоперационной летальности не отмечалось. В основной группе зарегистрирован 1 случай повторной госпитализации по поводу несостоятельности толстокишечного анастомоза, развившейся на 11 сутки после операции. Средний предоперационный койко-день в основной группе составил – 0,97, в группе сравнения – 2,7 ($p<0,05$). Средний послеоперационный койко-день в группе ПУВ оказался равен – 5,6, в КГ – 7,8 ($p<0,05$). Средняя стоимость лечения пациентов в рамках ПУВ составила 174964 руб., пациентов, получающих традиционное лечение, 199656 руб. ($p<0,05$). Следует отметить, что при расчете стоимости лечения в основной группе учтена стоимость лечения при повторной госпитализации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, применение ПУВ позволило сократить затраты на лечение на 12,4%. Использование ПУВ позволяет повысить экономическую эффективность работы стационара.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЛИНЧА

Ачкасов С.И., Цуканов А.С., Варданян А.В.,
Шубин В.П., Семенов Д.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Синдром Линча (СЛ) составляет до 3% всех случаев заболевания колоректальным раком (КРР) в мире. СЛ вызван наследственными мутациями

в генах системы репарации ДНК. По данным литературы, наиболее часто СЛ проявляется раком правых отделов толстой кишки, эндометрия, яичников, почечных лоханок и мочеточников, желудка, поджелудочной железы в возрасте до 45 лет. Согласно базе данных InSiGHT, у большинства европейцев мутации чаще встречаются в гене MSH2.

ЦЕЛЬ. Определение клинических и генетических характеристик у пациентов с СЛ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование, проводимое в ГНЦК им. А.Н.Рыжих, включено 97 пациентов, у которых впервые выявлен или был в анамнезе рак различной локализации в возрасте до 45 лет и/или отмечен отягощенный наследственный анамнез. Пациентам, соответствующим вышеупомянутым критериям, выполнено исследование опухоли на наличие микросателлитной нестабильности (МСН). При выявлении МСН выполнялось исследование генов системы репарации ДНК.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 33 (34%) из 97 пациентов генетически подтвержден СЛ. У 20 (60%) из 33 пациентов обнаружена мутация в гене MLH1, у 11 (34%) человек выявлена мутация гена MSH2, в 2 (6%) случаях обнаружена мутация гена MSH6. Средний возраст возникновения первого рака у пациентов с СЛ, проходивших лечение в ГНЦК им. А.Н.Рыжих, составил 38 ± 7 лет. По данным анамнеза, впервые диагностированная злокачественная опухоль толстой кишки обнаружена у 24 (73%) из 33 пациентов, рак тела матки – в 8 (24%) случаях, рак щитовидной железы – в 1 (3%) случае.

Рак правых отделов толстой кишки обнаружен в 5 (24%) из 24 случаев КРР, левых отделов – в 19 (76%) наблюдениях. По поводу впервые выявленного КРР выполнено 4 (17%) колэктомии и 20 (83%) сегментарных резекций. Метакхронный рак различной локализации выявлен у 18 (55%) из 33 больных, причем в 10 (56%) случаях рак обнаружен в оставшихся отделах толстой кишки. У пациентов, которым была выполнена колэктомия, за время наблюдения не было выявлено метакхронного поражения.

При анализе анамнеза у пробандов и их родственников выяснилось, что на первом месте по частоте встречаемости расположился КРР, далее следует рак желудка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Полученные результаты позволяют говорить о раннем возникновении КРР у российских пациентов с СЛ, преимущественном поражении опухолью левой половины толстой кишки, частом возникновении метакхронного рака при выполнении сегментарной резекции толстой кишки. В структуре заболеваемости рак желудка находится на 2 месте, в то время как у европейских больных рак желудка занимает лишь шестое место. У российских пациентов с синдромом Линча мутация в гене MLH1 встречается в 60% случаев.

Работа выполнена при поддержке гранта Президентской Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых МК-5597.2016.7.

СИМУЛЬТАННЫЕ И КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

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

Донецкий национальный медицинский университет им.
М.Горького, Донецк

АКТУАЛЬНОСТЬ. Определение показаний к выполнению симультанных (СОВ) и комбинированных оперативных вмешательств (КОВ) при раке толстой кишки

(РТК) продолжает оставаться весьма актуальной проблемой.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Проанализировать результаты выполнения СОВ и КОВ при РТК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В клинике общей хирургии ДонНМУ им. М.Горького на базе проктологического отделения ДокТМО за период с 2012 по 2016 гг. проведено оперативное лечение 1297 пациентам с патологией толстой кишки. 980 (75,5%) больных оперированы в клинике по поводу РТК; 119 (12%) выполнены СОВ. В этой группе резекция прямой кишки выполнена 43 (35,2%) пациентам, сигмовидной – 29 (24,3%), правосторонняя гемиколэктомия – 25 (21%), левосторонняя гемиколэктомия – 23 (19,5%). Наряду с этим, герниоаллопластика выполнена 31 пациенту, холецистэктомия – 24, аппендэктомия – 20, тубовариоэктомия с резекцией яичника – 16, экстирпация матки с придатками – 12, цистоовариоэктомия – 6, резекция дивертикула Меккеля – 5, удаление фиброматозного узла тела матки – 3, нефрэктомия – 2.

141 (14,3%) пациенту – произведены КОВ. При этом резекция прямой кишки выполнена 56 (39,7%) пациентам, сигмовидной – 32 (22,6%), правосторонняя гемиколэктомия – 29 (20,5%), левосторонняя гемиколэктомия – 24 (17,2%). Наряду с этим, атипичные резекции печени выполнены 54 пациентам, экстирпация матки с придатками – 37, резекция тонкой кишки – 15, резекция мочевого пузыря – 14, резекция задней стенки влагалища – 13, резекция желудка – 4, нефрэктомия – 2, резекция надпочечника – 2 пациентам.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Серомы с нагноением раны выявлены в 12 случаях, пневмонии – в 4, инфильтрат брюшной полости – в 2 случаях. Послеоперационная летальность зафиксирована в одном случае в группе пациентов с КОВ (выполнена резекция сигмовидной кишки, гемирезекция мочевого пузыря, экстирпация матки с придатками, пересадка левого мочеточника) и в группе СОВ (тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии).

ВЫВОДЫ. Выполнение СОВ и КОВ при РТК не ухудшало послеоперационные показатели и качество жизни, что позволяет рекомендовать их более широкое применение.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ РОСТА АССОЦИИРОВАННЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Борота А.В., Седаков И.Е., Полунин Г.Е., Танасов И.А., Косарь Н.В., Гольмамедов В.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Донецк

АКТУАЛЬНОСТЬ. Язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК) вместе составляют вид кишечной патологии, известной как неспецифические воспалительные заболевания толстой кишки (НВЗТК), с неизвестной этиологией. Если 20-30 лет тому назад ЯК относили к редким заболеваниям, а БК к экзотическим, то в последние годы из-за своей распространенности многие авторы называют их болезнями цивилизации.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить частоту встречаемости ассоциированных с ЯК и БК различных видов опухолей толстой кишки (ТК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты лечения 1020 больных: 690 (67,6±1,5%) с ЯК и 330 (32,4±1,5%) с БК за 30 лет. У всех пациентов диагноз подтвержден морфологически.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Рак толстой кишки (РТК) наблю-

дали у 39 (3,8±0,6%) от общего числа пациентов: 27 (3,9±0,7%) – в группе с ЯК и 12 (3,6±1,0%) в группе с БК ($p>0,05$). Воспалительные псевдоопухолы (ВПО) – у 44 пациентов: 13 (29,5±6,9%) – в группе с ЯК и 31 (70,5±6,9%) – в группе с БК ($p<0,01$). Полипоз толстой кишки (ПТК) – у 35 пациентов: 27 (77,1±7,1%) в группе с ЯК и 8 (22,9±7,1%) в группе с БК ($p>0,05$).

В зависимости от времени диагностики различных видов опухолей, время наблюдения разделено на равные 3 периода: по 10 лет. В 1-м периоде выявлено 16 (13,6±3,2%), во 2-м – 25 (21,2±3,8%), в 3-м – 77 (65,3±4,4%) от общего количества случаев заболевания. В группе с РТК в 1-м периоде выявлено 2 (5,1±3,5%), во 2-м – 10 (25,6±7,0%), в 3-м – 27 (69,2±7,4%) случаев заболевания. В группе 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 35 случаев ПТК в 1-м периоде выявлены у 8 (22,9±7,1%), во 2-м – у 4 (11,4±5,4%), в 3-м – у 23 (65,7±8,0%) пациентов.

ВЫВОДЫ. Таким образом, с учетом общей тенденции роста заболеваемости и распространенности во всем мире ЯК и БК, количество ассоциированных с этими заболеваниями различных видов опухолей ТК увеличилось, по нашим данным, в 4,8 раз, в том числе: РТК в 13,5 раз, ВПО – в 4,5 раза, ПТК – в 2,9 раза. Лица трудоспособного возраста составляют 73,5%.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА СРЕДНЕ- И НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛОВ ПРЯМОЙ КИШКИ

Васильев С.В., Седнев А.В., Ломтева Е.Ю., Попов Д.Е., Жураковский Н.Г., Клименко А.Н., Семенов А.В.

Городской центр колопроктологии, Областная клиническая больница, Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лечебная тактика в отношении больных с полным клиническим регрессом опухоли после неoadьювантной химиолучевой терапии (НХЛТ) дистальных раков прямой кишки остается предметом дискуссии.

ЦЕЛЬ. Определение места активно-выжидательной тактики в комбинированном лечении рака дистальных отделов прямой кишки у больных с полным клиническим регрессом после НХЛТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2014 г. НХЛТ проведена 117 больным раком средне- и нижнеампулярного отдела сT2-4N0-2M0. В исследование включены пациенты с локализацией нижнего края аденокарциномы в 3-11 см от анального края. Предоперационное стадирование производилось на основании пальцевого исследования, ректоскопии и фиброколоноскопии с биопсией, МСКТ брюшной полости и грудной клетки, МРТ малого таза. Лучевая терапия осуществлялась на линейном ускорителе SL-75-5 пролонгированным курсом стандартным фракционированием (РОД=1,8-2,0 Гр, 5 раз в неделю, СОД=45-50 Гр). В качестве химиотерапевтического компонента использовался Капецитабин 1250 мг/м²/сут. Результаты лечения оценивались через 4 и 8 недель на основании пальцевого исследования, ректоскопии и МРТ малого таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У большинства больных (79%) отмечался частичный регресс опухоли или стабилизация, им было проведено стандартное хирургическое лечение. При этом у 22 (19%) больных уменьшение размеров и рестадирирование опухоли обусловило выполнение сфинктеросохраняющей операции взамен планировавшейся экстирпации. Полный клинический регресс

опухоли был достигнут у 15 (18%) больных. У данной категории пациентов хирургическое лечение в установленные сроки не выполнялось, а проводилось активное регулярное наблюдение. В течение первого года у 3 (20%) больных, имевших полный клинический регресс, был диагностирован местный рецидив опухоли и проведено стандартное хирургическое лечение.

ВЫВОДЫ. Наш опыт свидетельствует об адекватности динамического наблюдения и своевременной хирургической тактики у больных с полным клиническим регрессом после НХЛТ.

РАННИЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ: МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЛИ «БОЛЬШАЯ» ХИРУРГИЯ?

Васильев С.В., Семенов А.В., Попов Д.Е.,
Смирнова Е.В., Савичева Е.С.

ФГБОУ ВО «СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова» МЗ
РФ, Городской колопроктологический центр (СПбГБУЗ
«Городская больница № 9»), Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургическое лечение рака прямой кишки традиционными способами сопровождается значительным ухудшением качества жизни пациентов. Выявление данного заболевания на ранних стадиях расширяет возможности хирургического подхода, позволяя применять миниинвазивные органосохраняющие методы лечения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты лечения пациентов с ранним раком прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В работе представлен сравнительный анализ результатов лечения 81 пациента с ранними формами рака прямой кишки. Основная проспективная группа включала 42 пациента, прооперированных в период с 2012 по 2017 год с применением миниинвазивных трансанальных методов (ТЭМ, локальное иссечение). Контрольной ретроспективной группе пациентов (n=39) выполнялась радикальная операция с ТМЭ. Критерии включения в исследование: u, mrT0-T1, u, mrN0, ctM0, G1-2, EMVI-. Локализация опухоли в прямой кишке: ниже- и среднеампулярный отдел.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Медиана периода наблюдения составила 38 (7-60) месяцев. Длительность операций, степень интраоперационной кровопотери, продолжительность пребывания в стационаре, частота интра- и послеоперационных осложнений были достоверно ниже в группе пациентов, которым выполнялись трансанальные операции (p<0.001). Местный рецидив был выявлен у 1 (2,4%) пациента после локального иссечения. В 3-летней общей и безрецидивной выживаемости статистически значимых различий между двумя группами не выявлено (p=1,0).

ВЫВОДЫ. Миниинвазивные трансанальные методы у тщательно отобранных пациентов с ранними формами рака прямой кишки позволяют улучшить непосредственные результаты лечения, обеспечивают прецизионность вмешательства, не оказывая влияния на отдаленные онкологические результаты.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ТРАНСАНАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ

Велиев Т.И., Пантюков Е.Д.

КГБУЗ «Городская больница № 4», Алтайский
колопроктологический центр, Барнаул, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. После трансанального удаления ворсинчатые опухоли прямой кишки склонны к рецидивированию.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Показать эффективность профилактики рецидивов ворсинчатых опухолей прямой кишки после трансанального удаления, путем обработки ложа 2%-ным раствором протаргола.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализировано 2 группы больных по 42 человек, у которых трансанально были удалены ворсинчатые опухоли прямой кишки. В первую группу вошли больные, которым после трансанального удаления ворсинчатых опухолей прямой кишки проводилась обработка ложа 2%-ным раствором протаргола. Во вторую группу вошли больные, которым эта обработка не проводилась.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В первой группе больных в результате динамического наблюдения от 6 мес. до 10 лет рецидивирования опухолей не наблюдалось. Во второй группе у 7 (30%) больных в различные периоды после операции возник рецидив заболевания, что привело к повторной операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Обработка ложа ворсинчатой опухоли прямой кишки после трансанального иссечения 2%-ным раствором протаргола приводит к отсутствию рецидива заболевания.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ РАКОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Велиев Т. И., Шаляпин Д.И., Пантюков Е.Д.

КГБУЗ «Городская больница № 4», Алтайский
колопроктологический центр, Барнаул, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В последнее время отмечается рост заболеваемости раком толстой кишки среди раковых опухолей различной локализации.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Установить эффективность эндоскопической электроэксцизии ранних раков толстой кишки у лиц пожилого возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен динамический анализ группы больных с ранними раками толстой кишки, у которых была выполнена эндоскопическая электроэксцизия в период с 1992 по 2016 год. Отдаленные результаты оценивались на основании контрольных колоноскопий со взятием биопсий в порядке динамического наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Всего под наблюдением находилось 56 больных. Мужчин – 36, женщин – 20. Возраст пациентов составил 60-86 лет. Все больные находились под диспансерным наблюдением в связи с наличием компенсированной и субкомпенсированной форм сердечно-сосудистой патологии, заболеваний органов дыхания. У всех больных была выполнена эндоскопическая электроэксцизия опухолей.

ВЫВОДЫ. Эффективность эндоскопической электроэксцизии ранних раков толстой кишки у лиц пожилого возраста с сопутствующей патологией составила 100%. Отсутствие рецидивов после эндоскопической электроэксцизии позволило ограничиться эндоскопической операцией у пожилых больных.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРФОРАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ

Велиев Т. И., Шаляпин Д. И., Шалабода А. А., Пантюков Е. Д.

КГБУЗ «Городская больница № 4», Алтайский колоректологический центр, Барнаул, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Перфорация толстой кишки при эндоскопическом удалении ворсинчатых опухолей часто возникает у лиц пожилого возраста.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Показать целесообразность создания водяной «подушки» между подслизистой оболочкой и ворсинчатой опухолью с целью профилактики перфорации кишки во время эндоскопической электрорезекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 1999 по 2016 гг. у 520 больных в возрасте от 60 до 87 лет с ворсинчатыми опухолями толстой кишки применялся метод создания водяной «подушки» перед эндоскопической электрорезекцией слизистой оболочки вместе с опухолью. Водяная «подушка» создавалась путем введения инжектором 0,9%-ного физиологического раствора между подслизистой оболочкой и опухолью. У всех больных гистологически имелась ворсинчатая аденома с дисплазией II и III степени. Размеры опухоли были от 2 см и более в диаметре.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Случаев перфорации кишки у данных больных не наблюдалось ни во время операции, ни в послеоперационном периоде.

ВЫВОДЫ. Наши наблюдения позволяют рассматривать создание водяной «подушки» 0,9%-ным физиологическим раствором между подслизистой оболочкой и ворсинчатой опухолью, как метод профилактики перфорации кишки.

КОЛОРЕКТАЛЬНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОКРЫТЫХ И НЕПОКРЫТЫХ СТЕНТОВ

Водолеев А. С.^{1,2}, Малюга В. Ю.², Дуванский В. А.^{1,3}

¹ РУДН,

² ГКБ им. А. К. Ерамишанцева,

³ ФГБУ «ГНЦ ЛМ ФМБА России», Москва, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить результаты использования эндопротезов нового дизайна (двойных непокрытых и двойных покрытых колоректальных стентов).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с декабря 2012 по апрель 2017 года 77 пациентам с опухолевой толстокишечной непроходимостью было установлено 78 нитиноловых стента S&G Biotech Korea (39 непокрытых, 39 покрытых).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Клинический результат был достигнут у 74 (96,1%) пациентов. В двух случаях при использовании покрытых стентов купировать симптомы непроходимости не удалось. Пациенты оперированы. В одном случае через 18 часов после стентирования непокрытым стентом диагностирована перфорация проксимальных отделов кишки на фоне ишемического колита. Среднее время пребывания в стационаре после вмешательства составило 3 дня, различие между группами статистически незначимое. 30-суточная летальность составила 5,2%, различие статистически незначимое. Осложнения были выявлены у 3 пациентов в группе непокрытых стентов и у 1 – в группе покрытых стентов, различие статистически незначимое. У одной пациентки с образованием сигмовид-

ной кишки с прорастанием в переднюю брюшную стенку отмечено появление подкожной эмфиземы без пневмоперитонеума, у 3 (3,8%) пациентов окклюзия стентов. Причинами обструкции стентов были окклюзия каловыми массами на 83 сутки (выполнена эндоскопическая реканализация) и обрастание стента опухолью на 165 сутки (выполнено рестентирование). У одной пациентки причина окклюзии неизвестна, оперирована в другом стационаре через 34 суток после стентирования – выполнена трансверзостомия, умерла на 4 сутки после операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Колоректальное стентирование саморасширяющимися нитиноловыми стентами является эффективным и безопасным методом лечения толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. Рецидив симптомов кишечной непроходимости является нечастым осложнением. Мы не отметили статистически значимых различий при использовании двойных покрытых и двойных непокрытых стентов по частоте развития осложнений и летальности в ближайшем послеоперационном периоде.

СПОСОБ ДЕКОМПРЕССИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Гареев Р. Н., Фаязов Р. Р., Мехдиев Д. И., Тимербулатов Ш. В.

Кафедра хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИДПО ФГБОУ ВО БашГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Предложено большое количество способов интубации и декомпрессии кишечника при острой обтурационной толстокишечной непроходимости (ООН). Существующие методы дооперационной декомпрессии не позволяют полностью очистить кишечник от кишечного содержимого, токсических веществ, а методы интраоперационной декомпрессии не удовлетворяют хирургов еще и тем, что зачастую приводят к диссеминации брюшной полости кишечным содержимым.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Усовершенствовать методику дооперационной и интраоперационной декомпрессии толстой кишки при ООН опухолевой этиологии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Клинический материал основан на лечении 12 больных с ООН опухолевой этиологии, среди которых было 8 (66,7%) женщин, 4 (33,3%) мужчин. Для декомпрессии толстой кишки (ТК) мы использовали 2-х просветный полихлорвиниловый зонд и ирригационно-аспирационную систему собственной конструкции (*Патент на изобретение № 2395237, заявка № 2008152880, приоритет изобретения 30.12.2008 г., зарегистрировано в Государственном реестре полезных моделей РФ 27.07.2010 г.*). Принцип работы системы следующий. Посредством ирригатора под давлением по внутренней трубке зонда в просвет кишки подается антисептический раствор (фурацилин), аспирируемый при помощи насоса через внешнюю трубку вместе с кишечным содержимым, газами. В дооперационном периоде зонд пытались провести выше места опухолевой обструкции под контролем фиброколоноскопа. Во время операции до резекции опухоли с использованием сшивающих аппаратов приводящий участок ТК отсекался выше опухоли, мобилизовался, выводился за пределы операционного поля и тщательно отграничивался салфетками и пеленками, смоченными раствором антисептика (спиртовый раствор хлоргексидина). Далее на конце приводящего участка ТК накладывалось два кيسетных шва на расстоянии 1,5-2 см друг от друга, проксимальный кисетный шов затягивался, затем кишка вскрывалась, зонд вводился в кишку,

после чего над зондом затягивался дистальный кистет. Ослабляя натяжение проксимального кистетного шва, зонд проводили ретроградно по ТК, используя мануальную ассистенцию. После декомпрессии ТК выполняли резекцию опухоли с наложением первичного межкишечного анастомоза или с выведением проксимальной колостомы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 3 (25%) больных декомпрессия проведена до операции, у 9 (75%) – интраоперационно. В ходе операции во всех случаях произвели резекцию пораженного опухолью участка ТК. В 4 (33,3%) случаях операция завершена наложением первичного межкишечного анастомоза, в 8 (66,7%) случаях – выведением проксимальной колостомы. После проведения интраоперационной декомпрессии толстая кишка уменьшалась в размерах, значительно облегчались манипуляции в брюшной полости. При наличии у больных расширения петель тонкой кишки интраоперационно толстокишечная декомпрессия дополнялась назоинтестинальной интубацией 2-х просветным зондом. На 2-е сутки после операции у больных отмечали появление перистальтики кишечника, функционирование колостомы. Осложнений и летальных исходов не наблюдали.

ВЫВОД. Применение до- и интраоперационной декомпрессии с использованием ирригационно-аспирационной системы у больных с ООТН позволяет расширить показания к наложению первичного межкишечного анастомоза, облегчает манипулирование в брюшной полости и, тем самым, позволяет снизить опасность травмы в ходе оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде у таких больных менее выражен синдром кишечной недостаточности, что приводит к снижению числа послеоперационных осложнений.

ОЗОНОТЕРАПИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Гатауллин И.Г., Городнов С.В., Жинов А.В.

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Казань, Россия
Ульяновский областной онкологический диспансер, Ульяновск, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение непосредственных результатов лечения больных колоректальным раком, путем патогенетического обоснования коррекции гемореологических нарушений с помощью озонированных кристаллоидов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В основу работы положены данные обследования и лечения 122 больных верифицированным колоректальным раком. Первая группа (контрольная) 62 пациента, которым выполнено оперативное вмешательство без инфузии озонированных растворов, вторая группа включала 60 больных, которым интраоперационно проводилась инфузия озонированных кристаллоидов. Средний возраст оперированных пациентов в первой группе составил 63,9±2,4 года, во второй – 62,9±2,3 года (p>0,05). Для определения оксигенации в тканях кишечника использовали неинвазивный спектрофотометрический комплекс «Спектротест». Контрольной группе проводили измерение насыщенности кислорода в шовной полосе анастомозируемых участков кишки и кишечного трансплантата интраоперационно на фоне проводимой традиционной инфузионной терапии. Второй группе больных измерения насыщенности кислорода кишечной стенки проводили до- и после введения озонированных

растворов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Исходные показатели оксигенации стенки кишки в основной группе больных до введения озонированных растворов составили 83,7±0,6%, а в контрольной группе – 83,4±0,6% (p>0,05). После введения озонированных растворов уровень оксигенации стенки кишки повышался на 10,6%. (p<0,05). В контрольной группе наблюдалось снижение уровня оксигенации шовной полосы на 8,8% (p<0,05).

Частота осложнений в основной и контрольной группах составляла 8,3% и 24,2%, соответственно (p<0,05). В контрольной группе преобладали осложнения, которые носили наиболее угрожаемый жизни характер. Среди них несостоятельность анастомоза (4,8%), некроз низведенной кишки (3,2%) и тромбоэмболия легочной артерии (1,6%). В основной группе это нагноение послеоперационной раны (3,4%), спаечная кишечная непроходимость (1,7%) и атония мочевого пузыря (1,7%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Нормализация гемореологических и гемодинамических нарушений у больных колоректальным раком при интраоперационной инфузии озонированных кристаллоидов является патогенетически обоснованным методом профилактики послеоперационных осложнений.

ПРОСТЫЕ МУКОЦЕЛЕ И МУЦИНОЗНЫЕ ЦИСТАДЕНОМЫ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Гидирим Г.П.¹, Мишин И.В.^{1,4}, Рожновяну Г.А.¹, Гуцу Е.В.², Мишина А.Е.³, Данч А.В.¹, Возиян М.Г.¹

¹ Кафедра хирургии № 1 «Н.Анестиади»,

² Кафедра общей хирургии, Университет медицины и фармации «Н.Тестемизану»,

³ Институт матери и ребенка,

⁴ Институт ургентной медицины, Кишинев, Молдова

АКТУАЛЬНОСТЬ. Мукоцеле червеобразного отростка (МЧО) относится к редким заболеваниям органов брюшной полости (0,2-0,4% в структуре патологии червеобразного отростка). МЧО включает в себя три основных гистологических типа: простое мукоцеле (ПМ); муцинозную цистаденому (МЦА) и муцинозную цистаденокарциному.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Выявление особенностей клинических проявлений, диагностики и лечения ПМ и МЦА и их осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения МЧО у 31 больного в период 2002-2017 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ. ПМ и МЦА наблюдали в 16 (51,6%) случаях (13Ж/3М, средний возраст – 49,1±3,9 лет). Клинические проявления при обращении были расценены как: «острый аппендицит» (n=6), двухсторонние муцинозные опухоли яичников (n=2), и были случайно обнаружены при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости (n=2). Патологию в 6 (37,5%) случаях диагностировали на предоперационной КТ или МРТ. Объем хирургических вмешательств включал: аппендэктомия (n=11), субтотальная гистерэктомия с придатками+аппендэктомия (n=2), резекция участка тонкой кишки+аппендэктомия (n=1), правосторонняя гемиколэктомия (n=1) и лапароскопическая холецистэктомия+аппендэктомия (n=1). При гистологическом исследовании установили: ПМ (n=11), ПМ в сочетании с эндометриозом червеобразного отростка (n=1) и муцинозная цистаденома (n=4). Средний срок наблюдения больных составил 64,5±11,7 мес. (CI 95%: 39,39-89,61). В одном случае (6,2%) через 5 и 10 лет после аппендэктомии отмечено два эпизода псевдомиксомы брюшной полости (ПМБП), потребовавших

циторедуктивных вмешательств с гипертермической интраперитонеальной химиотерапией (5-фторурацил, 750 mg/m², t=43°C, 90 мин.) + послеоперационной внутривнутрибрюшной химиотерапии.

ВЫВОДЫ. Клинические проявления ПМ и МЦА неспецифичны, в большинстве случаев диагноз устанавливается интраоперационно. Обязательно длительное наблюдение за пациентами, учитывая риск прогрессии МЦА в ПМБП.

ПРАВСТОРОНЯЯ ГЕМИКОЛЕКТОМИЯ С D-3 ЛИМФАДЕНЭКТОМИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: ЕСТЬ ЛИ СМЫСЛ?

Данилов М.А., Атрощенко А.О., Поздняков С.В., Абдулатипова З.М., Хатьков И.Е.

ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр ДЗМ, отделение колопроктологии, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В настоящее время наблюдается увеличение числа пациентов пожилого и старческого возраста с диагнозом рак правой половины ободочной кишки, которым необходимо хирургическое лечение. Лапароскопический доступ при выполнении операций на толстой кишке при колоректальном раке на основании данных многочисленных отечественных и зарубежных исследований показал преимущества перед открытыми вмешательствами (менее выраженный болевой синдром, более быстрое восстановление функции кишечника, более короткий послеоперационный койко-день). Удлинение продолжительности анестезии и самого оперативного вмешательства при лапароскопическом доступе зачастую приводит к отказу в хирургическом лечении, в частности, лапароскопии, у данной категории пациентов в связи с наличием у них сопутствующей патологии.

ЦЕЛЬ. Сравнить непосредственные результаты выполнения лапароскопических (лПГКЭ) и открытых правосторонних гемиколэктомий (оПГКЭ) у пациентов пожилого и старческого возраста с КРР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Набор материала проводился ретроспективно из проспективно заполняемой базы данных. В период с сентября 2015 по ноябрь 2016 года в нашем отделении пролечено 44 пациента пожилого и старческого возраста с диагнозом «рак правой половины толстой кишки» (cT2-3-4N0-2M0), лПГКЭ выполнена 28 пациентам, открытая ПГКЭ – 16 (из них 4 конверсии). Все вмешательства дополнялись расширенной D-3 лимфаденэктомией (тотальной мезоколонэктомией). ОПГКЭ выполнялись при наличии местно-распространенного процесса. Средний возраст пациентов общей выборки составил 78±4,8 лет (от 72 до 84 лет). Группы достоверно не различались по демографическим показателям, стадии онкологического процесса и соматическому статусу (ASA, ECOG, индекс Карновского). Механическая подготовка кишечника не проводилась (бесшлаковая диета в течение 3-х дней до операции).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя продолжительность вмешательства была меньше в группе лПГКэ, однако статистических значимых различий не было, и составляла в группе лПГКЭ – 186,2±37,8 мин., в группе оПГКЭ – 196,2±41,4 мин. (p=0,34). Средний объем кровопотери в группах значимо не различался: лПГКЭ – 60±10 мл, оПГКЭ – 70±10, (p=0,5). Средняя продолжительность послеоперационного койко-дня в группе лПГКЭ составила 4,6±1,1, в группе оПГКЭ – 6,4±1,4 (p=0,02). Все пациенты обеих групп после выполненных вмешательств находились в ОАиР от 3 до 18 часов, были активизированы и начали получать энтеральное питание в

день операции. Средняя продолжительность лимфо-реи в обеих группах не отличалась и составила, в среднем, 3,6±0,7 дней. На основании патоморфометрии качество мезоколонэктомии (D-3 лимфодиссекции) не отличалось в группах сравнения: мезоколическая фасция была сохранена в 100% случаев, R-0 резекция также была выполнена всем пациентам, среднее количество исследованных лимфоузлов в удаленном препарате было больше в группе лПГКЭ – 22,4±4,7 л/у, в группе оПГКЭ – 18,2±5,6 л/у, однако значимой разницы зафиксировано не было (p=0,26), индекс метастазирования в группах не различался. Госпитальной летальности и инфекционно-септических осложнений в группах зафиксировано не было. У одного пациента из группы оПГКЭ в послеоперационном периоде отмечен гипертонический криз с подъемом АД до 220/140 мм рт.ст., что потребовало перевода пациента в кардиологическое отделение. На фоне проведенной терапии пациент благополучно выписан.

ВЫВОДЫ. Лапароскопическая ПГКЭ с D-лимфаденэктомией в лечении рака правой половины ободочной кишки у пациентов пожилого и старческого возраста является безопасной: не приводит к увеличению кровопотери, продолжительности вмешательства и послеоперационного койко-дня; а также онкологически эффективной и обоснованной. Оценка отдаленных результатов может быть оценена при более продолжительной медиане прослеженности.

РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ: КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ – НЕОАДЪОВАНТНАЯ RASHEL. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Захарченко А.А., Попов А.В., Кириченко А.К.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить непосредственные и отдаленные результаты комбинированного лечения рака прямой кишки (РПК) при использовании в предоперационном периоде масляной химиоэмболизации ректальных артерий (МХЭ РА-процедура RASHEL).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Анализированы результаты комбинированного метода лечения у 40 больных резектабельным РПК II и III стадии. В предоперационном периоде выполняли МХЭ РА 5-фторурацилом (5-ФУ, 1000-2000 мг) на липиодоле (8-10 мл). Операционный доступ – трансфеморальный по Сельдингеру. Анестезия – местная, в месте пункции бедренной артерии. Контрасты – Ультравист / Омнипак. Микрокатетры – TERUMO, 4F. Эмболы – гемостатическая губка / спирали Гиантурко. Химиоэмболизацию проводили в бассейне верхней ректальной артерии (ВРА) – при локализации опухоли в верхней ампуле. При локализации в средней и нижней ампуле – одновременно в бассейне ВРА и внутренних подвздошных артерий (ВПА). Оперировали пациентов через 72 часа после эндоваскулярной процедуры.

До операции оценивали течение постэмболизационного периода. Изучали интраоперационную микроскопическую диссеминацию раковых комплексов, результаты лечебного патоморфоза в аденокарциномах. Факт присутствия 5-ФУ в ткани опухоли, его концентрацию и скорость элиминации определяли методом флуоресцентной микроскопии и спектрофотометрии. Исследовали степень апоптоза и экспрессии пролиферации (иммуногистохимия), частоту послеоперационной гнойной хирургической инфек-

ции (ГХИ), показатели летальности.

Сфинктеросохраняющие операции (ВБР ПК / БАР ПК) выполнены у 31/40 (77,5%) пациента. Функционально-сохраняющие вмешательства – БПЭ ПК / интерсфинктерная БАР ПК с формированием неоректум, неосфинктера, промежностного неануса – у 9/40 (22,5%) больных.

Все операции – по технологии ТМЕ. Отдаленные результаты прослежены у всех больных (100%) – частота местных рецидивов (в течение 3-х лет), общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость. Группа клинического сравнения (ГКС) – хирургическое лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Постэмболизационный период: системных осложнений и реакций при МХЭ РА не зарегистрировано. Выраженные явления постэмболизационного болевого синдрома отсутствовали. Местных осложнений (некроз ПК, парапроктит, перитонит, перфорация артерии, аневризма) не было. Гематома в месте пункции бедренной артерии – 1/40 случаев (2,5%). Флюоресцентная микроскопия и спектрофотометрия: средняя концентрация 5-ФУ в ткани опухоли через 72 часа составила 218,7 мкг/г. При визуализации клеточной фракции опухоли выявлено активное включение 5-ФУ как в цитоплазме, так и в структурах ядра и ДНК – признак разрушения ее структуры и летального или сублетального повреждения клеток опухоли. Быстрой элиминации химиопрепарата препятствовала окклюзия локального артериального кровотока и липидол. Микроскопическая диссеминация и морфология опухоли: частота интраоперационной микроскопической диссеминации составила 15,0% (в ГКС – 27,5%, $p < 0,05$). При этом клетки свободных раковых комплексов были с сублетальными и летальными повреждениями. Лекарственный патоморфоз опухолей III степени выявлен в 33/40 (82,5%) случаях, II степени – в 7/40 (17,5%). Иммуногистохимия: показатель апоптоза (ИМ TdT) составил $7,0 \pm 0,2$ (в ГКС – $0,78 \pm 0,12$), пролиферации (ИМ PCNA) – $39,15 \pm 0,27$ (ГКС – $82,08 \pm 0,28$). МХЭ РА привела к усилению апоптоза в 9 раз, а угнетение пролиферации было эффективнее в 2,1 раза ($p < 0,01$). Клинические результаты: ГХИ при использовании МХЭ РА составила 4/40 (10,0%) случаев (в ГКС – 7,5%, $p > 0,05$). Послеоперационная летальность – 1/40 (2,5%) случаев (в ГКС – 2,5%, $p > 0,05$). Частота местного рецидивирования (в течение 3-х лет) – у 1/40 (2,5%) пациента (в ГКС – 13,2%, $p < 0,01$). Общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость (вне зависимости от стадии), соответственно, 36/39 (92,3%) и 34/39 (87,2%). В ГКС, соответственно, 75,7% и 70,2% (Log-Rank Test, $p = 0,003$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предоперационная МХЭ РА (процедура RACHN) в комбинированном лечении больных РПК обладает достаточно высокой туморцидной эффективностью, относительно безопасна, позволяет выполнять сфинктеро- и функционально-сохраняющие вмешательства, не увеличивает риск развития послеоперационной ГХИ и летальности.

В сочетании с технологией ТМЕ обеспечивает значительную абластичность хирургического вмешательства, достаточно низкую частоту местного рецидивирования и высокую 5-летнюю общую и безрецидивную выживаемость и может конкурировать с известными методами предоперационной лучевой терапии в комбинированном лечении рака прямой кишки.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Полозов С.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Острая обтурационная кишечная непроходимость является самым частым осложнением колоректального рака. Общая и послеоперационная летальность при этой патологии остаются крайне высокими.

ЦЕЛЬ. Оценка эффективности консервативного лечения и видеокOLONОСКОПИИ у больных с острой обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимостью.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты лечения 74 больных с острой обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимостью, пролеченных в Сургутской окружной клинической больнице в период 2012–16 гг. Мужчин – 25 (33,8%), женщин – 49 (66,2%). В анализируемой группе с декомпенсированной кишечной непроходимостью – 42 (56,8%) пациента, с субкомпенсированной – 24 (32,4%), с компенсированной – 8 (10,8%). Ведение больных проводилось в соответствии с принятым в клинике протоколом «Диагностика и лечение острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза». Проведена оценка консервативной терапии по критериям клинической эффективности лечения. Изучена роль экстренной видеокOLONОСКОПИИ в протоколе лечебно-диагностической программы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Дооперационная визуализация опухоли толстой кишки при выполнении экстренной видеокOLONОСКОПИИ достигает 85,1%. Комплекс консервативных мероприятий, в том числе и стентирование опухоли толстой кишки, позволили разрешить кишечную непроходимость у 59 (79,7%) больных, остальные 15 (20,3%) пациентов оперированы в экстренном порядке.

У 13 (31%) больных с декомпенсированной непроходимостью диагностическая видеокOLONОСКОПИЯ явилась одновременно и лечебной. У данной группы проведено стентирование опухоли с использованием трубчатого дренажа, что позволило избежать оперативного лечения в экстренном порядке. Осложнений экстренной диагностической видеокOLONОСКОПИИ и стентирования опухоли толстой кишки не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Комплекс консервативных мероприятий при острой обтурационной кишечной непроходимости, включая стентирование толстой кишки, обеспечивает восстановление пассажа по пищеварительному тракту не менее чем у 79,7% пациентов.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А., Исаев В.Р.
ФГБОУ ВО СамГМУ МЗ РФ, Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. При осложненных формах колоректального рака (КРР) – (кровотечение, непроходимость, перфорация) в 40–80% выполняются двухэтапные хирургические вмешательства, заканчивающиеся формированием одностольной кишечной стомы. Восстановительные операции по устранению одно-

ствольной колостомы относятся к наиболее сложным оперативным вмешательствам на толстой кишке.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов хирургического лечения больных с кишечными стомами после оперативных вмешательств по поводу КРР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты хирургического лечения 145 больных с одноствольными и двухствольными кишечными стомами за период 2014-2016 гг. в колопроктологическом отделении СамГМУ. Мужчин – 71, женщин – 74. Средний возраст больных 48,9 лет. Одноствольные стомы были у 89 пациентов, двухствольные стомы – у 50, цекостомы – у 6 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все больные обследованы в предоперационном периоде для исключения прогрессии КРР, оценки функции анального держания, воспалительных изменений отдаленных отделов толстой кишки. Восстановление целостности толстой кишки после операции типа Гартмана выполнена 56 больным. Восстановительные операции у 60,7% больных выполнены в период от 6 до 12 мес. после радикальной операции. Механический шов применен у 53 (94,6%) больных: циркулярный анастомоз «конец-в-конец» с использованием одноразовых степлеров (CDH 29, EEA 28, KYGZ 28,5) – у 51 пациента, анастомоз «бок-в-бок» с применением линейно-режущих аппаратов (GIA 60) – у 2 больных. Ручной двурядный шов использован у 3 (5,4%) больных. Механический шов использован у 7 (24,1%) пациентов, ручное формирование анастомоза применено у 22 (75,9%). Послеоперационные осложнения отмечены у 7 (8,2%) больных: нагноение раны – 3 (3,5%), кровотечение из линии степлерного шва – 1 (1,2%), несостоятельность степлерного анастомоза, перитонит – 1 (1,2%), частичная несостоятельность ручного анастомоза с формированием кишечного свища – 1 (1,2%), стриктура в области анастомоза – 1 (1,2%). Умер один больной от несостоятельности толстокишечного анастомоза и прогрессирующего перитонита.

ВЫВОДЫ. Восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки по поводу КРР относятся к операциям высокой степени сложности. Выполнение данных операций больным позволяет провести полную медицинскую и социальную реабилитацию и значительно улучшить качество жизни пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Куликовский В.Ф., Ефремов А.Б.

ОГБУЗ «Областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Аденомы прямой кишки занимают одно из ведущих мест в общей структуре заболеваний этого органа и подвергаются малигнизации в 19,5-90% случаях. Это вызвало в последние десятилетия возрастающий интерес к их раннему выявлению и радикальному лечению с использованием современных малоинвазивных методов.

ЦЕЛЬ. Анализ накопленного клинического опыта и оценка результатов применения трансанальной эндоскопической микрохирургии (ТЭМ) в лечении доброкачественных новообразований прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ результатов лечения 86 больных в возрасте от 43 до 82 лет с полипами прямой кишки с использованием

метода ТЭМ за период с 2012 по 2016 гг. Все ТЭМ-вмешательства выполняли в плановом порядке под эпидуральной анестезией. Использовали операционный проктоскоп фирмы Richard Wolf (Германия) с набором оригинальных и лапароскопических инструментов. При локализации полипа в нижнеампулярном отделе прямой кишки до уровня 4,5-5,0 см выше зубчатой линии использовали упрощенную методику ТЭМ без инфуляции газа. При расположении аденом от зубчатой линии выше 5 см применяли классический ТЭМ метод (Gerhard Buess).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Выполнено 53 оперативных пособия с использованием открытой «безгазовой» ТЭМ, у 33 пациентов применялась классическая методика. Средняя продолжительность ТЭМ составила 52 минуты. Интраоперационных осложнений не было, у 5 пациентов с ворсинчатыми аденомами в поверхностных слоях выявлены очаги высокодифференцированной аденокарциномы. Ректоскопический мониторинг у этих больных рецидива заболевания не выявил. Отдаленные результаты прослежены за период от 4 месяцев до 3,5 лет. Рецидивы полипов выявлены у 8 (9,6%) пациентов.

ВЫВОДЫ. 1. Полученные результаты позволяют нам оценить методику ТЭМ как достаточно эффективный способ лечения доброкачественных новообразований прямой кишки.

2. Дифференцированный подход к выбору метода ТЭМ в зависимости от локализации полипа может быть использован как альтернатива традиционному трансанальному иссечению опухоли и травматичной трансабдоминальной резекции прямой кишки.

ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Солошенко А.В., Сторожилев Д.А., Наумов А.В.

ОГБУЗ БОКБ Святителя Иоасафа.

Региональный колопроктологический центр, Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Удаление метастазов колоректального рака в печени позволяет достичь 5-летней выживаемости у 37-45% больных. Однако резектабельными являются не более 15% метастазов. По своей эффективности радиочастотная абляция (РЧА) является основным методом локальной деструкции метастазов печени.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить частоту послеоперационных осложнений и отдаленные результаты после РЧА.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты хирургического лечения 144 больных с метастазами колоректального рака в печени, находящихся на лечении в региональном колопроктологическом центре и центре хирургии печени и поджелудочной железы ОГБУЗ БОКБ Святителя Иоасафа с 2004 по 2016 гг. У 63 больных операция на печени выполнялась одновременно с резекцией толстой кишки, а остальным больным – в разные сроки после удаления первичной опухоли. Одиночный метастаз выявлен у 96 больных, множественные – у 48. Диаметр очагов колебался от 1 до 20 см. Резекция печени выполнена 49 пациентам с помощью ультразвукового деструктора-аспиратора CUSA. Объем операции распределился следующим образом: левосторонняя гемигепатэктомия – 8; правосторонняя гемигепатэктомия – 19; резекция отдельных сегментов – 22. РЧА выполняли аппаратом RADIONICS. Пролечено 95 пациентов и выполнена абляция 184 узлов. Эффективность РЧА оценивали интраоперационной сонографией.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Послеоперационные осложнения

выявлены у 4-х (2,8%) больных. В 1 случае после РЧА дренирован абсцесс печени, у 2-х больных после правосторонней гемигепатэктомии дренированы биломы поддиафрагмального пространства и у 1 больного дренирован межпечельный абсцесс. В первый год после РЧА выявлены 4 рецидива метастаза. Кумулятивная 1-, 3- и 5-летняя выживаемость изучена у 88 больных и составила 88,6%, 35,3% и 19,5%, соответственно.

ВЫВОДЫ. РЧА является эффективным методом локальной деструкции метастазов, имеет незначительное число послеоперационных осложнений и позволяет достичь 3-летней выживаемости у 35% больных.

НИЗКООПИОИДНАЯ АНЕСТЕЗИЯ КАК КОМПОНЕНТ ПРОГРАММЫ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ХИРУРГИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Мартынов Д.В., Альникин А.Б., Грошилин В.С.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Концепция ускоренной реабилитации пациентов после хирургических операций (ERAS, Fast-track) подразумевает, что пациент в послеоперационном периоде должен быть максимально быстро активизирован, не испытывая при этом боли, тошноты или пищеварительного дискомфорта. Лапароскопические операции традиционно считаются малотравматичными, однако интраоперационно используются довольно большие дозы фентанила, побочные эффекты которого (обстипация, тошнота, сонливость) хорошо известны. В настоящем исследовании мы попытались уменьшить интраоперационную дозу фентанила при операциях на ободочной кишке с целью более ранней реабилитации пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Целью данного исследования было сократить интраоперационное введение опиоидов за счет воздействия на другие антиноцицептивные системы и проанализировать, как это отразится на качестве периоперационного обезболивания и возможности ранней активизации пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Мы проанализировали данные 29 пациентов хирургического отделения клиники Ростовского ГМУ в возрасте от 45 до 77 лет, обоих полов, оперированных по поводу рака ободочной кишки лапароскопическим способом. Риск по ASA у всех пациентов соответствовал II-III степени. Операции выполнялись в условиях комбинированной эндотрахеальной анестезии (индукция пропофолом, поддержание – севофлуран) и миоплегией рокурония бромидом. Пациенты были разделены на 2 группы случайным образом, всем пациентам выполнялась лапароскопическая операция на ободочной кишке. В 1 группе (n=14) использовалась традиционная методика введения фентанила болюсно, во 2 группе (n=15) – у всех пациентов 100 мкг фентанила вводилось однократно перед интубацией трахеи, периоперационно проводилась дозированная инфузия растворов дексметомидина, кетамина и лидокаина (по методике Muller J.P. с модификациями). Для оценки результатов принимались во внимание: расход фентанила интраоперационно и выраженность болевого синдрома на различных этапах послеоперационного периода. Для оценки выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде использовалась 10-балльная визуально-аналоговая шкала (ВАШ) через 2, 4 и 18 часов после операции. Результаты обрабатывались статистически с помощью прикладного пакета программ Microsoft Excel 2007 и STATISTICA 8.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Получены следующие результаты: расход фентанила во время операции во II группе оказался достоверно (p=0,003) ниже (1,5±0,1 мкг/кг веса) против показателей I группы (4,9±0,3 мкг/кг веса). Интенсивность болевого синдрома по ВАШ в первые 2 часа после операции составила в I группе 3,9 против 3,8 во II группе (p=0,6); после 4 часов 3,0 и 2,3 соответственно (p=0,07); 1,2 и 0,5 – после 18 часов от окончания операции (p<0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Уменьшение расхода наркотических анальгетиков без ухудшения качества послеоперационного обезболивания и самочувствия пациентов является, несомненно, важным преимуществом, позволяющим минимизировать отрицательные эффекты опиоидов в раннем послеоперационном периоде, способствует более ранней активизации пациентов.

ВЫБОР СПОСОБА РАССЕЧЕНИЯ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Мустафин Р.Д., Есин В.И., Молчанова Ю.Р., Рудык Р.Е.

Астраханский медицинский университет, ГБУЗ АМОКБ, Астрахань, Россия

Одним из ее нерешенных вопросов гепатохирургии остается выбор оптимального способа разделения паренхимы с минимизацией кровопотери и риска билиарных осложнений.

ЦЕЛЬ. Оценка эффективности различных способов резекции паренхимы печени при ее анатомических резекциях у больных с метастазами колоректального рака.

В исследование включены 65 пациентов, оперированных с 2009 по 2015 гг. Средний возраст больных составил 65,5 лет. Мужчин было 44, женщин – 21. Выполнено 28 правосторонних гемигепатэктомий, 9 – левосторонних (из них 2 расширенных), 16 секторэктомий и 12 сегментэктомий, включая 3 резекции хвостатой доли. Все резекции печени выполняли так называемым «воротным» способом с идентификацией элементов портальной триады. Для оценки эффективности применявшихся способов транссекции паренхимы печени больные были разделены на три группы: первая группа, в которой применяли метод Kelly-crushing – 29 человек, вторая (с применением аппарата En Seal) – 20 человек, третья (Sony Scision) – 16 человек.

Статистические различия были выявлены нами между первой и третьей группами по объему интраоперационной кровопотери, времени паренхиматозной транссекции и, соответственно, продолжительности применения приема Прингла. В группе с применением метода Kelly, несмотря на достоверно более быстрое рассечение паренхимы, общая продолжительность оперативного вмешательства не отличалась от других групп, поскольку этим пациентам требовалось большее количество дополнительных 8-образных атравматических швов на этапе контроля гемостаза. Клинических различий по течению послеоперационного периода между группами пациентов нами выявлено не было, мы также не обнаружили в группах пациентов клинически значимых проявлений печеночной недостаточности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Все три проанализированные нами способа операции являются эффективными и достаточно безопасными. Вместе с тем, выбор способа разделения паренхимы печени остается обсуждаемым вопросом, в значительной степени зависит от опыта хирурга и от технического оснащения операционного блока.

ПОВТОРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Мустафин Р.Д., Есин В.И., Шабаетова М.М.

Астраханский государственный медицинский университет, Александро-Маринская областная клиническая больница, Астрахань, Россия

Повторные резекции печени при метастазах колоректального рака получают все большее распространение, однако при поражении протоков выполняются редко, в связи с чем, мы и приводим наше наблюдение. Больной Х., 62 лет, 29.10.2012 года оперирован в связи с аденокарциномой прямой кишки Т3N0M0, выполнена низкая передняя резекция. 15.01.2013 – правосторонняя гемигепатэктомия в связи с метастазами в S6-8.

В феврале 2014 г. при КТ-исследовании в IV сегменте печени обнаружен метастаз размерами 3,3×4,5 см с расширением долевого и сегментарных протоков, выполнена ЧХХ с дренированием левого долевого протока. 29.04.2014 оперирован. Лапаротомия J-образным разрезом. Выраженный спаечный процесс вокруг гипертрофированной культи печени. По верхнему контуру культи S4a имеется плотная округлая опухоль диаметром около 4 см, распространяющаяся по задней поверхности на сохранившиеся элементы печечно-12-перстной связки. На остальном протяжении паренхима печени без признаков опухолевого поражения. Решено выполнить резекцию S4 с формированием гепатикоеюноанастомоза. После пересечения дистального отдела холедоха выполнена диссекция гепатодуоденальной связки с отделением ее от хвостатой доли, рассечена воротная пластина, под ней обнаружен свободный от опухоли участок желчного дерева, которое на этом уровне пересечено. Выполнена резекция S4 методом Kelly, идентифицированы и выделены три расположенных «вплотную» друг к другу крупных желчных протока (S4b, S2, S3) – тотчас выше развилки левого долевого протока. Сформировано позадибодочное соустье трех сегментарных протоков с тощей кишкой однорядным прецизионным атравматическим швом («моноплюс» 4/0) по Ру. В послеоперационном периоде сформировался наружный желчный свищ, который самостоятельно закрылся через 3 недели. Пациенту было проведено 8 курсов полихимиотерапии по схеме FOLFOX + бевацизумаб, бевацизумаб пациент получал в течение года. Осмотрен через 2 года. Жалоб не предъявляет, признаков рецидива и прогрессирования заболевания не выявлено, ведет активный образ жизни.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ФАГОЦИТОВ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ Т3-Т4: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Образцов И.В., Сухина М.А., Михалевская В.И., Ачкасов С.И., Сушков О.И.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Колоректальный рак является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей взрослых. Послеоперационный период у данных больных характеризуется риском гнойно-септических осложнений, поэтому актуален поиск скрининговых биомаркеров для раннего прогнози-

рования его течения с целью оптимизации антибактериальной терапии.

ЦЕЛЬ. Определение динамики поверхностной экспрессии CD64 нейтрофилами, HLA-DR моноцитами и кинетических показателей хемилюминесцентного анализа (ХЛА) у пациентов с неосложненным послеоперационным периодом; в качестве диагностического стандарта выбран прокальцитонин (ПКТ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследовали периферическую кровь 32 пациентов в день 0 до операции, затем в дни 1 – 4. ХЛА выполняли на приборе Lum-1200 (ДиСофт, Россия) по разработанной нами ранее методике; иммунофенотипирование проведено методом проточной цитометрии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В день 0 у всех больных содержание ПКТ оказалось ниже предела детекции, однако уже в течение первых двух суток у пациентов с содержанием ПКТ > 1 нг/мл определяется достоверное повышение CD64+ нейтрофилов.

Выявлены сильные значимые корреляции между содержанием ПКТ с одной стороны и долей CD64+ нейтрофилов и HLA-DRlow моноцитов с другой (коэффициент корреляции Спирмана составляет 0,62 и 0,47, соответственно; $p < 0,001$). Показано снижение содержания HLA-DRhigh моноцитов у пациентов с повышенным уровнем ПКТ (медиана 81,1% по сравнению с 69,0%, $p = 0,064$). Кроме того, в день 0 в этой группе определено также укорочение временного лага третьей кинетической фазы ХЛ ($p < 0,05$). В дни 2-4 наблюдалось увеличение прогностического коэффициента ХЛ, свидетельствующее о недостаточной эффективности внутриклеточного ХЛ-ответа ($p < 0,05$).

ВЫВОДЫ. Снижение содержания HLA-DRhigh моноцитов и укорочение временного лага ХЛ перед операцией позволит отнести пациента в группу риска бактериальных осложнений на инициальном этапе; при этом последующая динамика пациента может быть оценена на основании содержания CD64+ нейтрофилов и значения прогностического коэффициента ХЛ.

МРТ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВА РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ И РУБЦОВОГО ПРОЦЕССА

Оточкин В.В., Хватов А.А., Яковлев Н.Г., Розенгауз Е.В.

ГБУЗ Ленинградская Областная Клиническая Больница, СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Наличие послеоперационного рубцового процесса в малом тазу является главным фактором, затрудняющим выявление рецидива.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Проанализировать дифференциально-диагностические МРТ признаки рецидива рака прямой кишки и рубцового процесса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обследовано 139 пациентов после удаления рака прямой кишки с различными типами послеоперационной МРТ картины малого таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Проанализированы форма, контуры, структура, сигнальные характеристики и интенсивность накопления контрастного вещества зон рецидива ($n = 48$; 35%) и неоднородных рубцовых изменений ($n = 27$; 20%). Получены статистически значимые результаты ($p < 0,05$) в отношении контуров, T2 взвешенных изображений (ВИ) и диффузионно-взвешенных изображений (ДВИ).

ВЫВОДЫ. Наличие рубцового процесса в малом тазу было главной причиной затруднений в выявлении рецидива рака прямой кишки. Контуры, сигнальные характеристики на T2 ВИ и ДВИ были главными кри-

териями в дифференциальной диагностике рецидива и рубцового процесса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК

Петров Д.И.², Гуляев А.А.^{1,2}, Ярцев П.А.^{1,2}, Цулеискири Б.Т.¹, Кирсанов И.И.¹, Левитский В.Д.¹

¹ ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, Москва, Россия

² ФГБОУ ДПО РМАНПО, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Большинство пациентов с опухолью ободочной кишки поступают в общехирургические стационары с осложненными формами, из них наиболее часто встречающаяся – обтурационная толстокишечная непроходимость, составляющая, по данным разных авторов, 40%-60%.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с 2009 по 2016 гг. был оперирован 31 пациент с обтурационной толстокишечной непроходимостью. Средний возраст больных составил $65,4 \pm 3,6$ лет. В исследование были включены пациенты, которым первым этапом была выполнена декомпрессия ободочной кишки проксимальнее опухолевого стеноза путем эндоскопической реканализации или выведения лапароскопической колостомы. Вторым этапом была выполнена лапароскопическая резекция ободочной кишки с формированием первичного анастомоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Эндоскопическая реканализация выполнена 28 пациентам, 3 больным выполнено выведение лапароскопической колостомы. Всем пациентам после этапа декомпрессии толстой кишки выполнена лапароскопическая резекция ободочной кишки в объеме: резекция сигмовидной кишки – 13 (42,0%) больных, левосторонняя гемиколэктомия – 7 (22,6%) пациентов, правосторонняя гемиколэктомия – 10 (32,2%) больных, резекция поперечно-ободочной кишки – 1 (3,2%) пациент. Межкишечный анастомоз выполнили с использованием сшивающих аппаратов у 16 больных, ручного шва – у 15 пациентов.

На первом этапе во время фиброколоноскопии у 2 (7,14%) пациентов выявлен супрастенотический разрыв толстой кишки выше опухолевого сужения. Оба пациента оперированы в экстренном порядке – выполнена обструктивная резекция. Данные пациенты исключены из исследования.

На втором этапе послеоперационные осложнения выявлены у 4 больных: несостоятельность межкишечного анастомоза – 1 (3,2%), тромбоэмболия легочной артерии – 1 (3,2%), нагноение послеоперационной раны – 2 (6,4%). При несостоятельности межкишечного анастомоза было выполнено отключение кишки из пассажа выше зоны несостоятельности. Летальных исходов не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Использование временной декомпрессии у пациентов с обтурационной толстокишечной непроходимостью позволяет выполнить лапароскопическую операцию с формированием первичного межкишечного анастомоза, что позволяет снизить количество осложнений, сократить сроки лечения, улучшить качество жизни.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММИРОВАННОЙ ЛАПАРОСТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАЦИЕЙ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Плюгин Г.Г., Матийцев А.Б., Гринцов Г.А., Вороной А.Л.

Донецкий национальный медицинский университет, Донецк

Проблема лечения перитонитов, обусловленных перфорацией опухоли толстой кишки, у лиц пожилого и старческого возраста, несмотря на множество методов детоксикации, остается актуальной до настоящего времени.

ЦЕЛЬ. Изучить эффективность программированной лапаростомии у данной группы больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Под наблюдением находилось 68 больных с признаками перитонита, обусловленного перфорацией опухоли. После предварительной подготовки всем больным выполнена лапаротомия с одним из видов колостом (операция Гартмана, операция Микулича, разгрузочная колостома и др.). Наряду с плазмозферезом и лимфосорбцией в I группе – 32 больных проводили перитонеальный диализ, во II – 36 больных – программированную лапаростомию.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Анализ течения послеоперационного периода показал, что, в связи с прогрессированием признаков перитонита, 19 больным из I группы выполнена лапаротомия. Во II группе 22 больным потребовалось проведение от 2 до 4 лапаростомий. В I – умерло 10 больных, тогда как во II – 6 больных.

ВЫВОДЫ. Управляемая лапаростомия в комплексном лечении перитонита наиболее эффективна и целесообразна.

РЕЗУЛЬТАТЫ РОБОТИЧЕСКИХ, ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ НЕРВОСБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ

Поздняков С.В., Атрощенко А.О., Данилов М.А., Хатьков И.Е.

Московский клинический научный центр, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургическое лечение заболеваний прямой кишки имеет ряд особенностей, связанных с ограничением визуализации операционного поля. Широкое внедрение роботических и лапароскопических технологий позволяет повысить прецизионность и улучшить визуализацию операционного поля.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты хирургического лечения заболеваний прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Включено 90 пациентов, которым по поводу новообразований выполнены операции на прямой кишке. Пациенты разделены на 3 группы: основная (ОГ) – оперированные с использованием роботической платформы DaVinci (25 пациентов); контрольная – 1 (К1) – лапароскопическим методом (43 пациента), контрольная – 2 (К2) – лапаротомным доступом (22 пациента). Все группы были сопоставимы по полу, возрасту, виду заболевания, стадии, степени операционного риска.

РЕЗУЛЬТАТЫ. ТМЭ выполнена 14 (56%) пациентам в ОГ, К1 – 18 (41%); К2 – 7 (32%). Средняя продолжительность операции (мин): ОГ-343, К1-318, К2 – 233; средняя кровопотеря (мл): ОГ-176, К1 – 150, К2 – 256. Интраоперационные осложнения – не более 4% ($p > 0,05$). Восстановление мочеиспускания: ОГ и К1 – 1-2 сутки, К2 – 3.6 суток ($p < 0,05$). IPSS: ОГ до

операции – 3.8, К1-4, К2-5.6; через 10 дней после операции – 6.6, 6.5, 9.1; через 10 месяцев – 3.2, 4.8, 5.0, соответственно ($p < 0,05$). Гипотония мочевого пузыря: ОГ у – 3 пациента, К1-5, К2-5; атония – ОГ-1, К1-2, К2-4; повторная катетеризация – ОГ – 1, К1 – 3, К2 – 4. Оценка анального держания (Wexner score) до операции, через 10 дней и 8 месяцев после операции: ОГ – 2.6, 3.4, 1.5; К1 – 1.6, 1.5, 1.3; К2 – 1.9, 1.5, 1.9, соответственно. Активизация пациентов: ОГ, К1-1-е сутки после операции, К2 – 2-3 сутки. Средний койко-день: ОГ – 7, К1 – 8, К2 – 15.

ВЫВОДЫ. Операции с использованием роботической техники и лапароскопического метода позволяют ускорить реабилитацию пациентов в сравнении с открытыми операциями. Урологических расстройств достоверно меньше в группе роботических операций.

ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНЫХ РЕЦИДИВОВ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Помазкин В.И.

Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, Екатеринбург, Россия

ЦЕЛЬЮ работы являлась оценка результатов лечения местных рецидивов рака ободочной кишки (МРРОК).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В исследование включено 39 пациентов с МРРОК без признаков метастазирования. У 32 (82,0%) больных ранее были выполнены вмешательства по поводу осложненного рака. Операция выполнялась в объеме ее обструктивной резекции. По поводу опухолевой кишечной непроходимости оперировано 12 больных, у 13 была перфорация опухоли, у 7 – воспалительный инфильтрат. У 7 (18,0%) пациентов рецидивы возникли после плановой резекции ободочной кишки. После экстренных операций средний срок выявления рецидива составил 5,8 месяцев, после выполнения плановых операций – 14,7 месяцев. Основными причинами быстрого рецидива у больных с неотложными операциями у 26 больных были нерадикальный объем первичной операции (опухолевый рост в крае резецированной толстой кишки, оставление параколической клетчатки в месте опухоли, неудаление лимфоузлов 1 порядка). Местнораспространенный характер роста рецидивной опухоли был у 31 пациента, что требовало расширенного объема вмешательства за счет удаления соседних органов и структур. Расширенная лимфаденэктомия выполнена у 23 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При морфологическом исследовании негативная граница резекции (≥ 1 мм) отмечена в 30 (76,9%) случаях, позитивная граница (< 1 мм) в 9 (23,1%) случаях. У 22 больных после ранее выполненной операции Гартмана, кроме удаления рецидивной опухоли, выполнено восстановление пассажа по толстой кишке с ликвидацией колостомы. Тяжелые послеоперационные осложнения были отмечены у 5 больных. Летальный исход был у 1. 5-ти летняя безрецидивная выживаемость с негативной границей резекции составила 60,0%, с позитивной – 11,1%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Преобладание МРРОК у пациентов после экстренных вмешательств требует пересмотра тактики лечения с отсрочкой радикальной операции и проведения его в условиях специализированного отделения. Наличие местного рецидива опухоли не является препятствием для восстановительных операций с ликвидацией, ранее сформированной колостомы. При радикальном удалении рецидивной опухоли en bloc и негативной границей резекции 5-летняя выживаемость достигает 60,0%

ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ: ВЗГЛЯД КОЛОПРОКТОЛОГА

Помазкин В.И.

Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, Екатеринбург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Опухолевая толстокишечная непроходимость (ОТКН) остается нерешенной проблемой неотложной хирургии. Единого мнения по вопросам хирургической тактики при этой патологии до настоящего времени нет.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка результатов тактических вариантов двухэтапного лечения ОТКН с позиций колопроктолога, выполняющего оперативное лечение на втором этапе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Первый вариант лечения включал традиционное выполнение операции Гартмана и последующей восстановительной операции с ликвидацией одностольной колостомы (I группа). Второй вариант включал формирование разгрузочной двустольной кишечной стомы на первом этапе лечения и выполнение радикальной операции с ликвидацией колостомы на втором (II группа). В I группу вошли 202 пациента, во II группу – 260 больных со II и III стадией рака.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средний срок существования колостомы от момента формирования до ее ликвидации после выполнения операции Гартмана составил 8,5 месяцев. При формировании разгрузочной колостомы – 33,7 дней. Летальность при операциях второго этапа составила 1,8% в I группе и 1,3% – во II группе. Осложнения при восстановительных операциях после обструктивной резекции толстой кишки наблюдались у 15,6% больных, при выполнении радикальной и восстановительной операции во II группе – у 7,6%. У всех пациентов I группы при восстановительном оперативном лечении был спаечный процесс брюшной полости, причем у 15% пациентов отмечено тотальное ее заращение.

При оценке отдаленных результатов частота местных рецидивов после выполнения второго этапа лечения составила в I группе – 16,6%, во II группе – 6,3%, частота возникновения метастазов, соответственно, была 19,8% и 9,2%. Пятилетняя выживаемость составила 49,7% – в I группе и 67,8% – во II группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Использование этапного лечения ОТКН включающее формирование декомпрессивной колостомы на первом этапе и радикальную операцию с одномоментной ликвидацией стомы на втором, позволяет значительно сократить сроки существования временной колостомы и выполнить адекватный объем вмешательства, приводя к лучшим отдаленным результатам, увеличению продолжительности жизни пациентов.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Помазкин В.И.

Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, Екатеринбург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Стандартной операцией при раке нижнеампулярного отдела прямой кишки является ее брюшно-промежностная экстирпация. Однако у ряда больных преклонного возраста выполнение ее является крайне рискованным.

ЦЕЛЬЮ исследования являлась оценка результатов трансанальной резекции прямой кишки по поводу

рака у больных старческого возраста с выраженной сопутствующей патологией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Было включено 11 пациентов с раком нижнеампулярного отдела прямой кишки (9 женщин, 2 мужчин), средний возраст 79,3±3,2 (75-89) лет, оперированных в период с 2010-2016 гг. Стадии рака T1N0M0 была у 5, T2N0M0 – у 4, T3N0M0 – у 2 больных. При стадии T3 критериями включения являлись экзофитные формы рака. Клиническими проявлениями опухолевого процесса являлись выделение крови и слизи, выпадение опухоли из заднего прохода. Все пациенты имели выраженную сопутствующую патологию. Среднее число сопутствующих заболеваний на одного больного составило 3,7. Средний индекс коморбидности Чарлсон составил 8,8. Особенностью у 6 пациентов являлась исходная недостаточность анального сфинктера, у 5 – значительное опущение тазового дна. В связи с высоким анестезиологическим риском оперативное лечение выполнялось под спинномозговой анестезией в объеме трансанальной резекции прямой кишки с использованием набора «Миниассистент», с помощью которого осуществляли экспозицию операционного поля.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Во всех случаях была выполнена полнослойная резекция стенки прямой кишки с опухолью. Препараты не были фрагментированы. Средний наибольший размер опухоли был 3,6±0,9 (2,0-5,3) см. Послеоперационных осложнений не было. При оценке функции удерживания каловых масс она не изменялась. Лучевая терапия не проводилась. Местный рецидив опухоли выявлен у 1 больного в течение года. Случаев генерализации опухолевого процесса не было зарегистрировано (медиана наблюдения 17,1 месяцев).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Трансанальная резекция прямой кишки может являться методом выбора лечения рака нижнеампулярного отдела прямой кишки при высоком анестезиологическом риске у больных старческого возраста.

РОЛЬ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ, БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ И ГЕМОСТАЗИОГРАММЫ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Пумпур А.С.

Минский городской клинический онкологический диспансер, Минск, Республика Беларусь

АКТУАЛЬНОСТЬ. Колоректальный рак является одной из самых распространенных форм злокачественных новообразований. По данным канцер-регистра Республики Беларусь за последнее десятилетие заболеваемость колоректальным раком увеличилась в 1,5 раза.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить динамику показателей анализов крови у пациентов с колоректальным раком с учетом стадии и локализации новообразования, возраста, пола пациентов и наличия или отсутствия осложнений до и после проведенного лечения, без сопутствующей патологии других органов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Материалом для исследования послужили результаты анализов крови 135 человек, больных колоректальным раком в Минском городском клиническом онкологическом диспансере в период за 2015 год. Исследование проводилось статистическим методом с последующим анализом результатов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Результаты исследования показали изменения в общем анализе крови: более чем у 80% пациентов – снижение пока-

зателей гемоглобина ниже нормы; уменьшение количества эритроцитов ниже нормы у 35% пациентов; количество пациентов с повышенным содержанием тромбоцитов составило 20%; количество лейкоцитов повышено у 23% пациентов; количество лимфоцитов ниже нормы у 23%; число пациентов с увеличением количества нейтрофилов составило 13%; увеличение количества моноцитов наблюдается у 37% пациентов; увеличение эозинофилов выше нормы у 13% пациентов; показатель СОЭ выше нормы наблюдался более чем у 90% пациентов. Результаты исследования показателей биохимического анализа крови: снижение общего белка крови у 35,5% пациентов; снижение содержания ионов калия ниже нормы наблюдается у 7%; количество пациентов с увеличением содержания ионов натрия составило 13,5%; ионы кальция снижены у 23% пациентов. Результаты изменений показателей гемостазиограммы: увеличение АЧТВ и количества фибриногена наблюдается у 14% и 51% пациентов, соответственно.

ВЫВОДЫ. 1. Изменения, наблюдаемые в анализах, подтверждают основные осложнения опухолевого процесса: анемия и тромбообразование. 2. Нарушение показателей биохимического анализа крови является доказательством расстройств биоэнергетических и литатических процессов. 3. Для всех анализируемых показателей свойственна зависимость от стадии опухолевого процесса: чем более поздняя стадия, тем вероятнее отклонение показателей от референтных значений и риск развития осложнений. 4. После проведенного хирургического лечения наблюдалась положительная динамика анализируемых показателей.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В РАМКАХ ГОРОДСКОЙ ПРОГРАММЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Смирнова Е.В., Дудка В.В., Семёнов А.В., Седнев А.В., Попов Д.Е., Васильев С.В.

Городской центр колопроктологии. СПб ГБУЗ «Городская больница № 9», Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Заболеваемость колоректальным раком пока не имеет тенденции к снижению. Доля запущенных форм опухолей достигает 50%. Исправить ситуацию позволит лишь внедрение эффективных скрининговых программ.

ЦЕЛЬ. Оценка эффективности пилотной программы скрининга колоректального рака с использованием иммунохимического теста определения скрытой крови в кале.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В двух районах Санкт-Петербурга проведен сбор информации и сравнительный анализ данных о ходе диспансеризации взрослого населения за 2015-2016 гг. в части, касающейся ранней диагностики колоректального рака и предраковой патологии. В одном из районов традиционная реакция Грегерсена (FOBT) была заменена на иммунохимический тест (FIT, «Colon View», Финляндия). При положительных результатах обследуемым предлагалась процедура ФКС. Анализировались эффективность тестов, приверженность обследуемых порядку диспансеризации, трудности проведения и итоги.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Реакция Грегерсена была выполнена у 8750 человек. Положительный тест выявлен у 148 (1,7%). ФКС проведена 95 (64,2%). У 1 (1%) человека выявлен рак нижнеампулярного отдела прямой кишки, у 10 (10,5%) – воспалительные заболевания толстой кишки, у 84 (88,4%) человек результат теста оказался ложноположительным.

FIT выполнена у 9365. Положительный тест выявлен у 1017 (10,85%) человек. ФКС проведена 365 (35,9%). У 274 (75% случаев) была выявлена патология толстой кишки. Из них у 15 (4,2%) пациентов – рак толстой кишки, у 172 (72%) человек – полипы, у 87 (23,8%) человек – воспалительные заболевания толстой кишки. У 91 (24,9%) человека патологии толстой кишки не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. FIT тест обладает значительно большей чувствительностью в определении скрытой крови в образцах стула, чем FOB тест. Организационные вопросы выполнения эндоскопического этапа скрининга окончательно не решены.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Солодкий В.А.¹, Станевич У.^{1,2}, Боженко В.К.¹, Захаренко М.В.¹, Троценко И.Д.²

¹ ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» МЗ РФ, Москва, Россия

² Кафедра онкологии и рентгенорадиологии медицинского факультета Российского университета дружбы народов, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. За последнее десятилетие выявлено более 1000 молекулярных маркеров, ассоциированных с прогнозом течения колоректального рака (КРР), однако, в клинической практике, в настоящее время используется не более десяти. Универсальная прогностическая модель КРР могла бы позволить существенно изменить лечебную тактику у этих пациентов.

ЦЕЛЬ. Определить наличие и характер связи между уровнем экспрессии изучаемых генов в опухоли и тканях вокруг опухоли у больных КРР и течением заболевания, а также возможность использования определенных маркеров в клинической практике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С использованием метода ПЦР в реальном времени проанализирован уровень экспрессии 64 генов в 311 образцах ткани толстой кишки: 50 образцов нормального эпителия толстой кишки здоровых добровольцев, 132 образцах КРР и 129 образцах слизистой оболочки толстой кишки без морфологических признаков опухолевого роста полученного от больных КРР. В зависимости от поставленной задачи, образцы делились на соответствующие группы. Средние сроки наблюдения 37,4±14,7 мес. Лечение всех пациентов осуществлялось согласно рекомендациям «RUSSCO».

РЕЗУЛЬТАТЫ. Предрасполагающий уровень экспрессии большинства из изученных генов ассоциирован с уровнем инвазии, наличием регионарных и отдаленных метастазов или прогрессированием заболевания. Кроме того, при сравнении образцов слизистой оболочки вокруг опухоли и аналогичной ткани здоровых добровольцев, получены статистически значимые данные, свидетельствующие в пользу участия тканей вокруг опухоли в патологическом процессе.

ВЫВОДЫ. На основании определения экспрессии генов, ответственных за ключевые процессы регуляции клеточного цикла, возможно сформировать группу риска по прогрессированию КРР, что влечет за собой использование более «агрессивных» средств/схем лечения. Данный перечень генов, безусловно, важен в понимании патогенетических механизмов, способствующих течению опухолевого процесса, и требует дальнейшего изучения. Вместе с тем, изменения в «условно нормальной» слизистой оболочке толстой кишки этих же пациентов подтверждают предположение, что агрессивное течение опухолевого

процесса зависит как от молекулярно-генетических особенностей собственно опухоли, так и от окружающей опухоль слизистой оболочке толстой кишки.

РАСШИРЕННЫЕ И КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Междиев Д.И., Гареев Р.Н.

Кафедра хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИДПО ФГБОУ ВО БашГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Рак толстой кишки 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.

МЕТОДЫ. Нами проведен анализ результатов лечения 202 больных со злокачественными опухолями толстой кишки. Среди больных было мужчин 62 (30,7%) 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 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 больных оперированы при местнораспространенном процессе, 8 больных – при солитарных метастазах и 6 больных – с сочетанием местного распространения и метастазов. Левосторонняя гемиколэктомия выполнена 17 (23,0%) больным, правосторонняя гемиколэктомия 14 (18,9%), резекция поперечной ободочной кишки 6 (8,1%), резекция сигмовидной кишки – 16 (21,6%), внутрибрюшная резекция прямой кишки – 15 (20,3%), брюшноанальная резекция – 3 (4,1%) и экстирпация прямой кишки – 3 (4,1%) больным.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Методом выбора при распространенном раке толстой кишки являются расширенные и комбинированные вмешательства. Они включали в себя расширенную лимфодиссекцию – 59 (79,7%), резекцию тонкой кишки – 15 (20,3%), резекцию печени (гемигепатэктомия) – 8 (10,8%), субтотальную колэктомия – 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%), нефрэктомия – 1 (1,3%). У 12 (16,2%) больных после комбинированных операций возникли послеоперационные осложнения. Чаще развивалось нагноение операционной раны 7 (58,3%), пневмония – 3 (25,0%), абсцесс брюшной полости – 1 (8,3%), ТЭЛА – 1 (8,3%). При этом количество осложнений в группе со стандартными оперативными вмешательствами составило 17,1%. Летальность после комбинированных операций составила 8,1% (6 больных).

ВЫВОДЫ. Выполнение комбинированных операций при адекватном выборе объема операции не приводит к увеличению послеоперационных осложнений и летальности и улучшает качество жизни данной категории больных.

ОБТУРАЦИОННАЯ ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ: КРИТЕРИИ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИЯМ

Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Тимербулатов Ш.В., Гареев Р.Н.

Кафедра хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИДПО ФГБОУ ВО БашГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Более чем в 90% случаев острая толстокишечная непроходимость обусловлена злокачественной опухолью ободочной и прямой кишки. Послеоперационная летальность среди больных с данной патологией достигает 44%, а послеоперационные осложнения – 40%. В принятых на сегодняшний день национальных клинических рекомендациях нет указаний на использование такого показателя, как интраабдоминальное давление, в определении тактики ведения больных с данной патологией, несмотря на то, что более чем в 80% случаев обтурационная толстокишечная непроходимость осложняется интраабдоминальной гипертензией.

МЕТОДЫ. Нами пролечено 85 больных острой толстокишечной непроходимостью: 49 (57,6%) мужчин и 36 (42,4%) женщин. Большинство больных были старше 60 лет. Наличие острой обструктивной толстокишечной непроходимости подтверждалось клиническими, рентгенологическими, ультразвуковыми, эндоскопическими методами исследования. Интраабдоминальное давление измерялось путем измерения давления в мочевом пузыре, желудке, прямой кишке. Степень внутрибрюшной ишемии оценивалась по уровню лактата и pH крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В 70 (82,3%) случаях интраабдоминальное давление превышало 10 мм рт. ст. У 28 (32,9%) больных оно находилось в пределах 10-15 мм рт. ст., а уровень лактата и pH крови не превышали показатели нормы. Данные больные оперировались не позже 24 часов от момента поступления. У 26 (30,6%) больных интраабдоминальное давление находилось в пределах 16-25 мм рт. ст., в крови имел место слабо выраженный ацидоз, уровень лактата находился в пределах 2-8 ммоль/л. Из данных больных до операции 8 (9,4%) произведена лазерная реканализация толстой кишки, 8 (9,4%) – зондовая декомпрессия, после чего у 12 (14,1%) больных в течение 6 часов интраабдоминальное давление снизилось на $4,5 \pm 0,48$ мм рт. ст. При не эффективности дооперационной декомпрессии данные больные оперировались не позже 12 часов от момента поступления. У 16 (18,8%) больных уровень интраабдоминального давления превышал 25 мм рт. ст., в крови имели место выраженный ацидоз и повышение уровня лактата более 10 ммоль/л. Эти больные оперировались не позже 2 часов после предоперационной подготовки. Минилапаротомия с колостомией выполнены в 14 (16,5%), лапаротомия с колостомией – в 19 (22,4%), обструктивная резекция толстой кишки – в 11 (12,9%), резекция кишки с формированием межкишечного анастомоза – в 41 (48,2%) случаях. У 2 (2,4%) больных повышение интраабдоминального давления явилось индикатором несостоятельности швов анастомоза.

ВЫВОДЫ. Измерение интраабдоминального давления, pH и уровня лактата крови позволяют объективно оценить тяжесть острой толстокишечной непроходимости, эффективность консервативного лечения, своевременно выставить показания к экстренной операции. Поэтому разделение данной патологии на стадии компенсации заболевания с позиции степени интраабдоминальной гипертензии, на наш взгляд, является наиболее рациональным, что, в свою очередь, должно

быть отражено в имеющихся национальных клинических рекомендациях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Тотиков З.В., Тотиков В.З.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты лечения больных раком толстой кишки, осложненным острой толстокишечной непроходимостью, путем совершенствования хирургической тактики и создания условий для проведения комбинированных и комплексных методов лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В лечении 442 больных использованы оригинальная классификация и лечебно-диагностический алгоритм.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Всем 136 (30,8%) больным с I стадией обтурационной толстокишечной непроходимости в отсроченном порядке выполнены одноэтапные операции. Эндоскопическая реканализация при II и III стадиях оказалась успешной у 39 (45,3%) пациентов, и им в течение 7-10 дней выполнены одноэтапные операции. Остальные 319 больных оперированы в течение 24 часов при II стадии, и в течение 12 часов – при III стадии. В том числе 172 больным наложены двухствольные трансверзо- или илеостомы, у 6 пациентов – одноствольные сигмостомы, у 17 больных – двухствольные постоянные колостомы над опухолью, 22 пациентам выполнены первичные правосторонние гемиколэктомии с анастомозом или со стомами. Из 47 (10,7%) больных с 4 стадией у 9 выполнены лапаротомии с наложением двухствольных колостом, у 38 больных резекции со стомами. На втором этапе у 161 больного с двухствольными илео- или трансверзостомами выполнены радикальные операции с наложением анастомозов. У 5 больных – правосторонняя гемиколэктомия с ликвидацией стом. У 11 больных выполнены экстирпации прямой кишки и 41 больному – после операции Гартмана, Микулича или Лахейя – восстановительные операции через 2-3 месяца. 3 этап – закрытие проксимальных стом выполнен у 160 больных, через 2-3 недели – у больных с илеостомами, через 2-3 месяца – у больных с трансверзостомами. Перед радикальным этапом у 25 пациентов проведена лучевая или химиолучевая терапия, у 115 – интраоперационная внутрибрюшная или внутритазовая химиотерапия. Системная послеоперационная химиотерапия после радикального этапа была проведена 352 больным. На всех этапах умерло 22 (5,0%) больных, осложнения выявлены у 80 (18,1%) больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предложенный лечебно-диагностический алгоритм позволяет создать условия для проведения комбинированных и комплексных методов лечения, избежать тяжелых реконструктивно-восстановительных этапов и снизить количество послеоперационных осложнений и летальных исходов.

РАСШИРЕННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И.,
Ахмеров Р.Р., Арсланов И.Ф.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО БГМУ,
Уфа, Россия

Колоректальный рак составляет 8,6% от всех онкологических заболеваний у мужчин, 6,2% – у женщин. Ведущей причиной летальности у больных, перенесших оперативные вмешательства, является опухолевая диссеминация в брюшной полости.

С 2010 по 2016 гг. в БСМП г. Уфы оперировано 202 больных раком толстой кишки: 62 (30,7%) – мужчин и 140 (69,3%) – женщин. 82,2% больных старше 60 лет. 109 (54%) оперировано экстренно, 93 (46%) – в плановом порядке. У 18 (8,9%) больных ввиду нерезектабельности опухоли проведена колостомия, 184 (91,1%) проведены радикальные операции.

У 74 (36,6%) больных проведены расширенные и комбинированные операции, составившие 53,8% плановых и 22,0% экстренных операций. 60 операций проведено при местнораспространенном процессе, 8 – при солитарных метастазах и у 6 больных – сочетание местного распространения и метастазов.

Левосторонняя гемиколэктомия выполнена 17 (23,0%) больным, правосторонняя – 14 (18,9%), резекция поперечной ободочной кишки – 6 (8,1%), резекция сигмовидной кишки – 16 (21,6%), внутрибрюшная резекция прямой кишки – 15 (20,3%), брюшноанальная резекция 3 (4,1%) и экстирпация прямой кишки – 3 (4,1%) больным.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Методом выбора при распространенном раке толстой кишки являются расширенные и комбинированные вмешательства: расширенная лимфодиссекция в 59 (79,7%) случаях, резекция тонкой кишки – 15 (20,3%), резекция печени (гемигепатэктомия) – 8 (10,8%), субтотальная колэктомия – 7 (9,5%), резекция мочевого пузыря – 5 (6,7%), ампутация матки – 3 (4,1%), иссечение участка брюшной стенки – 3 (4,1%), краевая резекция желудка – 2 (2,7%), резекция влагалища – 2 (2,7%), резекция мочеточника – 2 (2,7) нефрэктомия – 1 (1,3%).

У 12 (16,2%) больных основной группы возникли послеоперационные осложнения: нагноение раны – 7 (класс II по Clavien-Dindo), пневмония – 3 (класс II), абсцесс брюшной полости – 1 (класс IIIb), ТЭЛА – 1 (класс IV). Осложнения в контрольной группе составили 15,6%. Летальность в основной группе составила 10,8% в контрольной – 8,4%.

ВЫВОДЫ. Выполнение комбинированных операций при адекватном выборе объема операции не приводят к увеличению послеоперационных осложнений и летальности и улучшают качество жизни пациентов.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В., Грошили В.С.,
Перескоков С.В., Помазков А.А.

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Многочисленные публикации авторов касательно данного заболевания подтверждает

актуальность проблемы. Определяющим фактором в выборе объема оперативного пособия, наряду с местной распространенностью процесса, является локализация опухоли, ее гистологическая структура, а также наличие отдаленных метастазов.

ЦЕЛЬ. Анализ эффективности профилактических мер в предотвращении ранних послеоперационных осложнений.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В исследование включено 240 пациентов с раком прямой кишки. Возраст больных был от 33 до 84 лет (57,0±4,6). В исследуемой группе преобладали женщины, количество которых было 144 (60%). В 123 случаях выполнялся анастомоз. У 117 (95,1%) пациентов наложены аппаратные анастомозы. В остальных случаях (6 пациентов, 4,9%) – ручные анастомозы. У 8 (6,5%) больных наложены превентивные стомы. У 66 (34,0%) пациентов выявлены синхронные внутрипеченочные метастазы. Размеры метастатических узлов составили от 35 мм до 56 мм в максимальном диаметре. В 36 случаях выполнялись радиочастотная термоабляция (РЧА) и/или резекция пораженной паренхимы печени.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Нагноение послеоперационных ран отмечено у 10 (4,1%) человек. Из 117 аппаратных анастомозов несостоятельность развилась у 6 (5,1%) человек в раннем послеоперационном периоде. У 8 (6,8%) пациентов, наложенный механический шов оказался не герметичным. После наложения дополнительных ручных швов на область дефекта анастомоза вывелись превентивные илеостомы у 6 человек, и у 2 – колостомы. Послеоперационная летальность отмечена в 6 (2,5%) случаях. В сроках от 6 месяцев до 1,5 лет у 3 (2,5%) больных развилась стриктура зоны анастомоза. Рецидив рака прямой кишки диагностирован у 2 человек после передней резекции прямой кишки в сроках от 1 года до 3 лет. Общая кумулятивная 5-летняя выживаемость составила 40%. У лиц с метастатическим раком после комбинированных операций 3-летняя выживаемость отмечена в 32% наблюдений, при медиане жизни в 27,5 месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Используя алгоритм ведения больных в пред- и послеоперационном периодах, а также оптимальный выбор метода хирургического пособия, удалось минимизировать риск несостоятельности анастомозов до 5,1%, снизить послеоперационную летальность до 2,5%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В., Грошили В.С.,
Помазков А.А., Перескоков С.В.

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на совершенствование методов лучевой диагностики, расширяющийся радикализм хирургических вмешательств, применение специальной техники для диссекции ткани печени, локальной деструкции метастатических узлов, отдаленные результаты лечения нередко остаются неудовлетворительными.

ЦЕЛЬ. Оценка результатов хирургического лечения метастазов печени у больных колоректальным раком.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. У 57 больных с метастатическим колоректальным раком, которым была выполнена одноэтапная комбинированная хирургическая

программа. В первую группу (n=24) вошли пациенты, которым, помимо удаления первичной опухоли, выполнялись резекции печени, во вторую (n=33) – пациенты, которым выполнена локальная термодеструкция метастазов (РЧТА). Возраст пациентов составил от 41 до 78 лет. Размеры метастатических узлов в первой группе составили от 35 мм до 62 мм в максимальном диаметре (Me=44 мм; Q1=37,2, Q2=44, Q3=57,8). Во II группе больных нами выполнена РЧТА опухолевых очагов. Размеры метастатических узлов в этой группе составили от 14 мм до 40 мм в максимальном диаметре (Me=24 мм; Q1=17,1, Q2=24, Q3=37,3). Общее количество узлов, подвергнутых аппликациям РЧ-электродом, составило 56.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Осложнения после операций выявлены у 2 больных I группы (8,3%) и у 4 (12,1%) – во второй. Объем резекции в I группе пациентов был от атипичной до сегментэктомии и гемигепатэктомии. Средняя интраоперационная кровопотеря на печеночном этапе составила 1545,9±174,5 мл. Безрецидивный период у больных I группы составил 14,4±3,2 мес. 3-летняя выживаемость составила 37,5%, при медиане жизни в 32,5 месяцев. У пациентов II группы 3-летняя выживаемости составила 27,2%. В нашем исследовании достоверной выживаемости в группах не отмечено (p>0,05). Объясняем это малой выборкой пациентов в группах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Процент 3-летней выживаемости в I группе выше, однако, не получено достоверной разницы по этому показателю. Объясняем это малой выборкой больных. У больных с пораженными лимфоузлами гепатодуоденальной связки во всех случаях диагностирован рецидив метастазов в печени спустя 6-12 месяцев после резекции либо РЧТА.

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНЫХ РЕЦИДИВОВ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И., Назаров И.В.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих», Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. На сегодняшний день нет четких критериев прогноза хирургического лечения пациентов с местными рецидивами рака ободочной кишки, отсутствует их классификация.

ЦЕЛЬ. Оценить возможности лечения пациентов с МР рака ободочной кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В ретроспективное исследование вошли 62 пациента с МР рака ободочной кишки без карциноматоза и отдаленных метастазов (Mts), находившихся на лечении в ГНЦК с 2005 по 2016 гг.

Удаление рецидивной опухоли было осуществлено у 52 (83,9%) больных, остальным выполнены explorative или симптоматические операции. В 46 (88%) из 52 случаев, потребовались мультиорганные резекции. Хирургическое лечение дополнено интраоперационной внутрибрюшинной химиотерапией (ВБХТ) в 19 (30,6%) случаях.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 37 (71,2%) больных, удалось достичь негативных границ резекции. В 13 (25,0%) случаях МР удалён в объёме R1, а у 2 (3,8%) больных – в объёме R2. Летальных исходов не было. У 11 (6,4%) больных развились осложнения III-IV степени (Clavien-Dindo). Из-под наблюдения выбыли 2 (3,8%) пациента. Медиана наблюдения составила 31,9 (2-108) месяца. Возврат заболевания диагностирован у 23 (46,0%) из 50 больных. У 4 (8,0%) человек возникли только отдалённые Mts. Повторный МР развился у 19 (38%) пациентов, а у 13 (68,4%) он сочетался с отдалён-

ными Mts. При R0 резекциях местный рецидив возник достоверно реже, чем при R1-операциях – в 8 (20,5%) и 11 (100%) наблюдениях, соответственно, (p<0,0001). Общая 5-ти летняя выживаемость больных, оперированных в R0 объёме, составила 43,2%, а при R1-резекции – 9,8% (p=0,002).

У пациентов с интраоперационной ВБХТ и без неё достоверных различий в показателях общей 5-летней выживаемости, в частоте возникновения повторных рецидивов не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Достижение отрицательных границ резекции при удалении местных рецидивов рака ободочной кишки является ключевым фактором, улучшающим выживаемость больных, снижающим частоту возникновения повторных рецидивов. Интраоперационная внутрибрюшинная химиотерапия не оказывает влияния на результаты лечения местных рецидивов.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КАРЦИНОМАТОЗА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава РФ, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Внедрение в клиническую практику лечения перитонеального карциноматоза (ПК) у больных раком толстой кишки (РТК) комбинированного подхода, включающего агрессивную циторедуктивную операцию и интраоперационную внутрибрюшинную химиотерапию (ВБХТ), позволили в ряде случаев добиться пятилетней выживаемости у этой, казалось бы, безнадежной категории больных.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка непосредственных результатов лечения и выживаемости пациентов, оперированных по поводу РТК с ПК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В проспективное наблюдательное исследование включен 91 больной, оперированный по поводу РТК с ПК. У 15 (16,5%) больных оперативные вмешательства носили симптоматический характер. В анализ включено 76 больных, перенесших циторедуктивные операции (ЦО) и внутрибрюшинную химиотерапию (ВБХТ) по поводу ПК. Потенциально резектабельные метастазы в печень и легкие имелись у 15 (20%) пациентов. У 57 (75%) больных ПК был синхронным. Медиана перитонеального карциноматозного индекса (ПКИ) составила 3 (2;6).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Летальность и частота развития послеоперационных осложнений составили 0% и 25%, соответственно. Медиана безрецидивной выживаемости (БВ) составила 20, а общей выживаемости (ОВ) – 36 месяцев. 1-, 3- и 5-летняя БВ и ОВ оказались – 64%, 31%, н/д и 86%, 48%, 24%, соответственно. При многофакторном анализе выявлено, что уровень ПКИ (p=0,0007) и наличие внебрюшинных метастазов (p=0,0097) являются независимыми неблагоприятными прогностическими факторами БВ.

У 34 (45%) из 76 пациентов, перенесших циторедуктивные операции, возник рецидив ПК. 19 (56%) из 34 были оперированы по поводу возникшего первого рецидива ПК. Медиана ПКИ составила 4 (2-9). У 18 удалось добиться полной циторедукции. Частота развития послеоперационных осложнений – 21%. Летальность – 0.

8 из 18 пациентов с полным объёмом циторедукции были оперированы по поводу второго рецидива ПК. Медиана ПКИ – 4 (2;11) (2-20). Полная циторедукция достигнута у 6 из 8 больных. 3 послеоперационных осложнения развились у 2-х оперированных больных.

Летальность – 0.

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

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛЬЮ И ЕЁ МЕТАСТАЗОМ В ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Шубин В.П., Цуканов А.С., Пономаренко А.А., Рыбаков Е.Г., Шелыгин Ю.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Наличие в пределах одной опухоли клеток с различными молекулярно-биологическими характеристиками принято обозначать внутриопухолевой гетерогенностью. В 50% случаев колоректального рака обнаруживаются метастазы в отдаленные органы, чаще всего в печень. Известно, что первичная опухоль может иметь разные по степени агрессивности клетки. Однако то, какие клетки могут участвовать в метастазировании, остается весьма актуальным вопросом.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Провести анализ экспрессии генов ZEB1, ZEB2, VIM, CDH1, SFRP2, FOXQ1, TNC, MACC1, PLS3, CFTR, FLNA, MUC2, TFF3 и RARRES3 и соматических мутаций генов KRAS, NRAS, BRAF, PIK3CA в первичной опухоли и её печеночном метастазе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование было взято 120 образцов операционного материала от 40 пациентов с метастатическим колоректальным раком. В ходе исследования выполнялось: выделение РНК, реакция обратной транскрипции, ПЦР в реальном времени, анализ первичных данных. Выявление мутаций в генах проводили на автоматическом секвенаторе по методу Сэнгера.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В результате исследования получены значения изменения экспрессии генов в первичной опухоли и синхронных метастазах. В 10 генах из 14 значения экспрессии в первичной опухоли и МТС совпадают. Из этих 10 генов повышенная экспрессия наблюдается среди генов: FOXQ1, MACC1, PLS3, TNC; пониженная экспрессия: SFRP2, CDH1, TFF3, RARRES3; и неизменная экспрессия: ZEB1 и CFTR. Экспрессия генов ZEB2, VIM, FLNA, MUC2 в метастазах статистически значимо отличалась относительно первичной опухоли. В первичной опухоли и МТС определяли соматические мутации генов KRAS, NRAS, BRAF и PIK3CA и статус микросателлитной нестабильности. Общая частота мутаций гена KRAS составила 18/40, гена PIK3CA – 9/40. Статус всех первичных опухолей и МТС по микросателлитным маркерам был микросателлитностабильным (MSS). Конкордантность между первичной опухолью и МТС по мутационному и микросателлитному статусу составила 100%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Необходимо отметить, что высокий уровень конкордантности первичной опухоли и метастазов по мутационному статусу, подтверждает тот факт, что для выбора лекарственного лечения колоректального рака достаточно материала первичной опухоли. При этом наблюдается различие между первичной опухолью и метастазом по значениям экспрессии генов.

ПЕРВИЧНЫЕ МЕЖКИШЕЧНЫЕ АНАСТОМОЗЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Эктов В.Н., Минаков О.Е., Куркин А.В., Музальков В.А.

Кафедра хирургических болезней ИДПО Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко, Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на расширяющиеся возможности диагностики заболеваний ободочной кишки, удельный вес запущенных и осложненных форм рака этой локализации остается на высоком уровне и превышает 30%. Среди осложнений рака толстой кишки ведущее место занимает обтурационная толстокишечная непроходимость (ОТКН). ОТКН составляет 85% всех неотложных состояний, связанных с патологией ободочной кишки и развивается у 15-40% больных опухолями толстой кишки. Совершенствование хирургической тактики существенным образом не повлияло на показатели послеоперационной летальности при лечении ОТКН, достигающие 40%.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. рассмотреть варианты хирургической тактики и изучить непосредственные результаты применения первичных межкишечных анастомозов в лечении обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Среди 266 пациентов с обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевой этиологии радикальные оперативные вмешательства проведены 170 (63,9%) больным. Резекция толстой кишки с наложением анастомоза выполнена 68 пациентам. При правосторонней локализации опухолевого процесса использовался стандартный способ гемиколэктомии (9 больных) и различные варианты оригинальной методики наложения У-образных илеотрансверзанастомозов (27 больных). При левосторонней локализации опухоли применялась технология интраоперационной ирригации толстой кишки с энтеросорбцией (20 операций), методики У-образных анастомозов (9 операций) и субтотальная колэктомия (3 операции).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Выявлено существенное повышение летальности в группах больных с суб- и декомпенсированными стадиями ОТКН. Послеоперационная летальность после выполнения радикальных хирургических вмешательств составила 10,6%, после паллиативных операций – 21,9%. В группах оперированных больных после различных типов радикальных хирургических вмешательств – с наложением и без наложения межкишечного анастомоза – не выявлено статистически значимых различий в показателях послеоперационной летальности – соответственно, 8,8% и 11,8%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При благоприятной клинической ситуации основу хирургического лечения ОТКН должны составлять радикальные оперативные вмешательства, направленные на удаление опухоли во время первого экстренного этапа лечения. В условиях специализированных стационаров после тщательной оценки операционного риска возможно применение сегментарных резекций толстой кишки с наложением первичного анастомоза, при левосторонней локализации опухоли – с обязательным использованием интраоперационной ирригации толстой кишки. Данная тактика способствует повышению результативности хирургических вмешательств и обеспечивает раннюю реабилитацию оперированных больных.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ИРРИГАЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Эктов В.Н., Шамаева Т.Е., Минаков О.Е.

Кафедра хирургических болезней ИДПО
Воронежского государственного медицинского
университета им. Н.Н.Бурденко, Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лечение обтурационной толстокишечной непроходимости продолжает оставаться актуальной проблемой абдоминальной хирургии в связи с противоречивостью мнений, касающихся вопросов выбора рациональной хирургической тактики и сохраняющейся высокой послеоперационной летальностью. Консенсус конференции Всемирного общества экстренной хирургии по лечению обструктивного рака левой половины толстой кишки рекомендует в ряде случаев применять сегментарные резекции толстой кишки с первичным наложением анастомоза, используя особую технологию их выполнения. Подобные хирургические подходы не получили широкого распространения в практической хирургии, что делает актуальным более внимательное изучение данной проблемы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить технические варианты и непосредственные результаты применения первичных анастомозов с использованием интраоперационной ирригации толстой кишки в хирургическом лечении левосторонней опухолевой толстокишечной непроходимости.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Из 105 поступивших пациентов с левосторонней толстокишечной непроходимостью 20 больным были выполнены операции с использованием интраоперационного кишечного лаважа и формированием первичного толстокишечного анастомоза. Средний возраст составлял $61,7 \pm 1,4$ года. У 5 больных выявлена компенсированная стадия ОТКН, у 8 больных – субкомпенсированная, у 7 больных – декомпенсированная. Ирригацию толстой кишки осуществляли через цекотомическое отверстие при помощи антеградного струйного введения 6-10 литров изоосмолярного раствора электролитов и завершали введением энтеросорбента микросорб-П. В 11 случаях больным произведена левосторонняя гемиколэктомия, в 9 – резекция сигмовидной кишки с первичным наложением межкишечного анастомоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. После хирургических вмешательств различные осложнения наблюдались у 8 больных. У 2 больных выявлена ограниченная несостоятельность сигмосигмоидного анастомоза, успешное лечение которой не потребовало выполнения повторных хирургических вмешательств. В послеоперационном периоде умер 1 (5,0%) больной на 4 сутки после хирургического вмешательства от сердечно-легочной недостаточности на почве сопутствующей патологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В условиях специализированных хирургических стационаров после тщательной оценки операционного риска при левосторонней ОТКН возможно применение сегментарных резекций толстой кишки с наложением первичного анастомоза с обязательным использованием интраоперационного лаважа толстой кишки. Данная тактика способствует повышению результативности хирургических вмешательств и обеспечивает раннюю реабилитацию оперированных больных.

ГЛАВА 3. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Айтжанов А.Б.

Научный центр педиатрии и детской хирургии,
Алматы, Казахстан

Из функциональных исследований кишечного кровотока применяли метод внутрикишечной эндоскопической реографии, которая позволяет дать характеристику артериального кровенаполнения, состояние тонуса артериальных сосудов, венозного оттока, микроциркуляции.

Реография толстого кишечника проводилась в области илеоцекального угла при помощи зонда, вводимого в заданную точку через биопсийный канал эндоскопа. Проведено 26 реографий илеоцекальной зоны толстой кишки. Из них у 16 детей с признаками недостаточности илеоцекального запирающего аппарата (НИЦЗА). Они составили основную группу. Оставшихся 10 детей определили в контрольную группу.

Данные реограмм у детей контрольной группы показали на возрастную динамику количественных показателей. Выявленные изменения указывают на то, что по мере роста ребёнка повышается тонус артериальных сосудов увеличению запирательного аппарата как количественный, так и качественный анализ реограмм.

Показатели реограмм контрольной группы мы сравнили с результатом реографии полученных у детей, страдающих НИЦЗА.

Анализ полученных результатов реографии говорил о том, что в случае наличия у детей НИЦЗА, как правило, наблюдаются изменения в гемодинамике кишечника, свидетельствующие о наклонности к повышению тонуса артериальных сосудов и снижению их эластичности, что выражалось в снижении реографического индекса, увеличении длительности анакроты и реографического коэффициента. Качественно реографическая кривая при НИЦЗА характеризовалась закруглением вершины и смещением дикротического зубца к вершине, что определяло увеличение дикротического индекса. Кроме того, судя по изменениям показателей диастолического индекса, при данной патологии наблюдались признаки нарушения венозного кровотока в виде гипертензии, которая подтверждалась регистрацией дополнительных волн на катакроте и смещением инцизуры к вершине реограммы.

В некоторых случаях (2-12,5%) у больных детей регистрировался вазодилатационный тип кривой, свидетельствующий о снижении тонуса сосудов кишечника. Это проявлялось в нарастании крутизны подъёма, укорочения длительности анакроты, увеличении амплитуды основной волны, заострении её вершины, смещением увеличенного дикротического зубца к основанию реограммы.

Установленные различия в гемодинамике кишечника, видимо, связаны с определённой этапностью изменений реографических показателей при наличии НИЦЗА. С течением патологического процесса и присоединением илеита тонус сосудов, обеспечивая уровень кровотока, начинает повышаться, перерастая в отдельных случаях (3-18,8%) в патологический артериальный спазм. Затем компенсаторные возможности сосудов начинают истощаться, и наступает

дилатация сосудов, что подтверждается тем, что данное нарушение гемодинамики фиксировалось лишь у детей старшего возраста, у которых диагностированы заболевания толстого кишечника с поражением ИЦЗА органического генеза.

Таким образом, нами было выявлено 3 типа нарушения регионального кровотока у детей с заболеваниями толстого кишечника, сопровождающихся недостаточностью баугиниевой заслонки. Следовательно, выявленные изменения в состоянии сосудистого кровотока позволяют в каждом отдельном случае, наряду с другими методами диагностики, формировать показания к хирургическому, либо консервативному лечению детей с заболеваниями толстого кишечника, сопровождающихся НИЦЗА.

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КОЛОСТОМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ С ВЫСОКОЙ АТРЕЗИЕЙ АНУСА И ПРЯМОЙ КИШКИ

Аксельров М.А., Мальчевский В.А.,
Емельянова В.А., Сергиенко Т.В., Связан В.В.,
Евдокимов В.Н., Верхоланцев О.В.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России,
Тюмень, Россия
Тюменский научный центр СО РАН

АКТУАЛЬНОСТЬ. Аноректальные пороки встречаются с частотой 1:500-5000 детей. При большом расстоянии между слепо заканчивающейся толстой кишкой и местом долженствующего ануса, первым этапом формируется колостома.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты лечения новорожденных, страдающих аноректальными пороками развития.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2010 по 2016 гг. наблюдали 52 новорожденных с атрезией ануса и прямой кишки. Мальчиков – 32 (61,5%), девочек – 20 (38,5%). Средняя масса тела 3172,5±694,99 гр. Сочетанные аномалии отмечены у 52,5%. Формирование двойной раздельной колостомы было выполнено у 48 детей, из них у 31 (59,6%) – в периоде новорожденности. Если у старших детей лапароскопия является оптимальным вариантом для стомирования, то у новорожденных, при лапароскопии часто возникают проблемы, связанные не только с соматическим и неврологическим статусом, а и со сложностью выполнения полноценной ревизии. Сформировали 2 группы. I гр – 14 (45,2%) детей, операция которым выполнена из лапаротомного доступа, II гр – 17 (54,8%) больных, у которых использована лапароскопия.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Длительность операции в I гр составила 40±13,55, во II – 35±15,35 минут (P>0,05). В раннем послеоперационном периоде осложнение зафиксировано только у 1 ребенка из I гр – кровотечение из брыжейки, приводящей колостомы, что потребовало релапаротомии. Пассаж по желудочно-кишечному тракту в I гр восстанавливался на 5,8±1,38 сутки, во II – на 2,89±1,2 сутки (P<0,05), что позволяло раньше начать энтеральное кормление. С учетом сопутствующих заболеваний и пороков развития средний койко-день нахождения пациента в стационаре в первой группе составил 28,5±13,3, во второй – 16,6±12,5 дней (P<0,05). Летальных случаев не было.

ВЫВОДЫ. Применение методики лапароскопически дополненного выведения колостомы как первый этап коррекции атрезии ануса позволяет быстрее восстановить пассаж по кишечному тракту, раньше начать кормление и сокращает сроки нахождения новорожденного в стационаре.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Аксельров М.А., Сергиенко Т.В.,
Горохов П.А., Столяр А.В., Дадашева С.М.,
Мальчевский В.А., Хрупа Д.А.

ФГБУ ВО Тюменский ГМУ, ГБУЗ ТО ОКБ № 2,
Тюменский НЦ СО РАН, Тюмень, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Повреждения прямой кишки у детей встречаются относительно редко, что приводит к разногласию в тактических действиях.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ. Провести анализ результатов лечения детей с травмой прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализирован 21 случай повреждения прямой кишки у детей в возрасте от 1 месяца до 14 лет (8,1±4,3). Изолированные повреждения отмечены у 12 (57,1%), сочетанные – у 4 (19,1%), комбинированные – у 5 (23,8%) детей. Механизм травмы: падение на острый предмет – у 6, у 1 травма была сочетана с повреждением мочевого пузыря; половые сношения (сексуальное насилие) у 4 (2 девочки, 2 мальчика), у 1 был еще и разрыв влагалища, у 1 разрыв мочевого пузыря; медицинские манипуляции – у 3; операция при парапроктите – у 2; постановка клизмы – у 1. 3 ребенка получили травму прямой и толстой кишки в автомобильной катастрофе и 3 – в результате падения с высоты. Повреждение прямой кишки, мочевого пузыря, уретры наблюдали у 13-летнего подростка получившего огнестрельное ранение в ягодичную область. Травма прямой, толстой кишки и влагалища в результате падения на ребенка тяжелой двери отмечена у девочки 4 лет.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ. Диагноз ставился на основании анамнеза, механизма травмы, осмотра больного. Любое подозрение на проникающее в брюшную полость ранение является показанием к лапароскопии. Дефекты в стенке кишки ушивали лишь при колотых и резаных ранениях, в ранние сроки после травмы, при отсутствии перитонита и гнойного воспаления по ходу кожной раны. Остальным детям формировалась кишечная стома, у 16 – двойная, – терминальная колостомы. Закрывание кишечных свищей выполняли в плановом порядке через 185±26, 120;181;210 дней. В отдаленном послеоперационном периоде, 1-3 года, осмотрено 15 (71,4%) детей, качество жизни удовлетворительное.

ВЫВОДЫ. Анализ выполненных операций свидетельствует, что лечение обширных, травматических повреждений прямой кишки и сфинктера целесообразно начинать с наложения искусственного кишечного свища.

БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА. АНАЛИЗ АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА

Аксельров М.А., Сергиенко Т.В.,
Мальчевский В.А., Сахаров С.П., Хрупа Д.А.

ФГБУ ВО Тюменский ГМУ, ГБУЗ ТО ОКБ № 2,
Тюменский НЦ СО РАН, Тюмень, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Болезнь Гиршпрунга – порок развития толстой кишки, возникающий в результате нарушения формирования энтеральной нервной системы и характеризующийся отсутствием ганглионарных клеток в межмышечном и подслизистом сплетениях.

ЦЕЛЬ. Изучить акушерский анамнез матерей родивших детей с болезнью Гиршпрунга

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализирован акушерский анамнез 138 женщин, дети (110 мальчиков, 28 девочек) которых оперировали в ГБУЗ ТО ОКБ № 2 г. Тюмени с болезнью Гиршпрунга. Средняя масса

тела детей при рождении составила 3224±630 грамм.

ОБСУЖДЕНИЕ. Возраст матерей, родивших детей с данным пороком, варьировал от 18 до 39 лет. До 20 лет включительно было 29 (21%), от 21 до 25 лет – 42 (30,4%), от 26 до 30 лет – 36 (26,1%), старше 30 лет – 31 (22,5%) женщина. Средний возраст рожениц, составил 26,2±5,9 (21,25;30) лет. Настоящая беременность протекала без осложнений, лишь у 30 (21,7%) женщин, у 108 (78,3%) имелись отклонения в разном сочетании. Острые заболевания и обострение хронических, сопровождавшиеся подъемами температуры тела более 38 градусов и требовавшие применения медикаментозной терапии (ОРВИ, грипп, пиелонефрит, тонзиллит, аднексит, острый гнойный аппендицит и др.) отметили 100 (72,5%) женщин. Инфекции, передающиеся половым путем (сифилис, трихомоноз, уреоплазмоз), зафиксированы и пролечены во время данной беременности у 10 (7,3%) женщин. Лечение по поводу анемии, нефропатии, угрозы прерывания на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности, гипертонии, гестоза получали 91 (65,9%) роженица. Самопроизвольные выкидыши и медицинские аборты, в анамнезе, отмечены у 42 (30,4%) женщин.

От первой беременности рождены 64 (46,4%) ребенка, от второй – 35 (25,4%), от третьей – 19 (13,8%), от четвертой – 13 (9,4%), от пятой – 5 (3,6%), от шестой и от десятой – по 1 пациенту (по 0,7%). Один ребенок рожден от близкородственного брака.

ВЫВОДЫ. Изучение течения беременности у женщин, дети которых оперированы с пороками развития кишечника, может помочь в выделении групп риска. Образованные путем простого скрининга группы женщин следует концентрировать для наблюдения и более углубленного обследования и родов в перинатальных центрах.

К ПРОБЛЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫХ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Антонюк С.М., Ахрамеев В.Б., Андриенко И.Б.,
Луценко Ю.Г., Гринцов Г.А.

Донецкий национальный медицинский университет,
Донецк, ДНР

Представлен анализ хирургического лечения 51 больного с наличием наружных толстокишечных свищей. Локализация свищей была следующей: слепая кишка – 3, поперечно-ободочная – 5, левая половина ободочной кишки – 43. Причинами развития свищей были травмы, а также результат несостоятельности швов после различных операций на толстой кишке. Консервативное лечение заключалось в коррекции нарушений гомеостаза, использовании калоприемников, уходе за кожей в зоне свищей и ее санации. Все оперативные вмешательства выполнялись в плановом порядке в сроки 4-5 месяцев от возникновения свищей. Виды операций: ушивание свища – 3, ушивание кишки с наличием отключающей колостомы – 11, резекция кишки – 37. Нами разработан оригинальный способ иссечения высокой шпоры в отключающей колостоме, который заключается в ее клиновидной резекции на 2/3 ее массы, с последующим ушиванием образовавшейся раны, а затем – ушиванием колостомы. Осложнения в послеоперационном периоде отмечались у 4,8% больных, летальность – 1,9%.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШОК

Антонюк С.М., Ахрамеев В.Б., Андриенко И.Б., Луценко Ю.Г., Гринцов Г.А.

Донецкий национальный медицинский университет, Донецк, ДНР

Среди всех травм брюшной полости повреждения прямой и ободочной кишки составили, по данным клиники, 1,4% (29 человек). Локализация повреждений: внебрюшинный отдел прямой кишки – 9, внутрибрюшинное повреждение – 6, сигмовидная кишка, нисходящая, поперечно-ободочная – по 4 наблюдения, слепая кишка – 2. Тип операции зависел от локализации и обширности повреждения, выраженности перитонеальных признаков и воспалительных изменений в клетчатке промежности. При повреждении внебрюшинного отдела прямой кишки производили ушивание со стороны просвета и дренировали параректальную клетчатку. При развившейся флегмоне – разгрузочная сигмостомия на 2-3 месяца. При внутрибрюшинном повреждении – ушивание дефекта, дренирование, сигмофиксация. При повреждении ободочной кишки – поврежденный отдел через дополнительный разрез выводим на переднюю брюшную стенку, ушиваем дефект в кишке и фиксируем серозно-дермальными швами. После заживления кишечной раны снимаем серозно-дермальные швы, отделяем стенки кишки до предбрюшинной клетчатки и над стенкой кишки сшиваем апоневроз и кожу. Из 29 оперированных умерло 2 от тяжелого травматического и постгеморрагического шока.

ОСЛОЖНЕНИЯ ТАЗОВЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВУАРОВ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Ачкасов С.И., Сушков О.И., Куликов А.Э.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Осложнения в области тазового тонкокишечного резервуара (ТТР) снижают результаты лечения у пациентов с язвенным колитом (ЯК).

ЦЕЛЬ. Определить частоту и характер осложнений, ассоциированных с ТТР, у пациентов после удаления толстой кишки по поводу ЯК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В анализ включен 191 больной ЯК, перенесший формирование ТТР. Отдаленные результаты прослежены у 112 (59%) пациентов. Средний возраст больных – 30 (18-62) лет. Медиана наблюдения – 22 месяца.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 49 (43,8%) из 112 больных зарегистрировано 61 осложнение. Резервуарит развился в 23 (20,5%) случаях. Консервативное лечение было эффективно у 17 (74%) пациентов. Воспаление в оставшейся части прямой кишки развилось у 7 (6,3%) пациентов. Местное лечение было эффективно у 5 больных. Устойчивый проктит в 1 случае потребовал трансанальной резекции прямой кишки с формированием резервуаро-анального анастомоза, в другом – удаления резервуара. Стриктура анастомоза диагностирована в 5 (4,4%) наблюдениях. Бужирование было эффективно у 4 пациентов, у 1 пациентки была оставлена превентивная илеостома. Недостаточность анального сфинктера (НАС) развилась у 6 (5,3%) больных. У 4 из 6 пациентов с НАС было применено консервативное лечение с БОС-терапией с положительным эффектом,

у 2 сохранена превентивная илеостома.

Свищи резервуарной конструкции, диагностированы у 8 (7,1%) пациентов. У 2 больных с ранее наложенной илеостомой проводилось местное лечение, 2 потребовалась реилеостомия, 1 пациентке выполнена трансанальная резекция прямой кишки (не закрыта превентивная стома), в 3 случаях – удаление резервуара. Лишь у 2 пациентов со свищами после проведенного оперативного и консервативного лечения удалось закрыть превентивную илеостому. Мочеполовые расстройства отмечены у 1 (1%) больного.

Таким образом, из 112 больных неэффективность резервуара зарегистрирована у 8 (7%). У 4 пациентов ТТР был удален.

ВЫВОДЫ. Осложнения развились у 43,8% пациентов с ТТР. Тщательное динамическое наблюдение больных с ТТР и своевременное лечение позволило у 37 (76%) из 49 пациентов с осложнениями сохранить анальную дефекацию.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Бабаева Г.Г.¹, Самедова Т.А.¹, Бабаев З.М.²

¹ Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им. А.Алиева, кафедра терапии (с курсом физиотерапии), Баку, Азербайджан

² «MedEra Hospital», отделение воспалительных заболеваний кишечника, Баку, Азербайджан

АКТУАЛЬНОСТЬ. Болезнь Крона продолжает оставаться одной из актуальнейших тем современной гастроэнтерологии. Вопросы о нарушениях координации функций эндотелия при воспалительных заболеваниях кишечника, в частности, в патогенезе болезни Крона, пока остаются открытыми и малоизученными. Изучение данного аспекта облегчит понимание патогенеза данной патологии и наверняка расширит круг возможностей в диагностике и лечении болезни Крона. Среди известных маркеров эндотелиальной дисфункции наиболее широко изучена роль гомоцистеина, повышение которого рассматривается как риск повреждения эндотелия; появление альбуминурии и высокочувствительного С-реактивного белка (hs-CRP) считаются ранними маркерами проявлений эндотелиальной дисфункции.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определение частоты выявления некоторых маркеров эндотелиальной дисфункции при болезни Крона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование проводилось на базе кафедры Терапии АзГИУВ имени А.Алиева, отделения воспалительных заболеваний кишечника «MedEra Hospital» и «Memorial Klinika» в период с марта 2015 года по март 2017 года. У больных с болезнью Крона определялись: гомоцистеин (Axis-Shield, IFA метод) и hs-CRP (Biomerica, IFA метод) в крови, альбумин (MicralTest, Roche Diagnostics) в моче. В исследование было включено 48 больных, у которых в анамнезе не было указаний на цереброкardiaльную патологию; возраст больных 17-64 лет (32,8±2,7 лет); по половой принадлежности 21 женщина/27 мужчин; по локализации патологического процесса L1 – 12 больных, L2 – 11 больных, L3 – 9 больных, L4 – 2 больных, L3+перианальные повреждения – 8 больных, L1+перианальные повреждения – 4 больных, L2+перианальные повреждения – 2 больных. Срок заболевания до обращения к врачу-специалисту составил 2-6,5 лет (3,7±1,1 лет).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 48 пациентов с болезнью Крона у 45 уровень гомоцистеина (15-60 лет < 12 μmol/L; > 60

лет < 16 $\mu\text{mol/L}$) был повышен и составил в группе больных 15-60 лет – 12,9-48,7 $\mu\text{mol/L}$ (в группе больных 15-17 лет – 13-34,6 $\mu\text{mol/L}$; в группе больных 18-40 лет – 15,3-48,7 $\mu\text{mol/L}$; в группе больных 40-59 лет – 12,9-37,3 $\mu\text{mol/L}$); а в группе больных старше 60 лет колебался в пределах 16,5-34,6 $\mu\text{mol/L}$. Из 48 пациентов с болезнью Крона у 47 была выявлена альбуминурия (как микро-, так и макроальбуминурия) и составила 22,8-98,5 mg/L (при норме < 20,0 mg/L). Из 48 пациентов с болезнью Крона у 31 было выявлено повышение hs-CRP (высокий риск > 3 mg/L) в пределах 4,3-47,1 mg/L ; из них у 14 больных – от 4,3-10 mg/L , у 8 больных – 10,7-18,9 mg/L , а у 9 пациентов колебался от 19,0-47,1 mg/L .

ВЫВОДЫ. Повышение гомоцистеина и hs-CRP в крови, и выявление альбуминурии у пациентов с болезнью Крона еще раз указывает на наличие эндотелиальной дисфункции у данной группы больных. Частота выявления некоторых маркеров эндотелиальной дисфункции при болезни Крона составила, в среднем, 85,3%: для гомоцистеина – 93,7%; для hs-CRP 64,5%; для альбуминурии – 97,9%. Учитывая высокие показатели в выявляемости вышеуказанных маркеров, пациенты с болезнью Крона должны быть отнесены к группе риска повышенного атерогенеза вне зависимости от исходного уровня холестерина.

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Белов Д.М., Зароднюк И.В., Майновская О.А.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ РАБОТЫ. В настоящее время единых стандартов проведения компьютерной томографии при исследовании больных с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни толстой кишки не разработано. Не определены диагностические возможности КТ при различных методиках контрастирования толстой кишки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить возможность компьютерной томографии в диагностике воспалительных осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки с применением ретроградного контрастирования водой толстой кишки в условиях внутривенного контрастирования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включена группа из 45 пациентов (28 женщин и 17 мужчин) с осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки: паракишечным инфильтратом, абсцедированием, свищами. Всем пациентам была выполнена компьютерная томография толстой кишки с ретроградным контрастированием водой и внутривенным контрастированием. Все пациенты оперированы в клинике центра. Проведено сравнение данных КТ исследования с данными интраоперационной ревизии и морфологическим сопоставлением удаленного препарата.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Чувствительность КТ в определении протяженности воспалительных изменений составила 97,2%. При определении паракишечного инфильтрата чувствительность КТ составила 95,6%, специфичность – 94,7%. Чувствительность КТ в диагностике паракишечных абсцессов составила 94,9%, специфичность – 95,2%. Чувствительность КТ при определении вовлечения дополнительных органов и структур в воспалительный паракишечный инфильтрат составила 97,2%, специфичность – 96,0%. Чувствительность КТ

в диагностике свищей толстой кишки 93,1%, специфичность – 100,0%.

ВЫВОДЫ. Компьютерная томография с ретроградным контрастированием толстой кишки водой в условиях внутривенного контрастирования имеет высокую диагностическую эффективность в диагностике воспалительных осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки. Однако мы считаем полученные нами данные предварительными ввиду малой мощности исследования, что требует его продолжения для определения оптимального протокола.

ОБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Борота А.В., Борота А.А., Василенко И.В.,
Пацкань И.И., Ютовец Т.С., Дубовик Д.С.

Донецкий национальный медицинский университет им.
М.Горького, Донецк

АКТУАЛЬНОСТЬ. Динамическое объективное и субъективное наблюдение за пациентами, перенесшими радикальное хирургическое лечение осложненного течения язвенного колита (ЯК), представляется очень важным.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить возможность применения различных методов исследований для адекватного динамического послеоперационного наблюдения пациентов после реконструктивно-пластических вмешательств по поводу ЯК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2012 по март 2017 гг. 75 пациентов оперированы по поводу ЯК. Реконструктивно-пластические вмешательства в один или несколько этапов выполнены 40. Для динамического наблюдения за состоянием культи прямой кишки (КПК) и илеального резервуара (ИР) пациентам проводили серию исследований.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Эндоскопическое исследование (предпочтительно видеоректоромаскопия) позволяет визуально оценить слизистую КПК и ИР, произвести биопсию, но не дает данных о подлежащих слоях. Морфологическое исследование позволяет оценить истинное состояние слизистой КПК и ИР, подтвердить наличие воспалительных либо опухолевых осложнений.

Поучграфия позволяет оценить объем, форму сформированного ИР, доказать состоятельность илеоанастомоза перед плановым закрытием протективной илеостомы, но не дает сведений о КПК. СКТ с предварительным per os и ретроградным контрастированием позволяет оценить состояние стенки КПК, ИР и окружающих органов, но не позволяет послонно визуализировать целевые органы, несет лучевую нагрузку.

МРТ (предпочтителен T2 режим с жироподавлением) позволяет адекватную послонно визуализацию стенки КПК и ИР и дает представление о состоянии окружающих органов. Лучевая нагрузка отсутствует. Анкетирование позволяет оценить динамику качества жизни, целевые показатели – функция держания и частота опорожнений.

ВЫВОДЫ. В комплексе динамического послеоперационного наблюдения за пациентами, перенесшими реконструктивно-пластические вмешательства по поводу ЯК, каждый метод имеет свои достоинства, недостатки и показания. Возможности МРТ недооценены, данный метод заслуживает более широкого применения.

ПОДВЗДОШНО-РЕЗЕРВУАРНО-АНАЛЬНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ

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

Донецкий национальный медицинский университет им.
М.Горького, Донецк

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургическое лечение болезни Крона (БК) толстой кишки (ТК) – проблема, которая не решена хирургами всего мира до сих пор ввиду отсутствия единого мнения в вопросах хирургической тактики, качества жизни больных после операции. Все чаще появляются обобщенные данные о возможности реконструктивно-пластических вариантов операций при выполнении колпроктэктомии у пациентов с БК ТК.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. На основании имеющихся случаев выполнения реконструктивных операций и последующего динамического наблюдения при БК ТК доказать возможность и целесообразность использования подвздошно-резервуарно-анальной реконструкции (ПРАР) у данной категории больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2012 по 2016 гг. в клинике общей хирургии ДонНМУ на базе проктологического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения было прооперировано 47 пациентов, страдающих язвенным колитом, тотальным поражением, тяжелым, либо осложненным течением, которым была выполнена одно-, либо двухэтапная колпроктэктомия с формированием J-образного илеоанального резервуара, илеоанального анастомоза и протективной илеостомы по поводу неспецифического язвенного колита. При этом, у 3 пациентов, оперированных по данной методике, после получения гистологического заключения операционного материала, диагноз был изменен – была выявлена болезнь Крона. Еще в 4 случаях мы выполнили подобное вмешательство у пациентов с гистологически верифицированным осложненным диагнозом БК, консервативное лечение у которых было неэффективным.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения данной категории больных в сроки 9-47 месяцев путем выполнения резервуарографии, морфологического исследования слизистой резервуара, изучения качества жизни. Осложнения развились в 2 случаях – имел место паучит, который был успешно разрешен консервативными противовоспалительными мероприятиями.

ВЫВОДЫ. На основании имеющегося опыта выполнения ПРАР пациентам с БК ТК и последующего динамического наблюдения считаем возможным и целесообразным применение данной методики.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

Ванцинова Е.В., Абелевич А.И.

Хирургическая клиника ГБУЗ НО НОКБ им.
Н.А.Семашко, Нижний Новгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Рост заболеваемости дивертикулярной болезни, неудовлетворительные результаты лечения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Ретроспективный анализ лечения дивертикулярной болезни и ее осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За последние 5 лет в клинике пролечено 218 больных. Перидивертикулярный

инфильтрат имелся у 37 пациентов, абсцесс – у 14, кровотечение – у 41. Перфорация дивертикула произошла у 9 человек. С целью диагностики использовались ирригоскопия, ФКС, МРТ и УЗИ органов брюшной полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Консервативная терапия была эффективна у 114 (52,3%) больных. Кишечное кровотечение купировано гемостатиками у 27. В связи с продолжающимся кровотечением 9 больным выполнена гемиколэктомия слева, 3 – субтотальная резекция ободочной кишки, 2 – резекция сигмовидной кишки. Перидивертикулярный инфильтрат излечен консервативно у 22 пациентов, 4 выполнена гемиколэктомия слева, 3 – дистальная резекция сигмовидной кишки с наложением анастомоза, 8 – обструктивная резекция сигмовидной кишки, из них 1 – комбинированная с надвлагалищной ампутацией матки и пластикой нижней трети мочеочочника, 1 – комбинированная с экстрамукозной резекцией стенки мочевого пузыря. Было одно осложнение в виде несостоятельности швов межкишечного анастомоза. По поводу перидивертикулярного абсцесса произведено 2 гемиколэктомии слева, 12 резекций сигмовидной кишки. По поводу перфорации дивертикула 9 больным выполнена резекция сигмовидной кишки, у одного из них – с ликвидацией сигмо-везикулярного свища, и еще у одного – с разобщением сигмо-вагинального свища. Летальных исходов не было.

ВЫВОДЫ. В структуре осложнений дивертикулярной болезни преобладают гнойно-септические осложнения и кровотечения. Консервативная терапия эффективна приблизительно у половины пациентов. Своевременно выполненная радикальная операция позволяет избежать летальных осложнений.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ НАЛИЧИЯ ОГРОМНЫХ КАЛОВЫХ КАМНЕЙ В СИГМОВИДНОЙ КИШКЕ

Велиев Т.И., Шаляпин Д.И.,
Шалабода А.А., Пантюков Е.Д.

Алтайский краевой колопроктологический центр,
Барнаул, Россия

Чрезвычайно редкой и малоизученной патологией является кишечечно-каменная болезнь. В клинику краевого колопроктологического центра обратилась больная К., 25 лет с жалобами на наличие пальпируемого образования в левой подвздошной области, отсутствие оформленного стула на протяжении года. Общее состояние больной удовлетворительное. Из анамнеза жизни известно, что больная три месяца назад самостоятельно родила здорового ребёнка. В течение периода беременности больная для очищения кишечника применяла очистительные клизмы. С детства страдает хроническими запорами, состояла на учёте у детского хирурга с диагнозом болезнь Гиршпрунга. В клинике больная прошла обследование. Живот мягкий, безболезненный. В левой подвздошной области пальпируется огромных размеров образование каменной плотности, не смещаемое при пальпации. При видеокOLONOSКОПИИ на 50 см. обнаружено 3 огромных каловых камня размерами 8 на 3; 6 на 2; 4 на 2 см. Сигмовидная кишка была расширена, проходимость частично сохранена, что позволило колоноскопом полностью осмотреть толстую кишку. Попытки удаления камней путём применения ручного пособия и очистительных клизм эффекта не дали. Принято решение об оперативном лечении. По экстренным показаниям больной была проведена лапаротомия, при ревизии обнаружены огромных размеров сигмовидная кишка с тремя каловыми камнями.

Попытка сместить каловые камни в нижние отделы

кишечника эффекта не принесли. Камни в просвете кишки не перемещались. Выполнена резекция кишки с наложением анастомоза «конец-в-конец».

Макропрепарат: сигмовидная кишка значительно растянута, в просвете три огромных каловых камня, каменистой плотности.

В послеоперационном периоде без осложнений. На 5-е сутки больной разрешено есть, на 7-е сутки появился самостоятельный стул, на 10-е сутки больная выписана для амбулаторного наблюдения в удовлетворительном состоянии.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ И ПОВРЕЖДЕНИЕМ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Гаербек А.Ш., Хамченков А.Г., Демин К.А., Лебедев М.А.

МБУЗ ЦГБ, Батайск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В настоящее время травмы являются одной из трех основных причин смертности населения РФ. На дорогах России в течение года погибают более 35 тысяч людей.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Целью нашей работы явилась оптимизация лечебно-диагностического процесса на всех этапах оказания помощи больным с сочетанной травмой и повреждением толстого кишечника в результате ДТП в условиях МБУЗ ЦГБ г. Батайска.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ истории болезни пострадавших с сочетанной травмой в результате ДТП за период с 2011 по 2016 гг., поступивших в МБУЗ ЦГБ г. Батайска. А также проведен анализ оказания помощи больным с повреждениями толстого кишечника при сочетанной травме.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Медицинская помощь больным с сочетанной травмой оказывается согласно федеральным стандартным алгоритмам диагностики и лечебной тактики, соответствующим шести основным принципам лечебно-диагностического процесса. 1) Принцип раннего начала лечебных мероприятий на догоспитальном этапе; 2) Принцип одномоментной диагностики всех повреждений на госпитальном этапе; 3) Принцип сочетания диагностических мероприятий с неотложным лечебным пособием; 4) Принцип раннего выполнения отсроченных операций, направленных на устранение синдрома взаимного отягощения повреждений; 5) Принцип упреждающего лечения расстройств жизнедеятельности и осложнений; 6) Принцип поэтапного проведения восстановительных хирургических вмешательств с этапной реабилитацией.

В хирургическое отделение № 1 МБУЗ ЦГБ г. Батайска поступило 2512 пострадавших в результате ДТП. Из них 524 пострадавших с трассы М-4 «Дон». С сочетанной травмой поступило 892 пострадавших. Из этого количества повреждения ободочной кишки обнаружены у 27 пострадавших (водителей – 9, пассажиров – 12, пешеходов – 6). У 11 пострадавших выполнена резекция толстой кишки с колостомией. Повреждение брыжейки ободочной кишки обнаружено у 19 пострадавших (водителей – 7, пассажиров – 6, пешеходов – 6). Все повреждения брыжейки удалось устранить ушиванием.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Оказание помощи пострадавшим с сочетанной травмой при ДТП согласно стандартам позволило улучшить качество оказания помощи больным и снизить количество послеоперационных осложнений и летальность. А также избежать необоснованных расширенных оперативных вмешательств на толстом кишечнике.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛИТОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Гринцов А.Г., Ладария Е.Г., Гринцова А.А., Матийцев А.Б., Шестопалова А.Д.

Донецкий национальный медицинский университет, Донецк

АКТУАЛЬНОСТЬ лечения дивертикулитов толстой кишки связана с тяжелым течением и возможными осложнениями.

ЦЕЛЬ. Изучение эффективности ГБО в комплексном лечении.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Группу сравнения составили 27 больных, основная с применением ГБО – 21 больной. Рентгенологически у каждого из них обнаружены множественные дивертикулы толстой кишки с преимущественной локализацией в восходящем, нисходящем отделах и сигмовидной кишки. Как правило, у этих больных определялись 1-2 инфильтрата в диаметре от 6 до 12 см, подвижные плотно эластической консистенции. Четверо больных ранее перенесли гемиколостомию по поводу перфорации дивертикулов сигмовидной кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. После первого сеанса ГБО нормализуется перистальтика, что свидетельствует об уменьшении отечного компонента. После второго сеанса, боли значительно уменьшались, восстановилась сократительно-эвакуаторная функция толстой кишки. Заключительный третий сеанс проводили с целью предупреждения рецидива воспалительного процесса. Изучение результатов в сроки от 1 месяца до 1 года свидетельствовало об отсутствии каких-либо жалоб, инфильтрат не определялся.

ВЫВОДЫ. В группе больных, где применяли ГБО в комплексном лечении, клинический эффект наступал на 2-3 недели раньше.

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Домнин М.А., Ванцинова Е.В., Базаев А.В.

Хирургическая клиника ГБУЗ НО НОКБ им. Н.А.Семашко, Нижний Новгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В последние годы отмечается рост предраковых заболеваний толстой кишки, центральное место среди которых занимают полипы.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оптимизация эндоскопических методов лечения доброкачественных заболеваний толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2011 по 2015 гг. в клинике пролечено 786 больных с гистологически верифицированными аденомами толстой кишки и гиперпластическими полипами. Размеры полипов варьировали от 0,3 до 4 см в диаметре. Для удаления полипов применялись «горячая» биопсия, диатермические петли, клипсы Namoclip, петли EndoLoop, аргоноплазменная коагуляция, резекция слизистой оболочки после препарирования ее коллоидными растворами.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Летальных исходов не было. Осложнения зарегистрированы у 23 (2,9%) пациентов. У 13 больных в послеоперационном периоде возникло кровотечение, купированное консервативно, в 1 случае кровотечение из ложа удаленного полипа потребовало выполнения экстренной лапаротомии и резекции кишки. Перфорация стенки кишки произошла у 9 пациентов, по поводу чего производились лечебные лапароскопия или лапаротомия. В 2 случаях

перфоративное отверстие было ушито, в 7-ми – выведено на переднюю брюшную стенку в виде петлевой колостомы. Оценку эффективности эндоскопических электроэксцизий полипов проводили по результатам контрольных колоноскопий. Сроки диспансерного наблюдения составили от 1 месяца до 5 лет. Рецидивы были диагностированы у 26 (3,3%) пациентов, у всех удалось выполнить радикальные эндоскопические электроэксцизии полипов.

ВЫВОДЫ. Эндоскопическая полипэктомия является эффективным методом лечения доброкачественных новообразований толстой кишки. Активное диспансерное наблюдение за больными, перенесшими электрохирургическое удаление полипов, является высокоэффективным диагностическим методом и позволяет выявить рецидивы на ранних стадиях развития.

КТ И МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ И ФИБРОСТЕНОТИЧЕСКОЙ СТРИКТУРЫ ПРИ СТЕНОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ КРОНА

Дуброва С.Э., Сташук Г.А.

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского (МОНИКИ), Москва, Россия

Болезнь Крона (БК) входит в группу неспецифических воспалительных заболеваний кишечника и трудно поддается лечению. У половины пациентов болезнь Крона имеет осложненное течение, с формированием рубцово-воспалительной стриктур и свищей, которые могут возникать на любом этапе заболевания и быть его доминирующими проявлениями.

ЦЕЛЬ. Оценка данных мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) с динамическим контрастным усилением (КУ) в выявлении стриктур и формирование паттернов усиления кишечной стенки в зависимости от активности воспалительного процесса. Использование полученных данных в дифференциальной диагностике воспалительных и фибростенотических стриктур в определении дальнейшей тактики лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За 2014-2016 гг. обследован 31 пациент (18 мужчин, 13 женщин, средний возраст 38 лет), из которых 12 – повторно, с болезнью Крона, стриктурирующая форма, с различной степенью активности воспалительного процесса в тонкой и толстой кишке. Среди них у 25 пациентов с первично-выявленным заболеванием, 6 – после операции. 7 пациентов были прооперированы. По характеру выявленной патологии пациенты были разделены на две группы с воспалительными (21/31) и фибростенотическими (10/31) стриктурами.

Исследования МСКТ выполнялись на мультиспиральных компьютерных томографах Brilliance CT и ICT производства компании Philips Medical Systems. Обязательным условием являлось: специальная предварительная подготовка кишечника (как для колоноскопии), непосредственно перед исследованием – заполнение кишки водой: поэтапное – тонкой кишки, ретроградное – толстой кишки. МРТ исследования выполнялись на Магнитно-резонансном томографе GE Optima MR450w GEM 1.5 Тл, с использованием методики диффузно-взвешенного изображения (ДВИ). Для МРТ – требовалось воздержание от приема пищи не менее шести часов, непосредственно перед исследованием поэтапное заполнение водой тонкой кишки. (Методика КТ и МРТ)? Всем пациентам при МСКТ и МРТ выполнялось болюсное внутривенное введе-

ние контрастного вещества, с последующим трехфазным постконтрастным протоколом сканирования. Обязательным условием являлось выполнение отсроченного сканирования на 10 минуте с момента введения контрастного вещества. При МСКТ 3 пациентам исследование дополнялось повторным сканированием после перорального контрастирования просвета кишки водорастворимым контрастным веществом.

Активность и протяженность воспалительного процесса оценивали, сопоставляя данные МСКТ с КУ, МРТ с ДВИ и КУ, с данными хирургического лечения (7 пациентов) и в динамике после терапевтического лечения (24 больных).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Продолжительность заболевания у всех пациентов на момент выявления стриктур составляла более 10 лет. Признаки нарушения кишечной проходимости, с престенотическим расширением просвета кишки наблюдались у 27 пациентов, у 4 пациентов была диагностирована кишечная непроходимость.

КТ и МРТ диагностическим ключом стриктуры являлось: стойкое сужение просвета кишки более 80% (относительно просвета неизмененного участка кишки), утолщение стенки более 8 мм, престенотическое расширение проксимальных отделов кишки. После внутривенного контрастного усиления наблюдали паттерн «слоистости» кишечной стенки, с гипervasкуляризацией слизистой слоя, отеком подслизистого слоя кишки, с формированием симптома «мишени». Во всех случаях соотношение толщины слоев стенки кишки слизистый/подслизистый слой составила 1/3, с наибольшим увеличением толщины подслизистого слоя. Внекишечными проявлениями были: гипervasкуляризация брыжеечного края и окружающей клетчатки соответствующих участков тонкой и толстой кишки, с поперечной исчерченностью (симптом «расчески»), Уплотнение клетчатки брыжеечного края кишки.

Активный воспалительный процесс сопровождался высокой контрастностью слоев кишечной стенки, высоким сигналом при Т2ВИ, сохранением стратификации при отсроченном сканировании. Фибростенотический процесс характеризовался более гомогенным паттерном усиления кишечной стенки вследствие структурных изменений (отложения коллагена и разрастания гладкомышечных волокон), более низким сигналом при Т2ВИ, равномерным трансмуральным характером накопления контрастного вещества в отсроченную фазу.

Во всех случаях применение МРТ с ДВИ выявляло отек подслизистого слоя кишки на доконтрастном этапе. Подсчет коэффициентов диффузии при МРТ ДВИ, основанный на более высоком содержании воды в составе тканей, был более высоким при активном воспалительном процессе и более низким при фиброзе.

Стриктуры локализовались: у пациентов в группе с активным воспалительным процессом (всего 21 пациент): у 12 пациентов в терминальном отделе подвздошной кишки, у 2 – в проксимальном отделе подвздошной кишки, в 3 – в толстой кишке, у 4 – на уровне зоны анастомоза; у пациентов в группе с фибростенозом (всего 10): у 7 пациентов в терминальном отделе подвздошной кишки, в 1 – в толстой кишке, у 2 – на уровне зоны анастомоза.

ВЫВОДЫ. Разработаны специализированные протоколы исследования и лучевая семиотика стриктур тонкой и толстой кишки методом КТ и МРТ, с направленным изучением активности воспалительного процесса при стенозирующей форме болезни Крона, позволяющие прогнозировать целесообразность хирургического лечения.

Применение МРТ с ДВИ позволило выявить признаки активного воспалительного процесса в стенке кишки

без применения внутривенного контрастирования, продвинувшись в дифференциальной диагностике воспалительной и фибростенотической стриктуры, что делает эту методику наиболее перспективной в оценке динамики течения воспалительного процесса. Ни одна из методик пока не может найти выход из диагностического тупика в выявлении активного воспалительного процесса на фоне фибростеноза.

РОЛЬ ПОЭТАЖНОЙ БИОПСИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Ионов А.Л., Сулавко Я.П., Гогина А.А.,
Кушнир Б.Л., Лука В.А., Пичугина М.В.

ФГБУ РДКБ МЗ РФ, кафедра детской хирургии
РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва, Россия
МГМСУ им. А.И.Евдокимова, кафедра детской
хирургии, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Болезнь Гиршпрунга является одним из сложных заболеваний в структуре детской колопроктологии. В ряде случаев неудовлетворительные результаты лечения объясняются ошибками диагностики, особенно топической, и неправильно выбранной тактикой лечения, что определяет необходимость объективизации состояния кишечной стенки (аганглиоз, нейроинтестинальная дисплазия, вторичные изменения).

ЦЕЛЬ. Представить поэтажную серозно-мышечную биопсию толстой кишки как объективный метод определения границы резекции, позволяющий провести полноценное низведение патологически измененного участка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Забор биоптатов проводился не менее чем из 3 участков, в зоне сужения, расширения и визуально неизмененной толстой кишки (13 больных). При сомнительных рентгенологических признаках заболевания, а также пациентов с отклоненной толстой кишкой, т.е. носителей илеостомы, исследовалась кишечная стенка из 5 отделов – ректо-сигмоидного, нисходящего, поперечно-ободочного, восходящего и терминального отдела подвздошной кишки. 13 пациентам проведен лапароскопически-ассистированный вариант данного исследования. В исследование также включено 78 пациентов с болезнью Гиршпрунга, перенесших повторные оперативные вмешательства в связи с развитием осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Варианты проведения биопсии толстой кишки по месту жительства пациентов: гистологическое исследование резецированного участка кишки – 8; серозно-мышечная биопсия в месте наложения стомы – 5; биопсия на АХЭ в месте наложения стомы – 2; биопсия на АХЭ на уровне 2 см, 5 см, 8 см и 10 см от зубчатой линии прямой кишки – 11; биопсия в месте супрастенотического расширения – 6; поэтажная серозно-мышечная биопсия – 14; биопсия не проводилась – в 17 случаях. Во всех случаях применения описанной поэтажной биопсии нам удалось избежать ошибок в топической диагностике патологического процесса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Отсутствие морфологических данных о состоянии стенки толстой кишки привело к ошибочным действиям хирургов и, в итоге, к развитию такого осложнения, как остаточная зона аганглиоза (18 наблюдений). Данная группа больных потребовала дополнительного дообследования, включая проведение повторной биопсии, которая объективно подтвердила это осложнение.

ЧАСТОТА ВНЕКИШЕЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА. ОПЫТ МОСКОВСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА.

Каграманова А.В., Лишинская А.А.,
Фадеева Н.А., Князев О.В.

ГБУЗ «Московский клинический научно-
практический центр им. А.С.Логина Департамента
здравоохранения Москвы», Москва, Россия

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) – язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК) – занимают одно из первых мест в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта, приводящих к инвалидизации больных социально активного возраста. Учитывая данные последних исследований, современный взгляд на ВЗК, как на системные заболевания, включает множество специфических субфенотипов, в связи с чем существенное внимание должно уделяться диагностике внекишечных или системных поражений. У многих пациентов с ВЗК на протяжении жизни возникают внекишечные проявления основного заболевания, что оказывает отрицательное влияние на трудоспособность и качество жизни пациента, иногда в большей степени, чем основное заболевание. Частота возникновения внекишечных проявлений составляет от 6% до 50%.

ЦЕЛЬ. Выявить частоту внекишечных проявлений у больных БК и ЯК, наблюдающихся в отделении лечения воспалительных заболеваний кишечника ГБУЗ МКНЦ ДЗМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. 733 больных ЯК и БК, наблюдавшихся на базе отделения лечения ВЗК МКНЦ за период с июня 2014 по май 2016. Из них 402 (54,84%) – мужчин и 331 (45,16%) – женщин. Возраст больных находился в пределах от 26 до 55 лет (Me-35 лет).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Внекишечные проявления были отмечены у 268 (36,5%) больных ВЗК. Нами был проведен анализ, при этом больные могли иметь несколько внекишечных проявлений на протяжении заболевания. Внекишечные проявления чаще отмечались у больных БК (у 172 из 301 больных, 57,1%) по сравнению с пациентами ЯК (96 из 432 больных, 22,2%, $p < 0,001$). Из 733 больных ВЗК у 183 (24,9%) отмечались поражения суставов в виде периферического артрита/артралгий (16,8% при ЯК и 10,2% при БК); у 24 больных (3,2%) выявлен первичный склерозирующий холангит (ПСХ) (2,7% при БК и 0,8% при ЯК), у 8 (1%) больных имело место поражение дыхательной системы (все пациенты ЯК); у 10 (1,3%) больных – поражение кожи в виде узловой эритемы (2,5% при БК и 0,6% при ЯК); у 32 больных наблюдались нарушения со стороны свертывающей системы крови (5,9% при БК и 3,2% при ЯК); у 6 пациентов ВЗК выявлены два внекишечных проявления – ПСХ и периферический артрит у 1 пациента БК и у 5 (0,7%) пациентов отмечались узловая эритема и периферический артрит (0,5% при ЯК и 1% при БК).

ВЫВОД. Тщательное выявление и своевременная диагностика внекишечных проявлений необходима для предотвращения инвалидизации пациентов ВЗК. Улучшение диагностики и дифференциальной диагностики внекишечных проявлений и, следовательно, как можно более раннее назначение адекватной терапии может предупредить развитие тяжелых осложнений и повысить качество жизни больных ВЗК.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕФРАКТЕРНОМ КОНСТИПАЦИОННОМ СИНДРОМЕ

Карпунин О.Ю., Шакуров А.Ф.,
Зиганшин М.И., Сакулин К.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. В России констипационный синдром (КС) остаётся прерогативой терапевтов и по-прежнему окружен множеством устаревших представлений и табу, которые не всегда предусматривают комплексное исследование больных, а также препятствуют внедрению радикальных методов лечения, небезопасных для пациентов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Анализ диагностического алгоритма и лечебной тактики при резистентных формах хронического колонного запора.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ лечения 628 больных с КС неопухолового генеза, находившихся на стационарном лечении за период 1999-2016 гг. в отделении колопроктологии РКБ МЗ РТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На догоспитальном этапе исключали онкопатологию толстой кишки, по результатам ирригоскопии устанавливали тип аномалии строения или её расположения в брюшной полости, проводили консультации смежных специалистов, назначали тестовое лечение. В стационаре уточняли анатомические особенности строения и расположения толстой кишки: проводили КТ-колонографию с построением 3-D модели толстой кишки, а также исследовали особенности её моторики, проводя пассаж рентгеноконтрастных маркёров и изотопов по кишечнику. Изучали также уровень эндотоксинемии и определяли ректоанальный ингибиторный рефлекс. Хирургическое вмешательство выполнено у 63 (10,0%) больных. Показаниями к оперативному лечению ХЗ были: приступы толстокишечной непроходимости, заворот сигмовидной кишки при поступлении или в анамнезе; отсутствие эффекта от курсов консервативной терапии с прогрессирующим нарастанием симптомов непроходимости, хронической интоксикации. Объем оперативного вмешательства зависел от вида аномалии, локализации места задержки продвижения маркёров и изотопов, состояния прямой кишки. Ранние послеоперационные осложнения развились у 7 (11,1%) пациентов, летальность имела место в одном случае (1,6%). Результаты оперативного лечения расценены нами как хорошие при восстановлении регулярного самостоятельного стула, хорошем общем самочувствии и полном восстановлении трудоспособности у 47 (74,6%) больных.

ВЫВОДЫ. Решение проблемы КС может быть обеспечено: выработкой адекватной тактики обследования пациентов, определением четких показаний к хирургическому лечению, правильным выбором метода хирургического вмешательства в зависимости от вида запора, степени выраженности и уровня обструкции.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВУАРОВ В ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А.
ФГБОУ ВО СамГМУ МЗ РФ, Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В развитых странах отмечается рост больных язвенным колитом (ЯК), увеличение

числа тяжелых форм заболевания. Более 20% пациентов нуждаются в хирургическом лечении, летальность достигает 30%. Функциональные результаты стомирующих операций неприемлемы для пациентов. Создание тонкокишечного резервуара позволяет реабилитировать больных ЯК. Сохранение кишечного транзита и анальной дефекации у больных ЯК является актуальной задачей.

ЦЕЛЬ. Улучшение функциональных результатов лечения больных ЯК путем создания тонкокишечного тазового резервуара.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За 2012-2016 гг. выполнено 12 колопротэктоми с первичным J-резервуаром и илеоректальным анастомозом. Мужчин – 5. Женщин – 7. Средний возраст – $35 \pm 2,3$ лет. Показание к операции – неэффективность консервативной терапии тяжелых форм ЯК. Гормонорезистентность у 7 пациентов, гормонозависимость у 3 больных, неэффективность терапии Инфликсимабом у 2 больных.

Противопоказания к созданию тазового резервуара – выраженные воспалительные изменения и дисплазия слизистой оболочки, болезнь Крона, тяжелое соматическое состояние. Для формирования илеоректального анастомоза использовался циркулярный степлер. Демукотация культи прямой кишки не выполнялась из-за развития стриктуры и инконтиненции. Операция заканчивалась формированием двустольной илеостомы. Восстановление целостности тонкой кишки проведено 8 больным.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Длительность операции – 260 ± 34 мин. Кровопотеря – 250 ± 35 мл. Умерших не было. Осложнения – у 1 (50%) больного. Спаечная тонкокишечная непроходимость – 1. Несостоятельность илеоректального анастомоза – 2, ректо-вагинальный свищ – 1, кровотечение из степлерного шва – 2.

Функция тазового тонкокишечного резервуара изучена у 6 больных. Выполнена резервуарография, эндоскопическое исследование, определение объема резервуара. Резервуарит выявлен у 1 больного. Функция запирающего аппарата изучена у 8 больных. Частота дефекации $6,3 \pm 1,2$ в сутки, ночная дефекация – у всех больных. Недержание жидкого кишечного содержимого отмечено у 2 больных.

ВЫВОДЫ. 1. Колопротэктоми с J-резервуаром и илеоректальным анастомозом – метод выбора хирургического лечения резистентного ЯК.

2. Оценка эффективности проводимой терапии колопроктологом и гастроэнтерологом позволяет определить оптимальные сроки для выполнения первичной реконструктивной колопротэктоми.

3. Совершенствование техники операции позволяет снизить количество послеоперационных осложнений.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЧАСТОТА РЕЦИДИВОВ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ПОЛУЧАЮЩИХ КЛЕТЧНУЮ ТЕРАПИЮ – 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ

Князев О.В.¹, Каграманова А.В.¹,
Фадеева Н.А.¹, Добролюбова Е.А.¹,
Донченко И.А.¹, Бабаян А.Ф.¹, Лицинская А.А.¹,
Кноплянников А.Г.², Парфенов А.И.¹

¹ ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С.Логина Департамента здравоохранения Москвы»,

² Медицинский радиологический научный центр МЗ и СР РФ, Обнинск, Россия

Многочисленными исследованиями установлено, что мезенхимальные стромальные клетки (МСК) обладают высоким потенциалом дифференцировки, а также

иммуносупрессивными свойствами. В настоящее время проводятся I-III фазы клинических исследований, оценивающих эффективность и безопасность МСК в лечении больных воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) – язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК).

ЦЕЛЬ. Сравнить частоту рецидивов и продолжительность ремиссии в течении 5 лет наблюдения у больных с люминальной формой болезни Крона (БК) в форме колита и тотальным поражением язвенного колита (ЯК), получающих терапию мезенхимальными стромальными клетками (МСК) костного мозга

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Сравнили частоту рецидивов в группе больных с люминальной формой БК в форме колита (1 группа), с группой больных ЯК (тотальное поражение) (2 группа), получающих МСК. 1-я группа (БК) в возрасте от 22 до 56 лет (Me-28) (n=24) получала культуру МСК по схеме (0-1-2 недели, затем каждые 26 недель). 2-я группа больных (ЯК) (n=26) в возрасте от 20 до 62 лет (Me-28) получала культуру МСК по аналогичной схеме. Оценку эффективности терапии по частоте рецидивов осуществляли через 12, 24, 36, 48 и 60 месяцев от начала терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среди больных 1-й группы рецидив заболевания в течение 12 месяцев наблюдения произошел у 2/24 пациента (8,3%), во 2-й группе рецидив заболевания произошел у 3/26 (11,5%) (ОР-0,72; 95% ДИ 0,13-3,96, p=0,92). Через 24 месяца в группе больных (1-я группа), получающих МСК, рецидив заболевания произошел у 5/24 (20,8%), во 2-й группе больных рецидив заболевания у 7/26 (26,9%) (ОР-0,77; 95% ДИ 0,13-3,96, p=0,92). Через 36 месяцев в 1-й группе больных рецидив заболевания – у 8/24 (33,3%), во 2-й группе рецидив у 14/26 (53,8%) (ОР-0,62; 95% ДИ 0,32-1,21, p=0,24).

Через 48 месяцев в 1-й группе, получающих МСК, рецидив у 11/24 (45,8%), во 2-й группе – рецидив у 18/26 (69,2%) (ОР-0,6; 95% ДИ 0,37-0,97, p=0,048). Через 60 месяцев в 1-й рецидив у 16/24 (66,6%), во 2-й группе рецидив у 22/26 (84,6%) (ОР-0,63; 95% ДИ 0,44-0,90, p=0,013).

ВЫВОДЫ. Трансплантация МСК способствует поддержанию более длительной клинической ремиссии у больных с люминальной формой болезни Крона по сравнению с группой больных, страдающих язвенным колитом.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Князев О.В.¹, Садек Фидель², Бабаян А.Ф.¹,
Фадеева Н.А.¹, Донченко И.А.¹,
Каграманова А.В.¹, Лищинская А.А.¹

¹ ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр Департамента здравоохранения Москвы»;

² ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Болезнь Крона (БК) в форме терминального илеита встречается приблизительно у 1/3 пациентов с БК и часто осложняется формированием стриктуры подвздошной кишки или илеоцекального клапана. При выявлении стриктуры после первого курса консервативного лечения (применения глюкокортикостероидов) в качестве первого этапа лечения показана резекция пораженного участка кишки, а не повторный курс консервативной (гормональной) терапии. Операцией выбора является резекция илеоцекального отдела с формированием илео-асцендоанастомоза.

ЦЕЛЬ. Выявить лабораторные предикторы неэффективности курса консервативной терапии глюкокортикостероидами (ГКС)/иммуносупрессорами (ИС) и риска оперативного лечения больных БК в форме терминального илеита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. 40 больным БК в форме терминального илеита с сужением просвета терминального отдела подвздошной кишки без признаков кишечной непроходимости был проведен курс консервативного лечения (применения ГКС). Оценку эффективности терапии проводили через 3, 6, 12 и 24 месяца. Эффективность терапии оценивали по индексу активности болезни Крона (ИАБК), эндоскопической картине и/или КТ-энтерографии, уровню С-РБ, фекальному кальпротектину (ФКП). За 24 месяца наблюдения у 12 пациентов была проведена резекция илеоцекального отдела. Таким образом, пациентов разделили на две группы: 1-я группа пациентов без хирургического лечения, 2-я группа пациентов, которым проведена резекция илеоцекального отдела. Провели сравнение показателей С-РБ, фекального кальпротектина (ФКП) исходных и в динамике в двух группах пациентов. Первая группа больных в возрасте от 19 до 58 лет (Me-29) (n=28). Вторая группа больных в возрасте от 20 до 68 лет (Me-36) (n=12).

Средние исходные показатели СРБ в 1-й группе составили 29,5±3,2 мг/л, во 2-й – 27,75±3,0 (p=0,73), уровень ФКП в 1-й группе – 1019,4±97,2 мкг/гр, во 2-й – 998,8±127,3 мкг/гр (p=0,9).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Через 12 недель от начала терапии среди больных 1-й группы средний уровень С-РБ снизился до 4,7±0,4 мг/л, во 2-й – до 6,5±0,8 мг/л (p=0,03). Уровень ФКП в 1-й группе снизился до 1019,4±97,2 мкг/гр, во 2-й – 998,8±127,3 мкг/гр (p=0,9).

Через 6 месяцев в 1-й группе больных средний уровень С-РБ составил 7,2±1,1 мг/л, во 2-й – 10,0±2,1 мг/л (p=0,2). Уровень ФКП в 1-й группе – 87,2±13,7 мкг/гр, во 2-й – 149,2±24,9 мкг/гр (p=0,025).

Через 12 месяцев в 1-й группе больных средний уровень С-РБ составил 10,76±2,1 мг/л, во 2-й – 19,2±3,5 мг/л (p=0,039). Уровень ФКП в 1-й группе – 100,4±13,7 мкг/гр, во 2-й – 191,7±24,9 мкг/гр (p=0,002).

Через 24 месяца в 1-й группе больных средний уровень С-РБ составил 9,5±1,9 мг/л, во 2-й – 17,8±3,3 мг/л (p=0,027). Уровень ФКП в 1-й группе – 98,0±12,1 мкг/гр, во 2-й – 121,7±14,2 мкг/гр (p=0,27).

ВЫВОД. Повышенный уровень С-РБ и фекального кальпротектина на фоне лечения больных БК в форме терминального илеита может быть фактором прогрессирования заболевания и повышенного риска оперативного вмешательства.

КЛЕТочная ТЕРАПИЯ ПЕРИАНАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА

Князев О.В.¹, Фадеева Н.А.¹,
Беляков Н.И.¹, Добролюбова Е.А.¹,
Конопляников А.Г.², Парфенов А.И.¹

¹ ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С.Логина Департамента здравоохранения Москвы»;

² Медицинский радиологический научный центр МЗ и СР РФ, Обнинск, Россия

Перианальные свищи – наиболее распространенные и часто встречающиеся типы свищей при болезни Крона. Они с трудом поддаются лечению, ухудшают качество жизни больного и повышают риск резекции кишки. Несмотря на значительный эффект антицикотинной терапии свищевой формы БК, лечение данной категории больных остается трудной задачей, с высоким риском развития рецидива БК. Мезенхимальные

стромальные клетки (МСК), обладающие иммуномодулирующими свойствами и большим регенеративным потенциалом, в настоящее время также применяются для лечения свищевой БК и перианальных свищей иной этиологии.

ЦЕЛЬ. Сравнить эффективность комбинированной терапии (местное и системное введение) мезенхимальными стромальными клетками (МСК) костного мозга, инфликсимаба (ИФЛ) и антибиотиками (АБ) / иммуносупрессорами (ИС) на частоту заживления простых перианальных свищей при болезни Крона (БК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. 36 больных БК с перианальными поражениями разделили на три группы в зависимости от метода терапии. Первая группа больных в возрасте от 19 до 58 лет (Ме-29) (n=12) получала культуру МСК системно по схеме и местно: по периметру свищевого хода осуществлено введение 40 млн. МСК – 4 точки вкола по 1 мл физиологического раствора, содержащего 10 млн. МСК. Затем через 4 и 8 недель повторно вводили по 40 млн. МСК в область свища. Вторая группа больных БК (n=10) в возрасте от 20 до 68 лет (Ме-36), получала антицитокиновую терапию ИФЛ по схеме. Третья группа больных БК (n=14) в возрасте от 20 до 62 лет (Ме-28) получала антибиотики и ИС. В динамике оценивали закрытие наружного отверстия свища. Ано- и ректосигмоскопию осуществляли через 3, 6, 12 и 36 месяцев от начала терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Через 12 недель среди больных 1-й группы заживление простых свищей отмечено у 10/12 больных (83,3%), во 2-й группе заживление простых свищей – у 8/10 (80,0%) (ОР-0,83; 95% ДИ 0,14-4,9, p=0,72). В третьей группе – у 5/14 пациентов (35,7%) (ОР-0,26; 95% ДИ 0,07-0,97, p=0,04 в сравнении с первой группой).

Через 6 месяцев в группе больных (1-я группа), получающих МСК, заживление простых свищей сохранялось у 8/12 (66,6%), во 2-й группе – у 7/10 (70,0%) (ОР-1,11; 95% ДИ 0,32-3,84; p=0,76). В третьей группе – у 4/14 пациентов (28,6%) (ОР-0,47; 95% ДИ 0,2-1,11; p=0,12 в сравнении с первой группой).

Через 12 месяцев в 1-й группе, получающих МСК, заживление простых свищей сохранялось у 7/12 (58,3%), во 2-й группе – у 6/10 (60,0%) (ОР-1,25; 95% ДИ 0,48-3,22; p=0,69). В третьей группе – у 2/14 пациентов (14,3%) (ОР-0,49; 95% ДИ 0,24-0,98; p=0,03 в сравнении с первой группой).

Через 36 месяцев среди больных 1-й группы закрытие свищей сохранялось у 5/12 больных (41,6%), во 2-й группе – у 5/10 (50,0%) (ОР-1,17; 95% ДИ 0,53-2,55; p=0,96). В третьей группе – у 0/14 пациентов (0,0%) (ОР-0,58; 95% ДИ 0,36-0,94; p=0,01 в сравнении с первой группой).

ВЫВОД. Комбинированная клеточная и антицитокиновая терапия БК с перианальными поражениями достоверно способствует более частому и длительному закрытию простых свищей, по сравнению с антибиотиками/иммуносупрессорами.

АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Леушина Е.А.¹, Бетехтина С.Н.²

¹ ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет», Киров, Россия

² Отделенческая клиническая больница на станции Киров «ОАО РЖД», Киров, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Болезни органов пищеварения остаются актуальной проблемой клинической медицины, привлекают к себе внимание как практикую-

щих врачей, так и организаторов здравоохранения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Провести анализ приверженности к терапии у пациентов с хроническими заболеваниями толстой кишки, выяснить причины несоблюдения рекомендаций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанкетировано 25 пациентов, с подтвержденными при помощи эндоскопических, рентгенологических и морфологических исследований диагнозами: синдром раздраженной толстой кишки (СРК) – 11 человек, дивертикулярная болезнь толстой кишки (ДБ) – 11 человек, неспецифический язвенный колит (НЯК) – 3 человека. Все пациенты проходили стационарное лечение в терапевтической клинике. Средний возраст пациентов – 52±6,4 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В ходе исследования выявлено, что приверженность к лечению у пациентов с СРК составила 54,5%, с ДБ – 63,6%, с НЯК – 66%. Среди причин, приводящих к снижению комплаенса у всех групп пациентов, преобладало изменение схемы лечения другим врачом в 80% случаев, отсутствие постоянного амбулаторного наблюдения лечащим доктором в 32% случаев, неэффективность терапии в 8%, высокая стоимость препаратов в 60%, недостаточная информированность пациентов о заболевании в 4% случаев.

ВЫВОДЫ. Таким образом, можно сделать вывод, что наибольшая приверженность к терапии достигнута у пациентов с НЯК, наименьшая – с СРК. Среди причин снижения комплаенса преобладали изменение схемы лечения другим врачом и высокая стоимость препаратов. Коррекция данных факторов, по мнению пациентов, приведет к более высокой приверженности к лечению.

ВИДЕОКОЛОНОСКОПИЯ И ОСТРЫЙ ДИВЕРТИКУЛИТ – ОПАСНОСТЬ ИЛИ БЛАГО?

Лобанов Д.С., Ильканич А.Я., Каструбин А.Л., Варданян Т.С.

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»

БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить эффективность и безопасность видеокколоноскопии при оказании помощи больным с осложнениями дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 43 пациента с осложненной формой ДБТК, пролеченных в Сургутской ОКБ с 2006 – 16 гг. Мужчин – 18 (41,9%), женщин – 25 (58,1%). Средний возраст – 55,1±1,2 лет. С острым дивертикулитом – 35 (81,4%) больных, с кровотечением из дивертикула – 8 (18,6%). Ведение больных осуществляется согласно разработанной в клинике «Маршрутной карты пациента с осложнениями ДБТК», которая представляет собой поэтапный алгоритм действий. При осложнениях ДБТК методом выбора диагностики и лечения считали видеокколоноскопию (ВКС). Оценка эффективности диагностики и лечения осуществлялась по клиническим и эндоскопическим данным.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Всем пациентам выполнена экстренная ВКС, при этом у 28 (65,1%) больных манипуляция была лечебной. У 8 (18,6%) пациентов однократно выполнен эндоскопический гемостаз аргоно-плазменной коагуляцией. При гнойном дивертикулите – у 20 (46,5%) больных – проводились этапные санации. Санацию проводили после предварительного отмывания полости дивертикула 20-40 мл физ.раствора. Видеоэндоскопическая санация включала в себя введение растворов антисептиков через катетер в инструментальном канале эндоскопа. Периодичность про-

цедуры – 1 раз в 2-3 суток до купирования активного воспаления в дивертикуле. Эффективность процедуры оценивалась по следующим параметрам: купирование болевого синдрома, отсутствие повышения температуры тела, нормализация лейкоцитов и лейкоцитарной формулы в общем анализе крови, регресс эндоскопических признаков воспаления дивертикула (купирование отека, гиперемии слизистой толстой кишки, гнойного отделяемого в дивертикуле). Всего требовалось от 2 до 5 санационных колоноскопий, в среднем – 2,7±0,8 эндоскопических санаций. Средний койко-день составил 13,4±0,9 суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Видеоколоноскопия является безопасным и эффективным методом диагностики осложнений ДБТК. В 65,1% ВКС является и лечебной манипуляцией.

ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Привалова Н.И.

Кафедра восстановительной медицины, физиотерапии и курортологии, Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Распространенность синдрома раздраженного кишечника (СРК) и недостаточная эффективность традиционной медикаментозной терапии обуславливают высокий интерес к данной проблеме. Вместе с тем, целый ряд исследований последних лет показал, что наряду с лекарственной терапией существуют методы восстановительного лечения СРК, которые используются при минимальном риске развития побочных действий и осложнений.

ЦЕЛЬ. Разработать оптимальный комплекс терапии для пациентов с СРК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. На основании критериев СРК в исследование были включены 60 человек, соотношение по полу – 4:1 (женщины/мужчины). Все молодые люди в возрасте от 20 до 35 лет были разделены на 2 группы и получали в первой группе (30 человек) базовую терапию, включающую диету (по Певзнеру) № 3 при запорах или № 4 при диареях, минеральную воду («Карачинская») 3 раза в день до еды, гимнастику, массаж шейно-воротниковой зоны, пробиотик аципол в течение двух недель. Дополнительно к базовому лечению пациенты во 2 группе получали амплипульстерапию (от аппарата «Амплипульс-5») (30 человек).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Боли в животе были купированы в 85% случаев в первой группе, и в 92% – во второй группе, нарушение стула при диарее – в 82% случаев, при запоре – в 87% случаев в первой группе, и в 94% – при диарее, 98% – при запорах во второй группе. Остальные симптомы диспепсии были купированы – в 75% случаев или значительно снизилась их интенсивность – 25% в обеих группах. Анализ динамики теста Спилберга-Ханина выявил: в первой группе – снижение личностной тревожности (62,8 – до лечения, 55,2 балла после лечения), так и ситуативной тревожности (52 – до лечения, 51 балл – после лечения), во второй группе – снижение личностной тревожности (56 – до лечения, 48 баллов после лечения), особенно значимо снизилась ситуативная тревожность (48,1 – до лечения, 41,3 – после лечения).

ВЫВОДЫ. Эффективность лечения в первой группе можно оценить в 92%, во второй группе в 98%, причем включение амплипульстерапии в комплекс реабилитации показывает наибольшую эффективность, как симптоматическая терапия.

КОЛОНОСКОПИЯ В СКРИНИНГЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПАРАКИШЕЧНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ

Скридловский С.Н., Веселов В.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Колоноскопия является наиболее эффективным методом скрининга предопухоловой патологии и рака ободочной кишки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить возможности колоноскопии без седации в скрининге колоректального рака у больных с дивертикулярной болезнью ободочной кишки, осложненной паракишечным инфильтратом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ заключений и видеозаписей плановой дооперационной колоноскопии без седации 32 больных с морфологически подтвержденным диагнозом дивертикулярной болезни ободочной кишки, осложненной паракишечным инфильтратом.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Показатель адекватной подготовки ободочной кишки – 100%, выявленных аденом – 3%, интубации слепой кишки – 44%, осложнений – 0%, время выведения эндоскопа из купола слепой кишки – 6-10 мин. Эффективность колоноскопии в исключении предопухоловой патологии и рака толстой кишки – 44% и определяется показателем интубации слепой кишки, величина которого определяется эндоскопическим показателем сдавления кишки извне паракишечным инфильтратом ($p < 0,05$ по двустороннему критерию Фишера).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Возможности колоноскопии без седации в скрининге колоректального рака у больных с дивертикулярной болезнью ободочной, осложненной паракишечным инфильтратом, статистически значимо ниже при наличии сдавления кишки извне паракишечным инфильтратом.

АНТАГОНИЗМ ЛАКТОБАКТЕРИЙ ПРОТИВ ТОКСИГЕННОЙ CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Сухина М.А., Михалевская В.И.,
Ачкасов С.И., Сафин А.Л.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Антагонистическая активность (АА) лактобацилл, выделенных из толстой кишки, проявляется в высокой, средней и низкой степени или отсутствует. Использование антагонизма в клинической практике может решить проблему борьбы с Clostridium difficile-ассоциированной диареей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка степени выраженности антагонистического влияния лактобацилл толстой кишки на рост C. difficile.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. 18 штаммов лактобацилл, выделенных из толстой кишки; Lactobacillus plantarum 38 (пробиотик «Лактобактерин сухой» НПО «Микроген» г. Нижний Новгород). Штаммы C. difficile (26) из них 13 положительных по токсину В, 7 продуцирующих токсины А и В одновременно и 6 без токсинов А и В. Все штаммы C. difficile изолированы от пациентов с клинической картиной антибиотикоассоциированной диареи. 2 эталонных штамма Helicobacter pylori NCTC 11639 и Campylobacter jejuni NCTC 11635. Использовали собственную количественную методику оценки АА лактобацилл, основанную на измерении

зоны задержки роста: 30-40 мм и более – высокая АА; 20-30 мм – умеренная; 1-20 мм – низкая; ≤5 мм – отсутствие АА.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Титр лактобацилл в образцах фекалий варьировал от 103 до 108 КОЕ/г. При множественности 106-108 КОЕ/г лактобациллы отличались высокой (38,9%), умеренной (11,1%) и низкой (11,1%) АА. Штаммы, лишённые АА (38,9%), значительно различались по множественности (103-108 КОЕ/г). Относительно эталонного штамма *H.pylori* NCTC 11639 10 (55,6%) штаммов лактобацилл демонстрировали высокую и лишь 5 (26,3%) – низкую АА, что соответствовало их АА относительно *S.jejuni* NCTC 11635. Контрольный штамм *L.plantarum* 38 демонстрировал высокий уровень АА относительно эталонных культур бактерий, кроме токсигенных *S.difficile*. Лактобактерии, изолированные их просветной микрофлоры пациентов, демонстрировали высокую и умеренную АА относительно нетоксигенных и продуцирующих только токсин В *S. difficile*, в то время как эти же штаммы лактобактерий не проявляли или проявляли низкую АА относительно *S.difficile*, продуцирующих токсины А и В одновременно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. АА лактобацилл толстой кишки не связана с их видовой принадлежностью и множественностью их природных популяций и открывает перспективы борьбы с токсинообразующими *Clostridium difficile*.

ПАТОГЕННОСТЬ БАКТЕРИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С КЛОСТРИДИАЛЬНЫМ КОЛИТОМ

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

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

ВВЕДЕНИЕ. Клостридиальный колит, одна из самых распространенных внутрибольничных инфекций. *Clostridium difficile* выходит на первое место среди причин антибиотик-ассоциированной диареи благодаря наличию факторов патогенности.

ЦЕЛЬ. Изучить распространение, этиологическую структуру клостридиального колита и факторы патогенности *S. difficile*.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. У 548 больных провели скрининг просветных фекалий на выявление токсигенных *S.difficile* на основе иммунологических (определение глутаматдегидрогеназы, токсинов А и В) и бактериологических исследований. У изолированных штаммов изучено: продукция токсинов А, В, гемолизинов и образование биопленок; чувствительность к антибиотикам. Изучение биопленкообразования проводили на стеклянном носителе в течение 4 и 24 часов с последующей фиксацией 96% этанолом и окрашиванием альциановым синим и калькафлюором белым. Детекцию образования биопленок осуществляли с помощью световой и флуоресцентной микроскопии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. *S. difficile* выделены у 291 (53%) пациента с клинической картиной клостридиального колита, в остальных случаях изолировались различные виды рода *Clostridium*. 67,7% изолированных культур *S.difficile* продуцировали токсины: токсин В (71,7% штаммов), токсин А (12,1% штаммов) и оба токсина (16,2% штаммов). Токсигенные штаммы *S.difficile* были резистентны к цефалоспоруину (100%), клиндамицину (83,3%), хлорамфениколу (66,7%), метронидазолу (19,7%), и 4% штаммов – к ванкомицину. 69,2% культур *S. difficile* отличались интенсивным биопленкообразованием. Способность и скорость биопленко-

образования *S.difficile* коррелирует с её вирулентностью. Все изолированные культуры продуцировали гемолизины.

ВЫВОДЫ. Распространенность токсигенных *S. difficile* повышает риск развития диарей, ассоциированных с приемом антибиотиков. Токсин В является ведущим фактором вирулентности *S.difficile* в изученной популяции, а образование биопленок – значимый фактор патогенности *S.difficile*. Высокий уровень антибиотикорезистентности определяет важность изучения чувствительности возбудителя к антибиотикам для подбора адекватной терапии *S.difficile* – ассоциированной инфекции.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТРОМАЛЬНО- ВАСКУЛЯРНОЙ ФРАКЦИИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТЛУЧЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Терюшкова Ж.И., Васильев В.С., Важенин А.В., Рябинин В.Е., Васильев С.А., Попков П.Н., Стасюк А.А.
МБУЗ ГКБ № 8, ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лечение постлучевых повреждений прямой кишки является сложной медицинской задачей, что связано с развитием патологических изменений тканей в зоне облучения. Проанализирована возможность использования в качестве активных компонентов стромальные клетки из жировой ткани, способные дифференцироваться в различные типы клеток и способствовать регенерации пораженных тканей.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Полученные клетки помещали в пластиковые чашки Петри с плотностью 105 клеток/см². Культивирование проводили в среде DMEM с 10% FBS, 2 мМ глутамина, 1% пенициллина и стрептомицина. Культивировали клетки в стандартных условиях: при 37°С и 5% CO₂. Через 24 часа среду заменяли на свежую, прикрепившиеся клетки оставляли на дорастивание, среду меняли каждые 3-4 дня. Визуально оценивали морфологию на инвертированном микроскопе ЛабоМед.

РЕЗУЛЬТАТЫ. После культивирования СВФ в течение суток появляются клетки с фибробластоподобной морфологией. Через 3 суток культивирования адгезированные клетки начинают пролиферировать. Через 6-7 дней пролиферирующие клетки начинают формировать небольшие кластеры, а через 2 недели инкубации начинают образовывать колонии и конфлюэнтный монослой. Анализ на проточном цитофлуориметре популяции свежее выделенных клеток жировой ткани показал ее гетерогенность и высокое содержание клеток, экспрессирующих антиген гемопоэтических стволовых клеток CD34+. По мере культивирования наблюдается обогащение популяции клетками, несущими маркеры мезенхимальных клеток.

ВЫВОДЫ. СВФ может оказывать существенное влияние на репаративные процессы в зоне трансплантации: осуществлять неогенез за счет дифференцировки в эндотелиальные клетки, активировать эндотелиальные прогениторные клетки и продуцировать проангиогенные факторы. Материал, полученный при липосакции, содержит недостаточное количество живых клеток для получения мезенхимальных стволовых клеток (МСК). Выход МСК из липоаспирата составляет 1-4 × 10⁵ клеток/мл с уровнем их выживания и прикрепления не менее 50%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАВОРОТОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

Тотиков В.З., Медоев В.В., Тотиков З.В., Калицова М.В.
Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

ЦЕЛЬЮ исследования являлась оптимизация хирургической тактики у больных с заворотом сигмовидной кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Были изучены результаты хирургического лечения 66 больных с заворотом сигмовидной кишки, оперированных в экстренном порядке. Пациенты разделены на две группы. Контрольную группу составили 30 (45,4%) пациентов, оперированных традиционными способами. В основную группу вошли 36 пациентов, в лечении которых использовался разработанный в клинике алгоритм и способ резекции сигмовидной кишки при завороте.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Объем хирургического пособия в контрольной группе заключался в лапаротомии, деторсии с мезосигмопластикой – у 16 больных, у 5 пациентов в резекции сигмовидной кишки с двустольной колостомой, и в 9 случаях – в операции Гартмана. В послеоперационном периоде различные осложнения возникли у 23 (76,7%) больных, погибло 7 (23,3%) пациентов. У 24 (66,7%) больных основной группы с жизнеспособной сигмовидной кишкой произведена ее резекция по разработанному методу – через минидоступ. Из-за спаечного процесса в области малого таза 4 (11,1%) больным не удалось произвести полноценную мобилизацию сигмовидной кишки, в связи с чем выполнена срединная лапаротомия, и резекция кишки осуществлена через этот доступ. Из-за короткой дистальной культи, обструктивная резекция сигмовидной кишки через минидоступ, после ее разворота и декомпрессии, выполнена у 2 (5,6%) пациентов с нежизнеспособной кишкой. Еще у 4 больных с нежизнеспособной кишкой удалось осуществить резекцию кишки не переходя на срединную лапаротомию. Дистальная культи у них была достаточно мобильна для выведения на переднюю брюшную стенку и формирования частичного внебрюшного анастомоза. После выполнения минидоступа у 2 пациентов выявлены признаки перитонита, в связи с чем осуществлен переход на срединную лапаротомию. Этим больным выполнена операция Гартмана, санация, дренирование брюшной полости. Колостома при этом формировалась в ранее выполненной минилапаротомной ране. В послеоперационном периоде различные осложнения были выявлены у 7 (19,4%) больных, летальных исходов не было.

ВЫВОДЫ. Таким образом, наиболее обоснованным оперативным вмешательством при завороте сигмовидной кишки является резекция сигмовидной кишки через мини доступ с наложением «частичного внебрюшного анастомоза». Показаниями к типичной лапаротомии являются наличие перитонита и технические сложности мобилизации через мини доступ.

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЭВАКУАЦИИ И ДЕРЖАНИЯ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОЙ ДЕФЕКАЦИИ

Фоменко О.Ю., Шельгин Ю.А.,
Титов А.Ю., Козлов В.А., Белоусова С.В.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
Москва, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение функционального состояния мышц тазового дна у пациенток с синдро-

мом обструктивной дефекации (СОД).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование, проведенное в 2015-2016 гг., включены 224 женщины с жалобами на обструктивную дефекацию, не имевших в анамнезе операций на тазовом дне. Средний возраст – 49,4±15,0 лет. Все пациентки соответствовали Римским критериям III функционального запора. Жалобы на недостаточность анального сфинктера (НАС) были у 52 (23,2%). При дефекографии признаки ректоцеле выявлены у 108/224 (48,2%), сочетание ректоцеле и внутренней ректальной инвагинации – у 116/224 (51,8%). Тип функциональных расстройств дефекации (ФРД) устанавливался по манометрии высокого разрешения (НАВМ) путем сравнения показателей давления в покое и при натуживании и подтверждался эвакуаторной пробой или увеличением остаточного объема более 20% при дефекографии. Функцию держания оценивали по данным сфинктерометрии и исследования проводимости по половому нерву.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Частота встречаемости ФРД среди пациенток с СОД составляет 64,7%. Признаки ФРД выявлены у 75/108 (69,4%) у пациенток с ректоцеле и у 70/116 (60,3%) с ректоцеле и инвагинацией. Отсутствовали различия в частоте ФРД у больных с сочетанием ректоцеле с внутренней инвагинацией по сравнению с пациентками, страдавшими только ректоцеле ($\chi^2=2,028$, $p=0,154$). Диссинергия I типа была выявлена у 93 (64,2%) – среднее давление покоя 65,4±22,6, при натуживании 77,4±26,5 мм рт. ст. Неадекватная пропульсия (II тип) – у 6 (4,1%) – среднее давление покоя 56,5±22,2, при натуживании 56,1,4±23,2 мм рт. ст., интаректальное давление менее 45 мм рт. ст. Диссинергия III типа – у 46 (31,7%) пациенток – давление покоя 62,7±21,3, при натуживании – 59,6±22,8 мм рт. ст. Снижение тонуса и сократительной способности анальных сфинктеров доказано у 52/224 (23,2%) (среднее давление в покое 33,4±3,6, при волевом сокращении 104,8±29,5 мм рт. ст.), увеличение проводимости по половому нерву более 2,2 мс зарегистрировано у 30/42 (71,4%). Не обнаружено корреляционной связи между ФРД и НАС (к-т Спирмена=-0,01, $p=0,88$), ФРД и нейропатией n. pudendus (к-т Спирмена=-0,12, $p=0,339$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. У пациенток с СОД в 64,7% случаев регистрировались ФРД, ослабление функции держания отмечалось 23,2% случаев.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛЕТЧНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Шельгин Ю.А.¹, Кузьминов А.М.¹,
Вышегородцев Д.В.¹, Сухих Г.Т.²

¹ ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих», Москва Россия

² ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова», Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на то, что в настоящее время накоплен значительный опыт формирования тонкокишечных резервуаров при хирургическом лечении семейного аденоматоза толстой кишки (САТК), частота ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений сохраняется на достаточно высоком уровне. По-прежнему, существуют различные точки зрения на ряд вопросов хирургической техники.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка результатов применения хирургического метода лечения САТК с рекон-

струкцией слизистой оболочки прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С целью улучшения результатов лечения САТК предложен метод хирургического лечения, предусматривающий сохранение дистальной части прямой кишки. Это позволяет сохранить нервно-рефлекторные связи этой анатомической зоны. Выполняется удаление слизистой оболочки прямой кишки (мукозэктомия). Для формирования реконструированной слизистой оболочки прямой кишки проводится аллотрансплантация в демукозированную прямую кишку фетальных клеток эпителиального происхождения и мезенхимы. Накладывается резервуароректальный анастомоз при помощи сшивающего аппарата.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 43 (75,4%) пациентов полная реконструкция слизистой оболочки прямой кишки констатирована через 4 недели после операции. У 13 пациентов полная реконструкция слизистой оболочки наступила в сроки 8-12 недель после операции после дополнительного введения клеточного материала в прямую кишку. Ранние послеоперационные осложнения развились у 8,8% пациентов. Гнойно-септические осложнения в полости таза отмечены только у 3,5%. Поздние осложнения констатированы у 11,3% пациентов. Эндоскопические и морфологические исследования не выявили признаков дисплазии и возникновения аденом в прямой кишке при медиане наблюдения 26 месяцев. Хорошие функциональные результаты и высокий уровень качества жизни у 94% пациентов.

ВЫВОДЫ. Предложенный метод хирургического лечения САТК позволяет значительно снизить частоту ранних и поздних послеоперационных осложнений, добиться хороших функциональных результатов лечения. Проводимый мониторинг пациентов свидетельствует о том, что метод не повышает онкологический риск. Однако, все пациенты, страдающие САТК, нуждаются в ежегодном пожизненном медицинском наблюдении.

БОЛЕЗНЬ КРОНА У ПОДРОСТКОВ: ПРОБЛЕМЫ ПЕРЕХОДА ВО ВЗРОСЛУЮ СЕТЬ

Щербакова О.В., Поддубный И.В.,
Ионов А.Л., Козлов М.Ю.

ГБУЗ «Морозовская ДГКБ» ДЗМ, ФГБУ «РДКБ» МЗ
РФ, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. У детей подросткового возраста болезнь Крона (БК) часто представлена тяжелыми формами с осложненным течением, а также требует определенного внимания и тщательного планирования во время перехода от педиатрической к взрослой медицинской помощи.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения подростков с осложненной БК, используя индивидуальный подход, раннее назначение биологической терапии и делая выбор в пользу современных оперативных методик.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2001 года в отделениях колопроктологии РДКБ и абдоминальной хирургии МДГКБ оперированы 117 пациентов с БК, из них половина – в возрасте 15-17 лет (59 – 50,4%). Показаниями к плановым операциям являлись неэффективность терапии (8), стриктуры (39), свищи (11), внутрибрюшные инфильтраты (16), параректальные свищи (13).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Малоинвазивные методики использованы у 18 (30,5%) пациентов. К моменту перехода во взрослую сеть 4 (6,8%) пациента являлись носителями кишечной стомы, а 33 (56%) подростка находились на биологической терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Проблемы преемственности и перехода во взрослую сеть подростков с БК до настоящего времени остаются актуальными. Кроме обсуждения

медикаментозного и хирургического лечения, необходимо также контролировать половое и физическое развитие, психологические и социальные аспекты с важностью получения образования.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ПРИ МЕСТНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ДИВЕРТИКУЛЕЗА И РАКА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Юданов А.В., Ганичева И.А.,
Говорков Р.В., Токмаков И.А.

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Новосибирский областной центр колопроктологии, Новосибирск, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Представить алгоритм дифференциальной диагностики и лечения при местных воспалительных осложнениях дивертикулеза и рака левой половины ободочной кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В 2007 – 2011 гг. проведено лечение 35 пациентов, у которых диагностика вызывала трудности, вследствие сужения просвета кишки, непроходимого для эндоскопа и не позволяющего биопсировать измененный участок.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При первой попытке ФКС установлено наличие сужения. При ирригоскопии у 17 пациентов выявлен дивертикулез левой половины ободочной кишки, но не исключен неопластический процесс в зоне сужения. Назначен курс противовоспалительной терапии, после которого вновь выполнена ФКС с биопсией. У 5 человек удалось доказать воспалительный характер процесса, лечение было продолжено. 30 больных с неустановленным характером процесса были оперированы. У 14 человек была выполнена левосторонняя гемиколэктомия. У 12 пациентов в препарате диагностирован рак ободочной кишки, у 2 – дивертикулярный инфильтрат. У 16 больных процесс признан нерезектабельным. Гистологическое исследование абдоминальных лимфоузлов у 6 выявило метастазы аденокарциномы. 10 пациентам в послеоперационном периоде продолжен курс консервативной терапии, затем повторная ФКС. У 4 выявлен рак. 6 пациентам в процессе терапии и повторной ФКС, исключен злокачественный процесс и подтвержден дивертикулез.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При местных воспалительных осложнениях в виде дивертикулярного или паратуморозного инфильтратов клиническая картина имеет общие проявления. В некоторых случаях осмотреть зону интереса не возможно.

ВЫВОДЫ.

1. Дифференциальная диагностика при местных воспалительных осложнениях дивертикулеза и рака левой половины ободочной кишки проводится на всех этапах лечебно-диагностического процесса.
2. При отсутствии морфологического подтверждения злокачественного процесса проводится курс антибактериальной терапии и повторная ФКС.
3. Сомнения в диагнозе после повторной ФКС являются показанием для оперативного лечения.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И ИШЕМИЧЕСКОГО КОЛИТА

Юданов А.В., Ганичева И.А.,
Говорков Р.В., Токмаков И.А.

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская
областная клиническая больница», Новосибирский
областной центр колопроктологии, Новосибирск,
Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Дифференциальная диагностика, тактика, лечение, диспансерное наблюдение больных при впервые выявленном язвенном колите.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2013 по 2016 гг. в отделении колопроктологии наблюдались 14 пациентов, госпитализированных с клинической и эндоскопической картиной, характерной для впервые выявленного язвенного колита, с преимущественно левосторонним поражением.

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. Эндоскопическая картина при фиброколоноскопии не позволяла подтвердить или опровергнуть впервые выявленный язвенный колит. Однако, данные анамнеза позволяли заподозрить у описанной группы больных развитие ишемического колита.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Во всех случаях некроза ободочной кишки не наступало, и показаний к экстренному оперативному лечению не было. Обращала на себя внимание быстрая положительная динамика на фоне лечения, не включающего в себя препаратов, назначаемых при ХВЗК. 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 неподтвердившийся диагноз ХВЗК, пациенты оставались на диспансерном наблюдении 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 от развившегося нарушения мезентериального кровообращения без развития критической ишемии кишечной стенки. Диспансерное наблюдение пациентов рекомендуется назначать как при ХВЗК.

Эффект от лечения наступает быстро и повторных осложнений не регистрируется.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АНГИОДИСПЛАЗИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, В УСЛОВИЯХ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Ярмушов И.Н., Вазанов А.А., Гладков В.И.,
Родин П.В., Нардин С.В., Игнатьев Р.О.

БУ «Городская клиническая больница № 1» МЗ ЧР,
Чебоксары, Россия

Среди многочисленных факторов, приводящих к кишечным кровотечениям различной степени интенсивности, наименее изученным является ангиодисплазия. Этот термин обозначает патологическое

состояние, при котором имеются порочное (патологическое) развитие и строение сосудов кишечной стенки. Ангиодисплазия является причиной кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта в 2-5% случаев.

В Чувашской Республике за 2013-2016 гг. в условиях колопроктологического стационара ГКБ № 1 проходили лечение 37 пациентов с ангиодисплазией толстой кишки, осложненной кровотечением. Все пациенты доставлены в стационар в экстренном порядке с клиникой кровотечения из нижних отделов ЖКТ. Средний возраст пациентов составил 57 лет. из них мужчин – 20, женщин – 17.

Консервативная гемостатическая терапия оказала эффект у 24 пациентов. При последующей ФКС исключены другие заболевания, сопровождающиеся кишечными кровотечениями и установлен диагноз ангиодисплазии толстой кишки.

Оперативное лечение по жизненным показаниям выполнено у 13 пациентов. Фиброколоноскопия, в том числе интраоперационная, в большинстве случаев оказалась неинформативной для выявления источника кровотечения. Выполнялась резекция заполненного кровью сегмента толстой кишки. Колэктомия с выведением илеостомы выполнена у 9 пациентов, правосторонняя гемиколэктомия с илеостомой – у 2, левосторонняя гемиколэктомия с трансверзостомой – у 1, резекция сигмовидной кишки с колостомой – у 1. При гистологическом исследовании подтвержден диагноз ангиодисплазии толстой кишки. Летальный исход после операции наступил в 3 случаях.

Реконструктивные операции ликвидации стомы выполнены у 5 пациентов.

Трудности при диагностике источника кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта при ангиодисплазии толстой кишки не позволяют в большинстве случаев выполнить резекцию сегмента толстой кишки с источником кровотечения, и объем операции расширяется вплоть до колэктомии.

РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНОГО ДИВЕРТИКУЛИТА

Ярцев П.А.^{1,2}, Резницкий П.А.²

¹ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского Департамента
здравоохранения города Москвы;

² ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва,
Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Заболеваемость дивертикулярной болезнью ободочной кишки (ДБОК) достигает 55-60% среди населения старшей возрастной группы, из них острые воспалительные осложнения развиваются у 15-20% пациентов. До сих пор не определены стандарты диагностики и лечения воспалительных осложнений ДБОК.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность миниинвазивных технологий в лечении перфоративного дивертикулита ободочной кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 150 пациентов, разделенных на основную (n=79, проспективная) и группу сравнения (n=71, ретроспективная). Методом выбора диагностики являлось УЗИ. В лечении основной группы приоритетно использовались миниинвазивные технологии. Пациентам проводилась консервативная терапия; чрескожное дренирование абсцессов (ЧДА); экстренные операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У пациентов были выявлены околокишечные инфильтраты (ОКИ) (n(осн)=44 (55,7%), n(сравн)=47 (66,2%)), абсцессы брюшной полости

(п(осн)=19 (24,1%), п(сравн)=17 (23,9%)), местный неотграниченный и распространенный перитонит (п(осн)=16 (20,3%), п(сравн)=7 (9,9%)). Консервативное лечение проведено в основной группе 44 (55,7%) пациентам, в группе сравнения – 42 (59,2%). ЧДА выполнено в основной группе 14 (17,7%) пациентам, в группе сравнения – 2 (2,8%). В основной группе лапароскопический лаваж брюшной полости был выполнен 1 пациенту с ОКИ (1,3%), 10 (12,7%) – с гнойным перитонитом; лапароскопическая санация абсцессов – 3 (3,8%), лапароскопическая операция типа Гартмана (1) и выведение петли сигмовидной кишки (1) при распространенном гнойном перитоните, 3 (3,8%) «открытых»

операции типа Гартмана. В группе сравнения лапароскопический лаваж выполнен 2 (2,8%) больным с ОКИ. «открытых» операций типа Гартмана – 20 (28,2%). Средний койко-день в основной и группе сравнения – 11,1 и 16,6, соответственно. Рецидив острого дивертикулита развился в 9% и 38% в основной и группе сравнения. Летальность – 1,3% и 9,9% в основной и группе сравнения.

ВЫВОДЫ. Применение миниинвазивных и лапароскопических технологий позволяет улучшить результаты лечения пациентов с перфоративными формами дивертикулита.

ГЛАВА 4. СТОМЫ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

ПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ КОЛОСТОМЫ

Антонюк С.М., Ахрамеев В.Б., Андриенко И.Б., Луценко Ю.Г.
Донецкий национальный медицинский университет,
Донецк, ДНР

Согласно данным литературы, частота возникновения вентральных грыж после операций на органах брюшной полости равняется 0,5-20% от всех вмешательств. Ситуация усложняется тем обстоятельством, когда послеоперационная вентральная грыжа развивается у больных, перенесших операцию на ободочной кишке с формированием колостомы. К тому же, примерно у 10-45% этих больных имеются и параколостомические грыжи. Это создает дополнительные проблемы при операциях по ликвидации колостомы. В целях профилактики рецидивов грыж после применения пластики местными тканями (натяжные способы) практически всегда используются для этих целей современные сетчатые протезы. В период 2006-2016 гг. оперированы 28 больных, которым выполнена ликвидация колостомы с одновременной аллопластикой послеоперационных дефектов передней брюшной стенки. Мужчин было 21, женщин – 7. Возраст больных был от 44 до 67 лет. Во всех случаях вентральная грыжа располагалась в зоне послеоперационного рубца, а кроме того, у 6 пациентов имела место и парастомическая грыжа. Размеры грыжевых ворот в зоне послеоперационного рубца колебались от 8×12 см до 11×16 см. У 26 пациентов после ликвидации колостомы был сформирован колоректальный анастомоз, а у 2 из них при наличии дивертикулеза выполнена левосторонняя гемиколэктомия. После этого выполняли аллопластику с использованием проленовой сетки. У 21 больного закрытие грыжевых ворот и отверстия на месте бывшей колостомы осуществляли отдельно, у 7 больных – единым протезом, поскольку расстояние между смежными краями дефектов не превышало 5-7 см. Послеоперационные осложнения имели место у 3 (10,3%) больных. Это были: серомы – 2, нагноение раны – 1. Считаем целесообразным у данной категории больных выполнять аллопластику сетчатыми протезами.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО СПОСОБА ЛИКВИДАЦИИ ПЕТЛЕВОЙ ИЛЕОСТОМЫ

Ачкасов С.И., Сушков О.И., Ланцов И.С.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Закрытие петлевой илеостомы является потенциально опасной хирургической операцией из-за развития послеоперационных осложнений. По данным литературы, самые частые осложнения: парез ЖКТ – до 25%, инфекция в области хирургического вмешательства (ИОХВ) – до 15%, кровотечение – до 8%, несостоятельность анастомоза – до 3%.

ЦЕЛЬ. Сравнить характер и частоту послеоперационных осложнений после закрытия петлевой илеостомы различными способами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ФГБУ «ГНЦК им.А.Н.Рыжих» Минздрава России в проспективное рандомизированное исследование включен 321 паци-

ент, подвергшийся ликвидации петлевой илеостомы. Пациенты рандомизированы в 3 группы: в 1-й группе – формирование илео-илеоанастомоза выполнено ручным способом по типу «бок-в-бок» (n=98), во 2-й – ручным способом по типу «конец-в-конец» (n=104), в 3-й – аппаратным способом по типу «бок-в-бок» (n=119).

РЕЗУЛЬТАТЫ. В группах 1, 2 и 3 частота развития послеоперационных осложнений составила 14,3%, 13,5% и 11%, соответственно (p=0,6).

Парез ЖКТ в группах 1, 2 и 3 развился у 9 (9,2%), 8 (7,7%) и 6 (5%) пациентов, соответственно (p=0,4). Не выявлено достоверных различий по частоте развития ИОХВ между группами 1, 2 и 3, которая развилась у 3 (3%), 3 (2,5%) и 4 (4%) пациентов, соответственно (p=0,8).

Кишечная непроходимость развилась в группах 1 и 2, в 4 (4%) и 1 (1%) случаях, соответственно. 2 пациента в группах 1 и 2 оперированы повторно по поводу кишечной непроходимости. 1 (1%) из этих пациентов в группе 1 умер в послеоперационном периоде.

Послеоперационное кровотечение в группах 1 и 3 развилось у 1 (1%) и 2 (1,7%) пациентов (p=0,5). 1 (1%) больной из группы 1 оперирован повторно.

Несостоятельность анастомоза в группах 2 и 3 развилась по 1 наблюдению в каждой из групп и составила 1% и 0,8%, соответственно (p>0,05).

Медиана послеоперационного койко-дня в группах 1, 2 и 3 оказалась равна 7,5, 7 и 7 дней, соответственно (p=0,3). При осложненном течении данный показатель увеличился до 16, 8 и 11 койко-дней в группах 1, 2 и 3, соответственно (p=0,03).

ВЫВОДЫ. Способ формирования илео-илеоанастомоза не влияет на частоту и характер послеоперационных осложнений.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Гринцов А.Г., Ахрамеев В.Б., Гринцов Г.А., Шестопалова А.Д.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Донецк

АКТУАЛЬНОСТЬ. Остается актуальным вопрос восстановительных операций на толстой кишке после ургентных оперативных вмешательств.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Определить оптимальные способы восстановления толстокишечной непрерывности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Прооперировано 150 больных за период 1990-2017 гг. В 63% случаев больные прооперированы по поводу рака толстой кишки, осложненного острой кишечной непроходимостью, в 16% – по поводу неспецифического язвенного колита, дивертикулов, осложненных перфорацией, в 10% – по поводу травматического повреждения толстой кишки, в 5% – в связи с ишемическими нарушениями и некрозом сегмента кишки, в 4% – по поводу заворота сигмовидной кишки с некрозом и в 2% – в связи с мегаколон, для протекции дистально наложенного анастомоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Петлевая колостомия проведена у 84 (56%) больных, двустволовая раздельная колостома (после резекции сегмента ободочной кишки), в 35 (23%) случаях, одностволовая (конечная) колостома (после операции Гартмана) – 27 (18%) больных, обходные анастомозы – у 4 (3%) больных. Осложнения – 12,3%. Летальность была 2,7%.

ВЫВОДЫ. Важным явилось правильное формирование стомы на первом этапе операции. При возможности, предпочтение отдавали внебрюшинному способу восстановления непрерывности толстой кишки.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНЫХ СТОМ

Ильканич А.А., Воронин Ю.С.

Сургутская окружная клиническая больница, Сургут,
Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Ежегодно в мире увеличивается число пациентов, которым одним из этапов лечения становится выведение стомы. Число осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде, по данным наблюдений, колеблется в широких пределах и составляет до 70% случаев выведения коло- или илеостомы. В хирургическом лечении осложнений стомы нуждаются от 30,1% до 58,5% больных.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов лечения стомированных пациентов с парастомальными осложнениями путем сравнительного анализа эффективности различных способов хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Выполнен ретроспективный анализ историй болезней 17 пациентов, госпитализированных в хирургическое отделение Сургутской окружной клинической больницы в период с 2012 по 2016 гг. Все пациенты данной группы поступили в плановом порядке для выполнения хирургического вмешательства по поводу осложнений имеющегося кишечного свища. Среди осложнений, которые потребовали хирургического лечения в исследуемой группе пациентов, только парастомальная грыжа у 2 (11,8%) пациентов, стеноз устья стомы без других осложнений – у 3 (17,6%). У 11 пациентов встретились сочетанные осложнения – в одном (5,9%) наблюдении параколомостомическая грыжа сочеталась со стенозом и ретракцией стомы; у 11 (53%) пациентов стеноз устья стомы сочетался с параколомостомической грыжей. Эти показатели не превышают опубликованные в отечественных и иностранных источниках данные.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациентам, в зависимости от типа осложнений, послуживших показаниями к оперативному лечению, проведена реконструктивная операция с иссечением стенозированного участка кишки, ректостомией с сохранением стомы на прежнем месте в 3 (17,6%) случаях, реконструкция стомы с ликвидацией парастомической грыжи сетчатым имплантом onlay у 2 (11,8%) пациентов, ликвидация парастомальной грыжи имплантом onlay – 3 (17,6%), восстановление непрерывности кишечника с ликвидацией стомы выполнено 9 (53%) больным. Среднее время выполнения реконструктивных операций составило $100,4 \pm 53,8$ мин., восстановительных операций – $108,8 \pm 44,6$ мин. Нагноение послеоперационной раны развилось в 2 (11,8%) случаях в группе больных со стенозом стомы и параколомостомической грыжей. Лечение этих осложнений было консервативным.

ВЫВОД. Объем хирургического вмешательства зависит от характера осложнения. При наличии грыжевого дефекта в качестве пластического материала целесообразно применение сетчатых имплантов.

МИГРАЦИЯ ВЫКЛЮЧЕННОЙ ИЗ ПАССАЖА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭКСТРЕННУЮ ОБСТРУКТИВНУЮ РЕЗЕКЦИЮ

Матвеев И.А., Хасия Д.Т., Гиберт Б.К., Гиберт Ю.Б.

ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Фундаментальной операцией в экстренной абдоминальной хирургии является обструктивная резекция толстой кишки или опера-

ция Гартмана, частота таких вмешательств не имеет тенденции к снижению. В последующем пациенты нуждаются в выполнении восстановительных операций. Учитывая травматичность этих вмешательств, возникает необходимость определения факторов и приемов, которые уже на этапе выполнения обструктивной резекции позволят уменьшить инвазивность восстановительной операции.

ЦЕЛЬ. Изучение частоты миграции отключенного сегмента толстой кишки и определить ее влияние на травматичность восстановительных операций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2000 по 2014 гг. выполнено восстановление пассажа у 197 пациентов с концевой колостомой. Анатомия изучалась на основании данных проктоирригографии, эндоскопического исследования толстой кишки и сопоставления с данными, полученными интраоперационно.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 123 (62,44%) пациентов стомы и культя располагались в различных отделах брюшной полости. У 93 (75,61%) при их выделении из спаек сопоставление было проведено за счет мобильности, что подтверждает локальный характер обструктивной резекции у большинства пациентов. У 19 (20,43%) пациентов в группе с мобильной культей отмечено перемещение ее в другую анатомическую область брюшной полости, что явилось причиной увеличения объема восстановительной операции – расширение раны доступа, выполнении конверсии, связанных с поиском, выделением и перемещением выключенного из пассажа отдела кишки для формирования анастомоза. В наших наблюдениях кишка была фиксирована только у 12 (6,09%) из 197 больных, что свидетельствует о недооценке ее значимости при проведении обструктивной резекции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Необходимо при формировании культя фиксировать ее в максимальной близости к стомальному отделу. Эта манипуляция не травматична и не занимает много операционного времени, но предупреждает смещение культя и уменьшает травматичность восстановительной операции.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ МАРКИРОВКА И ОТДАЛЁННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КИШЕЧНЫХ СТОМ

Фролов С.А., Родоман Г.В., Москалев А.И.,
Калашникова И.А., Голубева М.Ю.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
Городская клиническая больница № 24 г. Москвы,
Москва, Россия

ЦЕЛЬ. Изучить влияние предоперационной маркировки места выведения кишечной стомы на частоту и характер поздних осложнений кишечных стом, а также на качество жизни стомированных пациентов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В 2014-2016 гг. на базе ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» МЗ РФ и Московского городского центра колопроктологии (МГЦК) проведено проспективное сравнительное нерандомизированное исследование. Критерии включения: плановое хирургическое вмешательство с формированием постоянной кишечной стомы, выполнено в крупном узкоспециализированном учреждении, наблюдение в отделении реабилитации стомированных больных МГЦК не менее 1 года, способность пациента самостоятельно заполнить анкету. В основную группу включены пациенты, которым операции выполняли после предоперационной маркировки места выведения кишечной стомы, в контрольную – без таковой. Все пациенты находились под наблюдением специалистов по уходу

за стомами МГЦК с осмотром минимум 1 раз в 2 месяца. Производилась оценка состояния стомы специалистом и оценка качества жизни по шкале STQoL.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В исследование были включены 266 пациентов, основную группу составили 135 пациентов, контрольную – 131. Обе группы были однородными по демографическим характеристикам, характеру основного заболевания, характеру и способу перенесённого вмешательства. В основной группе поздние осложнения отмечены у 60 (44,4%) пациентов, в контрольной группе – у 98 (74,8%) ($p=0,001$). Качество жизни в основной группе составило 67,8 баллов, в контрольной – 58,1 баллов ($p<0,0001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предоперационная маркировка места выведения кишечной стомы достоверно влияет на частоту поздних осложнений кишечных стом и качество жизни стомированных пациентов.

НАШ ОПЫТ ОКАЗАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСЛОЖНЕННЫМИ КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ

Чакалова В.В., Донец Т.Б.

ГБУЗ СО «ТГКБ № 1», Тольятти, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Стомированные пациенты составляют особую группу лиц, перенёсших тяжёлое заболевание или травму, и, как следствие, калечащую операцию, повлекшую за собой ограничение жизнедеятельности. Одной из самых острых проблем для пациента является возникновение осложнений в области стомы, что препятствует его интеграции в общество и резко снижает качество жизни.

ЦЕЛИ. Показать на примере взаимного сотрудничества хирургов и стоматерапевтов, что вовремя проведённые реабилитационные мероприятия, а также

хирургическая коррекция тяжёлых стомальных и парастомальных осложнений улучшают физическое и психологическое состояние пациента и, как следствие, облегчают его возвращение к активной полноценной жизни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведён сравнительный анализ между пациентами, которым оказывалась комплексная помощь в лечении различных стомальных осложнений, включающая в себя также хирургическую коррекцию, и пациентами, которым такая помощь не оказывалась.

Внедрена практика проведения предоперационной маркировки места наложения стомы у 100% плановых и экстренных больных, что резко сократило возникновение поздних осложнений у пациентов колопроктологического отделения ГБУЗ СО ТГКБ № 1.

Период сбора и изучения информации с января 2015 по август 2017 гг. (31 мес.)

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. На основании изученного материала чётко прослеживается положительное влияние проведения комплексных реабилитационных мероприятий на частоту возникновения осложнений кишечных стом. Предоперационная маркировка, адекватное хирургическое вмешательство, в значительной степени предотвращают их появления. Также оказание хирургической помощи пациентам с тяжёлыми поздними стомальными осложнениями, которые невозможно исправить терапевтическими методами, положительно влияют на общее состояние больного и на его психологический фон.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Оказание своевременной квалифицированной реабилитационной помощи пациентам с привлечением врачей хирургов, разработка индивидуальных программ реабилитации, подбор качественных средств ухода за стомой, значительно снижают процент осложнений и повышают качество жизни пациентов, что позволяет им вернуться к полноценной социальной активности.

ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕБРЮШИННЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ РАНЕНИЯХ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ

Гареев Р.Н., Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В.

Кафедра хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИДПО ФГБОУ ВО БашГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Как известно, ранения поясничной области представляют сложность в диагностике, что связано с анатомическим строением, существенно затрудняющим ревизию ран. В связи с этим разработка новых способов диагностики при данных видах повреждения представляется актуальной.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Разработка способа диагностики при ранениях внебрюшинных отделов ободочной кишки и оценка его диагностической ценности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Всего нами наблюдалось 25 пострадавших с открытыми колото-резаными повреждениями внебрюшинных отделов ободочной кишки. Во всех случаях ранения были получены со стороны поясничной области. В 8 случаях ранения носили торако-абдоминальный характер. У 23 пострадавших в стабильном состоянии без признаков шока с одиночными колото-резаными ранениями поясничной области после выполнения первичной хирургической обработки раны применен разработанный и запатентованный метод диагностики ранений ободочной кишки (*Патент на изобретение № 2566730, заявка № 2014124792, приоритет изобретения 17.06.2014 г., зарегистрировано в Государственном реестре изобретений РФ 29.09.2015 г.*), основанный на проведении химической реакции на определение скрытой крови в промывных клизмённых водах. В ходе первичной хирургической обработки раны ввиду узкого раневого канала достоверно диагностировать ранение толстой кишки ни в одном случае не представилось возможным. Все данные пострадавшие далее подверглись лапароскопии, в ходе которой ранение внебрюшинного отдела ободочной кишки диагностировано в 14 случаях. Из данных 14 пострадавших в 6 случаях имело место ранение правого фланга ободочной кишки, в 8 – левого. У 9 пострадавших повреждения внебрюшинных отделов кишки были исключены, результаты анализа данных пострадавших взяты для контроля. Из обследования исключены пострадавшие с кровоточащим геморроем, с язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки и прочими заболеваниями, сопровождающимися желудочно-кишечным кровотечением разной интенсивности. Диагностическая ценность метода рассчитывалась для правого и левого флангов толстой кишки и для обоих флангов отдельно.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Для правого фланга чувствительность метода составила 83,3%, специфичность – 77,8%, точность – 80%, положительная предсказывающая способность – 71,4%, отрицательная предсказывающая способность – 87,5%. Для левого фланга чувствительность метода составила 100%, специфичность – 77,8%, точность – 88,2%, положительная предсказывающая способность – 80%, отрицательная предсказывающая способность – 100%. Для обоих флангов чувствительность метода составила 92,9%, специфичность – 77,8%, точность – 84,4%, положительная предсказывающая способность – 76,5%, отрицательная предсказывающая способность – 93,3%.

ВЫВОДЫ. Таким образом, чувствительность, точность, положительная и отрицательная способности разработанного способа диагностики ранений ободочной кишки, основанного на определении скрытой крови в промывных клизмённых водах, несколько выше при диагностике ранений левого фланга кишки, чем правого. Несмотря на это, общая точность метода 84,4%, что говорит о том, что данный способ диагностики может применяться в сомнительных случаях для диагностики повреждений внебрюшинных отделов ободочной кишки, в частности, при ранениях поясничной области.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВНЕБРЮШИННЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Гареев Р.Н., Фаязов Р.Р., Тимербулатов Ш.В.

Кафедра хирургии с курсами эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИДПО ФГБОУ ВО БашГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. На основе ретроспективного анализа архивного материала результатов хирургического лечения 38 пострадавших с травматическими повреждениями внебрюшинных отделов толстой кишки (ТК), пролеченных в клинике в период с 1994 по 2002 гг. и взятых для контроля результатов лечения (из группы исключены пострадавшие, умершие в раннем послеоперационном периоде по причине тяжелого шока и обширной кровопотери), а так же на основании анализа литературных данных, касающихся данной проблемы, нами разработана балльная шкала оценки риска несостоятельности швов при травматическом повреждении внебрюшинных отделов ТК, пользуясь которой нами выставлялись или не выставлялись показания к формированию (превентивной) кишечной стомы после ушивания повреждений ТК или после резекции ее сегмента с формированием первичного межкишечного анастомоза (илеостомы в случае повреждения правого фланга ТК).

Анализ случаев несостоятельности швов показал, что отказ от формирования стомы при наличии распространенного гнойного или калового перитонита, абсцесса в зоне повреждения кишки или забрюшинной флегмоны в 100% случаев приводил к несостоятельности швов ТК, при повреждении более ½ окружности кишки в 66,7%, при ушивании множественных повреждений ТК в 37,5%, а при локализации повреждения в левом фланге ободочной кишки – в 33,3% случаев.

Что касается разработанной шкалы, то сумма баллов, выявленных как до так и во время операции признаков (критериев) в конечном итоге, согласно данной шкале, и должна определять дальнейшую тактику при травматических повреждениях ТК. Так при сумме баллов до 2 включительно предлагается выполнять ушивание участка повреждения кишечным швом без формирования (превентивной) кишечной стомы, а при сумме 3 и более предлагается формировать кишечную стому после ушивания повреждений (или резекции поврежденного участка ТК). Каждому интраоперационному признаку было присвоено определенное количество баллов: повреждение размерами более 1 см, но менее ½ окружности ТК – 1, повреждение в результате закрытой травмы живота – 1, наличие обширного забрюшинного кровоизлияния – 1, наличие декомпенсированного травматического или геморрагического шока – 2, локализация повреждения в левом фланге ТК, в том числе, и в прямой кишке – 2, наличие множества каловых камней в просвете ТК – 2, два и

более повреждения ТК (если не показана правосторонняя гемиколэктомия) – 2, наличие распространенного гнойного или калового перитонита, абсцесса в зоне повреждения кишки, забрюшинной флегмоны – 3, повреждение более ½ окружности кишки (если не показана правосторонняя гемиколэктомия) – 3, огнестрельное повреждение кишки (если не показана правосторонняя гемиколэктомия) – 3, повреждение мезентериальных сосудов с нарушением питания кишки – 3. Ориентируясь на данную шкалу, нами оперировано 56 пострадавших с травмой внебрюшинных отделов ТК из основной группы клинического материала. Результаты лечения обеих групп подверглись сравнению. Исследуемые группы были сравнимы по тяжести повреждений организма (шкала ISS) и органа (шкала OIS), по половому составу, возрасту. Так в целом по обеим группам средняя тяжесть повреждений по шкале ISS составляла ($M \pm \sigma$) $21,9 \pm 5,2$ баллов, в основной группе – $22,3 \pm 5,3$ баллов, а в контрольной – $21,4 \pm 4,9$ баллов ($p > 0,31$). По шкале OIS средняя тяжесть повреждения ТК составляла ($M \pm \sigma$) $3,17 \pm 1,1$ баллов, в основной группе – $3,15 \pm 1,12$ баллов, а в контрольной – $3,19 \pm 1,08$ баллов ($p > 0,91$).

Всего среди пострадавших с данным видом повреждения мужчин было 71 (75,5%), женщин 23 (24,5%). Из них в основной группе мужчин было 43 (76,8%), женщин 13 (23,2%), в контрольной группе мужчин – 28 (73,7%), женщин – 10 (26,3%).

Возраст пострадавших колебался от 17 до 76 лет, составляя, в среднем, $34,7 \pm 8,6$ лет. В основной группе средний возраст составил $33,5 \pm 9,5$ лет, в контрольной $35,1 \pm 7,9$ лет и значимо не различался ($p > 0,32$).

Всем пострадавшим обеих групп проводилась антибактериальная терапия, оперативные вмешательства выполнялись под интубационным наркозом с миорелаксацией. Повреждения стенки ТК ушивались узловыми швами двухрядно с использованием атравматичного шовного материала. Техника формирования кишечных стом в обеих группах была идентичная и заключалась в выведении участка кишки на переднюю брюшную стенку с выворачиванием слизистой кишки и фиксацией ее швами к коже. Во всех случаях операция завершалась дренированием раны после проведения первичной хирургической обработки раны (в случае открытой травмы живота) и дренированием брюшной полости.

Основной причиной летальности у данных пострадавших были травматический шок и острая кровопотеря. Поэтому объективно судить об эффективности предложенной шкалы оценки риска несостоятельности швов ушитых повреждений ТК возможно лишь по показателям частоты несостоятельности в обеих клинических группах.

При статистической обработке данных в учет не брались пострадавшие с травмой ТК, умершие в раннем послеоперационном периоде по причине тяжелого шока и обширной кровопотери. Из группы контроля данные пострадавшие исключены изначально. В основной группе в раннем послеоперационном периоде умерло 4 (7,1%) пострадавших с тяжелой сочетанной травмой.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В основной группе пострадавших несостоятельность швов ушитых повреждений ТК имела место в 2 (3,8%) из 52 случаях, в контрольной группе в 9 (23,7%) ($p < 0,01$), статистически достоверные различия данных показателей говорят об эффективности предложенной шкалы. При этом различия в количестве стомированных пострадавших в основной (36 или 69,2%) и в контрольной (21 или 55,3%) группах статистически не достоверны ($p > 0,15$).

Не малый интерес представляет динамика внутрибрюшного давления (ВБД) у данных пострадавших

с несостоятельностью швов ушитых повреждений ТК. Так в основной группе клинического материала у 1 пострадавшего в послеоперационном периоде на 4 сутки, у 1 больного – на 5 сутки после первичной операции отмечен подъем ВБД, при лапароскопии диагностирована несостоятельность швов ушитых повреждений. Данным пострадавшим выполнена релапаротомия, санация брюшной полости, илео- и колостомия.

ВЫВОДЫ. Таким образом, четкая оценка периоперационной ситуации при травматических повреждениях внебрюшинных отделов ТК с использованием разработанной балльной шкалы оценки риска несостоятельности швов повреждений в большинстве случаев позволяет избежать такого грозного и сложно диагностируемого послеоперационного осложнения, обоснованно и своевременно выставляя показания к формированию кишечной стомы, вместе с тем, не увеличивая количество стомированных пострадавших. А подъем ВБД в послеоперационном периоде у данной категории пострадавших может служить диагностическим маркером несостоятельности швов ушитых повреждений.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА И РУБЦОВОСУЖЕННОГО ПИЩЕВОДА В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ

Гринцов А.Г., Гюльмамедов Ф.И., Белозерцев О.А.,
Белозерцева Л.А., Шестопалова А.Д.

Донецкий национальный медицинский университет им.
М.Горького, Донецк

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Судьба рубцовосуженного пищевода и трансплантата в сроки от 1 до 30 лет после толстокишечной эзофагопластики (ЭП).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с 1980 по 2010 гг. выполнено более 500 эзофагопластик (проф.А.М.Белозерцев) по поводу рубцовых стриктур пищевода на почве химических ожогов. Использован участок толстой кишки на сосудистой ножке с антиперистальтическим расположением трансплантата. В сроки до 1 года изучено 380 больных, до 3-х лет – 312, до 5-ти лет – 291, до 10 лет – 249, спустя 20 лет – 203 больных, более 30 лет – 177 больных. На протяжении всего периода ни в клинику, ни в онкологический центр больные, перенесшие эти вмешательства, с онкопатологией не поступали.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Рентгенконтрастное исследование пищевода и трансплантата у данных больных через 1-5 лет свидетельствовало об удовлетворительной проходимости контрастной массы через пищеводно-толстокишечный анастомоз. Пищевод прослеживается в виде тонкой (2-5 мм) контрастной дорожки. В группе пациентов, перенесших ЭП 10 лет назад, выявлена частичная реканализация рубцово-измененного пищевода у 7% больных, у 6,6% пациентов, перенесших операцию 20 лет назад, и 8,3%, перенесших ЭП 30 лет назад.

ВЫВОДЫ. Толстокишечная ЭП без удаления пищевода обеспечивает максимальный лечебно-функциональный эффект.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО СКРИНИНГА МЕТОДОМ ВИДЕОКОЛОНОСКОПИИ

Десятов Е.Н.¹, Алиев Ф.Ш.², Кузнецов В.Ю.¹, Щепкин К.В.¹, Кирьянова А.С.¹

¹ ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский Город», Тюмень, Россия

² ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Видеоколоноскопия занимает ведущее место в диагностике аденом и КРР толстой кишки и является наиболее оптимальной методикой скрининга. Эффективность скрининга существенно зависит от опыта врача-эндоскописта, качества подготовки кишечника и техники проведения процедуры.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Провести ретроспективную оценку результатов колоректального скрининга, выполненного методом колоноскопии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с октября 2015 по октябрь 2016 гг. на базе отделения эндоскопии ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский Город», г. Тюмень выполнено 1287 скрининговых колоноскопий пациентам в возрасте 55-65 лет с положительным фекальным иммунохимическим тестом на скрытую кровь. Накануне назначались препараты макрогола – Фортранс® или Мовипреп® по стандартной утренней схеме. Видеоколоноскопия выполнялась в амбулаторных условиях под внутривенной анестезией препаратом Пропофол®. Исследования выполнялись видеоколоноскопиями Olympus EVISEXERA 160, 165, 180 и 190 серии, а так же эндоскопами высокого разрешения (HD) в узком спектре изображения (NBI) – эндоскопы 180 и 190 серии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Минимальное время выведения видеоколоноскопа из слепой кишки, в среднем, составило 6-8 минут. Интубация слепой кишки была достигнута в 98% случаев. У 318 (ADR=24,7%) человек выявлены аденомы и аденокарциномы прямой и ободочной кишки.

80 пациентам аденомы были удалены во время скрининговой колоноскопии. Пациенты с верифицированной доброкачественной и злокачественной патологией направлялись для внутрипросветного эндоскопического и хирургического лечения в стационар.

ВЫВОДЫ. Обязательными условиями скрининговой колоноскопии должны быть проведение эндоскопа в слепую кишку и временем выведения колоноскопа не менее 6 минут. Частота выявления аденом (Число ADR) должно составлять не менее 25%. Определяющим условием качественной подготовки являются соблюдение рекомендованной диеты перед приёмом препаратов Фортранс® или Мовипреп®, применение помпы для отмывания слизистой оболочки толстой кишки, а так же применение внутривенной анестезии во время исследования.

СПОСОБ ПРОВЕРКИ ФИЗИЧЕСКОЙ ГЕРМЕТИЧНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

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

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проверка физической герметичности толстокишечных анастомозов является обяза-

тельным компонентом в колоректальной хирургии. Существующие способы: введение окрашенной жидкости или введение воздуха в просвет кишки с погружением ее в жидкость являются громоздкими и малоинформативными.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Разработка высокоинформативного, безопасного, быстровыполнимого, легко воспроизводимого метода проверки герметичности толстокишечных анастомозов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Нами разработан способ интраоперационного контроля физической герметичности толстокишечных анастомозов с помощью пенных аэрозолей, в частности, содержащего йодофор, Сульйодовизоля. Пена имеет низкую удельную массу 0,075 г/см³, что позволяет небольшим количеством препарата заполнять объемные полости; выделяется из баллона под давлением 3-4 кгс/см², быстро заполняет кишку; содержит пенообразователь, который, являясь поверхностно-активным веществом, обеспечивает смачиваемость слизистой оболочки кишки. Расширяясь, пена оказывает на стенки кишки давление 0,02-0,04 кгс/см², которое легко выдерживает анастомоз, т.к. оно не превышает верхнюю границу физиологического внутрикишечного давления. В случае негерметичности анастомоза пена немедленно начинает выходить через дефект в анастомозе, что визуально легко фиксируется хирургом. Пена стерильна, а окрашенное вещество является антисептиком. Если анастомоз негерметичен, то при попадании пены в брюшную полость развития перитонита не произойдет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Разработанный способ проверки физической герметичности толстокишечных анастомозов (авторское свидетельство № 1830249 от 13.10.1992 г.) используется в межрегиональном колопроктологическом центре с 1990 г. и применен у 2456 больных. Физическая негерметичность анастомоза была диагностирована у 71 (2,9%) больных. При отсутствии герметичности на дефекты накладывались дополнительные узловые швы с повторной проверкой герметичности. Послеоперационный период у всех этих пациентов протекал без развития несостоятельности анастомоза.

ВЫВОДЫ. Использование пенных аэрозолей для интраоперационного контроля физической герметичности анастомозов позволило снизить частоту их несостоятельности в 2,3 раза.

БАРИЕВАЯ ФЕКАЛЬНАЯ МАРКИРОВКА ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ К ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ

Лейсле А.К.¹, Завадовская В.Д.², Ушаков А.В.¹, Мошнегуц С.В.¹

¹ ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница», Кемерово, Россия

² Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

ЦЕЛЬ. Цель исследования заключалась в подборе дозы сульфата бария для качественной фекальной маркировки (ФМ) при подготовке пациентов к виртуальной колоноскопии (ВКС) с уменьшением количества и интенсивности побочных высокоплотных артефактов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование было включено 100 пациентов, разделенных на две равные сопоставимые группы по 50 человек в каждой. Первая группа включала 14 мужчин и 36 женщин, средний возраст 55,7±15,6 лет; вторая группа включала 10 мужчин и 40 женщин, средний возраст 51,9±14,9 год. Разница между группами заключалась в дозе суль-

фата бария при подготовке к ВКС. В первой группе использовалось 120 г контраста, во второй группе – 50 г. Второй вариант ФМ был разработан нами на основе подбора оптимальной концентрации препарата при помощи модели-фантома толстой кишки. Всем пациентам проведена ВКС с предварительной ФМ и очистительной подготовкой. В качестве сканера использовался компьютерный томограф Somatom Definition AS+ фирмы Siemens. Обработка полученных данных производилась на станции Leonardo. Качество ФМ оценивалось отдельно в каждом из шести анатомических сегментов толстой кишки по наличию, отсутствию либо частичной маркировки, как остаточной жидкости, так и твердых каловых фрагментов и аналогично по артефактам от бария.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Полученные результаты прошли статистический анализ («точный тест Фишера» и «критерий χ^2 Пирсона»). Для резидуальной жидкости оба варианта ФМ по маркировочным критериям одинаковы ($p=0,579$). По наличию артефактов от маркированной жидкости имеется достоверная ($p=0,0027$) разница в виде снижения количества «сильных» артефактов в 7 раз в пользу варианта с меньшим количеством контраста. Для остаточного твердого содержимого по маркировочным критериям оба варианта подготовки также приблизительно равны ($p=0,781$). По наличию артефактов от маркированных твердых фрагментов имеется достоверная ($p=0,0001$) разница в виде уменьшения количества «сильных» артефактов в 5 раз в пользу варианта с меньшим количеством контраста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. На основании полученных данных предпочтительно использовать 50 г сульфата бария для качественной ФМ с уменьшением количества и интенсивности высокоплотных артефактов.

ВОЗМОЖНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗОНЫ ВЫСОКОГО ДАВЛЕНИЯ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ В ПОВСЕДНЕВНОЙ РАБОТЕ КОЛОПРОКТОЛОГА

Ломоносов Д.А., Ломоносов А.Л.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Аноректальная профилометрия является простым не инвазивным способом измерения тонуса внутреннего и наружного сфинктера и длины зоны высокого давления (ЗВД). Недостатком метода аноректальной профилометрии является его малая доступность в практическом здравоохранении из-за высокой стоимости аппаратуры и исследования.

ЦЕЛЬ. Разработать скрининговый метод регистрации ЗВД в анальном канале, доступный для широкого использования в амбулаторной проктологической практике.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Разработанное нами устройство для определения ЗВД в анальном канале представляет собой сфинктерометр А.М.Аминова с модифицированной оливой. Метод измерения основан на изучении положения оливы в анальном канале относительно ануса при проведении сфинктерометрии. Обследовано 77 здоровых добровольцев в возрасте $43\pm 3,5$ года, в том числе, 45 (58,4%) женщин.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя протяженность ЗВД в анальном канале в покое составляла $2,3\pm 0,1$ см, при волевом усилии – $2,7\pm 0,1$ см, при натуживании – $1,0\pm 0,1$ см. Минимальная зарегистрированная длина ЗВД в анальном канале в покое равнялась 0,5 см, при волевом усилии – 1,0 см, натуживании – 0 см. Максимальная длина ЗВД в покое составила 4,0 см, при волевом усилии – 5,0 см, натуживании – 0,5 см. Удлинение ЗВД анального канала при волевом усилии, в среднем,

составило $0,4\pm 0,1$ см, а укорочение его при натуживании равнялось $1,3\pm 0,1$ см. Максимальное удлинение ЗВД анального канала при волевом усилии равнялось 1,5 см, укорочение его при натуживании – 3,0 см.

ВЫВОДЫ. Наше исследование показало, что при проведении сфинктерометрии существует возможность изучить протяженность ЗВД анального канала. Длина ЗВД, по данным ГНЦК им. А.Н.Рыжих (2015), при аноректальной профилометрии в покое равна $2,2\pm 0,5$ см, а при волевом усилии – $2,7\pm 0,65$ см. Таким образом, полученные нами результаты измерения соотносятся с таковыми, при проведении аноректальной профилометрии. Представляется перспективным дальнейшая разработка и совершенствование предлагаемого метода как скринингового объективного способа изучения ЗВД анального канала в амбулаторно-поликлинических условиях.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОВ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Нурбеков А.А., Калиева Д.К.,
Нуркеев С.А., Бажикаева Е.

Карагандинский государственный медицинский университет,
КГП Областная клиническая больница г. Караганды,
Караганда, Казахстан

К факторам риска развития колоректального рака относятся полипы толстой кишки. Высокий процент данной патологии диктует необходимость в изучении проблемы диагностики и лечения полипов толстого кишечника.

ЦЕЛЬ. Анализ результатов диагностики и лечения полипов толстого кишечника.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ историй болезней пациентов, находившихся на стационарном лечении с 2012 по 2016 гг., в колопроктологическом отделении областной клинической больницы г. Караганды. Общее количество пациентов составило 284 (100%), из них мужчин – 145 (51%), 139 (49%) женщин. 259 (91%) больных на момент госпитализации были старше 50-ти лет. 52 (18%) пациента проживали в сельской местности, 232 (82%) являлись городскими жителями. У 255 (90%) пациентов полипы толстого кишечника были верифицированы на амбулаторном уровне. Данные пациенты направлены на плановую эндоскопическую полипэктомию. У 29 (10%) больных полипы выявлены на ФКС при экстренной госпитализации по поводу толстокишечного кровотечения. У 37 (13%) пациентов, из числа тех, кто поступил в стационар в плановом порядке, наблюдалось расхождение диагноза по локализации полипов 20 (7%), и по количеству обнаруженных полипов 17 (6%). У 50 (18%) пациентов верифицированы были полипы размерами до 0,5 см, у 64 (23%) пациентов от 0,5 до 1 см, более 1 см в диаметре отмечены у 170 (60%) больных. Во время эндоскопической полипэктомии, с целью подтверждения или верификации диагноза, проводился забор материала для дальнейшего гистологического исследования. У 185 (65%) больных при гистологическом исследовании полипы оказались аденоматозными или железистыми, в 65 (23%) случаях – гиперпластическими, в 34 (12%) случаях – фиброзными. 25 (9%) больных после выписки из стационара были направлены для дальнейшего обследования в онкологический центр.

ВЫВОДЫ. Наиболее часто полипами толстого кишечника страдают мужчины (51%). Преобладают аденоматозные и железистые формы полипов 136 (49%).

Программа скрининга в Казахстане по колоректальному раку позволяет своевременно выявить данную патологию на уровне ПМСП и направить больных на оперативное лечение, что является эффективной профилактикой онкологических заболеваний толстого кишечника.

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСВОЕНИЯ МАНУАЛЬНЫХ НАВЫКОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Хитарьян А.Г.¹, Чумбуридзе И.П.¹, Штильман М.Ю.¹,
Мизиев И.А.², Орехов А.А.¹, Ковалев С.А.¹

¹ ФГБУ ВПО «Ростовский государственный
медицинский университет», Ростов-на-Дону, Россия

² ФГБУ ВПО «Кабардино-Балкарский
государственный университет им. Х.М.Бербекова»

АКТУАЛЬНОСТЬ. Высшее медицинское образование на современном этапе развития колоректальной хирургии требует внедрения инновационных технологий обучения.

ЦЕЛЬ. Усовершенствование и создание новых методик обучения мануальным хирургическим навыкам.
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Для решения поставленной цели в рамках учебного процесса на кафедре хирургических болезней № 3 ФГБУ ВО РостГМУ под руководством проф. Хитарьяна А.Г. разработан и внедрен комплекс мероприятий с использованием нативных животных материалов и симуляторов с обязательным включением в процесс элементов case-study, то есть совместными усилиями группы студентов проанализировать ситуацию – case, возникающую при выбранном конкретном клиническом случае с дальнейшей выработкой практического решения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Животный материал – это доступный аналог трупного материала, который по своим анатомическим характеристикам пригоден для отработки техники ряда хирургических манипуляций и оперативных вмешательств в условиях, абсолютно приближенных к реальным. Наибольшее количество навыков позволяют отработать, несмотря на свою простоту, «коробочные тренажеры». Основным принципом обучения эндоскопической технике на тренажерах должно стать использование принципа, сформулированного еще Н.И.Пироговым: отработка коротких, повторяющихся несколько дней учебных, а не однократных длительных занятий.

ВЫВОДЫ. Таким образом, принцип творчества при отработке мануальных навыков в эндоскопической хирургии, который предполагает использование метода case-study и практического занятия с применением животного материала и симуляторов позволяет значительно повысить интерес обучаемых лиц, оптимизировать учебный процесс, превращая его в увлекательный творческий продукт.

ГЕНЕТИКО-ФЕНОТИПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА

Цуканов А.С., Шубин В.П., Кузьминов А.М.,
Кашников В.Н., Шельгин Ю.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Синдром Пейтца-Егерса – редкий наследственный синдром (частота 1:50000-200000 европейцев), для которого характерно наличие гамар-

томных полипов в желудочно-кишечном тракте и, как правило, кожно-слизистой пигментации. Пациенты с данным синдромом имеют высокий риск развития колоректального рака, рака молочной железы, а также других органов. В большинстве случаев (до 70%) у больных выявляют наследственные мутации в гене STK11.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ стало генетико-фенотипическое исследование российских пациентов с синдромом Пейтца-Егерса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Поиск наследственных мутаций проводился у 7 неродственных пациентов с синдромом Пейтца-Егерса. Молекулярно-генетическое исследование включало: выделение ДНК из лимфоцитов периферической крови с использованием набора «ПРОБА-ГС-ГЕНЕТИКА» («ДНК-технология», Россия); проведение секвенирования гена STK11 на секвенаторе нового поколения Junior 454 («Roche», Швейцария); подтверждение выявленных мутаций на генетическом анализаторе ABI PRISM 3500 (8 capillaries) («Life Technologies», США).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Герминальные мутации в гене STK11 найдены у 5 из 7 пациентов: с.200T>C (p.L67P), с.598-1G>A, с.933_936delGAAA (p.Lys311AsnfsX24), с.1009_1010delGT (p.Val337GlyfsX22), с.803_810dup8 (p.Ser271GlyfsX19). Четыре мутации (кроме варианта с.200T>C) не были описаны ранее. Гамартомные полипы в желудке и толстой кишке развились у 6 и 5 человек, соответственно. Злокачественные опухоли различных органов выявлены у 4 пациентов, что чаще, чем у больных из других европейских выборок.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Частота наследственных мутаций в гене STK11 у российских пациентов составила 71,4% (5/7). Высокий риск развития злокачественных опухолей диктует важность раннего генетического обследования всех кровных родственников пациентов с синдромом Пейтца-Егерса с целью своевременного начала клинического мониторинга у носителей мутации.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

Шапошников В.И.

НОЧУ ВО «Кубанский медицинский институт»,
Краснодар, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ данного исследования связана с поисками способа, который позволяет производить раннюю диагностику послеоперационного перитонита.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучение диагностических возможностей прямого определения внутрибрюшного давления после производства операций на толстой кишке, если имеется опасность развития у пациента несостоятельности швов анастомоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Включают в себя 15 наблюдений постоянного прямого измерения внутрибрюшного давления после осуществления различных операций на полых органах брюшной полости, из них в 5 – при раке ободочной кишки.

Для этих целей используется биоинертная трубка диаметром 8,5 мм, имеющая на расстоянии 15-20 см от рабочего конца встроенную емкость с эластической стенкой, которая играет роль мембраны. Наиболее доступной и удобной для этой цели является обычная трубка, применяемая для производства эндотрахеального наркоза, которую через контрапертуру вводят в свободную брюшную полость и которая располагается у боковой её поверхности. В эту емкость по капилляру вливают 10-12 мл подкрашенной жидкости при нулевом давлении. Повышение же давления в ней выше атмосферного возникает лишь тогда, когда она

сдавливается раздутыми петлями кишечника и экссудатом, то есть когда развивается перитонит. Емкость же при помощи ниппельной трубочкой соединяется с манометром. Нулевое измерение устанавливают по средне-подмышечной линии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ показали, что конструктивные параметры трубки обеспечивают непрерывное наблюдение за величиной внутрибрюшного давления и, тем самым, способ позволяет вовремя диагностировать перитонит. Его развитие можно заподозрить, если величина внутрибрюшного дав-

ления начинает превышать 150 мм водного столба. Повышение же этого давления до 250 мм водного столба (III степень компрессии) сопровождается ранней полиорганной недостаточностью, сжатием портальной системы и выраженной ишемией кишечной стенки. При развитии этого осложнения через ту же трубку можно и дренировать брюшную полость.

ВЫВОДЫ. Описанный метод измерения ВБД объективно отражает состояние микроциркуляции в тканях и органах брюшной полости. Он прост в исполнении и общедоступен.

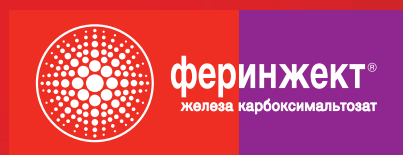


**Инновационная форма
внутривенного железа**

**Возможность вводить
до 1000 мг железа
за одну короткую
инфузию (15 мин.)
без введения
тест-дозы**

Не содержит декстран

**Оригинальный препарат
из Швейцарии**



Искусство ферротерапии

Сокращенная информация по применению.

Торговое название препарата: Феринжект® (Ferinject®). **Регистрационный номер:** ЛСП-008848/10. **МНН или группировочное название:** железа карбоксимальтозат. **Активное действующее вещество:** железа карбоксимальтозат 156–208 мг; эквивалентно содержанию железа 50 мг в 1 мл. Лекарственная форма: раствор для внутривенного введения. **Показания к применению:** Железодефицитная анемия в том случае, когда пероральные препараты железа неэффективны или не могут быть использованы. Диагноз должен быть подтвержден лабораторными исследованиями. **Способ применения и дозы:** Феринжект® может вводиться внутривенно капельно (инфузионно) в максимальной однократной дозе до 1000 мг железа (максимально 20 мг железа/кг массы тела). Нельзя вводить внутривенно капельно 1000 мг железа (20 мл Феринжект®) более 1 раза в неделю. Феринжект® может вводиться внутривенно струйно в максимальной однократной дозе до 4 мл (200 мг железа) в день, но не чаще 3 раз в неделю. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к комплексу железа карбоксимальтозата, раствору железа карбоксимальтозата или к любому из компонентов препарата; анемия, не связанная с дефицитом железа, например, другая микроцитарная анемия; признаки перегрузки железом или нарушение утилизации железа; дети в возрасте до 14 лет. **С осторожностью:** Нарушение функции печени, хронические заболевания почек, пациенты на гемодиализе, получающие однократные дозы железа более 200 мг, острая и хроническая инфекция, бронхиальная астма, экзема, атопическая аллергия, натрий-контролируемая диета (1 мл препарата содержит до 5,5 мг натрия). Прекратить применение при текущей бактериемии. Феринжект® не исследовался у детей до 14 лет. **Побочное действие:** часто – головная боль, головокружение, повышение артериального давления, тошнота, реакции в области инъекции. Полный перечень побочных эффектов содержится в инструкции по применению.

Полная информация содержится в инструкции по применению.

Дата выхода рекламы: июль 2017.

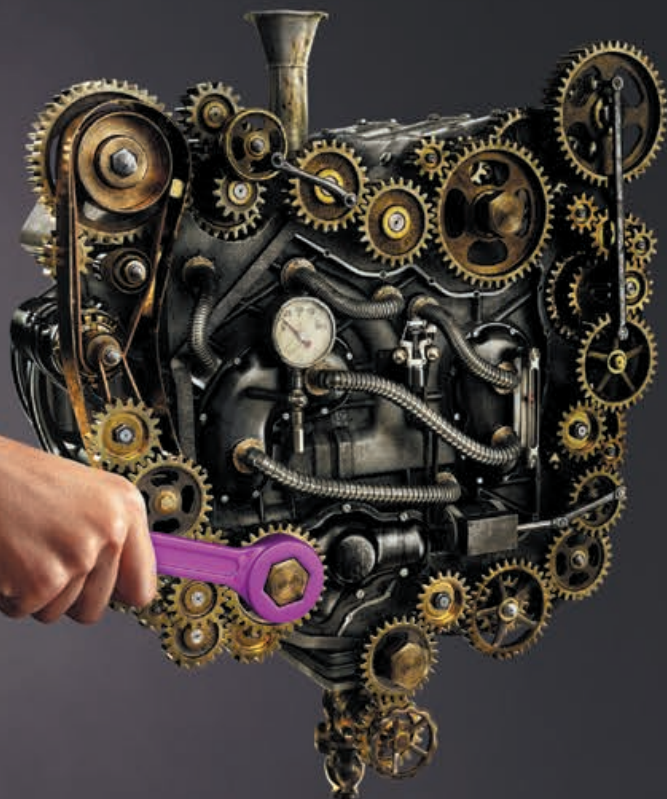
ООО «Тakeda Фармасьютикалс»: 119048, Москва, ул. Усачёва, д. 2, стр. 1,
т.: (495) 933 5511, ф.: (495) 502 1625, www.takeda.com.ru. SAP 6176050

Информация для специалистов здравоохранения.
Рег. уд. ЛСП-008848/10. Имеются противопоказания.

На правах рекламы

ТОЧНО В ЦЕЛЬ

Первый и единственный селективный препарат для таргетной терапии ВЗК^{1,2}



- Энтивио® обеспечивает длительную ремиссию у каждого второго пациента с язвенным колитом или болезнью Крона не получавшего ранее ингибиторы ФНО-α³⁻⁶
- Энтивио® обеспечивает длительную ремиссию у каждого третьего пациента с язвенным колитом или болезнью Крона и предшествовавшей неэффективностью терапии ингибиторами ФНО-α^{1,3-6}
- Энтивио® – инновационный биологический препарат для лечения ВЗК, селективно блокирующий воспаление в кишечнике^{2,7}

Торговое наименование: Энтивио®, Рег. уд. №ЛП-003697. **Действующее вещество:** ведолизумаб – 300,0 мг. **Лекарственная форма:** лиофилизат для приготовления концентрата для приготовления раствора для инфузий. **Показания к применению:** Язвенный колит. Пациенты со среднетяжелым или тяжелым активным язвенным колитом с неадекватным ответом, неэффективностью лечения или непереносимостью одного или нескольких препаратов стандартной терапии; с неудовлетворительным ответом, утратой ответа или непереносимостью одного или нескольких ингибиторов фактора некроза опухоли-альфа. **Болезнь Крона.** Пациенты со среднетяжелой или тяжелой активной болезнью Крона с неадекватным ответом, неэффективностью лечения или непереносимостью одного или нескольких препаратов стандартной терапии; с неудовлетворительным ответом, утратой ответа или непереносимостью одного или нескольких ингибиторов фактора некроза опухоли-альфа. **Способ применения и дозы:** схема лечения одинакова для язвенного колита и болезни Крона. Препарат Энтивио® 300 мг вводится пациентам в виде внутривенной инфузии в течение 30 минут, затем в той же дозе через 2 недели и через 6 недель после первого введения, и далее каждые 8 недель. В случае отсутствия терапевтического эффекта к 14-ой неделе у пациентов с язвенным колитом следует рассмотреть вопрос о целесообразности дальнейшего лечения. У пациентов с болезнью Крона с отсутствием клинического ответа на терапию, терапевтический эффект может быть достигнут с помощью введения препарата Энтивио® 300 мг на 10-ой неделе. Пациентам, у которых отмечается клинический ответ на лечение, после 14-ой недели продолжают вводить препарат с интервалом в 8 недель. При отсутствии признаков клинического ответа к 14-ой неделе у пациентов с болезнью Крона курс лечения следует прекратить. У пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона, у которых наблюдается снижение клинического ответа на лечение, терапевтический эффект может быть достигнут с помощью введения препарата Энтивио® 300 мг каждую 4-ую неделю. Следует тщательно оценить целесообразность продолжения лечения у пациентов без признаков улучшения после коррекции дозы. Пациентам, у которых наблюдается клинический ответ, можно уменьшить дозу и/или отменить кортикостероиды в соответствии со стандартами лечения. Если поддерживающая терапия прервана и возникает необходимость возобновить лечение, следует использовать режим дозирования с интервалом каждые 4 недели. Полная информация по способу применения и дозам представлена в инструкции по медицинскому применению. **Противопоказания:** детский возраст до 18 лет; гиперчувствительность к ведолизумабу или другим компонентам препарата; активная форма тяжелых инфекционных заболеваний, таких как туберкулез, сепсис, цитомегаловирусная инфекция, листериоз, и оппортунистические инфекции, такие как прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия. **Побочное действие.** Наиболее частые нежелательные реакции ($\geq 1/10$): назофарингит, головная боль, артралгия. Частые нежелательные реакции ($\geq 1/100$, $< 1/10$): бронхит, гастроэнтерит, инфекции верхних дыхательных путей, грипп, синусит, фарингит, парестезия, гипертензия, боль в области ротоглотки, заложенность носа, кашель, анальный абсцесс, анальная трещина, тошнота, диспепсия, запор, вздутие живота, метеоризм, геморрой, сыпь, зуд, экзема, эритема, ночная потливость, акне, мышечные спазмы, боль в спине, мышечная слабость, утомляемость, боль в конечностях, пирексия. Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по применению. **Особые указания.** Перед началом лечения препаратом Энтивио® рекомендуется проведение вакцинации всех пациентов в соответствии с действующими рекомендациями по иммунизации. Препарат следует применять под строгим наблюдением квалифицированного медицинского персонала, способного осуществлять контроль реакций гиперчувствительности, включая анафилактическую реакцию. Пациенты должны находиться под строгим наблюдением во время инфузии и после ее завершения в течение двух часов для первых двух инфузий, и примерно одного часа для последующих инфузий. Перечень всех особых указаний представлен в инструкции по медицинскому применению. Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

1. Entyvio® Summary of Product Characteristics, Takeda Pharma A/S, 2014. 2. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Энтивио®, Рег. уд. № ЛП-003697. 3. Feagan BG, Rutgeerts P, Sands BE, et al. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. N Engl J Med, 2013;369(8):699-710. 4. Sandborn WJ, Feagan BG, Rutgeerts P, et al. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for Crohn's disease. N Engl J Med, 2013;369(8): 711-21. 5. Клиническая ремиссия на 52 неделе в группе ведолизумаб 300 мг каждые 8 недель в исследовании поддерживающей терапии была у 46% пациентов (n=72) с язвенным колитом, не получавших ранее ингибиторы ФНО-α, у 37% (n=43) пациентов с язвенным колитом и с предшествовавшей неэффективностью терапии ингибиторами ФНО-α. Feagan et al. Am J Gastroenterol, 2012; 107:S609-S610. 6. Клиническая ремиссия на 52 неделе в группе ведолизумаб 300 мг каждые 8 недель в исследовании поддерживающей терапии была у 52% пациентов (n=66) с болезнью Крона, не получавших ранее ингибиторы ФНО-α, у 28% пациентов (n=82) болезнью Крона и предшествовавшей неэффективностью терапии ингибиторами ФНО-α. Hanauer et al. Am J Gastroenterol, 2012; 107:S620-S621. 7. Soler D, et al. The binding specificity and selective antagonism of vedolizumab, an anti-α4β7 integrin therapeutic antibody in development for inflammatory bowel diseases. J Pharmacol Exp Ther, 2009;330(3):864-875. ВЗК – воспалительные заболевания кишечника, ФНО – фактор некроза опухоли
Дата выпуска рекламы: октябрь 2016 г.



ООО «Такеда Фармасьютикалс»
ул. Усачева, 2, стр. 1, 119048, Москва, Россия
Тел.: (495) 933 5511, факс: (495) 502 1625;
www.takeda.com.ru SAP 6174406

ЭНТИВИО®
ВЕДОЛИЗУМАБ