



КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

научно-практический медицинский журнал

Koloproktologia

Peer-Reviewed Scientific and Practical Journal

МАТЕРИАЛЫ

Всероссийской научно-практической
конференции с международным участием
«Российский колопроктологический
форум»

5-7 ноября 2020 г.

том 19, № 3, 2020 (приложение)

vol. 19, no. 3, 2020 (supplement)

Общероссийская общественная организация
«Ассоциация колопроктологов России»



КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

том 19, № 3 (73), 2020 (приложение)

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

Выходит один раз в три месяца. Основан в 2002 году.

Адрес редакции и издателя-учредителя:

ул. Саляма Адила, д. 2, Москва, 123423

Тел./факс: (499) 199-00-68

E-mail: proctologia@mail.ru

koloproktologia@akr-online.ru

САЙТ ЖУРНАЛА:

www.ruproctology.com

АРХИВ ЖУРНАЛА:

www.akr-online.ru

www.new.gnck.ru

<https://doi.org/10.33878/2073-7556>

Электронная версия журнала также
представлена на сайте научной электронной
библиотеки по адресу: <http://elibrary.ru/>

Ответственный секретарь:

Рыбаков Е.Г.

E-mail: proctologia@mail.ru

Зав. редакцией и выпускающий редактор:

Поликарпова Е.Е.

Тел.: (499) 199-00-68

Журнал зарегистрирован федеральной
службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых
коммуникаций

Регистрационное удостоверение

ПИ № 77-14097

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

Индекс: 80978

для индивидуальных подписчиков

Журнал индексируется:

- Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)
- Russian Science Citation Index (RSCI)
на платформе Web of Science

При размещении рекламы редакция
руководствуется рекламной политикой

Подписано в печать 20.08.2020

Формат 200 × 280 мм

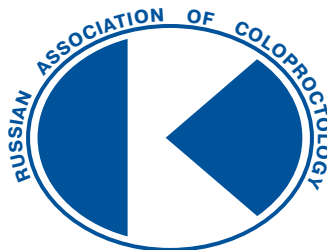
Усл. печ. л. 20,37

Тираж 1000 экз. Заказ № 098-20

Отпечатано в ООО «Кедр».

119021, Москва, Зубовский бульвар, д. 21-23, стр. 1

Информация о стоимости экз. – «Свободная цена»



KOLOPROKTOLOGIA

vol. 19, № 3 (73), 2020 (supplement)

JOURNAL OF RUSSIAN
ASSOCIATION OF COLOPROCTOLOGY

ISSN 2073-7556

Quarterly since 2002 year

EDITORIAL OFFICE

Salyama Adilya Str., 2, Moscow, Russia, 123423

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

E-mail: proctologia@mail.ru
koloproktologia@akr-online.ru

<https://doi.org/10.33878/2073-7556>

<http://www.ruproctology.com>

<http://akr-online.ru>

<http://www.new.gnck.ru>

The journal is registered by the Federal Service for Supervision of Communications, Information Technology and Mass Media.

Certificate of registration PI

no. 77-14097

The journal is presented in the following research databases:

- Russian Science Citation Index (RSCI), integrated in Web of Science

When placing ads, the editorial Board of the journal is guided by the advertising policy

Signed to the press on xx.xx.2020

Print format 200 × 280 mm

Circulation 1000 copies

Printed by «Kedr» LLC

Information about the cost of a copy – free price

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

ШЕЛЫГИН Ю.А., д.м.н., профессор, академик РАН, федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России) (Москва, Россия)

Заместитель главного редактора

АЧКАСОВ С.И., д.м.н., профессор, ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (Москва, Россия)

БЕЛОУСОВА Е.А., д.м.н., профессор, ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского (Москва, Россия)

БЛАГОДАРНЫЙ Л.А., д.м.н., профессор, ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (Москва, Россия)

ГОЛОВЕНКО О.В., д.м.н., профессор, ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (Москва, Россия)

ГРИГОРЬЕВ Е.Г., д.м.н., профессор, академик РАН, ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России (Иркутск, Россия)

ГРОШИЛИН В.С., д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ростов-на-Дону, Россия)

КАРАЧУН А.М., д.м.н., профессор, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

КАРПУХИН О.Ю., д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России (Казань, Россия)

МОРОЗОВ Д.А., д.м.н., профессор, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет) (Москва, Россия)

МУРАВЬЕВ А.В., д.м.н., профессор, ФГБОУ

ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ставрополь, Россия)

ОМЕЛЬЯНОВСКИЙ В.В., д.м.н., профессор, ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России (Москва, Россия)

ПОДДУБНЫЙ И.В., д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России (Москва, Россия)

ПОЛОВИНКИН В.В., д.м.н., профессор, ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края (Краснодар, Россия)

РАЗУМОВСКИЙ А.Ю., д.м.н., профессор, член-корр. РАН, ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Москва, Россия)

РЫБАКОВ Е.Г., д.м.н., профессор РАН, ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (Москва, Россия)

ТИМЕРБУЛАТОВ В.М., д.м.н., профессор, член-корр. РАН, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Уфа, Россия)

ФРОЛОВ С.А., д.м.н., ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (Москва, Россия)

ЧИССОВ В.И., д.м.н., профессор, академик РАН, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет) (Москва, Россия)

DZIKI A., профессор, Medical University of Lodz (Лодзь, Польша)

НАБОУИ N., профессор, University Hospital of South Manchester NHS Foundation Trust (Манчестер, Великобритания)

KRIVOKAPIC Z., профессор, Academician of Serbian Academy of Science, University of Belgrade (Белград, Сербия)

MROCKOWSKI P., профессор, руководитель клиники общей, висцеральной и онкологической хирургии, DRK-Kliniken Nordhessen Gemeinnutzige GmbH, Standort Wehlheiden (Кассель, Германия)

PANIS Y., профессор, Université Paris VII (Париж, Франция)

ROMANO G., профессор, National Cancer Institute G. Pascale (Неаполь, Италия)

SANTORO G., профессор, University of Padua (Тревизо, Италия)

SZCZEPKOWSKI M., профессор, Centre of Postgraduate Medical Education in Warsaw (Варшава, Польша)

TAMELIS A., профессор, Lithuanian University of Health Sciences (Каунас, Литва)

ZBAR A., профессор, University of Melbourne (Мельбурн, Австралия)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

АЛИЕВ Ф.Ш., д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России (Тюмень, Россия)

ВАСИЛЬЕВ С.В., д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

ВЕСЕЛОВ А.В., к.м.н., ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (Москва, Россия)

ВЕСЕЛОВ В.В., д.м.н., профессор, ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (Москва, Россия)

ЗАРОДНИК И.В., д.м.н., ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (Москва, Россия)

ИЩЕНКО В.Н., д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России (Владивосток, Россия)

КАТОРКИН С.Е., д.м.н., ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России (Самара, Россия)

КАШНИКОВ В.Н., д.м.н., ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (Москва, Россия)

КОСТЕНКО Н.В., д.м.н., профессор,

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России (Астрахань, Россия)

КУЗЬМИНОВ А.М., д.м.н., профессор, ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (Москва, Россия)

КУЛИКОВСКИЙ В.Ф., д.м.н., профессор, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» (Белгород, Россия)

МАЙНОВСКАЯ О.А., к.м.н., ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (Москва, Россия)

МОСКАЛЕВ А.И., к.м.н., ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (Москва, Россия)

ОРЛОВА Л.П., д.м.н., профессор (Москва, Россия)

ПУГАЕВ А.В., д.м.н., профессор, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет) (Москва, Россия)

СТОЙКО Ю.М., д.м.н., профессор, ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва, Россия)

ТИТОВ А.Ю., д.м.н., ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (Москва, Россия)

ТОТИКОВ В.З., д.м.н., профессор, ФГБОУ

ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России (Владикавказ, Россия)

ФЕДЯНИН М.Ю., д.м.н., ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (Москва, Россия)

ХУБЕЗОВ Д.А., д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет» Минздрава России (Рязань, Россия)

ЧЕРДАНЦЕВ Д.В., д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф.

В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России (Красноярск, Россия)

ЧЕРКАСОВ М.Ф., д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ростов-на-Дону, Россия)

ШАПИНА М.В., к.м.н., ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (Москва, Россия)

ЯИЦКИЙ Н.А., д.м.н., профессор, академик РАН, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

SKŘIČKA T., профессор, Medical Faculty, Masaryk University Brno (Брно, Чехия)

EDITORIAL BOARD

EDITOR-IN-CHIEF

SHELYGIN Yu.A., Dr. of Sci. (Med.), Prof., academician of RAS, Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Moscow, Russia)

CO-EDITOR

ACHKASOV S.I., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Moscow, Russia)

BELOUSOVA E.A., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Moscow Regional Research and Clinical Institute (Moscow, Russia)

BLAGODARNY L.A., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Russian Medical Academy of Postgraduate Education (Moscow, Russia)

CHISSOV V.I., Dr. of Sci. (Med.), Prof., academician of RAS, Sechenov First Moscow State Medical University (Moscow, Russia)

DZIKI A., MD, Prof., Medical University of Lodz (Lodz, Poland)

FROLOV S.A., Dr. of Sci. (Med.), Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Moscow, Russia)

GOLOVENKO O.V., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Russian Medical Academy of Postgraduate Education (Moscow, Russia)

GRIGOR'EV E.G., Dr. of Sci. (Med.), Prof., academician of RAS, Irkutsk State Medical University (Irkutsk, Russia)

GROSHILIN V.S., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Rostov State Medical University (Rostov-on-Don, Russia)

HABOUBI N., MD, Prof., University Hospital of South Manchester NHS Foundation Trust (Manchester, Great Britain)

KARACHUN A.M., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Petrov National Medical Research Center of Oncology (Saint-Petersburg, Russia)

KARPUKHIN O.Yu., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Kazan National Medical University (Kazan, Russia)

KRIVOKAPIČ Z., MD, Prof., Academician of Serbian Academy of Science, University of Belgrade (Belgrade, Serbia)

MOROZOV D.A., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Moscow, Russia)

MROCKOWSKI P., MD, Prof., Chief of the general, visceral and oncology surgery clinic, DRK-Kliniken Nordhessen Gemeinnützige GmbH, Standort Wehlheiden (Kassel, Germany)

MURAVIEV A.V., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Stavropol State Medical University (Stavropol, Russia)

OMELYANOVSKIY V.V., Dr. of Sci. (Med.), Prof., The Center of Healthcare Quality Assessment and Control of the Ministry of Health of the Russian Federation (Moscow, Russia)

PANIS Y., MD, Prof., Université Paris VII (Paris, France)

PODDUBNY I.V., Dr. of Sci. (Med.), Prof., A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry (Moscow, Russia)

POLOVINKIN V.V., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Regional Clinical Hospital No 1 named after S.V. Ochapovsky (Krasnodar, Russia)

RAZUMOVSKY A.Yu., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Pirogov National Research Medical University (Moscow, Russia)

ROMANO G., MD, Prof., National Cancer Institute G. Pascale (Naples, Italy)

RYBAKOV E.G., Dr. of Sci. (Med.), Prof. of RAS, Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Moscow, Russia)

SANTORO G., MD, Prof., University of Padua (Treviso, Italy)

SZCZEPKOWSKI M., MD, Prof., Centre of Postgraduate Medical Education in Warsaw (Warsaw, Poland)

TAMELIS A., MD, Prof., Lithuanian University of Health Sciences (Kaunas, Lithuania)

TIMERBULATOV V.M., Dr. of Sci. (Med.), Prof., academician of RAS, Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

ZBAR A., MD, Prof., University of Melbourne (Melbourne, Australia)

ADVISORY BOARD

ALIEV F.Sh., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Tyumen State Medical University (Tyumen, Russia)

CHERDANTSEV D.V., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University (Krasnoyarsk, Russia)

CHERKASOV M.F., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Rostov State Medical University (Rostov-on-Don, Russia)

FEDYANIN M.Yu., Dr. of Sci. (Med.), Blokhin National Medical Research Center of Oncology (Moscow, Russia)

ISHCHENKO V.N., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Pacific State Medical University (Vladivostok, Russia)

KASHNIKOV V.N., Dr. of Sci. (Med.), Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Moscow, Russia)

KATORIKIN S.E., Dr. of Sci. (Med.), Samara State Medical University (Samara, Russia)

KHUBEZOV D.A., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Ryazan State Medical University (Ryazan, Russia)

KOSTENKO N.V., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Astrakhan State Medical University (Astrakhan, Russia)

KULIKOVSKY V.F., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Belgorod State Medical University (Belgorod, Russia)

KUZMINOV A.M., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Moscow, Russia)

MAINOVSKAYA O.A., Cand. of Sci. (Med.), Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Moscow, Russia)

MOSKALEV A.I., Cand. of Sci. (Med.), Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Moscow, Russia)

ORLOVA L.P., Dr. of Sci. (Med.), Prof. (Moscow, Russia)

PUGAEV A.V., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Moscow, Russia)

SHAPINA M.V., Cand. of Sci. (Med.), Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Moscow, Russia)

SKŘIČKA T., MD, Prof., Medical Faculty, Masaryk University Brno (Brno, Czech Republic)

STOIKO Yu.M., Dr. of Sci. (Med.), Prof.,

Pirogov National Medical Surgery Center (Moscow, Russia)

TITOV A.Y., Dr. of Sci. (Med.), Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Moscow, Russia)

TOTIKOV V.Z., Dr. of Sci. (Med.), Prof., North Osetia State Medical Academy (Vladikavkaz, Russia)

VASILIEV S.V., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (Saint-Petersburg, Russia)

VESELOV A.V., Cand. of Sci. (Med.), Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Moscow, Russia)

VESELOV V.V., Dr. of Sci. (Med.), Prof., Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Moscow, Russia)

YAITSKI N.A., Dr. of Sci. (Med.), Prof., academician of RAS, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (Saint-Petersburg, Russia)

ZARODNUK I.V., Dr. of Sci. (Med.), Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Moscow, Russia)

Научно-практический медицинский журнал издается Общероссийской общественной организацией «Ассоциация колопроктологов России». Целевой аудиторией журнала являются колопроктологи, онкологи, гастроэнтерологи, общие хирурги, урологи, врачи-УЗД, эндоскописты, а также врачи смежных специальностей – патологоанатомы, патофизиологи, врачи клинической лабораторной диагностики. Журнал освещает последние достижения медицинской науки в области диагностики и лечения заболеваний ободочной и прямой кишки, анального канала и промежности.

Данное периодическое издание является площадкой для размещения оригинальных статей и наблюдений из клинической практики, систематических обзоров и мета-анализов. Представлены проблемные материалы международных и российских конференций, оригинальные работы специалистов из стран СНГ и дальнего зарубежья.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

ШЕЛЫГИН Юрий Анатольевич (Москва, Россия) – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор, зав.кафедрой колопроктологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Президент Общероссийской общественной организации «Ассоциация колопроктологов России», главный внештатный специалист-колопроктолог Министерства здравоохранения РФ, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники, Председатель диссертационного совета 208.021.01

SPIN-код: 7989-8228

Author ID: 480259

ORCID: 0000-0002-8480-9362

SCOPUS: ID 6602949973

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

АЧКАСОВ Сергей Иванович (Москва, Россия) – доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации, руководитель отдела онкологии и хирургии ободочной кишки, член Всемирной Ассоциации университетских колоректальных хирургов, член правления Общероссийской общественной организации «Ассоциация колопроктологов России», Лауреат премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники

SPIN-код: 5467-1062

Author ID: 265142

ORCID: 0000-0001-9294-5447

SCOPUS: ID 6603349645

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

РЫБАКОВ Евгений Геннадьевич (Москва, Россия) – доктор медицинских наук, профессор РАН, федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации, руководитель отдела онкопроктологии, Ответственный секретарь журнала «Колопроктология», член правления Ассоциации колопроктологов России, попечительского совета European Society of Coloproctology (ESCP), Лауреат Премии Правительства РФ в области науки и техники

SPIN-код: 9599-3390

Author ID: 676063

SCOPUS: ID 6602247157

The scientific and practical medical journal is published by the all-Russian public organization «Association of Coloproctologists of Russia». The target audience of the journal are coloproctologists, oncologists, gastroenterologists, general surgeons, and endoscopists. The journal covers the latest achievements of medical science in the diagnosis and treatment of diseases of the colon and rectum, anal canal and perineum.

This periodical is a platform for posting original articles and observations from clinical practice, systematic reviews and meta-analyses. The problematic materials of international and Russian conferences, original works of specialists from CIS countries and abroad are presented.

CHIEF EDITOR

SHELYGIN Yuri (Moscow, Russia) – MD, Professor, academician of RAS, President of the All-Russian public organization «Russian Association of Coloproctology», Director of the Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology

SPIN-код: 7989-8228

Author ID: 480259

ORCID: 0000-0002-8480-9362

SCOPUS: ID 6602949973

CO-EDITOR

ACHKASOV Sergei (Moscow, Russia) – MD, Professor, head of oncology and surgery of the colon at the Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology

SPIN-код: 5467-1062

Author ID: 265142

ORCID: 0000-0001-9294-5447

SCOPUS: ID 6603349645

EXECUTIVE SECRETARY

RYBAKOV Evgeny (Moscow, Russia) – MD, professor of RAS, Head of oncology department at the Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology

SPIN-код: 9599-3390

Author ID: 676063

SCOPUS: ID 6602247157

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» по научным специальностям: 14.01.12 – Онкология (медицинские науки); 14.01.13 – Лучевая диагностика, лучевая терапия (медицинские науки); 14.01.17 – Хирургия (медицинские науки); 14.01.19 – Детская хирургия (медицинские науки); 14.03.02 – Патологическая анатомия (медицинские науки); 14.01.28 – Гастроэнтерология (медицинские науки) (№ 1176 по состоянию на 28.12.18; 15.10.19).

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

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ПРОКТОЛОГИЯ 10

<i>Антонова А.В., Швецов В.К., Грошилин В.С., Бакуляров М.Ю., Перепечаева А.В.</i> АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО МАЛОИНВАЗИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ	10
<i>Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л., Мышляев А.В.</i> АЛЬТЕРНАТИВА ПНЕВМО И КОНУСОДИВУЛЬСИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ	10
<i>Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л., Мышляев А.В.</i> ЭТАПНАЯ СФИНКТЕРОТОМИЯ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ СЛАБОСТИ СФИНКТЕРА	11
<i>Багдасарян Л.К., Шиверский К.Т., Багдасарян С.Л., Мышляев А.В.</i> АНЕСТЕЗИЯ ВЫБОРА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В «МАЛОЙ» ПРОКТОЛОГИИ.....	11
<i>Белик Б.М., Ковалев А.Н.</i> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОГО ЗУДА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	12
<i>Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л.</i> ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	12
<i>Белоцкая Л.В., Чистохин С.Ю.</i> СТЕПЛЕРНАЯ ГЕМОРРОИДОПЕКСИЯ С ОДНОМОМЕНТНЫМ ИССЕЧЕНИЕМ НАРУЖНЫХ УЗЛОВ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	13
<i>Борота А.В., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Борота А.А.</i> СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА	13
<i>Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованый А.И., Гор И.В.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАЦИЙ LIFT, ЛАЗЕРНОЙ ДЕСТРУКЦИИ СВИЩА И КОМБИНИРОВАННОГО ИХ ПРИМЕНЕНИЯ.....	14
<i>Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованый А.И., Захаров А.Ю., Скуридин Г.М., Гор И.В.</i> ВАРИАНТ ДВУХЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ.....	14
<i>Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А.</i> ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТОДОМ ЛОНГО ПАЦИЕНТОВ С РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЕМ	15
<i>Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО И ОПЕРАЦИИ HAL-RAR ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ	15
<i>Казарезов О.В., Коротких Н.Н.</i> ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРМООБЛИТЕРАЦИИ СВИЩЕВОГО ХОДА (FILAS) В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	16
<i>Казарезов О.В., Коротких Н.Н.</i> ЛАЗЕРНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ (LHR) В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ	16
<i>Казарезов О.В., Коротких Н.Н.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ LIFT В ЛЕЧЕНИИ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ	17
<i>Ким Е.В., Королик В.Ю., Богормистров И.С., Минбаев Ш.Т., Кузьминов А.М., Фролов С.А.</i> ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ С НИЗКИМ СОДЕРЖАНИЕМ ТРОМБИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	17
<i>Киселев Д.О., Трубочева Ю.Л., Зароднюк И.В., Костарев И.В., Аносов И.С.</i> 3D ЭНДОРЕКТАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА.....	18
<i>Краснова В.Н., Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А.</i> ЛИГИРОВАНИЕ СВИЩЕВОГО ХОДА В МЕЖСФИНКТЕРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ	18
<i>Личман Л.А.</i> ВЫБОР СПОСОБА ЗАКРЫТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.....	19
<i>Ломоносов А.Л., Волков С.В., Ломоносов Д.А.</i> ОБСЛЕДОВАНИЕ ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРРОЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ 1 И 2 СТЕПЕНИ.....	19
<i>Ломоносов А.Л., Волков С.В., Ломоносов Д.А.</i> СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ 1 И 2 СТЕПЕНИ.....	20
<i>Ломоносов А.Л., Волков С.В., Ломоносов Д.А.</i> НАРУЖНЫЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫЕ УЗЛЫ И КОЖНЫЕ СКЛАДКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ 1 И 2 СТЕПЕНИ.....	20
<i>Ломоносов А.Л., Волков С.В., Ломоносов Д.А.</i> АНАЛЬНЫЕ СОСОЧКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ 1 И 2 СТЕПЕНИ	21
<i>Маракуца Е.В.</i> ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ	21
<i>Мухин А.Г., Мухин И.А., Зароченцева Н.В.</i> РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ БУШКЕ-ЛЕВЕНШТЕЙНА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	22
<i>Мухин И.А., Кузьминов А.М., Фоменко О.Ю., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Вышегородцев Д.В.</i> ОЦЕНКА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ СКАЛЬПЕЛЕМ	22

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Родин П.В., Смелова Н.Н.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ LIFT+FILAS В ЛЕЧЕНИИ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ	23
<i>Сотников В.М., Каторкин С.Е., Андреев П.С.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОМБИНИРОВАННЫМ ГЕМОРРОЕМ II-III СТАДИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	23
<i>Фролов С.А., Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Королик В.Ю., Туктагулов Н.В., Сухина М.А., Воробьева И.В.</i> ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОТЕМПЕРАТУРНОЙ АРГОНОВОЙ ПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ РАН ПОСЛЕ ОТКРЫТОЙ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ.....	24
<i>Цыганков П.В., Трошилин В.С., Мрыхин Г.А., Гаербек А.Ш., Швецов В.К.</i> МОДИФИЦИРОВАННАЯ МЕТОДИКА VAAFT В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНЫХ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ РЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ.....	24
<i>Чистохин С.Ю., Белоцкая Л.В.</i> ТРАНСАНАЛЬНАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С ОДНОМОМЕНТНЫМ ИССЕЧЕНИЕМ ИХ НАРУЖНЫХ КОМПОНЕНТОВ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	24
<i>Шамин А.В., Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А., Разин А.Н.</i> ПЛАСТИКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ	25

ГЛАВА 2. КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

27

<i>Березовская Т.П., Дайнеко Я.А., Невольских А.А., Иванов С.А.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ (НХЛТ) У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ (РПК)	27
<i>Богданова Е.М., Орлова Л.П., Трубачева Ю.Л.</i> ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ	27
<i>Борота А.В., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Борота А.А.</i> СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ	28
<i>Борота А.В., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Борота А.А.</i> ОДНОМОМЕНТНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ И ТОЛСТОЙ КИШКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	28
<i>Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А.</i> ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	29
<i>Леушина Е.А.</i> СКРИНИНГ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	29
<i>Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Матвеев А.И., Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Козлов М.П., Мельникова Д.И.</i> КАЧЕСТВО ПРОТОКОЛОВ КОЛОНОСКОПИЙ В ПРОГРАММЕ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	30
<i>Мошуров И.П., Головкин Д.А., Цурикова А.В., Малев С.С., Быковцев М.Б., Суховерков Д.В.</i> ВЫБОР ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ ПОЛНОГО МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА ОПУХОЛИ НА ПРОВЕДЕННУЮ НЕОАДЪЮВАНТНУЮ ТЕРАПИЮ	30
<i>Щаева С.Н., Эфрон А.Г., Казанцева Е.А., Гордеева Е.В.</i> ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КАК ФАКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПРИ РАКЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	31

ГЛАВА 3. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

32

<i>Богданова Е.М., Орлова Л.П., Трубачева Ю.Л.</i> УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ В ОЦЕНКЕ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ	32
<i>Борота А.В., Гюльмамедов В.А., Гюльмамедов Ф.И., Полуни Г.Е., Базиян-Кухто Н.К.</i> ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ИЛЕОКОЛОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ	32
<i>Борота А.В., Гюльмамедов Ф.И., Борота А.А., Постолюк И.Г.</i> ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЙ СТАТУС КУЛЬТЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ МУКОЗЭКТОМИИ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	33
<i>Борота А.В., Танасов И.А., Полуни Г.Е., Гюльмамедов В.А., Лыков В.А.</i> НАШ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	33
<i>Дешина Е.Г., Калашникова И.А., Варданян А.В.</i> ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОГО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОБЛАСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ	34
<i>Карпухин О.Ю., Шакиров Р.Р., Зиганшин М.И., Сакулин К.А.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВОРОТОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ	34
<i>Князев О.В., Гудкова Р.Б., Каграманова А.В., Лищинская А.А., Парфенов А.И.</i> АЛЬФА-1 АНТИТРИПСИН - МАРКЕР РЕГУЛЯЦИИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ	35

СОДЕРЖАНИЕ

Князев О.В., Каграманова А.В., Ли И.А., Шкурко Т.В., Лищинская А.А., Бабаян А.Ф., Звяглова М.Ю., Демченко А.Н., Кулаков Д.С., Парфёнов А.И. ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ ПРОЛОГИРОВАНИЯ ИНДУКЦИОННОГО КУРСА ТОФАЦИТИНИБОМ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ	35
Князев О.В., Каграманова А.В., Лищинская А.А., Дорофеев А.С., Парфенов А.И. ДИНАМИКА ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ НА ФОНЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВЕДОЛИЗУМАБОМ И ИНФЛИКСИМАБОМ.....	36
Князев О.В., Каграманова А.В., Лищинская А.А., Парфёнов А.И. ПРЕОДОЛЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ ПОТЕРИ ПОТВЕТА НА ИНФЛИКСИМАБ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК.....	36
Коротких Н.Н., Казарезов О.В. ОСТРЫЙ ДИВЕРТИКУЛИТ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ	37
Лищинская А.А., Князев О.В., Каграманова А.В. ЧАСТОТА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА	37
Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Матвеев А.И., Хасия Д.Т., Жуков П.А., Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю. СПАЕЧНЫЙ ПРОЦЕСС В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ВЫПОЛНЕНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ.....	38
Мордасова В.И., Копылова Д.В. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОФАЦИТИНИБА В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....	38
Павленко В.В., Мурадбекова С.О., Дубянский М.П., Мещерякова Е. А., Абдулазизова З.Х. ЭНДОТЕЛИН-1 - МАРКЕР ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА	39
Панкратова Ю.С., Карпухин О.Ю., Юсупова А.Ф., Черкашина М.И. РОЛЬ РКТ В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	39
Сакулин К.А., Карпухин О.Ю., Шафигуллин М.У., Ситдикова Г.Ф. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЗАПОРЕ	40
Ткачев А.В., Мкртчян Л.С., Мазовка К.Е., Косенко В.А., Криковцова О.А. АНАЛИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКТИВНОСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У БОЛЬНЫХ	40
Ткачев А.В., Мкртчян Л.С., Мазовка К.Е., Такидзе Л.Т., Коновал Н.В. АНАЛИЗ ВНЕКИШЕЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ.....	41
Тобоева М.Х., Цуканов А.С., Фролов С.А., Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Шубин В.П., Королик В.Ю., Шелыгин Ю.А. ИССЛЕДОВАНИЕ МУТН-АССОЦИИРОВАННОГО ПОЛИПОЗОА В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	41
Чернов А.А., Журавлев А.В., Каторкин С.Е. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С ФОРМИРОВАНИЕМ ТОНКОКИШЕЧНЫХ ТАЗОВЫХ РЕЗЕРВУАРОВ	42
Чернов А.А., Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Зельтер П.М., Крамм Е.К. КТ-РЕЗЕРВАРОГРАФИЯ С ПОСТРОЕНИЕМ 3D-МОДЕЛИ ТОНКО-КИШЕЧЕНОГО РЕЗЕРВАУРА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ КОЛОПРОКТОЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	42
Черных Д.А., Филин А.А., Дуванский В.А. «ХОЛОДНАЯ» ПОЛИПЭКТОМИЯ В АРСЕНАЛЕ ПРАКТИКУЮЩЕГО ЭНДОСКОПИСТА ПРИ УДАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	43
Шамин А.В., Каторкин С.Е., Журавлев А.В. ОБЪЕМ РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОЛОСТАЗЕ	43
Щербакова О.В., Ионов А.Л., Сулаво Я.П., Поддубный И.В., Козлов М.Ю. ПРОГРАММА УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА	44
Щербакова О.В., Костомарова Т.Д., Лука В.А., Пичугина М.В., Сулаво Я.П. ВЛИЯНИЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА.....	44
Щербакова О.В., Сулаво Я.П., Ионов А.Л., Костомарова Т.Д., Лука В.А., Пичугина М.В. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ ТАЗОВЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВУАРОВ У ДЕТЕЙ.....	45
ГЛАВА 4. РАЗНОЕ	46
Борота А.В., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Колодяжный М.А. МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИИ ЕДИНОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	46
Васильев С.В., Лазарев В.М., Дудка В.В., Попов Д.Е. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА В КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	46
Дуванский В.А., Белков А.В. ВОЗМОЖНОСТИ ТЕХНОЛОГИИ СПЕКТРАЛЬНОГО ЦВЕТОВОГО ВЫДЕЛЕНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ	47
Лисичкин А.Л. АНАЛИЗ РЕГИОНАЛЬНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ.....	47

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Лисичкин А.Л.</i> ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИ ОЦЕНКЕ ПОТРЕБНОСТИ В КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ.....	48
<i>Ломоносов А.Л., Волков С.В., Ломоносов Д.А.</i> ОСМОТР АНАЛЬНОГО КАНАЛА - НОВЫЙ МЕТОД.....	48
<i>Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Матвеев А.И., Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Козлов М.П., Мельникова Д.И.</i> ПОДГОТОВКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРЕПАРАТАМИ ПЭГ К КОЛОНОСКОПИИ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЕЕ КАЧЕСТВО	49
<i>Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Матвеев А.И., Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Козлов М.П., Мельникова Д.И.</i> УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПОДГОТОВКОЙ К КОЛОНОСКОПИИ ПРЕПАРАТОМ ФОРТРАНС	49

ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ПРОКТОЛОГИЯ

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО МАЛОИНВАЗИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Антонова А.В., Швецов В.К., Грошили В.С., Бакуляров М.Ю., Перепечаева А.В.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», г.Ростов-на-Дону, Россия

ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF THE COMBINED MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF CHRONIC HEMORRHOIDS

Antonova A.V., Shvetsov V.K., Groshilin V.S., Bakulyarov M.Yu., Perepechaeva A.V.

Rostov state medical University, Rostov-on-Don, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморроидальная болезнь является одной из самых распространенных в мире, удельный вес геморроя в общей популяции составляет от 39% до 64%, а в структуре колоректальной патологии – от 34 до 41%. Несмотря на успешное внедрение минимально инвазивных методов лечения хронического геморроя I-III ст. в клиническую практику, удельный вес осложнений и неудовлетворительных результатов не имеет стойкой тенденции к снижению.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Определения эффективности разработанного малоинвазивного способа лечения хронического геморроя (сочетающим дезартеризацию и ультразвуковое склерозирование) в сравнении с традиционными методиками.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В слепое проспективное сравнительное исследование включены 190 пациентов с хроническим геморроем. В I контрольной группе выполнено склерозирование геморроидальных узлов с ультразвуковой кавитацией, во II контрольной группе – дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией. В III группе (основной) 65 больных выполнена дезартеризация в сочетании со склерозированием и ультразвуковой кавитацией внутренних геморроидальных узлов согласно оригинальному способу. Послеоперационный мониторинг – через 7, 14, 30 и 90 суток.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Способ малоинвазивного лечения геморроя, сочетающий дезартеризацию геморроидальных узлов со склерозированием и УЗ-кавитацией, имеет вероятность развития осложнений 6,1%, нивелирует риск рецидива и, в большинстве случаев, устраняет основные симптомы геморроя. Предложенный способ позволяет уменьшить болезненность (в среднем, на 1,6 ВАШ), снизить выраженность симптомов и избежать геморроидэктомии (потребовавшейся 7,1% пациентов после дезартеризации с мукопексией и 10,0%, перенесших склерозирование с УЗ-кавитацией).

ВЫВОДЫ. Предложенная методика повышает эффективность малоинвазивного лечения геморроя за счет комбинации эффектов дезартеризации и направленного дозированного склерозирования, снижает вероятность рецидивов. Метод безопасен при отсутствии дополнительного риска развития осложнений.

АЛЬТЕРНАТИВА ПНЕВМО- И КОНУСОДИВУЛЬСИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л., Мышляев А.В.

Многопрофильный медицинский центр «КДС Клиник», г.Москва, Россия

ALTERNATIVE TO PNEUMO- AND CONE DIVULSION FOR ANAL FISSURE OPERATIONS

Bagdasaryan L.K., Bagdasaryan S.L., Mishlyayev A.V.

Multidisciplinary Medical Center «KDC Clinic», Moscow, Russia

В НМИЦ колопроктологии совместно с авторами в 2006-2009 гг. был предложен и научно обоснован способ ликвидации спазма внутреннего сфинктера при лечении хронической анальной трещины – контролируемая пневмодивульсия анального сфинктера, показавший высокую эффективность и легкую переносимость больными данной операции. В последующем, в качестве альтернативы пневмобаллону, был предложен конусообразный анодиллятор, с помощью которого дивульсия сфинктера позволила более детерминировано и без длительной экспозиции ликвидировать спазм анального сфинктера, что дало сопоставимые с пневмодивульсией результаты лечения. Вместе с тем, часто развивающийся в 60% случаев отек геморроидальных узлов, особенно при сочетании трещины с геморроем дали толчок к изменению методики. Последнюю мы подсмотрели у хирурга проктолога из Индии Правин Гупты. Под контролем ректального зеркала, раскрытого в вертикальном направлении, большим пальцем правой руки, что на 3 часа со стороны кожно-слизистого перехода проводится локальное давление, позволяющее провести дивульсию анального канала. По окончании манипуляции конусообразным анодиллятором проводится измерение растянутого ануса. Диаметр последнего при условии отсутствия сужения анального канала не должен превышать 47 мм. При исходно «узком» анальном канале или, если длина анального канала короче 2 см, или если имеется послеродовая деформация промежности с утончением переднего сегмента сфинктера, измеренный после дивульсии диаметр не должен превышать 43-44 мм. Должны также учитываться такие факторы как возраст больного, степень спазма сфинктера.

С сентября 2019 г. по настоящее время прооперировано 96 пациентов с анальной трещиной и трещиной в сочетании с геморроем. Как и при пневмодивульсии данное вмешательство пациенты переносили легко. Слабости сфинктера не отмечено ни у одного больного. Длительное, до 3-х месяцев, заживление раны отмечено у 3-х пациентов. Послеоперационный отек наблюдался в 10% случаев. У 12 пациентов до, на 7 и 30 сутки после операции проводилась сфинктерометрия прибором WMP Solar G1 (MMS, Голландия). Результаты исследования показали повышение внутрианального давления у всех пациентов до операции, снижение его на 7-е сутки и восстановление внутрианального давления до нормальных величин к 30 суткам после операции.

Таким образом, локальная пальцевая дивульсия позволяет ликвидировать спазм анального сфинктера и дает сопоставимые с пневмодивульсией результаты

лечения и в значительной степени уменьшает отек перианальной области, что избавляет врача от коррекции раны в последующем.

ЭТАПНАЯ СФИНКТЕРОТОМИЯ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ СЛАБОСТИ СФИНКТЕРА

Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л., Мышляев А.В.

Многопрофильный медицинский центр «КДС Клиник», г.Москва, Россия

STAGED SPHINCTEROTOMY AS A WAY TO PREVENT SPHINCTER WEAKNESS

Bagdasaryan L.K., Bagdasaryan S.L., Mishlyaev A.V.

Multidisciplinary Medical Center «KDC Clinic», Moscow, Russia

Большинством авторов отмечено, что при лечении длительно незаживающих ран (ДНРАК) со спазмом в сочетании с его сужением при отсутствии эффекта от медикаментозной релаксации сфинктера существует необходимость хирургического его снятия. С этой целью проводим боковую дозированную сфинктеротомию (БДС). В 1-1.5 см от края ануса на 3 часах у.д. проводим вертикальный разрез кожи длиной 1 см. Специальный крючок вводится по межсфинктерной борозде на глубину до 1-1.5 см, захватывается порция внутреннего сфинктера. Последняя частично выводится из раны и с помощью сосудистого пинцета коагулируется радиоволной с пересечением волокон сфинктера. Дополнительно проводим фульгурацию ДНРАК. Подобным образом по поводу ДНРАК с августа 2018 года по ноябрь 2019 оперировано 21 пациент. У 8 из них на этапе лечения в связи с не до конца снятым спазмом проведена повторная БДС.

Основное осложнение – слабость анального сфинктера 2 степени – отмечено в одном случае по причине повышенной кровоточивости и ошибочного, вместо прошивания, гемостаза радиokoагуляцией. Кроме того, была выполнена тугая тампонада на 48 часов. По настоящее время пациентка продолжает восстановительную терапию, при этом, с положительной динамикой. С целью уменьшения рисков при БДС, описанной выше, с помощью того же крючка подхватывается глубжележащая дополнительная порция сфинктера, под которой проводится лигатура. Последняя свободно с концами ниток до 5-7 см оставляется в ране. Рыхлая тампонада раны. Перевязка через 1-2 дня, во время которой при не полностью снятом спазме, подтягивая за нить под небольшой местной анестезией, проводится дополнительная коагуляция волокон сфинктера над лигатурой.

В последующем с ноября 2019 по май 2020 гг. у 17 пациентов с ДНРАК все проведенные БДС проводились по вышеуказанной методике. При этом у 6 пациентов в первые двое суток, вследствие недостаточной БДС, с помощью лигатуры пересечена дополнительная порция сфинктера, что позволило ликвидировать его спазм.

Адекватное снятие спазма и приведение сфинктера в состояние нормотонуса, комплексное лечение ДНРАК с использованием PRP, лазерного CO₂ сканирования, озонотерапии, пролонгированной пневмодилатации при выраженной стриктуре позволило избавить всех пациентов от ДНРАК и сопутствующей стриктуры. Несмотря на полученное нами серьезное осложнение данная методика позволяет в определенной степени контролировать глубину сфинктеротомии, тем самым создать все условия для заживления ДНРАК.

АНЕСТЕЗИЯ ВЫБОРА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В «МАЛОЙ» ПРОКТОЛОГИИ

Багдасарян Л.К., Шиверский К.Т., Багдасарян С.Л., Мышляев А.В.

Многопрофильный медицинский центр «КДС Клиник», г.Москва, Россия

ANESTHESIA OF CHOISE IN OPERATIONS OF SMALL PROCTOLOGY

Bagdasaryan L.K., Shiverskiy K.T., Bagdasaryan S.L., Mishlyaev A.V.

Multidisciplinary Medical Center «KDC Clinic», Moscow, Russia

Основным методом обезболивания в промежностной проктологии является спинномозговая анестезия (СМА) с седацией или без неё. Кроме прочих, одним из частых осложнений (СМА) является постпункционная головная боль (ППГБ), что вынуждает оставлять пациентов в клинике минимум на сутки, а то и более. С целью минимизации осложнений и, прежде всего, профилактики ППГБ для обезболивания при промежностных операциях предлагается каудальная (эпидурально-сакральная) анестезия (КА). С января 2016 года по февраль 2019 года проведено 716 спинномозговых (с седацией или без) анестезий при промежностных проктологических операциях. Домой все пациенты за редким исключением уходили в день операции. При этом у 14 пациентов (2%) наблюдалась ППГБ. Из них у 6 из них из-за интенсивной головной боли потребовалось дополнительное длительное лечение, включая инфузионную, до 5 суток, терапию. С февраля 2019 по май 2020 гг. анестезией выбора стала КА (с седацией или без неё). Проведено 176 анестезий. Количество дробно вводимого 1% лидокаина составило 25-30 мл раствора (250-300 мг.). Этого объема достаточно для проведения проктологических операций длительностью до 1 часа. При более длительных вмешательствах вместо лидокаина при КА использовался нарופן 0,25% 30-40 мл, позволяющий пролонгировать время анестезии до 2,5 часов. В 172 случаях из 176 КА была дополнена медикаментозной седацией с внутривенным введением раствора феназепама 2 мг и раствора пропофола от 100 до 300 мг, дробно, в зависимости от длительности операции, при сохраненном самостоятельном дыхании. Из проведенных 176 КА ни одного случая ППГБ не было. В 4-х случаях (2,3%) отмечен неполный блок, потребовавший использовать дополнительно местную инфльтрационную анестезию. Других осложнений не было.

Каудальную анестезию с седацией или без неё можно рассматривать как метод выбора анестезии при операциях в промежностной проктологии, дающий полноценное обезболивание и позволяющий выписывать пациентов домой в день операции.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОГО ЗУДА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Белик Б.М., Ковалев А.Н.

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

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ANAL ITCH IN AMBULATORY CARE

Belik B.M., Kovalev A.N.

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить возможности диагностики и лечения анального зуда в амбулаторных условиях.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Исследование включает 240 пациентов с клиническими проявлениями анального зуда, находившихся на амбулаторном лечении в 2014-2019 гг. У 13 (5,4%) пациентов анальный зуд был первичным (нейрогенным или идиопатическим), у 227(94,6%) – вторичным, то есть являлся симптомом основного проктологического заболевания, а также других патологических состояний или заболеваний. Для верификации диагноза проводилось стандартное проктологическое обследование, включая аноскопию, ректоскопию и/или колоноскопию. При необходимости проводили бактериологические исследования, гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки кишечника и тканей аноректальной области, микроскопию соскобов со слизистой оболочки заднего прохода, лабораторные исследования кала, крови, ректальной и перианальной слизи, а также привлекали смежных специалистов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Установлено, что у 121(50,4%) пациентов анальный зуд был обусловлен различными кожными заболеваниями (грибковое поражение кожи перианальной области, псориаз, себорейный дерматит, атопическая и микробная экзема, аллергический дерматит), у 20(8,3%) – дисбиозом кишечника после лечения антибиотиками, у 17(7,1%) – глистной инвазией, у 3(1,2%) – раздражением кожи вагинальным секретом на фоне хронического вагинита, трихомонадного кольпита. У 66(27,5%) больных анальный зуд был опосредован основным проктологическим заболеванием: у 39(16,2%) – кондиломами заднего прохода и хроническим воспалением перианальной зоны, связанным с инфицированием вирусом папилломы, у 11(4,6%) – воспалительными заболеваниями прямой кишки (криптит, папиллит, язвы, свищи, проктосигмоидит), у 6(2,5%) – хроническим геморроем, анальной трещиной и недостаточностью сфинктера заднего прохода, у 5(2,1%) – поражением перианальной зоны при болезни Крона, у 2(0,8%) – лейкоплакией заднепроходного канала, у 2(0,8%) – злокачественными опухолями аноректальной области, у 1(0,4%) – предракловым дерматозом (болезнь Боуэна). У 54(22,5%) пациентов с проктологическими заболеваниями проводилось хирургическое лечение: у 47(19,6%) – в амбулаторных условиях с использованием малоинвазивных методов и у 7(2,9%) – в стационаре. У 186(77,5%) пациентов проводилось консервативное лечение анального зуда. Хорошие результаты лечения (устранение анального зуда) получены у 219(91,2%) пациентов, удовлетворительные результаты (уменьшение выраженности проявлений заболевания) – у 17(7,1%) и неудовлетворительные результаты – у 4(1,7%) больных.

ВЫВОДЫ. Наиболее часто анальный зуд является вторичным проявлением различных патологических состояний, при этом лишь у 27,5% пациентов он непосредственно связан с основным колопроктологическим заболеванием. Комплексная диагностика аналь-

ного зуда позволяет правильно верифицировать его истинную причину, определить оптимальную лечебную тактику и добиться хороших результатов лечения в амбулаторных условиях у большинства больных.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

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

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

PRINCIPLES OF TREATMENT OF HEMORROIDS DURING PREGNANCY

Belik B.M., Kovalev A.N., Khatlamadzhyan A.L.

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность превентивного лечения пациенток с хроническим геморроем для предупреждения геморроидальных тромбозов в течение беременности и в послеродовом периоде.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Клинический материал включает 417 пациенток, наблюдавшихся в женской консультации в процессе беременности и рожавших в период 2014-2020 гг., у которых при обследовании на этапе подготовки к беременности был выявлен хронический геморрой II-III стадии. Были сформированы две группы пациенток. В I группу вошли 112 пациенток, которые дали информированное согласие и получившие превентивное лечение хронического геморроя до беременности. У этих пациенток до беременности в амбулаторных условиях было проведено малоинвазивное хирургическое лечение геморроя (у 33 – лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами, у 49 – радиоволновая или лазерная коагуляция, у 23 – инфракрасная фотокоагуляция, у 7 – склеротерапия геморроидальных узлов). После операции этим пациенткам в течение 2 месяцев проводилась флеботоническая терапия (препарат Детралекс 1000 мг). В последующем, начиная с III триместра беременности (с 35 недели), вплоть до родов и в течение раннего послеродового периода они также получили превентивный курс флеботонической терапии. II группу составили 305 беременных, которые по различным причинам отказались от превентивного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В I группе лишь в 8(7,1%) наблюдениях в раннем послеродовом периоде отмечалось обострение заболевания в виде острого тромбоза и/или воспаления геморроидального узла, потребовавшее проведения консервативной терапии. Во II группе у 213(69,8%) пациенток в течение беременности отмечалось обострение заболевания (у 26 – в I триместре, у 45 – во II триместре, у 142 – в III триместре и раннем послеродовом периоде). При этом у 149(69,9%) пациенток наблюдалась 2-3-я степень острого геморроя, а у 12(5,6%) пациенток в связи с ущемлением и некрозом выпавших геморроидальных узлов, а также при кровотечении потребовалась хирургическое вмешательство. Таким образом, эпизоды обострения заболевания в виде тромбозов и воспаления геморроидальных узлов отмечались статистически значимо чаще и в более тяжелых формах у пациенток II группы.

ВЫВОДЫ. Раннее превентивное хирургическое лечение хронического геморроя (до беременности) в амбулаторных условиях с использованием малоинвазивных технологий, а также медикаментозная флеботоническая терапия (с III триместра беременности) в качестве профилактики обострения заболевания позволяют достоверно уменьшить число эпизо-

дов острого тромбоза и воспаления геморроидальных узлов в течение беременности и в раннем послеродовом периоде.

СТЕПЛЕРНАЯ ГЕМОРРОИДОПЕКСИЯ С ОДНОМОМЕНТНЫМ ИССЕЧЕНИЕМ НАРУЖНЫХ УЗЛОВ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Белоцкая Л.В., Чистохин С.Ю.

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

STEPPLERED HEMORRHOIDOPECSIA WITH SINGLE-POINT EXCISION OF OUTER NODES: LONG-TERM RESULTS

Belotskaya L.V., Chistokhin S.Ju.

Zabaykal railway hospital, Chita state medical academy, Chita, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Степлерная геморроидопексия по Лонго представляет большой технический и клинический интерес. В ходе внедрения и диспансерного наблюдения за больными, перенесшими такую операцию, часто встает вопрос о необходимости дополнять ее иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов (т.н. гибридные операции).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить отдаленные результаты изолированной степлерной геморроидопексии по Лонго и сравнить их с отдаленными результатами гибридной операции – степлерной геморроидопексии с одномоментным иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проведено проспективное нерандомизированное исследование отдаленных результатов первых 85 больных с геморроем II-III-IV степени, оперированных в 2017-2018 годах в клинической больнице «РЖД-Медицина» города Чита способом степлерной геморроидопексии по Лонго. I группу составили 15 пациентов с геморроем II-III степени, операция Лонго им выполнена в изолированном виде. Другим 70 больным с геморроем III-IV степени выполнена гибридная операция – геморроидопексия по Лонго, дополнена иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов (II группа). Все пациенты многократно (по 4-8 раз) обследовались в течение 1-2 года и половина из них – в течение третьего года наблюдения. Полученные данные обработаны с помощью пакета статистических программ MS Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У всех больных I группы отмечено безрецидивное течение после операции. Если в первые месяцы наблюдения в этой группе у 9(60,0%) пациентов наблюдалось формирование 2-5 кожных бахромок, вызывавших трудности с гигиеной, дискомфорт, иногда анальный зуд, то в течение 2-3 года бахромок сохранились лишь у двоих (13,3%), в разные сроки бахромок иссекались электрокоагулятором в амбулаторных условиях. Длительное сохранение остатков кавернозной ткани с постепенной инволюцией лишь в течение третьего года отмечено у троих (20,0%). Длительное, до третьего года, неотторжение скрепок механического шва, сопровождавшееся эрозиями анального канала, выявлено у 1(6,7%) больной. Рубцовые деформации анального канала с компенсированным его стенозом обнаружены у 1(6,7%) и у 1(6,7%) – с транзиторной легкой инконтиненцией. Отдаленные клинические, анатомические и функци-

ональные результаты в I группе расценены как «хорошие» у 8(53,3%), «удовлетворительные» – у 7(46,7%), а плохих – не было.

Во II группе из 70 больных после гибридной операции ни рецидивов, ни формирования кожных бахромок не наблюдалось ($p < 0,001$) ни в ближайшие, ни в отдаленные сроки. Длительное сохранение остатков кавернозной ткани с постепенной инволюцией лишь в течение второго года отмечено лишь у одного (1,4%, $p = 0,01$). Длительное, до третьего года, неотторжение скрепок механического шва с эрозиями анального канала выявлено у двоих (2,9%, $p = 0,04$). Рубцовые деформации анального канала с легко устраненным стенозом обнаружены у 2 (2,9%) и у 1 (1,4%, $p = 0,03$) – с преходящим недержанием газов. Отдаленные клинические, анатомические и функциональные результаты во II группе расценены как «хорошие» у 61 (87,1%, $p = 0,03$), «удовлетворительные» – у 9 (12,9%, $p = 0,02$), плохих – не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Операция Лонго в изолированном виде достаточно эффективна только у больных с геморроем II степени. При геморрое III-IV степени гибридные операции в виде степлерной геморроидопексии в сочетании с одномоментным иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов заметно облегчают течение реабилитационного периода, позволяют существенно улучшить отдаленные клинические, анатомические и функциональные результаты хирургического лечения геморроидальной болезни.

СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

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

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кафедра общей хирургии №1, г.Донецк

MODERN METHODS OF TREATMENT OF ACUTE PARAPROCTITIS

Borota A.V., Kuhto A.P., Baziyani-Kuhto N.K., Borota A.A.
Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Department of General Surgery №1, Donetsk

АКТУАЛЬНОСТЬ. В настоящий момент наиболее актуальным методом хирургического лечения глубоких ректальных свищей считается вскрытие парапроктита с проведением режущего сетона.

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Рассмотрены результаты хирургического лечения 41(37,7%) пациентов, оперированных в клинике общей хирургии №1 на базе проктологического отделения ДОКТМО с 2014 по 2019 гг. по поводу острого парапроктита, которым выполнено вскрытие парапроктита с проведением режущего сетона (ИГ), а также 68(62,3%) пациентов, оперированных в клинике по традиционной методике (КГ).

РЕЗУЛЬТАТЫ. При наличии экстрасфинктерного расположения внутреннего свищевого отверстия через внутреннее отверстие свища кнаружи проводили 3 отдельные шелковые лигатуры, фиксированные к дистальному концу пуговчатого зонда, одну из которых затягивали и завязывали во время операции, широко дренировали полость гнойника, в последующем продолжали ее санацию. Оставшиеся 2 лигату-

ры затягивали и завязывали, соответственно, на 3-4 и 6-7 сутки после операции, после чего внутренняя стенка свищевого хода прорезалась и сообщалась с гранулирующей параректальной раной, заживающей вторичным натяжением. В результате проведенного исследования выявлено, что частота рецидивов в КГ составила 71,5% (10 пациентов), в ИГ рецидивов отмечено не было ни в одном случае. 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. Следует отметить, что подтягивание лигатуры выполнялось на 3-е, 5-е, 7-е сутки, в 3-х случаях лигатура самостоятельно прорезывалась. В КГ через 2-4 месяца у 10 пациентов формировался прямокишечный свищ, что требовало повторного вмешательства, в 4 случаях неоднократного.

ВЫВОДЫ. Вскрытие острого парапроктита с проведением режущего септона при наличии экстрасфинктерного расположения внутреннего свищевого отверстия является радикальным, эффективным одноэтапным методом хирургического лечения, позволяющим снизить число послеоперационных осложнений, рецидивов, а также является профилактикой послеоперационной недостаточности запирающего аппарата прямой кишки.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАЦИЙ LIFT, ЛАЗЕРНОЙ ДЕСТРУКЦИИ СВИЩА И КОМБИНИРОВАННОГО ИХ ПРИМЕНЕНИЯ

Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованый А.И., Захаров А.Ю., Скуридин Г.М., Гор И.В.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова; СПб ГБУЗ «Городская больница №9», г. Санкт-Петербург, Россия

Vasilyev S.V., Popov D.E., Nedozimovaniy A.I., Gor I.V.
First State Medical University in name of I.P.Pavlov.
Municipal hospital №9, Saint-Petersburg, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Поиск способов лечения хронического парапроктита, соответствующих основной цели операции – безрецидивному заживлению свища вместе с минимальным повреждением запирающего аппарата прямой кишки, до сих пор продолжается.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность изолированного использования методик LIFT и лазерной деструкции свищевого хода, а также сравнить с результатами их комбинирования в лечении хронического парапроктита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследованы 3 группы пациентов (по 20 человек в каждой группе) с трансфинктерными свищами криптогландулярного происхождения, оперированных в городском центре колопроктологии Санкт-Петербурга в период 2016–2019 гг. В группе А пациентам была выполнена операция LIFT с обработкой свищевого хода лазерным излучением, у пациентов в группе В при лечении свищей использовали только методику LIFT. Пациентам из группы С в свищевой ход устанавливалась дренирующая лигатура, а затем, через 3 месяца, выполнялась лазерная деструкция свищевого хода. Характеристики лазерного излучения были одинаковы в группах А и С (импульсный режим, длина волны 1470 нм, мощность излучения 13 Вт, скорость проведения проводника по свищевому ходу – 1 мм/сек). Сроки наблюдения от 6 до 36 месяцев. Вариант сохранения свищевого хода с функционирующим внутренним или наружным свищевыми отверстиями в сроки более 3 месяцев после оперативного лечения принимался за рецидив заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В группе А полное заживление зарегистрировано у 16(80%) пациентов. Выздоровление отмечено в 70% случаев (14 человек) в группе В и в 60% случаев (12 человек) – в группе С. По результатам сфинктерометрии, выполненной всем пациентам до и после операции, ни в одной из групп не наблюдалось послеоперационное нарушение функции анального жома.

ВЫВОДЫ. Предварительные результаты лечения свищей прямой кишки после комбинированного использования операции LIFT и лазерной деструкции свищевого хода представляются нам оптимистичными. Учитывая малые выборки, они, безусловно, являются лишь тенденционными и требуют дальнейшего изучения до получения статистически значимых данных.

ВАРИАНТ ДВУХЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованый А.И., Захаров А.Ю., Скуридин Г.М., Гор И.В.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова; СПб ГБУЗ «Городская больница №9», г. Санкт-Петербург, Россия

Vasilyev S.V., Popov D.E., Nedozimovaniy A.I., Zakharov A.J., Skuridin G.M., Gor I.V.

First Saint-Petersburg State Medical University in name of I.P.Pavlov, Municipal hospital #9, Saint-Petersburg, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Острый парапроктит является самым распространенным заболеванием в неотложной проктологии. В задачи его лечения входит не только адекватная санация и дренирование очага инфекции, но и сохранение функции запирающего аппарата прямой кишки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов лечения пациентов с острым парапроктитом.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. За период 2018 – 2019 гг. прооперировано 50 пациентов с острым парапроктитом, которым выполнялось вскрытие и дренирование гнояника с оставлением дренирующей лигатуры. Её проведение выполняли всем пациентам с рецидивным парапроктитом (10 человек), пациентам с субъективными жалобами на нарушение анального держания (5 человек), а также в случаях, когда при выполнении первично-радикальной операции было необходимо рассекать более 20% мышечной ткани (20 человек с межсфинктерной локализацией гнойного очага, 15 человек с ишиоректальным парапроктитом).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Рецидива острого парапроктита в исследуемой группе не зарегистрировано. Ухудшение функции анального держания (оценка по шкале Wexner и результатам сфинктерометрии через 3 нед. после первичной операции и через 2-3 мес. после повторной) не наблюдалось. Второй этап лечения проводился через 4-5 месяцев. У 30 пациентов выполнено рассечение свища в просвет кишки без последующих рецидивов и нарушения функции удержания (средний срок наблюдения – 6,8 месяцев). У 15 человек свищевой ход затрагивал более 1/4 анального жома, у 5 пациентов – субъективные жалобы на нарушение анального держания, зарегистрированные перед первым этапом лечения. В данной группе пациентов (20 человек) выполнялась операция LIFT с лазерной деструкцией свищевого хода. У 5(25,0%) пациентов был зарегистрирован рецидив заболевания. Средний срок наблюдения – 7,8 месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Дренирующая лигатура неизбежно приводит к формированию свища, но вместе с тем

позволяет сделать его «управляемым», с легко идентифицируемым наружным и внутренним отверстием, отсутствием затеков и гнойных полостей, что позволяет в дальнейшем выполнить приемлемое малоинвазивное лечение.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТОДОМ ЛОНГО ПАЦИЕНТОВ С РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЕМ

Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г.Самара, Россия

LONGO OPERATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH RECTOCELE AND HEMORRHOIDS

Zhuravlev A.V., Katorkin S.E., Chernov A.A.
FSBEI HE SamSMU MOH Russia, Samara, Russia

ВВЕДЕНИЕ. В практике врача колопроктолога, геморрой является самым частым заболеванием. По нашим данным, сочетание ректоцеле с хроническим внутренним геморроем наблюдается более, чем в 57%.

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении колопроктологии Клиник СамГМУ операция Лонго выполняется с 2007 года, оперировано 838 больных, страдающих ректоцеле и геморроем. Средний возраст пациентов – 49 лет. У 515(61,6%) человек был диагностирован хронический внутренний геморрой 2-4 стадии. У 323(38,5%) женщин была выполнена операция по поводу ректоцеле 1-3 степени. Из них у 186(57,5%) 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 и фирмы Panther 33,5, произведенные в Китае.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Во время операции кровотечение из линии аппаратного шва возникло у 42(5,0%) пациенток. Средний послеоперационный период – 3,1±0,8 дней. Средний период реабилитации – 11,2±1,3 дней. Ближайшие и отдаленные результаты изучены у 562 человек (4-36 мес.). Хорошие результаты отмечены в 396(70,4%); удовлетворительные результаты – в 143(25,4%) случаях; неудовлетворительный результат выявлен у 23(4,1%) пациенток – пациенткам приходилось применять ручное пособие, у них сохранился затрудненный акт дефекации и не уменьшились размеры ректоцеле. После дополнительного обследования пациенткам с рецидивом заболевания была выполнена операция с использованием сетчатых эндопротезов с хорошими результатами.

ВЫВОД. Операция Лонго имеет ряд преимуществ по отношению к традиционным методам оперативного лечения, послеоперационный болевой синдром и сроки реабилитации у больных значительно ниже. Применение операции Лонго при лечении больных, страдающих сочетанием ректоцеле и геморроя, считается операцией выбора.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО И ОПЕРАЦИИ HAL-RAR ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ

Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г.Самара, Россия

RESULT OF APPLICATION OF THE OPERATION LONGO AND OPERATIONS OF THE HAL-RAR FOR CHRONIC HEMORRHOIDS

Zhuravlev A.V., Katorkin S.E., Chernov A.A.
FSBEI HE SamSMU MOH Russia, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хронический геморрой является часто встречающимся заболеванием в практике врача колопроктолога.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты применения операции Лонго и операции HAL-RAR при лечении пациентов с геморроем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении колопроктологии у больных, страдающих геморроем, было выполнено 515 операций Лонго, и 108 операций HAL-RAR. Всего оперировано 623 больных с геморроем 2-4 стадией. Возраст пациентов от 23 до 77 лет (средний возраст составил 47 лет), из них 58% – женщин, 42% – мужчин. Для дезартеризации использовался аппарат «HAL-Doppler II» (А.М.И., Австрия). Для выполнения операции Лонго использовались стандартные хирургические наборы и комплекты Procedure for Prolapse and Haemorrhoids (PPH-01 и PPH-03) (Ethicon, США), а также степлеры (Kangdi KYGZB 33,5; Китай).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средний срок нахождения в стационаре составил 2,2±0,5 дней. В раннем послеоперационном периоде у 89,7% (559 пациентов) осложнений не было. У 18 пациентов наблюдалась острая задержка мочи, после однократной катетеризации мочевого пузыря мочеиспускание восстановилось. В 10 случаях в сроки от 15-25 дней наблюдалось кровотечение из послеоперационного шва, которое было остановлено консервативными мероприятиями – введением препарата «Транексам». У одной пациентки после выполнения операции HAL-RAR на 6-е сутки после операции было отмечено выделение газов и жидкого кала из влагалища, был диагностирован ректовагинальный свищ, который зажил самостоятельно на 15 день после проведенного консервативного лечения. У 35 больных возник тромбоз наружного геморроидального узла на 3-5-е сутки, который был купирован консервативными методами. Через 6 месяцев, рецидив заболевания выявлен у 12 пациентов. В дальнейшем в плановом порядке им была выполнена операция – закрытая геморроидэктомия с хорошими результатами.

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

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРМООБЛИТЕРАЦИИ СВИЩЕВОГО ХОДА (FiLaC) В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Казарезов О.В.^{1,2}, Коротких Н.Н.¹

¹ БУЗ ВО ВОКБ №1, г.Воронеж, Россия

² Немецкий Медицинский Центр, г.Воронеж, Россия

THE FIRST RESULTS OF THE USE OF FISTULA-TRACT LASER CLOSURE (FiLaC) IN OUTPATIENT TREATMENT OF ANAL FISTULA

Kazarezov O.V.^{1,2}, Korotkikh N.N.¹

¹ Voronezh Regional Clinical Hospital №1, Voronezh, Russia

² German Medical Center, Voronezh, Russia

Проблема лечения прямокишечных свищей остается актуальной, так как выбор методики хирургического лечения является дискуссионным, ввиду высокого риска возникновения анальной инконтиненции или рецидива свища. Одним из вариантов современных сфинктеросохраняющих методик является лазерная термооблитерация свищевого хода (FiLaC).

ЦЕЛЬ. Оценка предварительных результатов лечения прямокишечных свищей с использованием методики FiLaC.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Методика FiLaC была выполнена у 15 пациентов. Средний возраст составил 48±7,4 лет. По данным предоперационного трансректального УЗИ у всех пациентов свищевой ход проходил транссфинктерно, дополнительных затёков и полостей выявлено не было, длина свищевого хода составляла 4,5±2,3 см. Вмешательства проводились с использованием аппарата Biolitec CERALAS E15, лазерных световодов FiLaC Fistula Probe (длина волны 1470 нм, мощность 12 W), использовался постоянный режим со скоростью продвижения световода 1 мм/сек. Оперативные вмешательства были выполнены под внутривенной анестезией.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В послеоперационном периоде осложнений отмечено не было. У всех пациентов интенсивность болевого синдрома была минимальной (ВАШ 2-3), назначения наркотических анальгетиков не потребовалось. В сроки более 3 мес. после операции осмотрено 12(80%) больных, заживление раны отмечено в 10(91,7%) случаях. В сроки от 6 до 8 мес. рецидив зафиксирован у 5 из 12(41,7%) пациентов. У 3 из них было выполнено иссечение прямокишечного свища в просвет кишки, в 2 случаях выполнено лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT). Явлений анальной инконтиненции выявлено не было.

ВЫВОДЫ. Использование методики лазерной термооблитерации свищевого хода (FiLaC) является безопасным сфинктеросохраняющим методом лечения транссфинктерных свищей прямой кишки. Однако, необходимо тщательное предоперационное обследование и рациональное применение данного метода, и дальнейшее исследование с изучением более обширной группы пациентов для достоверной оценки отдаленных результатов.

ЛАЗЕРНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ (LHP) В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

Казарезов О.В.^{1,2}, Коротких Н.Н.¹

¹ БУЗ ВО ВОКБ №1, г.Воронеж, Россия

² Немецкий Медицинский Центр, г.Воронеж, Россия

LASER HEMORRHOIDOPLASTY (LHP) IN OUTPATIENT TREATMENT OF HEMORRHOIDS

Kazarezov O.V.^{1,2}, Korotkikh N.N.¹

¹ Voronezh Regional Clinical Hospital №1, Voronezh, Russia

² German Medical Center, Voronezh, Russia

Геморроидальная болезнь – самая распространенная проблема в колопроктологии, возникающая, в основном, у лиц трудоспособного возраста. В связи с этим продолжается поиск малоинвазивных методов лечения, позволяющих с максимальным эффектом достичь минимального периода восстановления, сохраняя высокое качество жизни.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты лечения пациентов с хроническим геморроем II-III ст. при использовании методики LHP.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В течение 2019 г. методика лазерной подслизистой деструкции геморроидальных узлов (LHP) была применена у 37 пациентов (II ст. – 15 пациентов, III ст. – 22 пациента). Средний возраст составил 48±9,3 лет. Вмешательства проводились с помощью аппарата Biolitec CERALAS E15, с использованием лазерных световодов LHP-Fiber (длина волны 1470 нм, мощность 8W), использовался импульсный режим (экспозиция 3 сек, 5-6 точек воздействия на геморроидальный узел). Все оперативные вмешательства были выполнены под внутривенной анестезией.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Продолжительность оперативного вмешательства составляла 20-35 мин. (25±3,5 мин.). Пациенты находились в клинике, в среднем, 8 ч. В послеоперационном периоде интенсивность болевого синдрома по ВАШ в большинстве наблюдений была менее 4, в трех случаях отмечен умеренный болевой синдром (ВАШ 5-6). Наркотические анальгетики не назначались. У 3 пациентов в послеоперационном периоде возник острый тромбоз наружных геморроидальных узлов, потребовавший консервативной терапии. Пациенты возвращались к труду через 5-8 дней. Срок наблюдения составил от 3 до 14 месяцев, рецидив симптомов (выпадение внутренних геморроидальных узлов, кровотечение) отмечен у 7(18,9%) пациентов.

ВЫВОДЫ. Лазерная подслизистая деструкция внутренних геморроидальных узлов у пациентов с II-III ст. геморроидальной болезни демонстрирует низкое число осложнений, быстрое восстановление в послеоперационном периоде и раннюю реабилитацию с сокращением времени нетрудоспособности. Данный метод в амбулаторных условиях имеет достаточную эффективность и безопасность при соблюдении стандартов проведения методики и избирательного выставления показаний к ее применению.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ LIFT В ЛЕЧЕНИИ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Казарезов О.В., Коротких Н.Н.
БУЗ ВО ВОКБ №1, г.Воронеж, Россия

USING THE LIFT PROCEDURE IN THE TREATMENT OF ANAL FISTULA

Kazarezov O.V., Korotkikh N.N.
Voronezh Regional Clinical Hospital №1, Voronezh,
Russia

В настоящее время имеется большое количество различных методов лечения прямокишечных свищей, однако ни один из них не может считаться универсальным. Оптимальная хирургическая тактика должна характеризоваться как хорошими результатами заживления, так и минимальным воздействием на анальный сфинктер.

ЦЕЛЬ. Оценить предварительные результаты использования методики LIFT в лечении транссфинктерных прямокишечных свищей.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Методика LIFT была выполнена 18 пациентам с транссфинктерными свищами прямой кишки, включая 15(77,8%) мужчин и 3(22,2%) женщин. Средний возраст составил 42±3,5 лет. Расположение свищевого хода было подтверждено УЗ исследованием, по данным которого в 13(72,2%) наблюдениях было переднее расположение свища, в 5(27,8%) случаях – заднее. Оперативные вмешательства были выполнены под эпидуральной анестезией.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Длительность оперативного вмешательства составила 43,6±6,7 мин. Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде интенсивность болевого синдрома была умеренной (ВАШ 3-6), назначения наркотических анальгетиков не потребовалось, обезболивание достигалось введением НПВС и топическими препаратами. Осложнения развились у 4(22,2%) пациентов: несостоятельность швов раны в перианальной области, купировано консервативно, рана зажила вторичным натяжением. Средний койко-день составил 7,67±1,88. Период нетрудоспособности составил от 10 до 21 дня. В сроки от 8 до 12 мес. рецидив зафиксирован у 3(16,7%) из 18 пациентов. Явлений недостаточности анального сфинктера выявлено не было.

ВЫВОДЫ. Использование методики лигирования свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT) у пациентов с транссфинктерными свищами прямой кишки характеризуется отсутствием выраженного болевого синдрома, быстрым восстановлением трудоспособности и минимальным воздействием на анальный сфинктер, что значительно уменьшает риск возникновения недостаточности анального сфинктера в послеоперационном периоде.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ С НИЗКИМ СОДЕРЖАНИЕМ ТРОМБИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Ким Е.В., Королик В.Ю., Богормистров И.С.,
Минбаев Ш.Т., Кузьминов А.М., Фролов С.А.
ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н.Рыжих» МЗ
РФ, г.Москва, Россия

FIRST RESULTS OF USING LOW THROMBIN FIBRIN GLUE IN THE TREATMENT OF RECTAL FISTULA

Kim E.V., Korolik V.Y., Bogormistrov I.S.,
Minbaev S.T., Kuzminov A.M., Frolov S.A.
Ryzhikh National Medical Research Center of
Coloproctology, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Фибриновый клей является перспективным методом лечения свищей прямой кишки, позволяет минимизировать инвазивность вмешательства, сохранить функцию запирающего аппарата, однако имеет высокую частоту рецидивов. Применение клея с низким содержанием тромбина позволит ускорить репаративные процессы и, тем самым, снизить частоту рецидивов заболевания.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Описать первые результаты лечения свищей прямой кишки двухэтапным методом с применением фибринового клея «Криофит»

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Наблюдались 12 пациентов, из них 8(66,6%) мужчин и 4(33,3%) женщины. Из них 9(75%) интра- и 3(25,0%) транссфинктерных неосложненных свища заднего прохода. Средний возраст больных составил 37,1 лет (24-51года). Средняя протяженность свищевого хода составила 14,75 мм (5-27 мм). Сроки наблюдения составляют от 1 недели до 9 месяцев после операции. Всем пациентам проведено двухэтапное лечение (патент №2579629 от 10.03.2016 г.): хирургическая обработка свищевого хода и пломбировка фибриновым клеем Криофит (концентрация тромбина 40 МЕ). Всем пациентам проводилась профилометрия до и 3 месяца спустя после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Ранних послеоперационных осложнений не было. Болевой синдром пациенты не отмечали. Нарушения функции держания отсутствовали. У двоих пациентов развился рецидив, 1(8,4%) пациент с длиной свищевого хода 20 мм 3 месяца спустя отметил повторное появление жалоб. От повторного применения методики пациент отказался, выполнено иссечение свища в просвет кишки с выздоровлением. Через 1 неделю после операции у 1(8,4%) пациентки с интрасфинктерным свищевым ходом протяженностью 5 мм произошло самопроизвольное отторжение фибринового сгустка. Пациентке было выполнено рассечение свища в просвет кишки с последующим выздоровлением.

ВЫВОДЫ. Низкое содержание тромбина улучшает результаты применения методики. Первые результаты применения фибринового клея «Криофит» Плазма-ФТК, с низким содержанием тромбина 40 МЕ считаем успешными, исследование продолжается.

3D ЭНДОРЕКТАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА

Киселев Д.О., Трубачева Ю.Л., Зароднюк И.В., Костарев И.В., Аносов И.С.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н.Рыжих» Минздрава России, г.Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Успех хирургического лечения хронического парапроктита (прямокишечных свищей) напрямую зависит от точной и своевременной предоперационной диагностики всех характеристик хода свища. В связи с этим, методика трехмерного эндоректального ультразвукового исследования (3D ЭРУЗИ) является наиболее актуальной в современной колопроктологии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов ультразвуковой диагностики прямокишечных свищей прямой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. За период с декабря 2018 по октябрь 2019 гг. на базе клиники выполнено обследование и хирургическое лечение 85 пациентам с хроническим парапроктитом. Из них мужчин было 60 (70,6%) человек, женщин – 25 (29,4%). Средний возраст составил 44,4±11,9 лет. Всем пациентам в предоперационном периоде выполнено 3D ЭРУЗИ, полученные результаты сравнивали с интраоперационной ревизией.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При определении локализации внутреннего свищевого отверстия и выявлении межсфинктерных и подслизистых затеков данной методикой ошибок допущено не было. При визуализации клетчаточных и подкожных затеков при 3DЭРУЗИ допущена 1(1,18%) ошибка, данная методика не смогла правильно интерпретировать наличие ишиоанального затека на фоне рубцовых изменений ($p=0,316$). При определении расположения свищевого хода относительно волокон наружного сфинктера методикой 3DЭРУЗИ так же была допущена 1(1,18%) ошибка, из-за пограничного расположения хода свища между поверхностной и глубокой порцией наружного сфинктера ($p=0,316$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ЭРУЗИ с применением реконструкции трехмерного изображения является достаточно наглядным и информативным методом в определении всех характеристик свищевого хода, таких как: топическое расположение внутреннего свищевого отверстия и свищевого хода, а так же наличия затеков, расположенных как внутритеночно, так и локализующихся в околопрямокишечной клетчатке. Методика 3DЭРУЗИ должна рутинно применяться в предоперационной диагностике данной категории колопроктологических больных.

ЛИГИРОВАНИЕ СВИЩЕВОГО ХОДА В МЕЖСФИНКТЕРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

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

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г.Самара, Россия

THE LIGATION OF INTERSPHINCTERIC FISTULA TRACT WITH APPLICATION OF SCLEROTHERAPY BY TREATMENT OF PERIANAL FISTULAS

Krasnova V.N., Zhuravlev A.V., Katorkin S.E., Chernov A.A.

FSBEI HE SamSMU MOH Russia, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Прямокишечный свищ (ПС) – частая причина госпитализации пациентов в отделение колопроктологии. В настоящее время наиболее предпочтительным способом хирургического лечения являются сфинктеросберегающие операции.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты оперативного лечения параректальных свищей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Предлагается способ оперативного лечения пациентов с экстрасфинктерными и высокими чрессфинктерными параректальными свищами, который направлен на ликвидацию железистого эпителия свищевого хода и его обтурацию (патент № 2677749 «Способ оперативного лечения параректального свища путем лигирования свищевого хода в межсфинктерном пространстве с использованием склеротерапии» от 21.01.2019).

Данный метод осуществляют следующим образом. За сутки до операции после зондирования свищевого хода в наружное свищевое отверстие вводится раствор склерозанта (этоксисклерол 3% – 2мл). Следующим этапом на второй день выполняется лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В отделении колопроктологии Клиник СамГМУ операция LIFT с использованием склеротерапии начала применяется с января 2019 г. Оперировано 14 пациентов, среди которых 8 мужчин, 6 женщин. Средний возраст пациентов составил 45±1,7 лет. У 10 пациентов был диагностирован трансфинктерный, а у 4 –экстрасфинктерный ПС. Всем пациентам перед операцией выполнялась сфинктерометрия, нарушений функции анального сфинктера не было отмечено ни в одном случае. Послеоперационный период длился от 3 до 5 суток. Во всех наблюдениях осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено. Болевой синдром был выражен минимально. Сроки реабилитаций составляют менее 15 дней.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве с применением склеротерапии – новая альтернатива среди малоинвазивных методов лечения параректальных свищей. Для оценки отдаленных результатов необходимо проводить дальнейшее исследование, а также сравнительное исследование с классической операцией LIFT.

ВЫБОР СПОСОБА ЗАКРЫТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Личман Л.А.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г.Самара, Россия

THE CHOICE OF A METHOD FOR CLOSING A POSTOPERATIVE WOUND IN PATIENTS AFTER EXCISION OF THE EPITHELIAL COCCYGEAL PASSAGE

Lichman L.A.

FSBEI HE SamSMU MOH Russia, Samara, Russia

Эпителиальный копчиковый ход – заболевание, поражающее людей молодого трудоспособного возраста, составляет около 1-2% всей хирургической патологии. Инфицирование и нагноение эпителиальной копчиковой кисты занимает около 15% от всей гнойно-септической патологии. Единственный признанный радикальный способ лечения – это полное иссечение эпителиального копчикового хода в пределах здоровых тканей. Учитывая локализацию патологического образования и наличие обширного дефекта после иссечения, о способах закрытия образовавшейся раны ведутся дискуссии.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты лечения пациентов с эпителиальным копчиковым ходом.

В исследовании приняли участие 121 пациент с данной патологией. Пациенты методом случайной выборки были разделены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту и анамнезу. Пациентам основной группы (n=58) было выполнено разработанное оперативное лечение – иссечение эпителиального копчикового хода с закрытием раны непрерывным швом с подхватом дна раны. Пациентам контрольной группы (n=63) было выполнено закрытие раны швами в шахматном порядке.

Новый способ оперативного лечения позволил сократить длительность оперативного вмешательства, соответственно, с $30,8 \pm 4,8$ мин. до $20,7 \pm 3,9$ мин. В послеоперационном периоде на пятые сутки проводили УЗИ мягких тканей области послеоперационной раны для оценки зоны инфильтрации, которые составили $4,8 \pm 0,8$ – в основной и $9,7 \pm 0,84$ мм – контрольной группах. Выявлено ранее купирование болевого синдрома у пациентов основной группы. Сроки реабилитации в основной и контрольной группах, соответственно, $20,4 \pm 3,1$ и $30,5 \pm 4,1$ дня. Несостоятельность кожных швов отмечено у 2(3,4%) пациентов основной группы и у 11(17,4%) пациентов контрольной группы.

Все полученные данные свидетельствуют об эффективности предложенной оперативной методики как способа оперативного лечения пациентов с эпителиальным копчиковым ходом.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРРОЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ 1 И 2 СТЕПЕНИ

Ломоносов А.Л., Волков С.В., Ломоносов Д.А.

Тверской государственный медицинский университет, г.Тверь, Россия

EXAMINATION OF INTERNAL HEMORRHOIDS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEMORRHOIDS OF 1 & 2 GRADES

Lomonosov A.L., Volkov S.V., Lomonosov D.A.

Tver' State Medical University, Department of Hospital Surgery, Tver', Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Наиболее часто внутренние геморроидальные узлы (ВГУ) осматривают методом аноскопии.

ЦЕЛЬ. Оценить состояние ВГУ методом фотоаноскопии (ФАС) у больных с ХВГ 1, 2 степени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. ФАС осуществлялся в 2 точках: 3 – зубчатая линия (В/1); 4 – зона наружных геморроидальных узлов (НГУ). Фотосъёмка выполнялась фотоаппаратом «Nikon Coolpix» L820 в режиме макросъёмки, через проктоскоп фирмы «Karl Storz» (артикул 24952). Анализ состояния ВГУ осуществлялся в 2 точках: 3 – зона зубчатой линией (3/1); 4 – зона наружных геморроидальных узлов (НГУ). Для измерения внутренних геморроидальных узлов (ВГУ) в часах, использовали «условный часовой проктологический цифровой циферблат» (УЧПЦЦ), с помощью которого на мониторе компьютера определяли размеры ВГУ. На основании данных ФАС составлялся протокол ФАС. Полученные данные заносились в бумажный и электронный носители. Статистические расчёты основывались на ресурсах программы Microsoft Excel 2010. Обследовано 82 больных с клинической картиной ХВГ 1, 2 степени, из которых было 50 (61%) женщин в возрасте от 20 до 80 лет, средний возраст – $44,3 \pm 1,8$ лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. ВГУ классифицировали по размерам, разделяя их малые, протяжённостью 1 – 2 «часа», средние 3-4 «часа», большие – более 5 «часов», атипичные. Атипичные ВГУ – это те узлы, которые невозможно измерить с использованием УЧПЦЦ. В точке №3 ВГУ визуализировалась у 55(67,1%) больных. У 27(32,9%) они не были осмотрены по техническим причинам. Выборочно осмотрено 101 ВГУ. 32 (31,7%) ВГУ были мелкими, 33 (32,6%) – средними, 21 (20,8%) – большими, 15 (14,9%) – атипичными. ФАС в точке № 4, изучалось выпадение ВГУ. Выпадение ВГУ зону НГУ выявлено у 36(43,9%) больных с ХВГ 1, 2 степени. Изучено 85 выпавших ВГУ. Мелкие ВГУ выпадали в 25(29,4%) случаев, средние – в 35(46,4%), большие – в 35(46,4%), большие – в 20(23,5%), атипичные – в 5(0,6%).

ВЫВОДЫ. ВГУ изучают 3, 4 зонах, выпадение в 4 зоне. ВГУ можно разделить на 4 группы, малые, средние, большие, атипичные, выпадающие и не выпадающее в зону 4 – НГУ.

СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ 1 И 2 СТЕПЕНИ

Ломоносов А.Л., Волков С.В., Ломоносов Д.А.
Тверской государственный медицинский университет,
г.Тверь, Россия

MUCOUS MEMBRANE OF ANAL CANAL IN PATIENTS WITH CHRONIC HEMORRHOIDS 1 & 2 GRADES

Lomonosov A.L., Volkov S.V., Lomonosov D.A.
Tver' State Medical University, Department of Hospital Surgery, Tver', Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Выпадение слизистой оболочки анального канала (СОАК) характерно для больных с геморроем. Роль СОАК, её эндоскопические характеристики у больных с хроническим внутренним геморроем 1, 2 степени (ХВГ 1, 2) изучена не достаточно.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить состояние СОАК у больных с ХВГ 1, 2 степени методом фотоаноскопии (ФАС).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. ФАС выполняли, используя фотоаппарат «Nikon Coolpix» L820. Фотосъёмка проводилась в режиме макросъёмки, через проктоскоп фирмы «Karl Storz» (артикул 24952). Серия фотографий выполнялась в 3 точках: 1 точка – осмотр дистального отдела анального канала, 2 – перед зубчатой линией (ЗЛ); 3 – над ЗЛ. Статистические расчёты основывались на ресурсах программы Microsoft Excel 2010. Обследовано 82 больных с клинической картиной ХВГ 1, 2, из которых было 50 (61%) женщин в возрасте от 20 до 80 лет, средний возраст – 44,3±1,8 лет. Проведен ретроспективный анализ 1778 фотографий ФАС.

РЕЗУЛЬТАТЫ. СОАК исследована у 80 больных. В точке 1 изучено 90 складок: в 6 (6,7%) случаях поверхность была плоская, в 15 (16,7%) – складки направлялись к предполагаемому контуру пуборектальной мышцы; у 28 (31,1%) складки направлялись к центру; в 41 (45,6%) складки были направлены вниз. Идентифицированы признаки выпадения СОАК. В точке 1, между точками 1 и 2 слизистая считалась выпавшей, если она выпадала в проктоскоп, в точке 3 – за пределы ЗЛ. Между точками 1 и 2 СОАК выпадала у 8 (10,0%) больных, у которых отмечено 11 участков выпадений. Размеры выпадения СОАК: 1. Малые, протяжённостью 1–2 «часа» не отмечены. 2. Средние 3–4 «часа» – у 1 (9,1%). 3. Большое, более 5 «часов» – в 9 (81,8%). 4. Полное выпадение – у 1 (9,1%) больного. В точке 3 выпадение СОАК выявлено у 14 (17,5%) больных, у которых было 18 вариантов её выпадения. СОАК выпадала за пределы ЗЛ полностью или «островками». В 3 (16,7%) случаях отмечены малые выпадения СОАК, в 4 (22,2%) средние величины, большие участки СОАК выпадали в 4 (22,2%) случаев, полное выпадение 7 (38,9%) раз.

ВЫВОДЫ. Визуализировать выпадение СОАК лучше в 1,2,3 точках и между ними. Выпадение СОАК выявлено у 22 (27,5%) больных. В большинстве случаев отмечалось выпадение больших участков СОАК или полное выпадение.

НАРУЖНЫЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫЕ УЗЛЫ И КОЖНЫЕ СКЛАДКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ 1 И 2 СТЕПЕНИ

Ломоносов А.Л., Волков С.В., Ломоносов Д.А.
Тверской государственный медицинский университет,
г.Тверь, Россия

EXTERNAL HEMORRHOIDS AND SKIN FOLDS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEMORRHOIDS 1 & 2 GRADES

Lomonosov A.L., Volkov S.V., Lomonosov D.A.
Tver' State Medical University, Department of Hospital Surgery, Tver', Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Научных исследований, посвящённых изучению наружных геморроидальных узлов (НГУ) и так называемых «бахромок» у больных с хроническим внутренним геморроем 1 и 2 степени (ХВГ 1, 2) недостаточно.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить особенности НГУ и строения «бахромок» у больных с ХВГ 1 и 2 степени методом фотоаноскопии (ФАС).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Для выполнения ФАС применяли фотоаппарат «Nikon Coolpix» L820. Фотосъёмка выполнялась в режиме макросъёмки, через проктоскоп фирмы «Karl Storz» (артикул 24952). В оценке результатов ФАС использовали «условный часовой проктологический цифровой циферблат», с помощью которого на мониторе компьютера определяли размеры в условных «часах» НГУ и бахромок. Осмотр НГУ осуществлялся в точке «4» – зона НГУ, бахромок в точке «5» – кожа заднего прохода. Статистические расчёты выполнялись на ресурсах программы Microsoft Excel 2010. Обследовано 82 больных с клинической картиной ХВГ 1 и 2 степени, из которых было 50 (61%) женщин, среднего возраста 44,3±1,8 лет (от 20 до 80 лет). Проведен ретроспективный последовательный анализ 1778 фотографий ФАС.

РЕЗУЛЬТАТЫ. НГУ и бахромок классифицировали по размерам, разделяя их малые (протяжённостью 1–2 «часа»), средние (3–4 «часа»), большие (более 5 «часов»). В точке № 4 НГУ были обследованы у 77 (93,9%) больных. Выборочно осмотрено 126 НГУ. 47 (37,3%) НГУ были мелкими, 59 (46,8%) – средней величины, 20 (15,9%) – большими. У 21 (12,2%) больного на НГУ дополнительно выявлена анальная трещина (АТ). АТ располагались на 12, 2, 4, 5, 6, 7 часах, чаще имели эллипсовидную форму, были красного цвета, неглубокие. Методом ФАС в точке № 4 изучалось бахромок. Бахромок выявлены у 47 (57,3%) больных. У 34 (72,3%) больных бахромок были мелкими, у 3 (6,4%) – средними, у 6 (12,8%) – большими, у 4 (8,5%) больных их изменение было невозможным.

ВЫВОДЫ. НГУ визуализируют в точке № 4, бахромок в точке № 5. У 21 (12,2%) больного на НГУ были выявлены АТ. Бахромок обнаружены у 47 (57,3%) больных.

АНАЛЬНЫЕ СОСОЧКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРОЕМ 1 И 2 СТЕПЕНИ

Ломоносов А.Л., Волков С.В., Ломоносов Д.А.

Тверской государственный медицинский университет, г.Тверь, Россия

ANAL PAPILLAE IN PATIENTS WITH CHRONIC HEMORRHOIDS 1 & 2 GRADES

Lomonosov A.L., Volkov S.V., Lomonosov D.A.

Tver' State Medical University, Department of Hospital Surgery, Tver', Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Эндоскопическая картина анальных сосочков (АС) у больных с хроническим внутренним геморроем 1 и 2 степени (ХВГ 1, 2) изучена недостаточно.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить АС у больных внутренних геморроидальных узлов (ВГУ) у больных с ХВГ 1 и 2 степени методом фотоаноскопии (ФАС).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Для выполнения ФАС применяли фотоаппарат «Nikon Coolpix» L820. Фотосъёмка выполнялась в режиме макросъёмки, через аноскоп фирмы «Karl Storz» (артикул 24952). Анализ состояния АС осуществлялся в 2 точках: 3 – зона зубчатой линии (ЗЛ); 4 – зона наружных геморроидальных узлов. В оценке результатов ФАС использовали «условный часовой проктологический цифровой циферблат» (УЧПЦЦ), с помощью которого на мониторе компьютера определяли размеры ВГУ в часах. Статистические расчёты основывались на ресурсах программы Microsoft Excel 2010. Обследовано 82 больных с клинической картиной ХВГ 1, 2 степени, из которых было 50 (61%) женщин, среднего возраста 44,3±1,8 лет, в возрасте от 20 до 80 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. АС изучены у 42(55%) больных. АС визуализировались в точках №3, 4. Выборочно исследовано 77 анальных сосочков. Изучены размеры и форма АС. Основание АС в 63(81,8%) случаях не выходило за пределы 1 часа, в 1(1,3%) размеры АС были больше «часа» (удлиненные АС лежали по периметру УЧПЦЦ), 9(11,7%) АС были точечными, в 4 (5,2%) – были мелкими, имели сглаженную пологую форму и располагались часто по всему УЧПЦЦ. В 74(96,1%) случаях АС имели белую окраску, у 3(3,9%) – красный оттенок. 73(94,8%) АС имели форму треугольника, 4(5,2%) – «карандашеобразную» форму. В 74(96,1%) случаях АС были фиксированы, в 3(3,9%) выпадали в зону наружных геморроидальных узлов. Кровотечение из основания АС отмечено в 1(1,3%), некроз верхушки АС – в 1(1,3%).

ВЫВОДЫ. При выполнении ФАС АС лучше визуализируются в точках 3 и 4. Размеры АС чаще имеют основание меньше 1 «часа», редко больше, или «точечные». В большинстве случаев АС имеют треугольную форму, имеют белую окраску, не выпадают в зону наружных узлов. У 3(7,1%) больных АС не были фиксированы, были подвижны и выпадали в зону наружных геморроидальных узлов.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Маракуца Е.В.

ГУ Республиканская клиническая больница, г.Тирасполь, Молдова

EXPERIENCE IN SURGICAL TREATMENT OF RECTOVAGINAL FISTULAS

Marakutsa E.V.

Republican clinical hospital, Tiraspol', Moldova

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на то, что ректовагинальные свищи (РС) довольно редки и составляют до 5% всех параректальных свищей, они являются самыми сложными в хирургической коррекции. Согласно данным литературы, около 80% РС возникают после акушерской травмы, и чаще локализуются в нижних отделах влагалища.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить результаты оперативного лечения РС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование было включено 7 пациенток с РС, оперированных в ГУ РКБ в 2016–2019 гг. Все пациентки, поступившие в отделение, предъявляли жалобы на выделение кишечных газов, слизи с каловым запахом из влагалища. Всем пациенткам в дооперационном периоде выполнялся комплекс лабораторных и инструментальных исследований (аноскопия, ректороманоскопия, влагалищное исследование, кольпоскопия, трансвагинальное УЗИ).

Интраоперационно под спинномозговой анестезией после контрастирования свища и гидропрепаровки производилось иссечение свища с раздельным ушиванием влагалища, ректовагинальной перегородки и низведением полнослойного лоскута прямой кишки для ликвидации внутреннего отверстия свища.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В 2016–2019 гг. в ГУ РКБ было прооперировано 146 пациенток с параректальными свищами, при этом РС составили 7(4,8%) случаев. Пациентки были в возрасте от 24 до 55 лет (средний возраст – 34±8,3 лет).

В 6 случаях причиной возникновения свища были травматичные роды с разрывами промежности и прямой кишки, и у 1 пациентки РС возник после курса лучевой терапии. Антибактериальную терапию проводили за 2 часа до и в течение 3 суток после операции. В послеоперационном периоде дважды в день выполняли перевязки с санацией влагалища и послеоперационной раны растворами мирамистина, бетадина, хлоргексидина. Случаев нагноения ран и некроза низведенного лоскута не наблюдалось.

Раны ушивались викрилом 3-0. Средний срок наблюдения за пациентами после операции составил 17,4±5,8 месяцев. За этот период рецидивов свища не регистрировалось, признаков недостаточности анального сфинктера также не наблюдалось.

ВЫВОДЫ. РС составили 4,8 % случаев из всех параректальных свищей, но являются наиболее сложными в оперативном лечении. Среди причин РС чаще выступают осложнения родов. В послеоперационном периоде рецидивов свищей не наблюдалось, случаев анальной инконтиненции не отмечено.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ БУШКЕ-ЛЕВЕНШТЕЙНА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Мухин А.Г., Мухин И.А., Зароченцева Н.В.

ООО «Клиника Андрологии», г. Москва, Россия
ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» Минздрава Московской области, г.Москва, Россия

GIANT CONDYLOMA ACUMINATUMIN PREGNANCY: A CASE REPORT

Mukhin A.G., Mukhin I.A., Zarochentseva N.V.

ООО «AndrologyClinic», Moscow, Russia
Moscow Regional Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Ministry of health of the Moscow region, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. При беременности остроконечные кондиломы представляют высокий риск возникновения преждевременных родов, инфицирования плода, возможно развитие осложнений во время родов и послеродовом периоде.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов хирургического лечения больных с остроконечными кондиломами Бушке-Левенштейна в период беременности.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В клинику обратилась пациентка Н., 33 лет с жалобами на наличие образований на больших половых губах и перианальной области, невозможность находиться в положении сидя. Установлен диагноз: Беременность 21-22 недели.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Современные комбинированные методы лечения с применением радиоволнового хирургического скальпеля «Сургитрон», человеческого рекомбинантного интерферона альфа-2b с высокоактивными антиоксидантами витаминами Е и С (Виферон в виде ректальных супозиторий по 1 млн. МЕ по 1 свече 2 раза в день в течение 10 дней до операции, повторение аналогичного курса сразу после оперативного лечения. Параллельно проводилось топическое применение геля Виферон – 36 000 МЕ ИФН альфа 2b – 2 раза в сутки в течение 30 дней), тщательное наблюдение и обследование позволили пролонгировать беременность и успешно родоразрешить пациентку через естественные родовые пути. В 40 недель беременности произошли срочные, самопроизвольные роды, без осложнений. Родилась девочка массой 2840 г, ростом 49 см, с оценкой 8-9 баллов по шкале Апгар, без видимых пороков развития. При обследовании ребенка методом полимеразной цепной реакции вирусы папилломы человека высокого канцерогенного риска, ВПЧ 6 и 11 типов в соскобе букального эпитеия и эпитеия вульвы не обнаружены.

ВЫВОДЫ. Клиническое наблюдение является примером активной комбинированной тактики лечения беременной с гигантскими кондиломами Бушке-Левенштейна, включающее радиоволновое удаление образований прибором «Сургитрон» в сочетании с иммуномодулирующей и противовирусной терапией.

ОЦЕНКА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ СКАЛЬПЕЛЕМ

Мухин И.А., Кузьминов А.М., Фоменко О.Ю., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Вышегородцев Д.В.
ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, г.Москва, Россия

ULTRASONIC SCALPEL HEMORRHOIDECTIMY: A PRELIMINARY STUDY

Mukhin I.A., Kuzminov A.M., Fomenko O.Yu., Korolik V.Yu., Minbaev S.T., Vyshegorodtsev D.V.
Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Moscow, Russia

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 нашем центре с 2015 по 2017 гг. было оперировано 500 пациентов по поводу комбинированного геморроя 4 стадии, из них 292(58,4%) мужчины и 208(41,6%) женщин. Возраст пациентов составил от 22 до 80 лет. Продолжительность заболевания варьировала от 1 месяца до 45 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. 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 1(0,2%) пациентов развилось кровотечение из ран анального канала, что потребовало прошивания кровотокающих участков. Острая задержка мочеиспускания отмечалась в 1% случаев, что потребовало проведения консервативной терапии с электростимуляции мочевого пузыря. По данным аноректальной манометрии, выполненной на 45 суток после операции, у 92(18,4%) пациентов отмечалось снижение показателей анального давления, что косвенно свидетельствует о снижении тонуса внутреннего сфинктера, 34(6,8%) из этих пациентов предъявляли жалобы на периодическое недержание газов, что соответствует недостаточности анального сфинктера 1-2 степени.

ВЫВОДЫ. Несмотря на небольшое количество осложнений, таких как кровотечение, развившееся в послеоперационном периоде у 1(0,2%) пациента, у 92(18,4%) пациентов при оценке функционального состояния тонуса сфинктера, нами отмечено снижение показателей. Клинические проявления недостаточности анального сфинктера 1-2 степени отмечены у 34(6,8%) пациентов. В связи с этим мы считаем, что пациентам с недостаточностью анального сфинктера целесоо-

бразно проведение реабилитационных мероприятий, а именно лечение по принципу биологической обратной связи, анальной электростимуляции и тиббиальной нейромодуляции.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ LIFT+FiLaC В ЛЕЧЕНИИ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Родин П.В., Смелова Н.Н.

Клиника «Медик», г.Чебоксары, Россия

EXPERIENCE OF LIFT+FiLaC COMBINATION IN THE PERIRECTAL FISTULA TREATMENT

Rodin P.V., Smelova N.N.

Medical clinic «Medic», Cheboksary, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Параректальные свищи являются сложной группой заболеваний в общей проктологии. В настоящее время предложено много новых современных методов лечения этой группы заболеваний направленных на устранение внутреннего свищевого отверстия, свищевого хода и сохранение запирающей функции анального сфинктера.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с трансфинктерными параректальными свищами, используя комбинацию методов: лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT) с лазерной деструкцией свищевого хода (FiLaC).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В клинике «Медик» г. Чебоксары комбинированная операция выполнена у 6 пациентов с трансфинктерным свищом. Длительность заболевания составила от 6 мес. до 3 лет. Длина свищевого хода составляла от 3 до 5 см. Все операции выполнялись под внутривенной анестезией в плановом порядке. Выполнялась перевязка свищевого хода в межсфинктерном пространстве с последующей лазерной (Медиола-Компакт, Беларусь) деструкцией (1,56 нм, 12 Вт) отводящей части свищевого хода до наружного свищевого отверстия.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациенты находились в условиях стационара 1 сутки. Болевой синдром был выражен незначительно. Во всех наблюдениях осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечалось. Пациенты наблюдались в сроки от 3 до 12 месяцев. Рецидив заболевания выявлен в 1 случае.

ВЫВОДЫ. Лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT) с лазерной деструкцией свищевого хода (FiLaC) является перспективной комбинацией методов для лечения параректальных свищей, сочетающей плюсы обеих методик и дополняющих друг друга.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОМБИНИРОВАННЫМ ГЕМОРРОЕМ II-III СТАДИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Сотников В.М., Каторкин С.Е., Андреев П.С.

СамГМУ, г.Самара, Россия

RESULTS OF TREATMENT PATIENTS WITH COMBINED HEMORRHOID II-III STAGES USING MINIINVASIVE SURGICAL METHODS IN OUTPATIENT CONDITIONS

Sotnikov V.M., Katorkin S.E., Andreev P.S.

SamSMU, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморрой является широко распространенным заболеванием взрослого населения. Золотым стандартом лечения этого заболевания является геморроидэктомия. Данный метод характеризуется выраженным послеоперационным болевым синдромом и имеет длительный период реабилитации. В проктологии широкое распространение получают малоинвазивные, и, в частности, лазерные хирургические методики лечения геморроя и других заболеваний. Результаты субмукозной лазерной коагуляции геморроидальных узлов показывают, что данная операция позволяет эффективно проводить лечение пациентов с хроническим геморроем. При данной операции не формируется операционных ран, в связи с чем она характеризуется низким послеоперационным болевым синдромом и коротким периодом реабилитации.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения пациентов с комбинированным геморроем II-III стадий в амбулаторных условиях.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. 203 пациентам с хроническим комбинированным геморроем II-III стадий выполнили субмукозную лазерную коагуляцию внутренних геморроидальных узлов. После коагуляции геморроидальных узлов, в области их сосудистых ножек производили коагуляцию слизистой в виде линии длиной 1,5-2 см в области сосудистой ножки геморроидального узла и дистальнее его, над зубчатой линией. За операцию выполнялась коагуляция всех увеличенных внутренних геморроидальных узлов. Через 2 недели, под местной анестезией пациентам выполнялось иссечение увеличенных наружных геморроидальных узлов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Интенсивность болевого синдрома на 1 сутки после субмукозной лазерной коагуляции внутренних геморроидальных узлов была $1,74 \pm 2$ баллов по VAS. Было зафиксировано послеоперационное кровотечение у 4(1,97%) пациентов. Интенсивность болевого синдрома на 1 сутки после иссечения наружных геморроидальных узлов была $2,84 \pm 1,4$ баллов по VAS. При осмотре пациентов через 1 год, рецидив хронического геморроя наблюдался у 11(5,42%) пациентов. У 2(0,99%) пациента наблюдалось возобновление периодических кровотечений, и у 9(4,43%) возобновилось выпадение геморроидальных узлов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предлагаемый способ лазерной коагуляции внутренних геморроидальных узлов, дополненный иссечением наружных геморроидальных узлов, позволяет эффективно и безопасно проводить лечение пациентов с комбинированным геморроем II-III стадии в амбулаторных условиях.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОТЕМПЕРАТУРНОЙ АРГОНОВОЙ ПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ РАН ПОСЛЕ ОТКРЫТОЙ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ

Фролов С.А., Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Королик В.Ю., Туктагулов Н.В., Сухина М.А., Воробьева И.В.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, г.Москва, Россия

COLD ATMOSPHERIC PLASMA (CAP) IN THE WOUND TREATMENT AFTER OPEN HEMORRHOIDECTOMY

Frolov S.A., Kuzminov A.M., Vyshegorodtsev D.V., Korolik V.Y., Tuktagulov N.V., Sukhina M.A., Vorobjeva I.V. Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Послеоперационные раны анального канала и промежности постоянно контаминируются кишечной микрофлорой, что приводит к воспалению, сопровождается выраженным отеком тканей, болевым синдромом и длительным их заживлением. Вышеуказанные проявления приводят к снижению качества жизни, и удлиняет период социально-трудовой реабилитации. Поэтому до сих пор остается актуальным вопрос лечения ран промежности после общепроктологических вмешательств.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты лечения больных с наружным и внутренним геморроем 4 ст.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. 101 пациент с наружным и внутренним геморроем 4 ст. был включен в рандомизированное исследование (Clinical Trials NCT 03907306). Основная группа включала 50 пациентов, контрольная – 51 пациента. Всем больным выполнено оперативное лечение в объеме открытой геморроидэктомии с применением электрокоагуляции. Пациентам основной группы в качестве физиотерапевтического лечения послеоперационных ран применялась низкотемпературная аргоновая плазма (НАП). Процедура выполнялась однократно в течение 4 минут на 2,3,4,5,6,7,8,14,21,30 день после операции. Оценка раневого процесса проводилась цитологическим методом, а обсемененность раны микробиологическим методом на 2,8,14,21,30 дни. Болевой синдром оценивался с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ от 0 до 10 баллов).

РЕЗУЛЬТАТЫ. К 30 дню заживление ран в основной группе отмечено у 38/50 (76 %) больных, тогда как в контрольной – лишь у 18/51 (36%) (p=0,0001) больных. На 3,4,6,7,8,14,21,30 день после операции отметили статистически значимое снижение уровня болевого синдрома между группами (p<0,05).

ВЫВОД. Применение НАП приводит к ускорению заживления раны, а также к снижению выраженности болевого синдрома.

МОДИФИЦИРОВАННАЯ МЕТОДИКА VAAFT В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНЫХ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ РЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Цыганков П.В., Грошили В.С., Мрыхин Г.А., Гаербек А.Ш., Швец В.К.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», г.Ростов-на-Дону, Россия

MODIFIED VAAFT TECHNIQUE IN THE TREATMENT OF RECURRENT SUPRASPINCTERIC RECTAL FISTULAS

Tsygankov P.V., Groshilin V.S., Mrykhin G.A., Gaerbekov A.Sh., Shvetsov V.K.

Rostov state medical University, Rostov-on-Don, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Известно, что ректальные свищи при хроническом парапроктите – одно из наиболее распространенных проктологических заболеваний, развивающееся в 85-87% после нерадикального оперативного вмешательства при остром парапроктите. При этом операции при «высоких» экстрасфинктерных ректальных свищах отличаются высоким риском рецидивов (до 40%) и значимым повреждающим действием на сфинктерный аппарат.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения рецидивных экстрасфинктерных ректальных свищей и поиск оптимального и малотравматичного способа операции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В хирургических отделениях РостГМУ проведено лечение 56 пациентов с экстрасфинктерными ректальными рецидивными свищами после попыток радикального лечения сложных форм хронического парапроктита. Выполнен многофакторный анализ результатов лечения пациентов с осложненными формами хронического парапроктита с исходом в ректальный свищ по разработанной видео-ассистированной методике (патент РФ №267411), сочетающей фистулоскопию, модифицированную технику VAAFT и проктопластику.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Приоритетом являлась радикальность выбираемого способа операции при минимизации риска развития анальной инконтиненции и предотвращения избыточной травмы сфинктеров прямой кишки. Применение предложенного метода лечения свищей позволило уменьшить число послеоперационных осложнений. Так, отдаленные результаты признаны хорошими в 91,8% случаев, удовлетворительными – в 2,4% случаев и неудовлетворительными – в 5,8% случаев, что значительно лучше упоминаемых в литературе результатов. Послеоперационной инконтиненции в исследуемой группе не было.

ВЫВОДЫ. Разработанная нами методика лечения свищевых форм хронического парапроктита характеризуется высокой безопасностью, радикальностью и патогенетически обоснована. Способ позволяет снизить вероятность развития нагноительных осложнений и не предусматривает дополнительной травмы запирающего аппарата прямой кишки, в связи с чем может быть рассмотрен как метод выбора при оперативном лечении высоких транс- и экстрасфинктерных свищей.

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С ОДНОМОМЕНТНЫМ ИССЕЧЕНИЕМ ИХ НАРУЖНЫХ КОМПОНЕНТОВ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Чистохин С.Ю., Белоцкая Л.В.

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

TRANSANAL DESARTERIZATION OF HEMORRHOIDAL NODES WITH SINGLE-POINT EXCISION OF THEIR EXTERNAL COMPONENTS: LONG-TERM RESULTS

Chistokhin S.Ju., Belotskaya L.V.

Chita state medical academy, Zabaykal railway hospital, Chita, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. В последние десятилетия в клиническую практику широко внедряются технологичные и менее травматичные операции при геморрое: DHAL-RAR и подобная ей THD – трансанальная геморроидальная дезартеризация с мукопексией и лифтингом. Немало сообщений о необходимости дополнять эти технологичные процедуры иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов (гибридные операции).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить отдаленные результаты изолированной трансанальной дезартеризации с мукопексией и сравнить их с отдаленными результатами гибридной операции – трансанальной дезартеризации с одномоментным иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проведено проспективное нерандомизированное исследование отдаленных результатов длительно наблюдавшихся 448 больных с геморроем II-III-IV степени, из 580 оперированных в 2013-2018 годах в клинической больнице «РЖД-Медицина» города Чита, способом трансанальной дезартеризации с мукопексией и лифтингом на отечественном оборудовании «Ангиодин-Прокто» I группу составили 142 пациента с геморроем II-III степени, трансанальная дезартеризация с мукопексией и лифтингом им выполнена в изолированном виде. Другим 306 больным с геморроем III-IV степени выполнена гибридная операция – трансанальная дезартеризация; дополнена иссечением наружных компонентов геморроидальных узлов (II группа). Все пациенты по 3-6 раз обследовались в ближайших недели и месяцы и по 1-2 раза ежегодно в ходе регулярных профилактических осмотров в течение 2-6 лет диспансерного наблюдения. Полученные данные обработаны с помощью пакета статистических программ MS Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среди больных I группы у двух к концу первого года после операции выявлены рецидивы геморроя. Если в первые месяцы наблюдения в этой группе у 109(76,8%) пациентов сформировалось по 2-4 кожных бахромки, то в течение 2-6 года бахромки появлялись лишь у девяти (6,3%). В разные сроки эти бахромки иссекались электрокоагулятором в амбулаторных условиях. Длительное сохранение остатков кавернозной ткани с постепенной инволюцией лишь в течение третьего-четвертого года отмечено у 6(4,2%). Рубцовые деформации анального канала с компенсированным его стенозом обнаружены у 1(0,7%) и у 1(0,7%) – деформация с транзитной легкой инконтиненцией. Отдаленные клинические, анатомические

и функциональные результаты в I группе расценены как «хорошие» у 124(87,3%), «удовлетворительные» – у 16(11,3%), плохих – у 2(1,4%).

Во II группе из 306 больных после гибридной операции рецидивов не наблюдалось ($p < 0,001$), формирование кожных бахромок в отдаленные сроки найдено лишь у двоих (0,7%, $p = 0,008$). Длительное сохранение остатков кавернозной ткани с постепенной инволюцией лишь в течение второго года отмечено лишь у одного (0,3%, $p = 0,006$). Рубцовые деформации анального канала с компенсированным стенозом обнаружены у 4(1,3%) и у 1 (0,7%, $p = 1,0$) – деформация с легкой инконтиненцией. Отдаленные клинические, анатомические и функциональные результаты во II группе расценены как «хорошие» у 299 (97,7%, $p = 0,42$), «удовлетворительные» – у 7 (2,3%, $p = 0,01$), плохих – не было ($p < 0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Трансанальная дезартеризация с мукопексией в изолированном виде достаточно эффективна только у больных с геморроем II степени. При геморрое III-IV степени гибридные операции в виде трансанальной Доплер-контролируемой дезартеризации и мукопексии в сочетании с одномоментным иссечением наружных компонентов геморроидальных комплексов существенно облегчают течение реабилитационного периода, позволяют заметить улучшенные отдаленные клинические, анатомические и функциональные результаты хирургического лечения геморроидальной болезни. Такие варианты операции не только достойны широкого внедрения в клиническую практику, но и упоминания в национальных клинических рекомендациях.

ПЛАСТИКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ

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

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

ANAL CANAL PLASTIC SURGERY IN PATIENTS WITH CHRONIC ANAL FISSURE.

Shamin A.V., Katorkin S.E., Zhuravlev A.V., Chernov A.A., Razin A.N.

FSBEI HE SamSMU MOH Russia, Samara, Russia

Хроническая анальная трещина – часто встречающееся заболевание в практике врача-колопроктолога. Данная патология встречается у 2-2,5% взрослого населения. Несмотря на многолетний опыт хирургического лечения, остается риск развития рецидива заболевания.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты хирургического лечения больных с хронической анальной трещиной.

В колопроктологическом отделении Клиник СамГМУ с 2017 по 2020 гг., оперативное лечение по поводу хронической анальной трещины было проведено 328 пациентам.

По характеру оперативного вмешательства больные были разделены на две группы. В основную группу были включены 183(55,8%) пациента, которым после дивульсии анального сфинктера проводилось иссечение анальной трещины с пластическим закрытием дефекта анального канала по используемой нами методике. В контрольную группу вошло 145(44,2%) больных, которым после дивульсии сфинктера тре-

щина иссекалась в виде треугольника вершиной в просвет кишки, без ушивания раны анального канала. Нами изучены результаты лечения 301 пациентов. В раннем послеоперационном периоде на 1-2 сутки болевой синдром у 179 больных основной группы по визуально аналоговой шкале не превышал 3-4 баллов, что не требовало назначения наркотических анальгетиков, и стихал на 2-3 сутки до 0-1 балла у 169 пациентов. В раннем послеоперационном периоде рефлекторная задержка мочи наблюдалась у 7 паци-

ентов основной и у 13 пациентов контрольной группы, которая была купирована путем катетеризации мочевого пузыря. Средняя длительность госпитализации в основной группе составила 5,1 дня, в контрольной группе – 6,5 дней.

Применение используемой нами пластической методики снижает выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращает сроки пребывания в стационаре, медицинской и социальной реабилитации больных

ГЛАВА 2. КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ (НХЛТ) У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ (РПК)

Березовская Т.П., Дайнеко Я.А.,
Невольских А.А., Иванов С.А.

Медицинский радиологический научный центр
им. А.Ф.Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»
Минздрава России, г.Обнинск, Россия

MODERN OPPORTUNITIES OF MRI IN ASSESSING THE EFFECTIVENESS OF NEOADJUVANT CHEMORADIOTHERAPY IN PATIENTS WITH RECTAL CANCER

Berezovskaya T.P., Dayneko Ya.A.,
Nevolskikh A.A., Ivanov S.A.

A.Tsyb Medical Radiological Research Centre – branch
of the National Medical Research Radiological Centre of
the Ministry of Health of the Russian Federation, Obninsk,
Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Дооперационная оценка эффективности НХЛТ важна для прогноза и выбора оптимальной тактики последующего хирургического лечения больных РПК.

ЦЕЛЬ. Изучить диагностическую эффективность различных вариантов МРТ оценки ответа опухоли на НХЛТ при РПК с выделением ответивших (О) и не ответивших (НО) пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Оценка ответа опухоли на НХЛТ по данным МРТ проведена 124 больным РПК, получившим комбинированное лечение в МРНЦ им А.Ф.Цыба: у 95 больных – по системе mrTRG для T2-ВИ высокого разрешения; у 30 больных – mrTRG+ДВИ. Пациентов считали О при mrTRG 1 и 2, и при отсутствии участков ограничения диффузии на ДВИ. У 64 пациентов ретроспективно выполнен текстурный анализ (ТА) T2-ВИ методом матрицы GLCM: 42 пациента обучающей и 20 – тестовой выборки. Оценку операционных препаратов проводили в соответствии со шкалой патоморфоза по Лушникову: О – считали пациентов с патоморфозом 3 и 4 степени, НО – 1 и 2.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Показатели чувствительности, специфичности, прогностичности положительного и отрицательного результатов составили на основа mrTRG 75%, 60%, 70%, 67%, для mrTRG+ДВИ 87%, 87%, 87%, 87%, для ТА в обучающей выборке 95%, 83%, 82%, 95% и в контрольной выборке 83%, 90%, 91%, 82%. Общая точность диагностики, определяемая площадью под ROC-кривой, составила для mrTRG 0,68, для mrTRG+ДВИ – 0,9, для ТА – 0,94 в обучающей выборке и 0,92 в контрольной выборке.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, диагностическая эффективность МРТ в оценке ответа опухоли на НХЛТ при РПК может быть повышена при дополнительном использовании ДВИ и радиохимической оценки T2-ВИ изображений.

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

Богданова Е.М., Орлова Л.П., Трубачева Ю.Л.
ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих»
Минздрава России, г.Москва, Россия

THE FIRST EXPERIENCE OF USING CONTRAST-ENHANCED ULTRASOUND IN THE DIAGNOSIS OF RECTAL TUMORS

Bogdanova E.M., Orlova L.P., Trubacheva Yu.L.
Ryzhikh National Medical Research Center of
Coloproctology, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Ультразвуковое исследование с контрастным усилением (КУУЗИ) является одним из современных методов диагностики опухолей различной локализации, основанным на внутривенном применении препаратов стабилизированных микропузырьков газа с последующим усилением изображения сосудистой сети.

ЦЕЛЬ. Оценка диагностических возможностей КУУЗИ в диагностике опухолей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 19 пациенток, которым проведено трансвагинальное КУУЗИ. При гистологическом исследовании биопсийного материала в 17 случаях подтверждены железистые аденокарциномы, в 1 случае – перстневидноклеточный рак, у 1 пациентки выявлен плоскоклеточный рак прямой кишки. Пятнадцать из 19 пациенток оперированы, 4 – направлены на предоперационную химиолучевую терапию.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При окончательном патоморфологическом исследовании 15 операционных препаратов в 9 случаях выявлены аденомы, в 6 случаях – аденокарциномы различной глубины инвазии. При анализе характера контрастирования железистых опухолей были получены статистически значимые различия паттерна контрастирования аденом и аденокарцином ($p = 0,041$), при этом большинство аденом показали гомогенное гиперконтрастное усиление, аденокарциномы – гетерогенное контрастное усиление с гипер- и гипоконтрастными участками. Контрастирование аденокарцином наступало достоверно быстрее ($p=0,036$). При КУУЗИ пациентки с плоскоклеточным раком отмечено гомогенное гиперконтрастное усиление опухоли, контрастирование опухоли пациентки с перстневидноклеточным раком не наступило.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Ультразвуковое исследование с контрастным усилением является перспективным неинвазивным методом оценки кровоснабжения новообразований прямой кишки, а также дифференциальной диагностики её доброкачественных и злокачественных эпителиальных опухолей.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

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

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

SIMULATED OPERATIVE INTERVENTIONS IN TUMOR PATHOLOGY

Borota A.V., Kuhto A.P., Baziyan-Kuhto N.K., Borota A.A.
Donetsk National Medical University named after
M. Gorky, Department of General Surgery №1, Donetsk

АКТУАЛЬНОСТЬ. Уточнение показаний и противопоказаний к проведению симультанных оперативных вмешательств (СОВ), особенности предоперационной подготовки, коррекции интра- и послеоперационных нарушений у больных с сочетанной опухолевой патологией толстой кишки требует дальнейшего изучения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты хирургического лечения 1018 пациентов за период с 2012 по 2019 г. В 141(13,8%) случаях выполнены СОВ. Правосторонняя гемиколэктомия выполнена в 30(21,2%) случаях, брюшно-анальная резекция прямой кишки – в 25(17,8%), резекция сигмовидной кишки – в 18(12,7%), передняя резекция прямой и сигмовидной кишки – в 13(9,3%), брюшно-надсфинктерная резекция прямой кишки – в 11(7,8%), левосторонняя гемиколэктомия – в 14(9,9%), интерсфинктерная резекция прямой кишки – в 16(11,3%), операция Лахей – в 3(2,2%), экстирпация прямой кишки – в 3(2,2%), операция Иноятова, Гармана и Микулича – по 2(4,2%) случая, резекция поперечно-ободочной кишки и колпроктэктомия – по 1(1,4%) случаю. Первично-восстановительные операции выполнены 93,7% пациентов. Сочетанным этапом холецистэктомия выполнена в 38(26,9%) случаях, экстирпация матки с придатками – в 30(21,2%) случаях, герниоаллопластика – 22(15,6%), герниоаллопластика паховой грыжи 12(8,5%), тубоовариоэктомия и удаление фиброматозного узла матки – в 19(13,4%) случаях, атипичная резекция печени – 10(7,2%), резекция мочевого пузыря – 3(2,2%), резекция прямой кишки – в 3(2,2%) случаях, ТУР – 2 (1,4%) пациента, неуретероцистостомия и спленэктомия – по 1(1,4%) случаю.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя продолжительность стационарного лечения составила $17,4 \pm 0,8\%$ (95% ДИ: 16,8-18) суток. Продолжительность операции $138,9 \pm 6,4$ (95% ДИ: 128,3-149,4) мин. Несостоятельность швов анастомоза имела место в 6 случаях, спаечная кишечная непроходимость – 2 случая, серома послеоперационной раны – 2 пациента, некроз низведенной кишки, кровотечение, поддиафрагмальный абсцесс – по 1 случаю.

ВЫВОДЫ. Несмотря на продолжительность и объем таких операций, их выполнение является оптимальным и оправданным, несмотря на повышенный риск послеоперационных осложнений, для них характерны относительно низкий уровень послеоперационной летальности и значительно лучшие функциональные результаты лечения ($p < 0,05$).

ОДНОМОМЕНТНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ И ТОЛСТОЙ КИШКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

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

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский
университет им. М. Горького», Донецк

ONE-STEP RESIDENCE OF THE LIVER AND COLUM IN THE SURGICAL TREATMENT OF METASTATIC COLORECTAL CANCER

Borota A.V., Kuhto A.P., Baziyan-Kuhto N.K., Borota A.A.
Donetsk National Medical University named after
M. Gorky, Donetsk

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на постоянное развитие и совершенствование противоопухолевых технологий отмечается рост показателей заболеваемости и смертности больных злокачественными новообразованиями толстой кишки во всем мире. Во время установления диагноза синхронные метастазы в печень диагностируются у 15-25% больных, и еще в 20-45% случаев вторичные очаги выявляются в последующие годы.

ЦЕЛЬ. Проанализировать результаты одномоментного хирургического лечения метастатического колоректального рака при одновременном выполнении резекций печени и толстой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Приведены результаты хирургического лечения 69 пациентов с распространенным КРР, оперированных одновременно в объеме резекции толстой кишки и метастатически пораженной печени в клинике общей хирургии №1 Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького на базе проктологического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения за период с 2012 по 2019 г. У 58(84,1%) из них метастазы в печень диагностированы при выполнении компьютерной томографии органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием или УЗИ органов брюшной полости. У 11(15,9%) пациентов – установлены интраоперационно при ревизии печени.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В 52(75,3%) случаях имело место солитарное поражение печени, в остальных 17(24,7%) случаях определялись множественные метастатические узлы в пределах одной (12 пациентов), либо обеих (5 случаев) долей, с поражением не более 40% площади паренхимы, что позволило нам выполнить относительно радикальный объем вмешательства. Всем больным выполнены анатомические, либо атипичные резекции печени (в 9 случаях левосторонняя гемигепатэктомия) с использованием высокочастотных биполярных инструментов, позволяющих достичь надежную коагуляцию всех типов сосудов печени, ушиванием дефекта печени отдельными Z-образными швами, по показаниям. Послеоперационных осложнений и летальности у данной группы пациентов не отмечено. Во всех случаях диагноз был подтвержден гистологически. В последующем пациенты получали различные виды противоопухолевой терапии.

ВЫВОДЫ. При хирургическом лечении пациентов с распространенным операбельным колоректальным раком и наличием метастатического поражения печени предпочтительно выполнение одновременного удаления опухоли толстой кишки с удалением метастазов печени.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара
Россия

RESTORING THE INTESTINAL AFTER SURGICAL TREATMENT OF COLORECTAL CANCER

Katorkin S.E., Zhuravlev A.V., Chernov A.A.
FSBEI HE SamSMU MOH Russia, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. При осложнениях колоректального рака (КРР) (кровотечение, непроходимость, перфорация) хирургические вмешательства в 40-80% заканчиваются формированием кишечной стомы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты восстановительных операций у пациентов с кишечными стомами после оперативных вмешательств по поводу КРР.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Изучены результаты восстановительного лечения 185 пациентов с одноствольными и двухствольными кишечными стомами за 2016-2019 гг. Мужчин – 91(49,2%). Женщин – 94(51,8%). Средний возраст – 48,9 (24-79) лет. У 134(72,4%) пациентов причиной формирования стомы был КРР.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В предоперационном периоде для исключения прогрессии КРР проведено комплексное обследование: колоноскопия, КТ брюшной полости, ПЭТ-КТ. Восстановление целостности толстой кишки после операции Гартмана выполнено 126 (68,1%) больным. У 70,5% больных операция выполнена в период от 6 до 12 мес. после первичной операции. Механический скрепочный шов применен у 115 (91,3%) пациентов. Анастомоз «конец-в-конец» одноразовым циркулярным степлером сформирован у 98 пациентов, анастомоз «бок-в-бок» с применением линейно-режущих аппаратов (GIA 60) – у 14 человек. Ручной анастомоз наложен 3 больным. Резекция культи прямой кишки с гистологическим исследованием выполнена всем пациентам.

При двухствольных кишечных стомах восстановление целостности кишечника выполнено 59 (31,9%) пациентам. Механический шов использован у 24(40,7%) пациентов, ручной анастомоз применен у 35(59,3%). Послеоперационные осложнения отмечены у 19(10,2%) пациентов: нагноение раны – 8(4,3%), кровотечение из линии степлерного шва – 3(1,6%), несостоятельность степлерного анастомоза с развитием перитонита – 4(2,2%), частичная несостоятельность ручного анастомоза с формированием кишечного свища – 2(1,1%), стриктура в области анастомоза 2(1,1%). Умерло два пациента. Летальность составила 1,1%.

ВЫВОДЫ. Выполнение реконструктивно-восстановительных операций больным с одноствольными и двухствольными кишечными стомами после хирургического лечения КРР позволяет провести полную медицинскую и социальную реабилитацию и значительно улучшить качество жизни пациентов.

СКРИНИНГ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Леушина Е.А.
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России,
г. Киров, Россия

SCREENING OF COLORECTAL CANCER IN PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL DISEASES

Leushina E.A.
FSBEI HE Kirov SMU MOH, Kirov, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Колоректальный рак (КРР) – одно из наиболее распространенных злокачественных новообразований. Поздняя диагностика КРР, объясняется недостаточной онкологической настороженностью врачей, даже при наличии уже имеющихся клинических признаков заболевания.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Провести ранний скрининг колоректального рака у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Было обследовано 40 человек, пациенты гастроэнтерологического профиля, находящиеся на стационарном лечении в ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Киров». Средний возраст обследуемых составил 56± 2 года. Проведено комплексное обследование для раннего выявления колоректального рака у данной группы пациентов: сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, анкетирование по факторам риска развития КРР, лабораторные и инструментальные методы диагностики (Раннее выявление онкологических заболеваний органов пищеварения. Методическое руководство Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации онкологов России, 2019 г.).

РЕЗУЛЬТАТЫ. В ходе исследования было выявлено, что кровь в стуле присутствовала у 10% пациентов, изменение характера стула – 62,5%, нерегулярность стула, ощущение неполного опорожнения кишечника после дефекации – у 75%, нарастающее и немотивированное снижение массы тела – 25%, абдоминальные боли – 80%, общая слабость – 70%, тошнота и рвота – 10%, чувство тяжести и переполнения в животе, метеоризм – 95% пациентов. Аденоматозные полипы кишечника в анамнезе выявлялись у 60%, хронические воспалительные заболевания кишечника – у 7,5%,отягощенный семейный анамнез в отношении КРР – 2,5%, нормальный уровень гемоглобина в клиническом анализе крови у всех пациентов, пальцевое ректальное исследование без особенностей – у 100% и колоноскопия (при необходимости с забором биопсийного материала) проведена всем больным. Данных за наличие колоректального рака не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, для раннего скрининга колоректального рака у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, особое внимание уделяется таким «тревожным жалобам», как изменение характера стула, его нерегулярность, абдоминальная боль, мучительный метеоризм, общая слабость, немотивированное снижение массы тела. Необходимо обязательное проведение скрининга для лиц старше 50 лет, пальцевое исследование прямой кишки, анализ кала на скрытую фекальную кровь (FOBТ) и колоноскопия, важнейший компонент комплексной диагностики предраковых состояний и новообразований толстой кишки.

КАЧЕСТВО ПРОТОКОЛОВ КОЛОНОСКОПИЙ В ПРОГРАММЕ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Матвеев А.И.,
Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Козлов М.П.,
Мельникова Д.И.

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Тюмень, Россия
ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», Россия, г.Тюмень, Россия

ANALYSIS OF THE COLONOSCOPY PROTOCOLS IN THE COLORECTAL CANCER SCREENING PROGRAM

Matveev I.A., Gibert B.K., Matveev A.I., Borodin N.A.,
Zaycev E.Yu., Kozlov M.P., Melnikova D.I.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Tyumen State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Tyumen, Russia
Tyumen Regional Clinical Hospital No. 1, Tyumen, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Эффект от программы скрининга колоректального рака реализуется в полной мере только при качественном выполнении эндоскопического этапа, одним из элементов которого является соблюдение стандарта оформления протокола колоноскопии.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Анализ соответствия протоколов колоноскопий принятым критериям качества их оформления.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Изучены протоколы 67 колоноскопий, выполненных в рамках программы скрининга колоректального рака, при которых были обнаружены полипы толстой кишки и изучено соответствие их стандартам оформления.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Использованный для подготовки кишечника препарат был указан у 7(10,5%) больных, оценка качества подготовки кишки отображена в протоколе у 17(25,4%) пациентов. Указание о наличии анестезии содержат 30(44,8%) протоколов, фиксация тотальной колоноскопии в 57(85,1%) документах. Время осмотра было учтено у 14(20,9%) больных. Использование Парижской классификации и выполнение биопсии отмечено в 43(64,2%) и 66(98,5%) случаях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Протоколы оформления колоноскопий при проведении скрининга колоректального рака не соответствуют общепринятым стандартам их оформления. Наиболее часто отсутствуют оценка качества подготовки толстой кишки – у 50(74,6%) больных, время ее осмотра у 53(79,1%), сведения об использованном для подготовки препарата и режиме его назначения – 60 (89,6%) человек.

Для достижения необходимых результатов скрининга, возможности контроля качества колоноскопий оформление их протоколов должно соответствовать общепринятым стандартам.

ВЫБОР ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ ПОЛНОГО МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА ОПУХОЛИ НА ПРОВЕДЕННУЮ НЕОАДЬЮВАНТНУЮ ТЕРАПИЮ

Мошуров И.П.^{1,2}, Головков Д.А.^{1,2}, Цурикова А.В.¹,
Малев С.С.², Быковцев М.Б.¹, Суховерков Д.В.¹

¹ БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер», г.Воронеж, Россия

² ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г.Воронеж, Россия

THE CHOICE OF PATIENT MANAGEMENT TACTICS AFTER ACHIEVING A COMPLETE MORPHOLOGICAL RESPONSE OF THE TUMOR TO NEOADJUVANT THERAPY

Moshurov I.P.^{1,2}, Golovkov D.A.^{1,2}, Tsurikova A.V.¹,
Malev S.S.², Bykovtsev M.B.¹, Sukhoverkov D.V.¹

¹ ВОН «Voronezh regional clinical oncological dispensary», Voronezh, Russia

² The State Budgetary Institution of Higher Professional Education «Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko» of the Ministry of Public Health of the Russian Federation, Voronezh, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. В структуре заболеваемости населения РФ злокачественными новообразованиями на 2018 г. рак прямой кишки остается одной из ведущих локализаций. В Воронежской области в 2019 году выявлено 451 новых случаев заболевания. В настоящее время предоперационная дистанционная лучевая терапия включена в стандарты лечения РПК.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Выбор наиболее оптимальной тактики ведения пациентов с полным морфологическим ответом опухоли на проведенное предоперационное химиолучевое лечение.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР №1. Пациент Б., 63 лет. Объективно – ECOG 0-1. ПГИ – низкодифференцированная аденокарцинома прямой кишки. StIIIbcmt3N1Mo. CRM+. Проведена неоадьювантная ХЛТРОД 2,4Гр до СОД 40,8 Гр + Капецитабин 1650 мг/м² в дни ДЛТ. Контрольное исследование – РРС и МРТ – положительная динамика. Решено провести 4 курса ПХТ по схеме FOLFOX-4. Контрольное исследование после ПХТ: без существенной динамики. Выполнено оперативное лечение через 14 дней после последнего курса ХТ. ПГИ – опухолевого роста не обнаружено. 4 степень лечебного патоморфоза – урTx урNo. При контрольных осмотрах, данных за рецидив и метастазирование не выявлено.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР №2. Пациент Х., 61 год. Объективно – ECOG 0-1. Диагноз: Рак прямой кишки StIIIb с T3N2aM0. ПГИ – высокодифференцированная аденокарцинома. Решено на 1 этапе провести курс ХЛТ. Проведено 25 сеансов объемно-модулированной (VMAT) ЛТ методикой интегрированного буста (simultaneous integrated boost) SIB – СОД 52,5Гр на РTV1, СОД 47,5 Гр на РTV2 + Капецитабин 1650 мг/м² (СД 75000мг) в дни ЛТ. Контрольное обследование – признаки полной регрессии опухоли. ПГИ – без признаков опухолевого роста. Решено провести 4 консолидирующих курса ХТ – Капецитабин 1-14 дни (5000 мг/сутки). Контрольное исследование. Учитывая данные МРТ и выраженную положительную динамику, решением консилиума выбрана тактика динамического наблюдения за больным. При контрольных осмотрах данных за рецидив и метастазирование не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Данные клинические случаи показывают эффективность неoadъювантной ХЛТ с консолидирующими курсами химиотерапии в лечении местнораспространенного рака прямой кишки. Подтверждается клиническая эффективность и адекватность концепции «watch and wait».

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КАК ФАКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПРИ РАКЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

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

¹ ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск, Россия

² ОГБУЗ «Смоленский областной онкологический клинический диспансер», г. Смоленск, Россия

¹ Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia

² Smolensk Regional Oncology Clinical Dispensary, Smolensk, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Ранее проведенные исследования показали, что острая кишечная непроходимость (ОКН) при раке ободочной кишки оказывает неблагоприятное влияние на отдаленные результаты лечения.

ЦЕЛЬ. Определить является ли ОКН предиктором неудовлетворительных непосредственных и отдаленных результатов лечения у больных раком правой половины ободочной кишки (РППОК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведено ретроспективное когортное популяционное исследование в период 2014-2019 гг. Выделены 2 группы больных: 1 группа – больные РППОК, осложненным ОКН (n=92), перенесшие экстренные резекционные вмешательства;

2 группа – больные, с неосложненным РППОК, оперированные в плановом порядке (n=81). В исследование включены аденокарциномы: слепой, восходящей ободочной, печеночного изгиба, проксимальной трети поперечной ободочной кишок; II, III стадии заболевания по TNM (7-я редакция). Послеоперационные осложнения анализировались по классификации Clavien-Dindo, безрецидивная выживаемость (БРВ) методом Каплана-Мейера. Регрессионный анализ Кокса применен для выявления предикторных переменных на БРВ. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Процент послеоперационных осложнений и летальность были статистически значимо выше у больных 1 группы по сравнению со 2-ой (24,6% и 5,7% против 9,2% и 1,2%; p=0,0002 и p=0,011, соответственно). Преимущественно выполнялась правосторонняя гемиколэктомия по экстренным показаниям в 1 группе, планово – во 2-й группе. Среднее количество исследованных лимфатических узлов в 1 группе составило 4,6±2, во 2-й – 12±2. Количество R1 резекций в 1 группе – 19, во 2 группе – 2. При анализе предикторных переменных, оказывающих влияние на пятилетнюю БРВ, больные были стратифицированы в зависимости от стадии TNM. ОКН подтвердила свое влияние в качестве неблагоприятного предиктора только при II стадии заболевания (p=0,002). При III стадии заболевания однофакторным, а затем многофакторным анализом установлено, что основными предикторами явились низкая степень дифференцировки аденокарциномы 1,4 (95% ДИ: 1,23-1,61, p<0,0001), опухолевый рост по длине кишки более 4 см ОР 2,1 (95% ДИ: 1,86-2,63, p<0,0001), количество исследованных лимфатических узлов ОР 0,79 (95% ДИ: 0,72-0,87, p<0,0001), наличие адьюванта ОР 0,55 (95% ДИ: 0,50-0,60, p<0,0001).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ОКН является неблагоприятным фактором, влияющим на пятилетнюю БРВ больных РППОК, преимущественно, со II стадией заболевания. Практически все больные РППОК с III стадией получили адьювантную химиотерапию, ОКН не подтвердила влияние на БРВ у этих пациентов.

ГЛАВА 3. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ В ОЦЕНКЕ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Богданова Е.М., Орлова Л.П., Трубачева Ю.Л.
ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н.Рыжих»
Минздрава России, г.Москва, Россия

A CONTRAST ENHANCED ULTRASOUND IN ASSESSING THE ACTIVITY OF INFLAMMATORY PROCESS IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS

Bogdanova E.M., Orlova L.P., Trubacheva Yu.L.
Ryzhikh National Medical Research Center of
Coloproctology, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Язвенный колит — это хроническое воспалительное заболевание, которое требует тщательного мониторинга активности процесса для обеспечения оптимальной стратегии лечения. Колоноскопия считается золотым стандартом для оценки заживления слизистой, хотя этот метод является инвазивным и требует обязательной подготовки. Ультразвуковое исследование с контрастным усилением (КУУЗИ) является многообещающим неинвазивным методом оценки кишечной стенки.

ЦЕЛЬ. Провести сравнительный анализ диагностической эффективности КУУЗИ в оценке активности ЯК, разработать критерии активности воспалительного процесса при КУУЗИ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 68 пациентов с установленным ЯК. Всем пациентам выполняли трансабдоминальное КУУЗИ кишечника и колоноскопию. Полученные видеопетли КУУЗИ обработаны на компьютерной рабочей станции с получением кривой времени-интенсивности и различными её количественными параметрами. Последние сопоставляли с эндоскопической активностью, установленной по шкале Шредера. Статистический анализ выявил прямую корреляционную связь площади под кривой время-интенсивность и пиковой интенсивности контрастирования с эндоскопической активностью (коэффициент корреляции Спирмена 0,71 и 0,64, соответственно, $p < 0,001$). При сравнении параметров контрастирования в зависимости от степени активности воспалительного процесса были выявлены статистически значимые различия уровней площади под кривой и пиковой интенсивности ($p < 0,001$ в обоих случаях). Значения этих показателей у пациентов с ремиссией и минимальной активностью процесса были ниже, чем у пациентов с умеренной и тяжелой активностью.

ВЫВОД. Количественные параметры контрастного усиления кишечной стенки значительно коррелируют с эндоскопической активностью воспалительного процесса, поэтому КУУЗИ является перспективным неинвазивным методом мониторинга активности заболевания у пациентов с язвенным колитом.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ИЛЕОКОЛОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Борота А.В., Гольмамедов В.А., Гольмамедов Ф.И.,
Полунин Г.Е., Базиян-Кухто Н.К.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский
университет им. М.Горького», Донецк

EXPEDIENCY OF PERFORMING RECONSTRUCTIVE AND RESTORATIVE OPERATIONS IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE OF LARGE BOWEL

Borota A.V., Gulmamedov V.A., Gulmamedov
F.I., Polunin G.E., Baziyan-Kukhto N.K.

Donetsk National medical university named after
M.Gorky, Donetsk

АКТУАЛЬНОСТЬ. Особое место в восстановительной хирургии пищеварительного тракта занимает проблема замещения сегмента толстой кишки (ТК) тонкокишечным трансплантатом – илеоколопластика (ИК). Дискутабельным остаётся вопрос выполнения ИК у пациентов с болезнью Крона (БК).

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить целесообразность выполнения ИК у пациентов с БК ТК.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В клинике общей хирургии №1 за период с 2012 по 2020 гг. формирование J-образного илеального резервуара, илеоанального анастомоза с протективной илеостомией произведено 11 пациентам, страдающим БК ТК. Следует отметить, что у 6 пациентов (54,5±15,0%) подобное хирургическое вмешательство произведено с гистологически верифицированным диагнозом БК ТК в предоперационном периоде лечения. У 5 пациентов (45,5±15,0%) диагноз БК ТК был установлен ретроспективно на основании гистологического исследования операционного материала (предварительный диагноз – неспецифический язвенный колит (НЯК)).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Ближайшие и отдаленные результаты лечения указанных пациентов прослежены в сроки от 9 до 84 месяцев. Эндоскопическая и морфологическая оценка состояния слизистой оболочки сформированного резервуара производилась регулярно с интервалом в 6 месяцев. В 4 случаях (36,3±14,5%) отмечено развитие паучита, потребовавшее проведения консервативных противовоспалительных мероприятий. Закрытие илеостомы производилось в сроки от 8 до 12 недель. При этом статистических различий в функциональных результатах и в результатах оценивания качества жизни с использованием стандартных опросников у данной группы больных по сравнению с группой больных НЯК, перенесших аналогичный объем хирургического лечения, нами отмечено не было.

ВЫВОДЫ. На основании полученных результатов лечения пациентов БК ТК считаем возможным и целесообразным выполнение ИК у пациентов с БК ТК.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЙ СТАТУС КУЛЬТЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ МУКОЗЭКТОМИИ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.

Борота А.В., Гюльмамедов Ф.И.,
Борота А.А., Постолок И.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г.Донецк

THE IMMUNOHISTOCHEMICAL STATUS OF THE RECTAL CUFF AFTER MUCOSECTOMY IN RECONSTRUCTIVE SURGICAL TREATMENT OF ULCERATIVE COLITIS

Borota A.V., Gulmamedov F.I., Borota A.A., Postolyuk I.G.
SEP HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

АКТУАЛЬНОСТЬ. Культит, как проявление резидуальной язвенного колита (ЯК), является распространенной проблемой.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить морфологию в зоне выполнения мукозэктомии культы прямой кишки (КПК) в поздние сроки наблюдения (до 5 лет).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2012 по апрель 2020 года 71 пациент оперирован по поводу осложненных форм ЯК. В 29 случаях выполнена колпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илео-поуч-ректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией КПК и протективной илеостомией. Биопсию иммуногистохимическое исследование стенки КПК выполняли в сроках до 5 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Получено 2 основных типа биоптатов. Первый – эпителий представлен многослойным плоским, неравномерной толщины, местами истончен, местами с наличием в субэпителиальных отделах единичных железистых крипт. При окрашивании многослойный плоский эпителий давал четкую позитивную диффузную цитоплазматическую реакцию с маркером простого эпителия – цитокератинами 5/6. При окрашивании с общим лейкоцитарным антигеном CD45 (LCA) в толще эпителиального пласта и в субэпителиальной строме определяются единичные лимфоциты. Вторую группу биоптатов объединяло наличие кишечного типа эпителия. Железы распределены неравномерно, строма с выраженным отеком, скудной лимфоцитарной инфильтрацией. При окрашивании с маркером толстокишечного эпителия CDX-2 не выявлено положительной реакции. Имеет место очаговое положительное окрашивание слабой интенсивности в единичных клетках железистых крипт. Такая особенность, с нашей точки зрения, обусловлена отсутствием законченной метаплазии тонкокишечного эпителия в толстокишечный. Таким образом, в сроке наблюдения до 5 лет после мукозэктомии КПК у пациентов не было выявлено резидуального ЯК.

ВЫВОДЫ. Высокочастотная электротермическая мукозэктомия КПК в комплексе реконструктивно-восстановительного хирургического лечения ЯК позволяет исключить риск культита в отдаленном послеоперационном периоде.

НАШ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Борота А.В., Танасов И.А., Полунин Г.Е.,
Гюльмамедов В.А., Лыков В.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк

OUR EXPERIENCE IN ENDOSCOPIC TREATMENT OF COLON POLYPS

Borota A.V., Tanasov I.A., Polunin G.E.,
Gulmamedov V.A., Lykov V.A.

Donetsk National medical university named after M.Gorky, Donetsk

АКТУАЛЬНОСТЬ. По данным отчета Американской Ассоциации Раковых заболеваний, 10% людей после 45 лет имеют полипы толстой кишки (ТК), из которых 1% переходит в рак. Заболеваемость доброкачественными образованиями, по мнению разных авторов, составляет от 6% до 13% от всех заболеваний ТК, а основным методом лечения предлагается эндоскопическое удаление образований.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Проанализировать материалы клиники общей хирургии № 1 и оценить результаты эндоскопического удаления полипов ободочной кишки (ОК).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В основу исследования включены результаты лечения 161 больного, находившегося на лечении в республиканском проктологическом отделении ДОКТМО за последние 3 года. Для проведения эндоскопических полипэктомий (ЭП) использовали видеокOLONоскоп OLYMPUSCV-70L и коагулятор ЭХВЧ 300.2 «ЭлеПС».

РЕЗУЛЬТАТЫ. Мужчин было 94 (58,4±3,9%), женщин – 67 (41,6±3,9%) (p<0,01). Возраст больных составлял от 24 до 100 лет. Пациентов в возрасте до 60 лет было 57 (35,4±3,8%), старше 60 лет – 104 (64,4±3,8%) (p<0,01). Одиночные полипы выявлены у 82 (50,9±3,9%), два полипа – у 44 (27,3±3,5%), три и более – у 35 (21,7±3,3%) пациентов. Общее количество выполненных ЭП составило 307. Размеры полипов до 1 см., выявлены у 121 (39,4±2,8%), от 1 до 3 см – у 171 (55,7±2,8%), свыше 3 см – у 15 (4,9±1,2%) пациентов. Полипов на «ножке» выявлено 173 (56,4±2,8%), на широком основании – 134 (43,6±2,8%) (p<0,01). Для удаления небольших (до 1 см) полипов на широком основании использовали щипцы «Alligator grasping forceps with Localisation needle». Для удаления более крупных полипов, на ножке эндоскопическую петлю «Captivator Polypectomy Snare». В послеоперационном периоде осложнения возникли у 4 (2,5±1,2%) пациентов: перфорация стенки кишки – у 2 (на 2 и 3 сутки), кровотечение на 11 и 14 сутки после операции – у 2. Летальных исходов не было. За указанное время наблюдения рецидивов у прооперированных пациентов не наблюдали.

ВЫВОДЫ. Основной контингент пациентов с полипами ОК – лица старше 60 лет. Полипы ОК статистически чаще диагностируют у мужчин. Статистически чаще наблюдаем полипы на «ножке». Эндоскопическая полипэктомия у пациентов с полипами ОК является эффективным методом лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОГО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОБЛАСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Дешина Е.Г., Калашникова И.А., Варданян А.В.
ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих»
Минздрава России, г.Москва, Россия

LOCAL NEGATIVE PRESSURE TO PREVENT COMPLICATIONS OF POSTOPERATIVE WOUNDS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS

Deshina E.G., Kalashnikova I.A., Vardanyan A.V.
Ryzhikh National Medical Research Center of
Coloproctology, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Частота осложнений в области послеоперационных ран у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника составляет 20-27%.

Применение метода локального отрицательного давления является новейшей методикой, успешно применяемой в лечении ран, однако вклад методики в профилактику осложнений недостаточно изучен. В связи с этим инициировано пилотное проспективное исследование по оценке эффективности применения метода для профилактики послеоперационных осложнений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить хирургические результаты, путем снижения частоты осложнений в области послеоперационных ран передней брюшной стенки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 5 пациентов, с диагнозом язвенный колит, которым была выполнена колэктомия/колпроктэктомия путем срединной лапаротомии с формированием илеостомы. В условиях операционной на ушитый лапаротомный разрез накладывалось стерильное раневое покрытие с подключением к портативному аппарату локального отрицательного давления Avelle, в постоянном режиме на - 80 мм рт.ст. Смена повязки происходила каждые 5-7 дней до полного заживления раны, смена калоприемника происходила каждые 3 дня.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Медиана продолжительности госпитализации составила 13 дней (11-26 дней), а сроков заживления послеоперационного рубца - 12 дней (11-20 дней). В ходе наблюдения, не было зафиксировано осложнений в области послеоперационного рубца.

ВЫВОДЫ. Применение метода локального отрицательного давления в исследуемой группе безопасно и не вызвало побочных реакций и ухудшения заживления послеоперационных ран. В рамках исследования отработана методика применения метода локального отрицательного давления в целях профилактики. Дальнейшее изучение эффективности применения данной методики будет продолжено в рандомизированном исследовании с группой сравнения.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВОРОТОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

Карпухин О.Ю.^{1,2}, Шакиров Р.Р.^{1,2},
Зиганшин М.И.², Сакулин К.А.¹

¹ ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России,
г.Казань, Россия

² ГАУЗ Республиканская клиническая больница МЗ РТ,
г.Казань, Россия

EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH VOLVULUS OF THE LARGE INTESTINE

Karpukhin O.Yu.^{1,2}, Shakirov R.R.^{1,2},
Ziganshin M.I.², Sakulin K.A.¹

¹ Kazan State Medical University, Kazan, Russia

² Republican Clinical Hospital, Kazan, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Заворот толстой кишки остается одной из наиболее тяжелых хирургических патологий. До настоящего времени нет однозначного мнения о тактике лечения при успешном проведении эндоскопической деторсии, спорным остается вопрос об объеме вмешательства в ходе первичного и восстановительного этапов операции.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Анализ результатов лечения пациентов с заворотом толстой кишки в отделении колопроктологии многопрофильного стационара.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В основу исследования положен опыт лечения 30 пациентов с заворотом толстой кишки в отделении колопроктологии ГАУЗ РКБ МЗ РТ за десятилетний период.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Оперативное лечение в экстренном и срочном порядке выполнено у 6(20,0%) пациентов, в отсроченном - у 8(26,7%) и плановом порядке - у 12(40,0%), а 4(13,3%) пациентам после успешной эндоскопической деторсии кишки оперативное лечение рекомендовано после коррекции тяжелой сопутствующей патологии. Эндоскопическая деторсия успешно осуществлена у 13(43,3%) пациентов, поступивших в экстренном порядке, что позволило разрешить кишечную непроходимость и после комплексного обследования, не выписывая из клиники, подготовить к операции. В 6(20,0%) наблюдениях пациенты были экстренно оперированы из-за наличия перитонеальных симптомов. Резекция сигмовидной кишки с наложением анастомоза стала операцией выбора у 4(15,4%) пациентов, с наложением колостомы - у 4(15,4%). В 18(69,2%) наблюдениях выполнен расширенный объем резекции в ходе первичного вмешательства или восстановительного этапа в связи с нарушением транзита кишечного содержимого на фоне различных вариантов долихоколон.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При завороте сигмовидной кишки эндоскопическая деторсия с последующей резекцией позволяет улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения за счет выполнения оперативного лечения в отсроченном или плановом порядке. У пациентов с тяжелыми формами хронического рефрактерного запора при обнаружении в ходе комплексного обследования врожденной аномалии строения или расположения толстой кишки возможно расширение объема резекции с целью улучшения толстокишечного транзита.

АЛЬФА-1 АНТИТРИПСИН – МАРКЕР РЕГУЛЯЦИИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Князев О.В., Гудкова Р.Б., Каграманова А.В., А.А. Лищинская, Парфенов А.И.
ГБУЗ «МКНЦ им. А.С.Логина» ДЗМ, г.Москва, Россия

ALPHA-1 ANTITRYPSIN-MARKER OF INFLAMMATION REGULATION IN ULCERATIVE COLITIS

Knyazev O.V., Gudkova R.B., Kagramanova A.V., Leshchinskaya A.A., Parfenov A.I.
Clinical Scientific Center named after A.S.Loginov, Moscow, Russia

ВВЕДЕНИЕ. Определение белка, увеличивающего проницаемость (BPI) и ингибитора протеаз – α 1-антитрипсина (α 1-АТ), которые играют важную роль в патогенезе и регуляции воспалительного процесса при воспалительных заболеваниях кишечника, может быть использовано в качестве диагностических и прогностических маркеров у больных язвенным колитом.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить уровень α 1-антитрипсина в сыворотке крови и в кале больных ЯК для оценки активности воспаления в кишечнике.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Обследованы 34 больных с ЯК (средний возраст – 39, мин. – 19, макс. – 61 лет) с различной активностью заболевания согласно индексу активности Мейо. В сыворотке крови и в кале определяли – α 1-антитрипсин (α 1-АТ) (α 1-Antitrypsin Clearance ELISA Immundiagnostik, Germany) и IgG к белку, усиливающему проницаемость (BPI) (Bactericidal permeability – increasing protein). Использованы программы Statistica 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В сыворотке крови больных с ЯК выявлены колебания α 1-АТ от 235 до 4203 мкг/л (норма 900-1800 мкг/л). Повышение концентрации α 1-АТ обнаружены у 19 больных ($2743,6 \pm 1051,2$ мкг/л), у 7 – показатели оставались в пределах нормы ($1272 \pm 532,3$ мкг/л), у 8 – снижены ($305,8 \pm 146,3$ мкг/л). Антитела к BPI выявлены у 18 больных с непрерывным тяжелым течением ($r=0,43$). Повышение концентрации α 1-АТ в кале отмечено у 17 больных ЯК (от 90 до 792 мкг/г кала) (норма 25-35 мкг/г кала), что свидетельствует о нарушенной проницаемости кишечной стенки. У 1 больного с тотальным поражением толстой кишки и гормонорезистентным ЯК повышение α 1-АТ достигло 905 мкг/г кала, у 9 больных с ЯК средней степени тяжести выявлено повышение α 1-АТ ($95,2 \pm 43,1$ мкг/г кала). Низкий уровень α 1-АТ ($15,2 \pm 5,6$ мкг/г кала) определен у 7 больных с легким неосложненным течением ЯК.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Повышение α 1-АТ в сыворотке крови и в кале больных ЯК является маркером высокой активности воспаления, что может отражать клиническое течение заболевания и в дальнейшем служить предиктором развития осложнений ЯК.

ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ ИНДУКЦИОННОГО КУРСА ТОФАЦИТИНИБОМ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Князев О.В.¹, Каграманова А.В.¹, Ли И.А.¹, Шкурко Т.В.^{1,2}, Лищинская А.А.¹, Бабаян А.Ф.¹, Звяглова М.Ю.¹, Демченко А.Н.¹, Кулаков Д.С.¹, Парфёнов А.И.¹

¹ ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А. С. Логина» Департамента здравоохранения Москвы», г.Москва, Россия

² ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ», г.Москва, Россия

FREQUENCY AND CAUSES OF PROLONGATION OF THE INDUCTION COURSE OF TOFACITINIB IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS IN CONDITIONS OF REAL CLINICAL PRACTICE

Knyazev O.^{1,2}, Kagramanova A.¹, Li I.¹, Shkurko T.V.^{1,2}, Lischinskaya A.¹, Babayan A.¹, Zvyaglova M.¹, Demchenko A.¹, Kulakov D.^{1,2}, Parfenov A.¹

¹ Moscow Clinical Scientific Center named after A.S.Loginov, Moscow, Russia

² Research Institute of Health Organization and Medical Management, Moscow, Russia

Тофацитиниб – селективный иммунодепрессант, первый представитель ингибиторов семейства янус-киназ, обладающий высокой селективностью в отношении прочих киназ генома человека. По результатам исследования тофацитиниб ингибирует JAK-1, JAK-2 и в высокой концентрации – JAK-3 и тирозин-киназу-2. Препарат зарегистрирован в России для лечения больных язвенным колитом. Согласно инструкции по медицинскому применению, у пациентов с неполным ответом на индукционный курс возможно проведение дополнительных 8 недель терапии в индукционной дозе 10 мг 2 раза в сутки.

ЦЕЛЬ. Выявить частоту и причины необходимости в пролонгировании индукционного курса тофацитиниба у больных язвенным колитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении воспалительных заболеваний кишечника ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А.С.Логина» Департамента здравоохранения Москвы» наблюдали 35 больных язвенным колитом (ЯК), которые получали тофацитиниб. Пациенты были разделены на две группы. 1-я группа (n=10) пациентов были бионативными. 2-я группа пациентов (n=25) имели предшествующий опыт лечения одним или более препаратами анти-ФНО- α . Оценивали необходимость пролонгации до 16 недель индукционного курса тофацитиниба у пациентов с недостаточным клиническим ответом на 8 неделе терапии (снижение частичного индекса Мейо менее 30%) и отсутствием нормализации лабораторных показателей (СОЭ, СРБ, гемоглобин, ФКП). Сравнительный анализ проводили методом четырехпольных таблиц с использованием непараметрических статистических критериев.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В периоде наблюдения среди больных ЯК 1-й группы (n=10), не получавших ранее анти-ФНО- α препараты, необходимость в пролонгированном индукционном курсе тофацитиниба не потребовалась ни у одного пациента (0%). Во 2-й группе пациентов (n=25), получавших ранее терапию анти-ФНО- α препаратами, пролонгированный индукционный курс тофацитиниба потребовался у 9(36%) пациентов ($x^2 = 4.484$; $p=0,028$).

ВЫВОДЫ. Необходимость в пролонгировании до 16 недель индукционного курса тофацитиниба у больных язвенным колитом достоверно выше у пациентов, получавших ранее один или несколько анти-ФНО-а препаратов.

ДИНАМИКА ПРОВосПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ НА ФОНЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВЕДОЛИЗУМАБОМ И ИНФЛИКСИМАБОМ

Князев О.В., Каграманова А.В., Лищинская А.А., Дорофеев А.С., Парфенов А.И.

ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» ДЗМ, г.Москва, Россия

DYNAMICS OF PROINFLAMMATORY CYTOKINES IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS ON THE BACKGROUND OF BIOLOGICAL THERAPY WITH VEDOLIZUMAB AND INFlixIMAB

Knyazev O.V., Kagramanova A.V., Leshchinskaya A.A., Dorofeev A.S., Parfenov A.I.

Moscow Clinical Scientific Center named after A.S.Loginov, Moscow, Russia

Помимо препаратов, ингибирующих фактор некроза опухолей- α (ФНО- α), в настоящее время применяются препараты с анти-интегриновым механизмом действия. **ЦЕЛЬ.** Оценить роль провоспалительных цитокинов в регуляции процесса воспаления у больных язвенным колитом (ЯК), получающих лечение инфликсимабом и ведолизумабом.

МЕТОДЫ. Индукционный курс лечения инфликсимабом (в дозе 5 мг/кг массы тела в/в) был проведен 31 больному со среднетяжелым/тяжелым течением ЯК, не получавшим ранее терапию анти-ФНО. Ведолизумаб в дозе 300 мг в/в получили 29 «биоинаивных» больных ЯК. Определение сывороточного уровня цитокинов-интерлейкин 6 (ИЛ-6), интерлейкин 8 (ИЛ-8), интерлейкин 10 (ИЛ-10) проводилось до и через 8 недель от начала индукционного курса биологической терапии методом ИФА. Через 8 недель после начала терапии оценивали уровень С-реактивного белка (СРБ) и степень заживления слизистой оболочки (СО) по шкале Мейо.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 19 из 31 больного ЯК, получивших индукционный курс инфликсимаба (61%) был отмечен клинический ответ, тогда как у 12 пациентов сохранялась активность ЯК. На 8 неделе лечения уровень ИЛ-8 был статистически значимо ниже у больных, ответивших на терапию инфликсимабом, по сравнению с «неответчиками» ($P < 0,05$). Уровень ИЛ-6 и ИЛ-10 существенно не изменялся. Среднее значение индекса Мейо статистически значимо снизилось на 8 неделе лечения у больных ЯК, ответивших на анти-ФНО терапию (с 6,5 до 1,0, $P < 0,05$). Также отмечалось статистически значимое снижение СРБ у больных ЯК ($P < 0,05$). Была выявлена существенная корреляция между показателями заживления СО кишечника (оцениваемого по шкале Мейо) и уровнем СРБ ($p < 0,01$) после 8 недель лечения инфликсимабом. У 20 из 29 больных ЯК (67%), получивших индукционный курс ведолизумаба, был отмечен клинический ответ на 8 неделе лечения. Уровень ИЛ-8 и ИЛ-6 в сыворотке крови существенно снизился на 8 неделе лечения у «ответчиков» на анти-интегриновую терапию по сравнению с «неответчиками». Уровень ИЛ-10 существенно не изменялся. На 8

неделе лечения была отмечена существенная корреляция между снижением сывороточного уровня ИЛ-6 и ИЛ-8 и заживлением СО кишечника ($p < 0,05$ и $p < 0,05$, соответственно) и СРБ ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Снижение ИЛ-8 коррелировало с эффективностью индукционного курса препаратами инфликсимаба и ведолизумаба. ИЛ-10 существенно не изменялся на фоне лечения вышеуказанными препаратами.

ПРЕОДОЛЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ ПОТЕРИ ОТВЕТА НА ИНФЛИКСИМАБ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК

Князев О.В.^{1,2}, Каграманова А.В.¹, Лищинская А.А.¹, Парфёнов А.И.¹

¹ ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А. С. Логинова Департамента здравоохранения Москвы», г.Москва, Россия

² ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ», г.Москва, Россия

OVERCOMING SECONDARY LOSS OF RESPONSE TO INFlixIMAB IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS WITH THE USE OF MESENCHYMAL STROMAL CELLS

Knyazev O.^{1,2}, Kagramanova A.¹, Lischinskaya A.¹, Babayan A.¹, Zvyaglova M.¹, Demchenko A.¹, Korneeva I.¹, Shkurko T.^{1,2}, Parfenov A.¹

¹ Moscow Clinical Scientific Center named after A.S.Loginov, Moscow, Russia

² Research Institute of Health Organization and Medical Management, Moscow, Russia

Длительный опыт применения инфликсимаба (ИФЛ) показывает, что в течение года у 20-30% больных язвенным колитом (ЯК) развивается приобретенная лекарственная резистентность (вторичная неэффективность).

ЦЕЛЬ. Установить возможность преодоления вторичной неэффективности ИФЛ у больных ЯК с применением мезенхимальных стромальных клеток (МСК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении лечения ВЗК проведена оценка клинического состояния 84 больных ЯК, получающих терапию препаратом ИФЛ. У 28 больных ЯК зарегистрирована вторичная потеря ответа, что потребовало оптимизации терапии ИФЛ. 12 больным (1 группа), с целью преодоления вторичной потери ответа, вводили трижды МСК каждые 4 недели, 16 больных ЯК (2 группа) получала стандартную оптимизированную терапию ИФЛ. Эффективность терапии оценивали через 12 недель терапии (снижение индекса Мейо) и нормализация лабораторных показателей (СОЭ, С-реактивного белка (СРБ), гемоглобин, фекального кальпротектина (ФКП)). Сравнительный анализ проводили методом четырехпольных таблиц с использованием непараметрических статистических критериев.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 10(83,3%) из 12 пациентов 1 группы через 12 недель отмечена значительная положительная динамика: снижение индекса Мейо и нормализация лабораторных показателей (СОЭ, СРБ, гемоглобин, ФКП). У 4(25,0%) пациентов с ЯК из 2 группы на фоне оптимизированной терапии ИФЛ также отмечена значительная положительная динамика со снижением индекса Мейо и улучшением показате-

лей уровня СОЭ, СРБ, гемоглобин и ФКП. Однако, 12 пациентов из 2 группы переведены на терапию другими анти-ФНО-α препаратами и препаратами с иным механизмом действия (ОР-0.222, 95% ДИ 0.061-0.812; $\chi^2 = 7.146$; $p=0.00334$).

ВЫВОДЫ. Применение мезенхимальных стромальных клеток костного мозга способствует преодолению вторичной потери ответа на инфликсимаб у больных язвенным колитом.

ОСТРЫЙ ДИВЕРТИКУЛИТ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ

Коротких Н.Н., Казарезов О.В.

БУЗ ВО ВОКБ №1, г.Воронеж, Россия

ACUTE DIVERTICULITIS: A MODERN VIEW OF TREATMENT TACTICS

Korotkikh N.N., Kazarezov O.V.

Voronezh Regional Clinical Hospital №1, Voronezh, Russia

Дивертикулярная болезнь – одно из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Перфоративный дивертикулит – четвертый по частоте причина экстренного хирургического вмешательства и третий при формировании кишечных стом. Таким образом, оптимизация методов лечения острых осложнений дивертикулярной болезни остается актуальной.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка результатов лечения пациентов с осложненным дивертикулитом.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. С 2014 по 2019 гг. в колопроктологическом отделении БУЗ ВО ВОКБ №1 было пролечено 52 пациента с диагнозом «Дивертикулярная болезнь ободочной кишки». Из них у 41 пациента ограничили консервативной терапией, а 11 больным были выполнены различные виды хирургических вмешательств.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Согласно классификации дивертикулярной болезни ГНЦК в группу консервативной терапии были включены пациенты с I, II и IIIa формой. Средний возраст составил $58,2 \pm 1,8$ лет. Консервативная вели пациентов с размерами периколического абсцесса менее 3 см ($20,1 \pm 2,5$ мм). Значение С-реактивного белка при поступлении составляло $30,4 \pm 7,5$, после курса терапии – $5,2 \pm 0,6$. Средний койко-день составил $8,7 \pm 0,5$.

В группу хирургического лечения были включены пациенты с осложнениями дивертикулярной болезни IIIa, IIIb, IIIc. Средний возраст составил $51,4 \pm 3,9$ лет. Перкутанное дренирование было выполнено 4 пациентам (IIIa), у которых размер периколического абсцесса превышал 3 см ($65,4 \pm 5,3$ мм). 5 пациентам (IIIa, IIIb, IIIc) была выполнена резекция перфорированного сегмента толстой кишки. У 2 пациентов (IIIb, IIIc) ограничили колостомией. Значение С-реактивного белка при поступлении было $126,2 \pm 25,3$, перед выпиской $6,7 \pm 0,6$. Средний койко-день составил $15,2 \pm 1,8$ дней. Летальных исходов не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В случае открытой перфорации кишечника и локального или разлитого перитонита, а также наличия абсцесса, перкутанное дренирование которого невозможно, методом выбора является хирургическое лечение, предпочтительно резекция перфорированного участка. Консервативная терапия эффективна при остром паракишечном инфильтрате, а также периколическом абсцессе менее 3 см. При размере абсцесса более 3 см методом выбора являются малоинвазивные дренирующие операции под контролем УЗИ или КТ с дальнейшей консервативной терапией.

ЧАСТОТА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Лищинская А.А.¹, Князев О.В.^{1,2}, Каграманова А.В.¹

¹ ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А. С. Логинова Департамента здравоохранения Москвы», г.Москва, Россия;

² ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ», г.Москва, Россия

FREQUENCY OF HEREDITARY AND ACQUIRED THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Lischinskaya A.¹, Knyazev O.^{1,2}, Kagramanova A.¹

¹ Moscow Clinical Scientific Center named after A.S.Loginov, Moscow, Russia

² Research Institute of Health Organization and Medical Management, Moscow, Russia

Тромбоэмболические осложнения (ТЭО) являются одними из характерных проявлений воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК).

ЦЕЛЬ. Выявить частоту приобретенных и наследственных факторов гиперкоагуляции, способствующих развитию ТЭО у больных ВЗК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении лечения ВЗК проведена оценка клинического состояния 1238 больных ВЗК, проходящих лечение в 2019 году. Из них 748 больных язвенным колитом (ЯК) и 490 больных болезнью Крона (БК). У 112(9,0%) пациентов ВЗК выявлены клинически значимые ТЭО (венозные тромбозы нижних конечностей, верхних конечностей, тромбоза ветвей легочной артерии). У пациентов, имеющих клинически значимые ТЭО, исследовали ДНК, выделенную из лимфоцитов периферической крови, на выявление полиморфизмов в генах протромбина, фактора Лейдена и ферментов реакций фолатного цикла, приводящих к гиперкоагуляции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 112 пациентов с ТЭО 76(67,8%) пациентов страдали ЯК, 36(32,2%) пациентов – болезнью Крона. Из 112 больных ВЗК с клинически значимыми ТЭО у 45(40,2%) выявлены генетические полиморфизмы, которые повышают сродство к фибриногену, увеличивают способность тромбоцитов к агрегации, нарушают метаболизм фолиевой кислоты, способствуют снижению работы фермента метилентетрагидрофолатредуктазы, что может проявляться умеренным повышением уровня гомоцистеина (вариант 677С > Т гена MTHFR C/T C/C, вариант 1298А>С гена MTHFR A/A/A, вариант 2756А>G гена MTR A/A/A, вариант 66А>G гена MTRR A/GA/A, вариант 20210G>A гена F2 G/GG/G, вариант 1691G>A гена F5 G/GG/G, вариант 10976G>A гена F7 G/GG/G, вариант 103G>T гена F13A1 G/GG/G, вариант –455G>A гена FGBG/GG/G, вариант 807C>T гена ITGA2-a2 C/CC/C, вариант 1565T > C гена ITGB3-V3 T/C T/T, вариант –675 5G > 4G гена PAI-1 5G/4G 5G/5G). 67 пациентов с ВЗК (59,8%) не имели генетических полиморфизмов, приводящих к гиперкоагуляции.

Из 45 пациентов ВЗК, имеющих клинически значимые ТЭО, обусловленные наследственными факторами, 30(66,6%) больных страдали ЯК, 15(33,7%) больных – БК (ОР-1.038, 95% ДИ 0.746-1.444; $\chi^2 = 0.049$; $p=0.83921$).

ВЫВОДЫ. У 9,0% пациентов ВЗК выявлены клинически значимые ТЭО. Более 40% пациентов с клинически значимыми ТЭО ($n=112$) имеют наследственные факторы, способствующие развитию ТЭО. Около 60% больных ВЗК с клинически значимыми ТЭО не имеют наследственных факторов, приводящих к развитию ТЭО.

СПАЕЧНЫЙ ПРОЦЕСС В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ВЫПОЛНЕНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Матвеев А.И., Хасия Д.Т., Жуков П.А., Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю.

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Тюмень, Россия
ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», Россия, г.Тюмень, Россия

ANALYSIS OF THE COLONOSCOPY PROTOCOLS IN THE COLORECTAL CANCER SCREENING PROGRAM

Matveev I.A., Gibert B.K., Matveev A.I., Hasia D.T., Zhukov P.A., Borodin N.A., Zaycev E.Yu.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Tyumen State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Tyumen, Russia,
Tyumen Regional Clinical Hospital No.1, Tyumen, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Спаечный процесс брюшной полости обуславливает сложность проведения восстановления непрерывности кишки у больных с колостомой. При наличии нескольких способов восстановительных операций необходима оценка влияния оперативного доступа на частоту осложнений, обусловленных спаечным процессом брюшной полости.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить частоту осложнений, обусловленных спаечным процессом брюшной полости при выполнении восстановительных операций на толстой кишке в зависимости от модификации вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Восстановление непрерывности толстой кишки проведено 205 пациентам. Средним доступом оперировано 93 пациента, парастомальным – 79 и лапароскопически ассистированным – 33 пациента. Изучены хронометраж этапа рассечения спаек при каждом способе оперирования и осложнения, связанные с адгеолизисом: ранения полых органов, кровотечения из спаек, кишечная непроходимость. Часть из них устранены во время операции, другие остались незамеченными и привели к развитию послеоперационных осложнений, которые анализированы в зависимости от модификации операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Продолжительность адгеолизиса отражает его объемы, при срединном, парастомальном и лапароскопическом доступе время рассечения сращений составило: $62,1 \pm 39,0$, $43,5 \pm 30,6$ и $58,3 \pm 33,8$ мин. Возникшие дефекты адгеолизиса устранены во время операции у 13 человек: при срединной лапаротомии у 8 пациентов, парастомальной у 3-х, лапароскопическом способе – у 2-х. Им выполнена конверсия.

Осложнения спаечных сращений и адгеолизиса, потребовавшие послеоперационного лечения, были у 13 (52%) человек. При срединном доступе они были у 10 пациентов, парастомальном – у 1-го, лапароскопически ассистированном – у 2-х. Все, кроме одной пациентки, оперированы, летальных исходов не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Адгеолизис обуславливает возникновение осложнений при восстановлении непрерывности кишечного тракта у больных с концевой колостомой в зависимости от модификации операции. При лапароскопическом и парастомальном способе восстановления анальной дефекации объем рассечения сращений уменьшается, что приводит к снижению осложнений адгеолизиса.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОФАЦИТИНИБА В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Мордасова В.И., Копылова Д.В.

БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1». г.Воронеж, Россия

EXPERIENCE WITH TOFACITINIB IN THE TREATMENT OF ULCERATIVE COLITIS

Mordasova V.I., Kopylova D.V.

"Voronezh State Clinical Hospital №1". Voronezh, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. В лечении язвенного колита широко применяются анти-ФНО- α -препараты. Но, несмотря на высокую эффективность препаратов, у части больных ВЗК (до 20–30%) возникает первичная неэффективность или же у них развивается вторичная потеря ответа. Применение тофацитиниба показала высокую эффективность использования данного препарата у биоинайвных пациентов

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность и безопасность использования тофацитиниба в лечении язвенного колита у биоинайвных пациентов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В группу наблюдения включено 10 биоинайвных пациентов в возрасте от 19 до 70 лет с длительностью анамнеза заболевания, в среднем, от 3 до 10 лет; из них с тотальным ЯК – 6 пациента; левосторонним поражением – 4 пациента. В связи с отсутствием эффекта от базисной терапии пациентам назначен тофацитиниб. Ответ на терапию оценивался через 1 неделю, через 12 недель и через 6 месяцев. Оценивалась динамика клинических и эндоскопических проявлений (всем пациентам проводилась ректороманоскопия через 12 недель и 6 месяцев).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Через 7 дней отмечена выраженная положительная динамика у 8 больных: значительное уменьшение болей в животе, нормализация частоты дефекации, уменьшение патологических примесей. 2 пациента отметили незначительное улучшение: сохранялся частый неоформленный стул до 5–6 раз в сутки и уменьшения количества патологических примесей.

Через 12 недель у 7 пациентов отмечалась клиническая ремиссия, у 3 пациентов – выраженная положительная динамика (уменьшение частоты частота стула, отсутствие слизи и крови в каловых массах). При проведении ректороманоскопии отмечалась корреляция эндоскопической картины и динамики симптоматики. Через 6 месяцев у 8 пациентов наблюдалась стойкая клиническая и эндоскопическая ремиссия, у 1 пациента уменьшилась активность по Трулав-Виттс. Однако у 1 пациента наступило обострение заболевания, что потребовало назначения системных стероидов. За время лечения побочных эффектов и непереносимости тофацитиниба отмечено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Тофацитиниб является новым и перспективным препаратом в лечении язвенного колита, показавший высокую эффективность и безопасность.

ЭНДОТЕЛИН-1 – МАРКЕР ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Павленко В.В., Мурадбекова С.О., Дубянский М.П., Мещерякова Е. А., Абдулазизова З.Х.

Государственный медицинский университет, г.Ставрополь, Россия

ENDOTHELIN-1 – A MARKER OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN CROHN'S DISEASE

Pavlenko V.V., Muradbekova S.O., Dubyansky M.P., Meshcheryakova E.A., Abdulazizova Z.Kh.

State Medical University, Stavropol, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. В сложных механизмах патогенеза БК важная роль отводится пептиду – эндотелину-1. Показана способность эндотелина-1 вызывать вазоконстрикцию, ишемию, некроз и воспаление в различных органах.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучение особенностей продукции ЭТ-1 в ткани кишечника больных болезнью Крона (БК) в динамике лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Обследовано 25 пациентов с болезнью Крона. У 5 больных выявлен терминальный илеит, у 12 – илеоколит, у 8 пациентов – колит. Легкая форма БК установлена у 8 пациентов (индекс Беста 150-300), среднетяжелая – у 11 пациентов (индекс Беста 300-450), тяжелая – у 6 больных (индекс Беста >450). Лечение назначалось соответственно тяжести БК. Образцы тканей получали из тонкой (илеит) или толстой (илеоколит) кишки. Кусочки биоптатов, полученные во время эндоскопии культивировали в течение 24 часов при температуре 37°C в атмосфере 5% CO₂. Изучали спонтанный и ЛПС-стимулированный синтез ЭТ-1 методом ИФА. Результаты выражали в пмоль/г ткани. Контрольную группу составили 13 пациентов, не имевших никаких признаков воспалительных заболеваний кишечника, но нуждающихся в резекции или биопсии по каким-либо иным причинам.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Установлено, что в активной стадии БК спонтанная и ЛПС-стимулированная продукция ЭТ-1 повышена, причем с преобладанием последней. При анализе продукции ЭТ-1 в биоптатах кишечника в зависимости от тяжести течения (активности) БК установлено прямая пропорциональная связь как спонтанной, так и ЛПС-индуцированной выработки ЭТ-1. Формирование клинической ремиссии у больных с различной тяжестью БК (в среднем, через 6 недель базисной терапии) сопровождалось снижением синтеза ЭТ-1 в ткани кишечника. В случае сохраняющейся клинической активности БК к концу стационарного этапа лечения продукция ЭТ-1 оставалась на прежнем высоком уровне.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Выявленные особенности в продукции ЭТ-1 в ткани кишечника у больных БК отражают одну из сторон эндотелиальной дисфункции при данной патологии, способствуя поддержанию воспалительно-деструктивного процесса и, возможно, формированию стриктур.

РОЛЬ РКТ В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Панкратова Ю.С.^{1,2}, Карпухин О.Ю.^{1,2}, Юсупова А.Ф.^{1,2}, Черкашина М.И.²

¹ ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г.Казань, Россия

² ГАУЗ Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г.Казань, Россия

THE ROLE OF CT IN DIAGNOSIS OF INFLAMMATORY COMPLICATIONS OF DIVERTICULAR DISEASE OF THE COLON

Karpukhin O.Yu.^{1,2}, Yusupova A.F.^{1,2}, Pankratova Yu.S.¹, Cherkashina M.I.²

¹ Kazan State Medical University, Kazan, Russia

² Republican Clinical Hospital, Kazan, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Осложненные формы дивертикулярной болезни ободочной кишки (ДБОК) – частая причина неотложной госпитализации пациентов в отделения хирургического профиля. Выбор адекватной лечебной тактики при ДБОК зависит от своевременности проведенного комплекса диагностических исследований, роль РКТ в котором остается дискуссионной.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Анализ результатов применения рентгеновской компьютерной томографии в диагностике осложненных форм ДБОК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. РКТ с внутривенным и пероральным контрастированием выполнена у 85(51,6%) из 165 пациентов с осложненной формой ДБОК, находившихся на стационарном лечении в отделении колопроктологии ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» за пятилетний период.

РЕЗУЛЬТАТЫ. РКТ признаками острого дивертикулита (40(47,1%)) были мешотчатые выпячивания стенки ободочной кишки с нечеткими, неровными контурами. Распространение воспаления за пределы дивертикула с формированием инфильтрата (24(28,2%)) характеризовалось отеком, тяжестью параколической клетчатки, пристеночными прослойками жидкости. При деструкции дивертикула на фоне инфильтративных изменений параколической клетчатки выявлялись пузырьки газа и скопления контраста вне просвета кишки, а также полость сформировавшегося абсцесса (14(16,5%)) и признаки местного, либо распространенного перитонита (6(7%)). У 1(1,2%) пациента с рецидивом дивертикулита в ходе РКТ дивертикулы не выявлены, диагноз подтвержден ирригоскопией. При обнаружении воспалительных изменений дивертикулов и параколической клетчатки консервативное лечение было эффективным у 66(77,7%) пациентов. Абсцессы размером 3-5 см пунктировали под УЗ-навигацией (4(4,7%)), а при местном или распространенном перитоните выполняли резекцию кишки (15(17,6%)). У 2 пациентов с РКТ признаками перфорации дивертикула эффект от консервативной терапии и малоинвазивного вмешательства не гарантировал возникновения раннего рецидива.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. РКТ позволяет установить клинический вариант воспалительного осложнения ДБОК, определиться с тактикой лечения и прогнозировать рецидив.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЗАПОРЕ

Сакулин К.А.¹, Карпукхин О.Ю.^{1,2}, Шафигуллин М.У.³, Ситдикова Г.Ф.³

¹ ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г.Казань, Россия

² ГАУЗ Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г.Казань, Россия

³ ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», г.Казань, Россия

PHYSIOLOGICAL STUDY OF COLONIC SPECIMENS IN CHRONIC CONSTIPATION

Sakulin K.A.¹, Karpukhin O.Yu.^{1,2}, Shafigullin M.U.³, Sitydkova G.F.³

¹ Kazan State Medical University, Kazan, Russia

² Republican Clinical Hospital, Kazan, Russia

³ Kazan (Volga region) Federal University, Kazan, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хронический запор (ХЗ) – широко распространенная, трудно поддающаяся лечению гетерогенная патология, при которой качество жизни пациентов значительно ухудшается, а патофизиологические аспекты страдания остаются во многом не изученными.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Анализ сократительной активности гладкомышечной ткани в резецированных препаратах ободочной кишки пациентов с хроническим запором.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведена регистрация спонтанных и стимулированных КС1 и карбахолиномизометрических сокращений полнослойных полосок мышечной ткани, выделенных из стенки резецированных сегментов нисходящей ободочной кишки пациентов, оперированных по поводу хронического рефрактерного коллогенного запора (исследуемая группа – 8 пациентов) и карциномы сигмовидной кишки (Т2-Т3) без нарушений транзита кишечного содержимого (группа сравнения – 5).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Способность к спонтанным сокращениям была сохранена во всех кольцевых препаратах обеих групп, а также в 5(50%) продольных препаратах группы сравнения и 14(87,5%) исследуемой группы. Сокращения отличались по амплитуде, частоте, длительности, однако в обеих группах отмечены аналогичные их типы. Амплитуды сокращений в ответ на добавление 70м МКС1 достоверно не отличались в исследуемых группах, а стимулированные карбахолином (в возрастающей концентрации) сокращения препаратов у пациентов с запором показывали повышенную амплитуду, начиная с концентрации 1 мкМ. Полумаксимальная эффективная концентрация карбахолина для кольцевых препаратов исследуемой группы составила $0,760 \pm 0,063$ мкМ, группы сравнения – $2,005 \pm 1,04$ мкМ ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Повышение амплитуды стимулированных карбахолином сокращений может быть обусловлено компенсаторным механизмом в связи с нарушением холинергической иннервации за счет развития вторичного денервационного синдрома. Однако, несмотря на включение компенсаторных механизмов, моторно-эвакуаторная функция ободочной кишки пациентов с рефрактерным ХЗ угасает.

АНАЛИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКТИВНОСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У БОЛЬНЫХ

Ткачев А.В., Мкртчян Л.С., Мазовка К.Е., Косенко В.А., Криковцова О.А.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону, Россия

ANALYSIS OF LABORATORY INDICATORS IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS

Tkachev A.V., Mkrtychyan L. S., Mazovka K. E., Kosenko V. A., Krikovtsova O. A.

The Rostov State Medical University, Rostov-on-don, Russia

ЦЕЛЬ. Анализ следующих лабораторных показателей: гемоглобин, лейкоциты, СОЭ (по методу Панченкова), СРБ и ЛИИ, рассчитанный по формуле Кальф-Калифа Я.Я. (1941г.), у больных язвенным колитом (ЯК).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Исследование включает в себя анализ 70 пациентов с рецидивом ЯК (средний возраст $40,95 \pm 11,9$ лет). У 27(38,5%) больных – левостороннее поражение, у 43(61,5%) – тотальное поражение. По тяжести рецидива ЯК (согласно индексу клиники Мейо) у 10(14,3%) больных – легкая степень, у 47(67,1%) – средняя степень, у 13(18,6%) – тяжелая степень. Всем пациентам с ЯК проводился анализ показателей гемограммы, СРБ и ЛИИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Уровень гемоглобина (г/л) более 100 зарегистрирован у 48(68,6%) пациентов, 90-100 – у 17(24,3%), менее 90 – у 5(7,1%). В зависимости от уровня СОЭ – нормальное значение наблюдалось у 28(40,0%) пациентов, незначительное повышение (менее 30 мм/час) – у 30 (42,9%), умеренное повышение (30-50 мм/час) – у 12(17,1%). Распределение больных ЯК в зависимости от степени лейкоцитоза следующее: отсутствие лейкоцитоза зарегистрировано у 51(72,9%) пациента, незначительный лейкоцитоз ($9,0-11,9 \times 10^9/л$) – у 10(14,3%), умеренный лейкоцитоз ($12,0-20,0 \times 10^9/л$) – у 9(12,8%). Распределение больных ЯК в зависимости от степени повышения СРБ следующее: норма (до 5 г/л) – 11 пациентов (15,7%), незначительное повышение (5-10 г/л) – 37(52,9%), умеренное повышение (более 10 г/л) – у 22(31,4%) больных. В когорте наших больных среднее значение ЛИИ не превысило норму ($0,5-1,5$) – $0,91 \pm 0,43$. Но при анализе ЛИИ среди групп по протяженности поражения и степени тяжести было обнаружено, что ($p=0,023$) отличались друг от друга средний ЛИИ между группами со среднетяжелым (0,87) и тяжелым обострением (1,29). Статистически значимое ($p=0,024$) отличие также было при сравнении групп с легким (0,70) и тяжелым (1,29) рецидивом заболевания.

ВЫВОДЫ. Проведение экспресс-оценки уровня возможной интоксикации возможно, благодаря лабораторным показателям. Большая вероятность синдрома эндотоксемии наблюдается при тяжелом обострении ЯК.

АНАЛИЗ ВНЕКИШЕЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Ткачев А.В., Мкртчян Л.С., Мазовка К.Е.,
Такидзе Л.Т., Коновал Н.В.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г.Ростов-на-Дону, Россия

ANALYSIS OF EXTRA-INTESTINAL MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS

Tkachev A.V., Mkrtychyan L. S., Mazovka K. E.,
Takidze L. T., Konoval N. V.

The Rostov State Medical University, Rostov-on-don,
Russia

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Исследование распространенности внекишечных симптомов у больных язвенным колитом (ЯК).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Исследование включает в себя анализ 70 пациентов с рецидивом ЯК (средний возраст $40,95 \pm 11,9$ лет). У 27(38,5%) больных – левостороннее поражение, у 43(61,5%) – тотальное поражение. По тяжести рецидива ЯК (согласно индексу клиники Мейо) у 10(14,3%) больных – легкая степень, у 47(67,1%) – средняя степень, у 13(18,6%) – тяжелая степень. Всем пациентам проводилось комплексное лабораторно-инструментальное обследование с целью выявления различных внекишечных проявлений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У изучаемой нами группы пациентов проведен анализ характерных для ЯК внекишечных проявлений. Наличие как минимум 1 внекишечного проявления было зарегистрировано у 42(60,0%) пациентов. Установлено, что у 24(57,1%) больных наблюдались изолированные признаки поражения суставов в виде артралгий и артропатий, характеризующихся асимметричным поражением крупных суставов (чаще коленных и локтевых) без признаков деформации. Изолированные изменения кожи и слизистой ротовой полости, такие как афтозный стоматит, узловатая эритема, псориаз, гангренозная пиодермия, в целом, наблюдались у 9(21,4%) больных, из них афтозный стоматит был у 4(9,5%), узловатая эритема у 2(4,8%), гангренозная пиодермия у 2(4,8%), псориаз у 1(2,4%). Поражение глаз в виде увеита и иридоциклита было у 2(4,8%) пациентов. Поражение печени было зарегистрировано у 2(4,8%) пациентов в виде склерозирующего холангита и стеатогепатита. 5 пациентов имели сочетание двух внекишечных проявлений, наряду с суставным синдромом у 2(4,8%) был афтозный стоматит, у 2(4,8%) – псориаз, у 1(2,4%) – гангренозная пиодермия.

ВЫВОДЫ. Полученные нами цифры по распространенности внекишечных поражений среди наших больных не отличаются от данных литературы. Внекишечные поражения, возникающие при ЯК весьма многообразны, а некоторые являются объективными показателями активности течения заболевания и иногда бывают выражены даже в большей степени, чем кишечные симптомы.

ИССЛЕДОВАНИЕ MUTYH-АССОЦИИРОВАННОГО ПОЛИПОЗА В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Тобоева М.Х., Цуканов А.С., Фролов С.А.,
Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Шубин В.П.,
Королик В.Ю., Шельгин Ю.А.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих»
Минздрава России, г.Москва, Россия

A STUDY OF MUTYH-ASSOCIATED POLYPOSIS IN THE RUSSIAN POPULATION

Toboeva M.Kh., Tsukanov A.S., Frolov S.A.,
Kuzminov A.M., Vyshegorodtsev D.V., Shubin V.P.,
Korolik V.Yu., Shelygin Yu.A.

Ryzhikh National Medical Research Center of
Coloproctology, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. MutYH-ассоциированный полипоз (МАП) – редкое наследственное аутосомно-рецессивное заболевание, патогенетической причиной которого являются мутации в гене MutYH. Заболевание характеризуется наличием множественных полипов в толстой кишке и развитием колоректального рака (КРР) на их фоне при условии несвоевременного лечения. В российской популяции, как и в других, имеются свои клиничко-генетические особенности.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Целью данного исследования стало изучение клинических и генетических особенностей у пациентов с MutYH-ассоциированным полипозом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Материалом для исследования стали клинические данные о 15 пациентах с генетически установленным диагнозом MutYH-ассоциированного полипоза, проходивших лечение и последующее амбулаторное наблюдение в ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» в период с октября 2012 по январь 2020 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среди пациентов, включенных в исследование, соотношение мужчин и женщин составило 6:9, а средний возраст установки диагноза – 50,3 (19-70) лет. По данным эндоскопического исследования, среднее количество колоректальных полипов составило 103 (24-420). Равномерное распределение полипов во всех отделах толстой кишки отмечено у большинства пациентов (60%; 9/15), у 6 пациентов большая часть локализовалась в правых отделах. При молекулярно-генетическом исследовании наиболее часто встречаемыми патогенными MutYH-мутациями были миссенс-мутации p.G382D (36,5%; 11/30), p.Y165C (17%; 5/30), p.G169D (17%; 5/30) и p.R231H (17%; 5/30). Частота других мутаций, которые встретились только по одному разу, составила 12,5% (4/30). На момент диагностики заболевания, у 10 из 15 пациентов (67%) обнаружен рак толстой кишки. Стоит отметить, что средний возраст диагностики МАП без КРР – 36 (19-50) лет, а средний возраст выявления КРР на фоне МАП – 57,5 (42-70) лет.

ВЫВОДЫ. На основании данных проведенного исследования обозначены как клинические, так и генетические особенности течения МАП в российской популяции. В настоящее время в «ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» продолжается набор данной группы пациентов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С ФОРМИРОВАНИЕМ ТОНКОКИШЕЧНЫХ ТАЗОВЫХ РЕЗЕРВУАРОВ

Чернов А.А., Журавлев А.В., Каторкин С.Е.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

SURGICAL TREATMENT OF RESISTANT ULCERATIVE COLITIS WITH FORMATION OF INTESTINAL PELVIC RESERVOIRS

Chernov A.A., Zhuravlev A.V., Katorkin S.E.
FSBEI HE SamSMU MOH Russia, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Рост заболеваемости язвенным колитом (ЯК) отмечается в большинстве развитых стран. Более 30% пациентов с резистентными формами заболевания нуждаются в хирургическом лечении. Операции с формированием постоянной илеостомы приводят к инвалидизации пациентов. Колопроктэктомия с формированием тонкокишечного резервуара (ТТР) с илео-анальным анастомозом (ИАА) восстанавливает анальную дефекацию и полностью реабилитирует пациентов.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с ЯК после колопроктэктомии путем формирования ТТР и ИАА.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. За 2012-2019 гг. оперированы 26 пациентов. Первичный ТТР после колопроктэктомии сформирован у 16 пациентов, отсроченный ТТР после проктэктомии – у 8.

Мужчин – 16. Женщин – 10. Средний возраст – $35 \pm 2,3$ лет. Неэффективность консервативной терапии – основное показание к реконструктивной колэктомии. Гормонорезистентность отмечена у 11, гормонозависимость – у 7 пациентов. Противопоказания к созданию ТТР: инконтиненция, аденокарцинома, болезнь Крона, тяжелое состояние пациента. Демукозация не выполнялась из-за угрозы развития стриктуры анального канала и инконтиненции. Формирование двустольной илеостомы по Торнболу проведено всем пациентам.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Время операции – 260 ± 34 мин. Кровопотеря – 250 ± 135 мл. Осложнения отмечены у 9 (34,6%) пациентов: кровотечение из линии степлерного шва – 2, тромбоз аорты – 1, спаечная непроходимость – 1, несостоятельность анастомоза – 3, ранение мочеочника – 1, ректо-вагинальный свищ – 1. Умер 1 (3,8%) пациент от тромбоза аорты.

Закрытие илеостомы проведено 22 (88,0%) больным. Отдаленные результаты в сроки 35 ± 9 мес. прослежены у 19 (86,4%) пациентов. Частота дефекации – $6,3 \pm 1,2$ в сутки. Инконтиненция I степени отмечена у 2 пациентов. Хронический резервуарит выявлен у 2 пациентов. В период наблюдения удаления, реконструкции ТТР и реилеостомии не было.

ВЫВОДЫ. 1. Колопроктэктомия с J-образным ТТР и илеоанальным анастомозом является методом выбора хирургического лечения тяжелого ЯК.

2. Тщательный отбор пациентов на формирование ТТР позволяет добиться хороших функциональных результатов.

КТ-РЕЗЕРВУАРОГРАФИЯ С ПОСТРОЕНИЕМ 3D-МОДЕЛИ ТОНКО-КИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ КОЛОПРОКТЕКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Чернов А.А., Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Зельтер П.М., Крамм Е.К.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

CT-RESERVOGRAPHY WITH CONSTRUCTION OF A 3D-MODEL OF A FINE-INTESTINE RESERVOIR IN PATIENTS AFTER RECONSTRUCTIVE COLOPROCTECTOMY ON THE CASES OF ULCERATIVE COLITIS

Chernov A.A., Zhuravlev A.V., Katorkin S.E., Zelter P.M., Kramm E.K.
FSBEI HE SamSMU MOH Russia, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Пациенты с тонкокишечным тазовым резервуаром (ТТР), оперированные по поводу язвенного колита (ЯК) нуждаются в объективных и малоинвазивных методах обследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Провести визуализацию ТТР путем КТ-резервуарографии с 3D реконструкцией для морфофункциональной оценки резервуара перед закрытием превентивной илеостомы.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В 2012-2019 гг. на лечении находилось 26 пациентов с ТТР после колопроктэктомии по поводу ЯК. Средний возраст $35 \pm 2,3$ лет. У 16 пациентов сформирован первичный ТТР. У 10 пациентов с тяжелой атакой ЯК завершающая проктэктомия с отсроченным ТТР выполнена после предшествующей колэктомии. Для визуализации сформированного ТТР всем пациентам выполнена КТ-резервуарография с 3D реконструкцией с использованием программы «Автоплан».

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ. Исследование выполнено пациентам с ТТР на 32-срезовом томографе Toshiba Aquilion (Япония). После выполнения нативного сканирования, ТТР заполнен водорастворимым контрастом Омнипак 350 в объеме 150 мл до появления контрастного вещества в калоприемнике. Далее выполнялось сканирование брюшной полости в нативном режиме с задержкой дыхания, при напряжении на трубке 120 кВ, сила тока рассчитывалась автоматически в зависимости от веса пациента.

Полученная серия мультипланарных изображений загружалась в систему «Автоплан», где с помощью пороговой обработки формировалась полигональная 3D-модель контрастного вещества – внутреннего слепка резервуара. Объем резервуара рассчитывался автоматически и составил, в среднем, 135 ± 10 мл. При этом исследовании исключалась часть контрастного вещества, вышедшая за пределы ТТР в приводящий отдел тонкой кишки до илеостомы. У 2 пациентов выявлена не диагностированная клинически несостоятельность ИАА.

ВЫВОДЫ. Предложенная методика позволяет измерить объем ТТР, определить его расположение в полости малого таза, что позволяет косвенно оценить функциональные возможности оперированного пациента.

«ХОЛОДНАЯ» ПОЛИПЭКТОМИЯ В АРСЕНАЛЕ ПРАКТИКУЮЩЕГО ЭНДОСКОПИСТА ПРИ УДАЛЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Черных Д.А.¹, Филин А.А.¹, Дуванский В.А.^{2,3}

¹ ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница, г. Санкт-Петербург, Россия;

² ФГБУ «ГНЦ лазерной медицины имени О.К.Скобелина ФМБА России», г. Москва, Россия;

³ Российский университет дружбы народов, г. Москва, Россия

COLD SNARE POLYPECTOMY FOR RESECTION COLORECTAL NEOPLASIA

Chernykh D.¹, Filin A.¹, Duvanskiy V.^{2,3}

¹ Leningrad Regional Clinical Hospital, St. Petersburg, Russia;

² Skobelkin State Scientific Center of Laser Medicine, Moscow, Russia

³ RUDN University, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Современное эндоскопическое оборудование позволяет повысить частоту выявления миниатюрных новообразований толстой кишки (≤8 мм). Актуальным является удаление их без использования электрохирургических аппаратов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. «Холодную» полипэктомию осуществляли без использования электрохирургического оборудования и предварительного введения растворов в подслизистый слой при нормальных показателях коагулограммы и заблаговременной отмене антикоагулянтов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В Ленинградской областной клинической больнице в лечении эпителиальных новообразований толстой кишки внедрены следующие методики: горячая полипэктомия с 1991 года, эндоскопическая резекция (EMR) с 1999 года, диссекция в подслизистом слое (ESD) с 2009 года. «Холодная» полипэктомия дополнила наш арсенал оперативных приёмов в 2020 году (после оценки безопасности и эффективности её использования в мировой практике на основе литературных данных). Применяются различные методы гемостаза: инъекционный, электрокоагуляция (с 1991 г.), клипирование (с 1999 г.). Колоректальные неоплазии были диагностированы у 1758 пациентов за период исследования с 2006 по 2020 гг. Опыт нашей клиники включает 10 случаев использования «холодной» полипэктомии, как страционарным, так и амбулаторным пациентам. Осложнений во время и после данного вмешательства не отмечено.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ. «Холодная» полипэктомия является безопасным методом удаления эпителиальных новообразований толстой кишки размером ≤8 мм. Данная методика приоритетнее в сравнении с многофрагментарной биопсией (в случае образования больше размеров биопсийных щипцов). Предпочтительнее применение монофиламентной петли и петли с жёстким тубусом.

ОБЪЕМ РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОЛОСТАЗЕ

Шамин А.В., Каторкин С.Е., Журавлев А.В.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

THE EXTENT OF RESECTION OF THE COLON IN CHRONIC COLOSTASIS

Shamin A.V., Katorkin S.E., Zhuravlev A.V.

FSBEI HE SamSMU MOH Russia, Samara, Russia

Проблема лечения запоров в настоящее время остается одной из актуальных в колопроктологии. По данным различных авторов, количество неудовлетворительных результатов достигает от 27 до 46%, оперированных пациентов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с резистентными формами хронического колостаз.

С 2010 по 2020 гг. в колопроктологическом отделении клиники госпитальной хирургии проходило лечение 86 пациентов с хроническим запором. Хирургическое лечение проведено 58 пациентам. Выполнены следующие виды оперативных вмешательств: передняя резекция прямой кишки – 2; резекция сигмовидной кишки – 2; расширенная левосторонняя гемиколэктомия – 12; субтотальная колэктомия – 42. Виды сформированных анастомозов: трансверзо-ректальный – 12, асцендо-ректальный – 2, сигмо-ректальный – 2, илеосигмоидный – 42.

Из 58 прооперированных нами пациентов, отдаленные результаты лечения прослежены у 47(81,0%) пациента. Хорошие результаты лечения отмечены у 29(61,7%) прооперированных больных. У всех пациентов отмечался самостоятельный стул, исчезли боли в животе, ощущения тяжести и вздутия. У 14(29,7%) человек, перенесших операции, результаты лечения оценены нами, как удовлетворительные. Больные отмечали улучшение общего самочувствия после перенесенной операции, однако, либо сохранялись невыраженные запоры, либо признаки болевого синдрома. У 4(8,6%) оперированных пациентов выполненное хирургическое вмешательство не принесло ожидаемого эффекта. Наблюдались следующие осложнения: кровотечение из линии анастомоза – у трех пациентов (кровотечение остановлено консервативными методами); рубцовые стриктуры анастомоза – у пяти пациентов (стриктуры возникли в первые 6 месяцев после лечения, в связи с чем были выполнены повторные вмешательства).

Основная причина неудовлетворительных результатов в хирургии хронического запора является неадекватный выбор объема резекции кишечника. Субтотальная резекция ободочной кишки приносит наиболее благоприятные отдаленные функциональные результаты в лечении резистентных форм колостаз.

ПРОГРАММА УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Щербакова О.В., Ионов А.Л., Сулавко Я.П.,
Поддубный И.В., Козлов М.Ю.

РДКБ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ,
ГБУЗ «МДГКБ» ДЗМ, г.Москва, Россия

ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY IN CHILDREN WITH COMPLICATED CROHN'S DISEASE

Shcherbakova O., Ionov A., Sulavko Ya.,
Poddubny I., Kozlov M.

Russian Children's Clinical Hospital of the Russian Ministry
of Health;

Morozovskaya Children's Municipal Clinical Hospital;
Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Протоколы оптимизированного ведения периоперационного периода у взрослых пациентов широко используются в работе хирургических стационаров, в том числе у больных с воспалительными заболеваниями кишечника. Внедрение элементов Программы ускоренного выздоровления (ПУВ) приводит к уменьшению количества послеоперационных осложнений, сокращает средний койко-день, и, соответственно, стоимость лечения. Но в повседневную практику детских хирургов новые подходы вводятся очень медленно. В доступных научных ресурсах до настоящего времени нет публикаций по использованию ПУВ у детей с болезнью Крона (БК).

ЦЕЛЬЮ работы являлась оценка ранних результатов хирургического лечения детей с осложненной БК при внедрении элементов ПУВ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 1995 по 2019 гг. в отделениях хирургии РДКБ и МДГКБ на оперативном лечении находилось 164 ребенка с осложненной БК (мальчики 106/65%; Ме 15 лет [12,5-16]). Из них у 119(73%) пациентов при плановых вмешательствах использовали элементы ПУВ (в разных сочетаниях), такие как полная информированность пациентов и их родителей о плане и тактике лечения (110/92%), активизация детей в ранние сроки после вмешательства (86/72%), применение малоинвазивных методик (46/39%) и отказ от рутинной постановки зондов и дренажей (42/35%). Следует отметить, что при выполнении лапароскопических операций, всем пациентам оставляли страховочный дренаж.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Анализ результатов использования ПУВ выявил достоверную связь с неосложненным послеоперационным периодом при внедрении всех элементов: информированности в предоперационном периоде ($p=0,0000$), ранней активизации ($p=0,0000$) и энтеральной нагрузки ($p=0,0000$), отказа от традиционного использования дренажей ($p=0,0069$) и применения малоинвазивных методик ($p=0,0045$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Результаты нашей работы показали возможность безопасного внедрения оптимизированной лечебной стратегии в периоперационном периоде у детей с БК, что позволяет улучшить результаты хирургического лечения, уменьшая риск ранних послеоперационных осложнений.

ВЛИЯНИЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Щербакова О.В., Костомарова Т.Д.,
Лука В.А., Пичугина М.В., Сулавко Я.П.

ФГАОУ РДКБ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ,
г.Москва, Россия

THE EFFECT OF CONSERVATIVE THERAPY ON POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN CHILDREN WITH CROHN'S DISEASE

Shcherbakova O., Kostomarova T., Luka V.,
Pichugina M., Sulavko Ya.

Russian Children's Clinical Hospital of the Russian Ministry
of Health, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. В достаточной степени изучено влияние специфического лечения пациентов с болезнью Крона (БК) на частоту послеоперационных осложнений. В то же время недостаточно публикаций с анализом взаимосвязи хирургических осложнений с противовоспалительной консервативной терапией у детей и подростков с БК.

ЦЕЛЬЮ работы являлось изучение возможного влияния специфической терапии БК у детей на послеоперационные осложнения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ хирургического лечения детей и подростков с БК ($n=164$); из них со стриктурирующим типом – 74; с пенетрирующей со стриктурами – 46 и с воспалительной БК – 44. Перед операцией специфическую терапию БК проводили большинству пациентов (91%), из них иммуносупрессивную терапию тиопуринами (58%), анти-ФНО-терапию (38%) и/или гормональную терапию стероидами (29%). Часть пациентов ($n=11$) находились на лечении в т.н. «добиологическую эру» (до официального разрешения анти-ФНО-терапии у детей в 2004г), им проводилась терапия стероидными гормонами и иммуносупрессорами.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Проведение терапии стероидами в периоперационном периоде достоверно связано с гнойно-септическими осложнениями ($p=0,0105$), а также с рецидивами параректальных свищей ($p=0,0379$). Лечение препаратами анти-ФНО взаимосвязано с неосложненным периодом после операций на кишечнике ($p=0,0430$), но имеет связь с послеоперационными осложнениями после вмешательств на промежности ($p=0,0314$). Лечение тиопуринами не повышает риск хирургических осложнений ($p=0,0252$). У пациентов, лечившихся в «добиологическую эру», отмечена связь с летальным исходом ($p=0,0021$) и корреляция с отсутствием стойкой ремиссии БК ($p=0,0032$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Выбор правильной лечебной тактики перед плановыми операциями у детей с БК, с учетом возможных рисков послеоперационных осложнений, позволит улучшить результаты хирургического лечения.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ ТАЗОВЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВУАРОВ У ДЕТЕЙ

ЩербакOVA О.В., Сулавко Я.П., Ионов А.Л.,
Костомарова Т.Д., Лука В.А., Пичугина М.В.
ФГАОУ РДКБ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ,
г.Москва, Россия

THE FIRST EXPERIENCE OF THE FORMATION OF ILEAL POUCH IN CHILDREN

Shcherbakova O., Sulavko Ya., Ionov A.,
Kostomarova T., Luka V., Pichugina M.
Russian Children's Clinical Hospital of the Russian Ministry
of Health, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. «Золотым стандартом» хирургического лечения язвенного колита (ЯК) и семейного аденоматоза толстой кишки (САТК) у взрослых пациентов является колпроктэктомия с созданием тазового тонкокишечного резервуара. Детские хирурги традиционно используют другие методики – в объеме тотальной колэктомии с демукозацией прямой кишки по типу операции Соаве. Однако, после таких вмешательств в резидуальной прямой кишке при САТК сохраняются полипы (с 100% риском малигнизации), а при ЯК – ректальные кровотечения. В зарубежных публикациях имеются единичные данные о формировании тазовых тонкокишечных резервуаров у детей.

ЦЕЛЬЮ работы являлась оценка ранних результатов лечения детей с САТК и ЯК после колпроктэктомии с J-образным тонкокишечным резервуаром и резервуарно-анальным анастомозом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения пациентов с САТК (4) и ЯК (1), (2 мальчика и 3 девочки, 11-17 лет), находившихся на лечении с 2019 по 2020 гг. Операции выполняли открытым доступом, всем больным накладывали превентивную илеостому. Резервуарно-анальный анастомоз формировали с использованием циркулярного аппарата (3) или ручным способом (2). Через 2-3 месяца всем пациентам проводили рентгеноконтрастное и эндоскопическое исследование резервуара и отключенного отдела подвздошной кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Реконструктивно-восстановительная операция (РВО) с закрытием илеостомы выполнена у 4 пациентов, кроме одной девочки с ЯК (готовится к РВО, проводится коррекция дефицита веса). Стеноз анастомоза выявлен в 1 случае (потребовалось проведение бужирования). Детрузорно-сфинктерная диссинергия отмечена у 1 девушки (проведено эндоскопическое рассечение шейки мочевого пузыря, с удовлетворительным эффектом). Частота стула у всех детей после РВО 5-7 раз в сутки, инконтиненции и ночных дефекаций нет. Катамнез от 3 мес. до 1 года.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Учитывая первые удовлетворительные результаты формирования тазовых резервуаров, стоит признать целесообразным использование этой методики у детей. Однако, внедрять новые технологии в детской хирургии следует только в специализированных стационарах и с учетом факторов риска осложнений.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИИ ЕДИНОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Борота А.В., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Колодяжный М.А.
ГОО ВПО ДОН НМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г.Донецк

MODIFIED SILS APPROACH IN TREATMENT OF COLONIC DISEASES

Borota A.V., Kuhto A.P., Bazijan- Kuhto N.K., Kolodjzhnyj M.A.
GOO VPO DONNMU IM. M. GOR'KOGO, Donetsk

АКТУАЛЬНОСТЬ. С приходом лапароскопической хирургии операции на толстой кишке стали менее травматичными, что отражено во многих исследованиях, которые доказали безопасность лапароскопической хирургии, улучшение результатов лечения. В хирургии ободочной кишки, где подразумевается удаление препарата через брюшную стенку, выполнение разреза для получения доступа неизбежно, что приводит к травме и боли в послеоперационном периоде.

ЦЕЛЬ. Показать преимущества метода SILS, разработанного в клинике, проанализировать результаты лечения пациентов по модифицированному доступу.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Были рассмотрены результаты хирургического лечения 49 пациентов. Первоначально, в 30 случаях, SILS использовался через монопортовое устройство, что сопровождалось техническими трудностями: недостаточной триангуляцией, конфликтом инструментов, что ограничивало свободу движений хирурга. Наша клиника модифицировала монопортовый доступ. Он включает установку оптического троакара по средней линии над пупком, порт для инструмента на 3,5 см выше него и еще один порт под пупком. После того, как основной этап операции был завершен, две троакарные раны над пупком были соединены разрезом для извлечения препарата и формирования анастомоза. Длина разреза соответствует таковой при использовании монопортового устройства. Дренажная трубка была установлена в троакарную рану под пупком. Эта методика была применена у 19 пациентов: резекция сигмовидной кишки была выполнена 7 пациентам, левосторонняя гемиколэктомия – 6, правосторонняя гемиколэктомия – 3, субтотальная колэктомия – 3 пациентам.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Болевой синдром, оцениваемый по шкале NRS, а также частота применения наркотических и ненаркотических анальгетиков позволяет утверждать, что разработанный нами метод уменьшает болевой синдром, уменьшает частоту применения анальгетиков. Среднее время пребывания в стационаре у пациентов, перенесших модифицированный способ, составило 8,5 дней.

ВЫВОДЫ. Модифицированный в нашей клинике доступ SILS позволяет избежать технических трудностей, манипулировать инструментами для обычной лапароскопии, сводит к минимуму травму брюшной стенки. Это безопасная и осуществимая процедура, которая влечет за собой улучшение результатов лечения (уменьшение послеоперационной боли, сокращение времени пребывания в стационаре, ранняя реабилитация, косметический эффект).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА В КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Васильев С.В., Лазарев В.М., Дудка В.В., Попов Д.Е.
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова; СПб ГБУЗ «Городская больница №9», г.Санкт-Петербург, Россия

Vasilyev S.V., Lazarev V.M., Dudka V.V., Popov D.E.
First Saint-Petersburg State Medical University in name of I.P.Pavlov, Municipal hospital #9, Saint-Petersburg, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Согласно данным большинства авторов, в последние годы сепсис вышел на первое место, как причина смерти в отделениях интенсивной терапии хирургических стационаров, не связанная с лечением сердечно-сосудистой патологии. Резолюцией ВОЗ от 26 мая 2017 сепсис фактически признан главной угрозой безопасности пациентов во всем мире. По результатам различных статистических исследований, данные общей септической летальности колеблются от 18 до 32 млн. случаев в год. Значительное расхождение данных исследователи связывают, прежде всего, с отсутствием согласованного решения по поводу дифференциальной диагностики септического синдрома.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Проанализировать возможность ранней диагностики развития абдоминального сепсиса у больных с острым парапроктитом.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы данные о 98 пациентов с клиническим или патанатомическим диагнозом «сепсис» и 72 пациентов с выраженным синдромом эндогенной интоксикации (СЭИ) на фоне гнойных процессов параректальной клетчатки, находившихся на лечении в отделениях общей хирургии и экстренной колопроктологии городской больницы №9 г. СПб, за период с 2000 по 2019 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При сборе анамнеза у 86 пациентов, которым впоследствии был поставлен диагноз сепсис, выявлено наличие одного из следующих факторов: наркомания – 12 человек, применение анаболических стероидов – 9 человек, сопутствующая хроническая патология, длящаяся не менее 5 лет (в том числе, аутоиммунные процессы – 16) – 39 человек, наличие несвязанных с параректальной клетчаткой и несанированных очагов гнойной инфекции – 26 человек. На этапе первичной диагностики выявлено повышение СОЭ до 25 и более мм/час у 75 пациентов; повышение уровня СРБ более 30 мг/л – у 68 пациентов (более 10 мг/л – у 84 пациентов).

ВЫВОДЫ. Сочетание неблагоприятных анамnestических факторов с повышением уровня СОЭ (более 25 мм/час) и повышением уровня СРБ (более 30 мг/л) с вероятностью более 90% позволяет предположить развитие септического синдрома в послеоперационном периоде и предпринять соответствующие профилактические мероприятия.

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕХНОЛОГИИ СПЕКТРАЛЬНОГО ЦВЕТОВОГО ВЫДЕЛЕНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Дуванский В.А.^{1,2}, Белков А.В.¹

¹ ФГБУ «ГНЦ лазерной медицины им. О.К. Скобелкина ФМБА России», г.Москва, Россия

² Российский университет дружбы народов, г.Москва, Россия

POSSIBILITIES OF FUJINON INTELLIGENT COLOR ENHANCEMENT SYSTEM IN DETERMINING THE MORPHOLOGICAL TYPE OF COLON LESIONS

Duvanskiy V.A.^{1,2}, Belkov A.V.¹

¹ Skobelkin State Scientific Center of Laser Medicine, Moscow, Russia

² RUDN University, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. На сегодняшний момент проблема ранней диагностики эпителиальных образований толстой кишки до конца не решена. Одним из инструментов улучшения диагностики являются методы вспомогательной визуализации, один из которых – технология спектрального цветового выделения (FICE).

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Разработка оптимальных настроек технологии спектрального цветового выделения для определения морфологического типа эпителиальных образований толстой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Колоноскопия выполнена 746 пациентам, из которых отобрано 80 с полипами толстой кишки. Распределение по полу: мужчин – 36 человек, женщин – 44. Выявлено 171 эпителиальное образование. 106(61,9%) образований встречались в левых отделах толстой кишки, 65(38,1%) – в правых. Образования осматривали в белом свете и спектральных режимах с последующим удалением и гистологической верификацией. Использовали два режима: стандартный режим – синий: 415 нм, зеленый: 445 нм, красный: 500 нм; модифицированный режим – синий: 580 нм, зеленый: 500 нм, красный: 415 нм. Исследования проводили видеоколоноскопами фирмы Fujinon, EC-590ZW/L, EC-530WL.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Результаты гистологических исследований были следующие: гиперпластический тип – 72 образования, зубчатые образования на широком основании – 19, традиционная зубчатая аденома – 6, воспалительный полип – 4, тубулярная аденома – 53, тубулярно-ворсинчатая аденома – 8, ворсинчатая аденома – 6, карцинома – 3 образования.

Совпадение оптического диагноза с гистологическим при использовании модифицированного режима технологии спектрального цветового выделения составило 152 образования, чувствительность и специфичность метода 92% и 66%. Совпадение оптического диагноза с гистологическим при стандартном режиме составило 117 образований, чувствительность и специфичность метода – 72% и 57%.

ВЫВОДЫ. Модифицированные настройки технологии имеют свойства близкие к когерентным значениям, что облегчает врачу трактовку эндоскопического диагноза.

АНАЛИЗ РЕГИОНАЛЬНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Лисичкин А.Л.

Центр колопроктологии, г.Пермь, Россия

ANALYSIS OF REGIONAL COLOPROCTOLOGICAL MORBIDITY IN THE ADULT POPULATION

Lisichkin A.L.

Center of coloproctology, Perm, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Определение качества общественного здоровья и поддержание доступности медицинской помощи основывается на мониторинге реального уровня, структуры и динамике заболеваемости населения. Применяемые методики планирования объемов медицинской помощи не учитывают динамически изменяемые факторы. Потребность рассчитывается по обращениям, где решение об его необходимости было принято самим пациентом, что недостаточно эффективно. Для контроля эффективности планирования потребности в специализированной медицинской помощи применима оценка распределения и динамики заболеваемости наиболее значимых нозологий.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Анализ региональной первичной заболеваемости и потребности в медицинской помощи по профилю колопроктология.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование динамики региональной колопроктологической заболеваемости за 15-летний период.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Болезни, относящиеся к профилю колопроктология, в 2018 году зафиксированы в 47171 случае, однако в крае было проведено только 30900 амбулаторных колопроктологических приемов, при которых выполнено 10324 ригидных ректоскопий и 4582 фиброколоноскопии. Среднее значение показателя региональной первичной колопроктологической заболеваемости составило $21,57 \pm 0,54$ на тысячу человек. Общее уменьшение уровня заболеваемости за весь исследуемый период составило 21,0%. Доля онкологических заболеваний в общей колопроктологической заболеваемости – 9,3%-21,0%. Общее увеличение уровня онкологической заболеваемости толстой кишки за весь исследуемый период составило 89,0%. Доля доброкачественных новообразований в общей колопроктологической заболеваемости незначительно колебалась от 4,4% до 6,1%. Уровень заболеваемости доброкачественными заболеваниями толстой кишки практически не изменился +5,45%.

ВЫВОДЫ. Пациенты с колопроктологическими проблемами в 32% случаев лечатся у врачей других специальностей. Получение специализированной колопроктологической помощи только в случаях самостоятельного принятия решения пациентом о необходимости обращения, а также недостаточное применение ригидных ректоскопий и фиброколоноскопии не позволяют переломить тренд роста онкологической заболеваемости.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИ ОЦЕНКЕ ПОТРЕБНОСТИ В КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Лисичкин А.Л.

Центр колопроктологии, г.Пермь, Россия

DEMOGRAPHIC ANALYSIS IN ASSESSING THE NEEDING FOR COLOPROCTOLOGICAL CARE AT THE REGIONAL LEVEL

Lisichkin A. L.

Center of coloproctology, Perm, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Одним из базовых инструментов объективной оценки состояния общественного здоровья и поддержания оптимального баланса доступности и качества медицинской помощи является изучение уровня, структуры и динамики заболеваемости населения. Использование анализа распределения основных нозологий, в зависимости от пола и возраста населения, повышает эффективность планирования потребности в специализированной медицинской помощи.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Анализ влияния демографических показателей на потребность в колопроктологической помощи на региональном уровне.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Использованы данные из единой региональной медицинской информационной базы данных Пермского края о причинах обращений на колопроктологические приемы 30900 пациентов в течение 2018 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Проведенный анализ частоты обращаемости по возрастным интервалам среди мужчин показал, что мужское население для предварительного анализа потребности целесообразно разделить на три возрастные группы: до 29 лет (среднее значение – 49 обращений в год на 1000), 30-74 года (среднее значение – 128 обращений в год на 1000) и старше 75 лет (среднее значение – 68 обращений в год на 1000). Женское население целесообразно разделить на пять возрастных групп: до 29 лет (среднее значение – 74,5 обращений в год на 1000), 30-44 года (среднее значение – 186 обращений в год на 1000), 45-54 года (среднее значение – 212 обращений в год на 1000) 55-74 года (среднее значение – 432 обращений в год на 1000) и старше 75 лет (среднее значение – 255 обращений в год на 1000).

ВЫВОДЫ. Частота обращений за амбулаторной медицинской помощью по профилю колопроктология существенно варьирует в зависимости от пола и возраста. При осуществлении планирования объемов специализированной медицинской помощи, наряду с анализом уровня, структуры и динамики заболеваемости населения, необходимо учитывать распределение основных нозологий в зависимости от половозрастного состава населения.

ОСМОТР АНАЛЬНОГО КАНАЛА – НОВЫЙ МЕТОД

Ломоносов А.Л., Волков С.В., Ломоносов Д.А.

Тверской государственной медицинской университет, г.Тверь, Россия

ANAL CHANNEL INSPECTION – NEW METHOD

Lomonosov A.L., Volkov S.V., Lomonosov D.A.

Tver State Medical University, Department of Hospital Surgery, Tver', Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Аноскопия (код услуги – АОЗ. 19.001.) – метод исследования анального канала и ануса. Описание метода фотоаноскопии (ФАС) нет.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Разработать способ диагностической ФАС и оценить эффективность его применения у больных с хроническим внутренним геморроем 1 и 2 степени (ХВГ 1 и 2).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. ФАС выполняли с помощью фотоаппарата «Nikon Coolpix» L820. Фотосъемка приводилась в режиме макросъемки, через проктоскоп фирмы «Karl Storz» (артикул 24952). Серия фотографий выполнялась в 5 точках: 1 точка – осмотр дистального отдела анального канала; 2 – перед зубчатой линией; 3 – над зубчатой линией; 4 – зона наружных геморроидальных узлов (НГУ); 5 – кожа заднего прохода. При проведении ФАС проводили обследование анального канала не только в указанных точках, но и между ними. В оценки результатов ФАС использовали «условный часовой проктологический цифровой циферблат», с помощью которого на мониторе компьютера определяли размеры и локализацию образований в «часах». Статистические расчеты основывались на ресурсах программы Microsoft Excel 2010. Методом ФАС обследовано 82 больных с ХВГ 1 и 2 степени, из которых было 50 (61%) женщин (в возрасте от 20 до 80 лет), средний возраст – 44,3±1,8 лет. Проведен ретроспективный анализ 1778 фотографий ФАС.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На основе ретроспективного анализа фотографий ФАС из 82 больных с ХВГ 1, 2 степени у 36(32,6%), выявлено перемещение внутренних геморроидальных узлов (ВГУ) из точки 3 в точку 4, что позволило диагностировать ХВГ 2 степени. Во время изучения слизистой оболочки анального канала (СОАК) в точках 1, 2, 3, из 80 больных у 22(27,5%), выявлено частичное или полное выпадение слизистой оболочки в тубус аноскоп или за пределы зубчатой линии. Из 42 больных с визуализируемыми анальными сосочками (АС) у 3(7,1%) пациентов удалось визуализировать перемещение АС из точки 3, зубчатой линии, в точку 4 – в зону НГУ, что свидетельствовало об их выпадении. При изучении НГУ у 77 больных у 21(12,2%) на них визуализированы анальные трещины (АТ).

ВЫВОДЫ. ФАС у больных с ХВГ 1, 2 позволяет выявить выпадения ВГУ, АС, СОАК, обнаружить АТ на НГУ, улучшает визуализацию объектов.

ПОДГОТОВКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРЕПАРАТАМИ ПЭГ К КОЛОНОСКОПИИ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЕЕ КАЧЕСТВО

Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Матвеев А.И.,
Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Козлов М.П.,
Мельникова Д.И.

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Тюмень, Россия
ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», Россия, г.Тюмень, Россия

COLON PREPARATION FOR COLONOSCOPY WITH PEG MEDICATIONS AND FACTORS AFFECTING ITS QUALITY

Matveev I.A., Gibert B.K., Matveev A.I.,
Borodin N.A., Zaycev E.Yu., Kozlov M.P., Melnikova D.I.
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Tyumen State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Tyumen, Russian Federation
Tyumen Regional Clinical Hospital No. 1, Tyumen, Russian Federation

АКТУАЛЬНОСТЬ. Эффективность выполнения колоноскопии зависит от качества подготовки к исследованию. Несмотря на стандартизацию этого процесса у части пациентов не удается добиться необходимого результата. Выявление предикторов неадекватной подготовки является актуальной задачей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить предикторы, негативно влияющие на результаты подготовки к колоноскопии

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Исследование выполнено на основании анализа протоколов 84 пациентов, которым после подготовки препаратом ПЭГ была выполнена колоноскопия. Оценка качества подготовки проводилась по шкале Бостона (BBPS). Определены группы пациентов с адекватной: отличной, хорошей и неадекватной, плохой подготовкой.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ. При приеме Фортранса плохая подготовка толстой кишки была у 10(11,9%) больных. Доля пациентов с ожирением в группах с отличной, хорошей и плохой подготовкой была сопоставимой ($p=0,24$). Количество пациентов, страдающих запорами, было достоверно больше в группе с плохой подготовкой 7(70,0%) человек, $p=0,036$. Половина пациентов с плохой подготовкой оценили дискомфорт при приеме препарата по шкале ВАШ выше 6 баллов, в группе с адекватной подготовкой таких пациентов было достоверно меньше – 14(18,9%). Тошнота и вздутие живота при приеме Фортранса были у 8(80,0%) больных с плохими результатами, с отличными и хорошими – у 21(55,3%) и 12(33,3%) ($p=0,019$). Сплит схема подготовки и выполнение колоноскопии в дневное время в группе с отличными результатами подготовки было у 18(21,4%) больных, с хорошими результатами – у 9(10,7%) и с плохими – у 1(1,1%).

ВЫВОДЫ. Повышенное питание не оказывает негативного влияния на результаты подготовки. Запоры, дискомфорт при подготовке к колоноскопии более 6 баллов по ВАШ и наличие диспепсического синдрома имеют достоверное отрицательное влияние на результат. Организация исследования с сплит схемой приема Фортранса и выполнением процедуры в дневное время дает лучшие результаты очищения толстой кишки.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПОДГОТОВКОЙ К КОЛОНОСКОПИИ ПРЕПАРАТОМ ФОРТРАНС

Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Матвеев А.И.,
Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Козлов М.П.,
Мельникова Д.И.

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Тюмень, Россия
ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», Россия, г.Тюмень, Россия

ANALYSIS OF THE COLONOSCOPY PROTOCOLS IN THE COLORECTAL CANCER SCREENING PROGRAM

Matveev I.A., Gibert B.K., Matveev A.I.,
Borodin N.A., Zaycev E.Yu., Kozlov M.P., Melnikova D.I.
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Tyumen State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Tyumen, Russia
Tyumen Regional Clinical Hospital No. 1, Tyumen, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Распространенность плохой переносимости подготовки, которая по дискомфорту часто превышает саму колоноскопию. Кроме того, удовлетворенность пациента лечением или его элементами является признаком качества работы клиники.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить удовлетворенность пациентов подготовкой к колоноскопии Фортрансом и определить факторы, негативно влияющие на ее переносимость.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. У 84 пациентов на доколоноскопическом этапе по визуальной –аналоговой шкале (ВАШ) исследована удовлетворенность пациентов приемом препарата. Проведен статистический анализ влияния различных факторов на степень удовлетворенности пациентами проведенной подготовкой.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Удовлетворительную переносимость подготовки с оценкой по ВАШ 0-2 балла отметили 45(52,4%) человек. Неудовлетворительные результаты с оценкой ВАШ 3-10 баллов были у 39(47,6%) больных, они ассоциированы с диспепсическим синдромом ($p=0,001$), одномоментной подготовкой ($p=0,009$). Значимыми предикторами плохой переносимости были повторное выполнение колоноскопии ($p=0,001$), запоры ($p=0,02$), высшее образование ($p=0,01$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Удовлетворительная переносимость подготовки толстой кишки Фортрансом наблюдается у половины пациентов, она в достоверной степени зависит от побочных эффектов препарата. В значительной мере их можно нивелировать раздельным его приемом. Предикторами плохой переносимости являются высшее образование, повторная колоноскопия, запоры, имеющиеся у пациента – эти факторы необходимо учитывать при планировании очищения кишки.

