

## ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ОЦЕНКЕ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Тотиков З.В.1, Тотиков В.З.1, Тотиков М.З.1, Талапова И.М.2  
1ГБОУ ВПО Северо-Осетинская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Владикавказ  
(ректор – профессор, д.м.н. Т.М. Гагагонова),  
2ФГБОУ ВПО Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова, г. Нальчик  
(руководитель – профессор, д.х.н. Ю.А. Малкандуев)

*В статье представлен анализ результатов использования и эффективности обзорной рентгенографии брюшной полости при диагностике острой обтурационной толстокишечной непроходимости. Установлены рентгенологические критерии прогноза эффективности декомпрессионной терапии.*

*[Ключевые слова: обзорная рентгенография брюшной полости, толстокишечная непроходимость]*

## МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К РАЗНЫМ ФОРМАМ ПОЛИПОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Шелыгин Ю.А., Кашников В.Н., Фролов С.А.,  
Кузьминов А.М., Сачков И.Ю., Порхаева А.А.,  
Завадский С.В., Шубин В.П., Поспехова Н.И., Цуканов А.С.  
ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва  
(директор – профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин)

*Семейный аденоматоз толстой кишки (САТК) – это наследственный синдром, который является важным фактором риска рака толстой кишки. Аутосомно-доминантный тип наследования этого заболевания обусловлен мутациями в гене APC. Кроме того, часть случаев указанной патологии связана с наследственными мутациями в гене MYH. Биаллельные мутации этого гена являются генетической причиной аутосомно-рецессивной формы заболевания, однако для некоторых популяций описана значимость для заболевания и гетерозиготных мутаций. В настоящей работе был произведен поиск наследственных мутаций в специфическом гене-супрессоре APC и в гене MYH. В выборке из 15 пробандов с диагнозом полипоз были обнаружены 4 мутации в гене APC и 2 мутации в гене MYH. Из этих 6 мутаций 3 были обнаружены впервые. Большинство мутаций (5 из 6) были выявлены у пациентов с классической или тяжелой формой САТК, однако и в более частой группе пациентов с ослабленной формой была обнаружена мутация в гене MYH.*

*[Ключевые слова: семейный аденоматоз толстой кишки, мутации, гены-супрессоры]*

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ПЛАНОВОЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Зитта Д.В., Субботин В.М.  
ГОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия Росздрава им. Е.А. Вагнера,  
кафедра факультетской хирургии с курсом урологии, г. Пермь  
(заведующий – профессор, д.м.н. В.М. Субботин)

*ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: сравнить течение раннего послеоперационного периода у больных, получавших традиционную периоперационную терапию и пролеченных с использованием программы оптимизации периоперационного ведения "FastTrack".*

*ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: 298 больных колоректальным раком, которым предстояло плановое оперативное лечение, были рандомизированы на 2 группы: 98 пациентов группы сравнения получали стандартную периоперационную терапию, тогда как в лечении 200 больных основной группы использовалась программа оптимизации периоперационного ведения. Оценивались частота послеоперационных осложнений, сроки активизации больных, удаления дренажей, первого отхождения газов и стула, объем инфузионной терапии и почасовой диурез во время и после операции.*

*РЕЗУЛЬТАТЫ: частота несостоятельности анастомозов и гнойных осложнений в изучаемых группах больных достоверно не отличались. Паралитическая кишечная непроходимость и стрессовые эрозивно-язвенные поражения желудка достоверно чаще возникли у больных группы сравнения. Первое отхождение газов происходило достоверно раньше у больных основной группы.*

*ВЫВОДЫ: использование программы оптимизации периоперационного ведения больных привело к достоверному снижению количества послеоперационных осложнений, способствовало более раннему восстановлению моторной функции кишечника.*

*[Ключевые слова: колоректальный рак, оптимизация периоперационного ведения]*

## УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И ЕЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Орлова Л.П., Ачкасов С.И., Трубачева Ю.Л., Москалев А.И., Маркова Е.В.  
ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва  
(директор – профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин)

*Проведен анализ результатов ультразвукового исследования у 139 пациентов, 96 (69 %) – из них оперированы по поводу хронических воспалительных осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки, у 43 (31 %) – дивертикулез ободочной кишки протекал с выраженными клиническими проявлениями, дополнительно изучено 20 послеоперационных макропрепаратов. Показаны возможности ультразвуковых методов исследования в диагностике дивертикулярной болезни ободочной кишки и ее хронических*

воспалительных осложнений. Правильно поставить диагноз хронического дивертикулита удалось в 100 % случаев, хронического паракишечного инфильтрата – в 87,5 %, свищей ободочной кишки – в 100 %, стеноза ободочной кишки – в 100 %. Комплексное УЗИ является информативным инструментальным методом диагностики хронических воспалительных осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки.

[Ключевые слова: ультразвуковое исследование, дивертикулез ободочной кишки, хронический дивертикулит, хронический паракишечный инфильтрат, свищи ободочной кишки, стеноз ободочной кишки]

## СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ И АНОКОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Захарченко А.А., Винник Ю.С., Гульман М.И., Попов А.В., Кочетова Л.В., Штоппель А.Э., Кузнецов М.Н., Аверченко Е.А.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ», г. Красноярск (ректор – профессор, д.м.н. И.П. Артюхов)

Проведен анализ состояния специализированной помощи пациентам с заболеваниями толстой кишки и анокопчиковой области в Красноярском крае. Предложена организационно-функциональная модель регионального центра колопроктологии.

[Ключевые слова: медицинская помощь, заболевания толстой кишки, Красноярский край]

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ОДНОГО ДОСТУПА В ТРАНСАНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Анищенко В.В., Басс А.А., Архипова А.А.

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск-Главный

[Ключевые слова: порт единого доступа, трансанальная хирургия]

## СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ДВУСТВОЛЬНОЙ ПЕТЛЕВОЙ КОЛОСТОМЫ ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Тотиков З.В., Тотиков В.З., Талапова И.М., Тотиков М.З., Асланов А.Д.

ГБОУ ВПО Северо-Осетинская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России, г. Владикавказ

(ректор – профессор, д.м.н. Т.М. Гатагонова),

ФГБОУ ВПО Кабардино-Балкарский государственный

университет имени Х.М. Бербекова, г. Нальчик

(руководитель – профессор, д.х.н. Ю.А. Малкандуев)

В статье представлен способ формирования двуствольной петлевой колостомы у пациентов с опухолевой толстокишечной непроходимостью, который позволяет снизить количество осложнений и летальных исходов, а так же создать условия для проведения комбинированных методов лечения, профилактики несостоятельности анастомозов на втором радикальном этапе лечения и упрощает выполнение восстановительного этапа.

[Ключевые слова: колостома, толстокишечная непроходимость, рак толстой кишки]

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОСТУПА ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ ОТВЕРСТИЯ ОРГАНИЗМА В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ (обзор литературы)

Шахматов Д.Г., Ачкасов С.И.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва

(директор – профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин)

[Ключевые слова: лапароскопические операции, резекция толстой кишки, извлечение операционного препарата,

NOTES, трансвагинальный доступ, трансанальный доступ]

## №2(44)2013

## ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА МАЛИГНИЗАЦИИ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ, КАК ФАКТОР ВЫБОРА ТРАНСАНАЛЬНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Чернышов С.В., Орлова Л.П., Жданкина С.Н.,

Кузнецов Н.С., Кашников В.Н., Рыбаков Е.Г.

(ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, Москва,

директор – профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин)

**ВВЕДЕНИЕ:** развитие и совершенствование видеоэндоскопических технологий и хирургической техники привело к тому, что трансанальные эндоскопические операции (ТЭО) стали приоритетным методом органосохраняющего лечения аденом прямой кишки. Данное исследование представляет опыт ТЭО в ГНЦ Колопроктологии.

**МЕТОДЫ:** в исследование были включены только пациенты с гистологически подтвержденными аденомами прямой кишки.

**Предоперационное обследование** включало: пальцевое исследование прямой кишки, ректоскопию с биопсией, колоноскопию, ЭРУЗИ, КТ (МРТ) брюшной полости и малого таза.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** ТЭО выполнены 64 пациентам [41 (64 %) – женщины, средний возраст  $\pm \sigma$  60,5  $\pm$  11,6 (35-83) лет]. Средний размер опухоли составил 3,0  $\pm$  1,1 см (1,5-8,0). Среднее расстояние от нижнего полюса опухоли до анального канала и зубчатой линии составило 8,0  $\pm$  1,9 (4,0-12,0) см и 5,0  $\pm$  2,1 (1,5-10,0) см, соответственно. По результатам биопсии в предоперационном периоде

аденома выявлена у всех 64 (100 %) больных. Медиана времени операции составила 35 (25-160) мин. Края резекции, свободные от опухоли были получены во всех операционных препаратах. Ни одна опухоль не была фрагментирована. Послеоперационные осложнения составили 4/64 (6,2 %). При патоморфологическом исследовании выявлено: ворсинчатая аденома у 41/64 (64 %) больных, аденокарцинома в стадии Tis, T1 и T2 в 23/64 (36 %) случаях. Данные предоперационного и окончательного диагнозов не совпадали в 36 % случаев. Медиана наблюдения больных составила 11 (2-16) мес. В одном наблюдении 1/64 (1,5 %) с аденокарциномой в аденоме (T1m3) выявлен местный рецидив.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** ТЭО являются современным методом органосохраняющего лечения аденом прямой кишки, имеющего низкую частоту послеоперационных осложнений. Эффективность методики напрямую связана с точностью предоперационного стадирования и патоморфологического исследования.

[Ключевые слова: аденома, аденокарцинома, трансанальная эндохирургия]

## ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПАРАМЕТРОВ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ПРОЦЕССОВ ЗАЖИВЛЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН

Фролов С.А.1, Сушков О.И.1, Пшеленская А.И.1,

Данилейко Ю.К.2, Салюк В.А.2, Белов С.В.2

1 ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва

(директор – профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин)

2 ФГБУН Институт общей физики им. А.М. Прохорова РАН, г. Москва

(директор – академик РАН, профессор И.А. Щербаков)

Для теоретического обоснования параметров электростимуляции процессов заживления послеоперационных ран было предпринято исследование на экспериментальных животных.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** электростимуляцию осуществляли токами высокой частоты, генерируемыми электрохирургическим аппаратом ЭХВЧ-250 «КиК Медимастер».

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** при воздействии мощностью 2 и 4 Вт ответная реакция принципиально сходна. Деструктивные процессы слабо выражены, адаптационно-компенсаторные и регенеративные реакции проявляются уже на ранних сроках. В группе, получившей 6 Вт, на первый план выступают деструктивные изменения, проявляющиеся в некрозе тканей.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** токи низкой (4 Вт) мощности теоретически могут использоваться в качестве стимулятора метаболических и пролиферативных процессов для дальнейших планируемых исследований по оптимизации сроков заживления послеоперационных ран.

[Ключевые слова: стимуляция заживления, послеоперационная рана]

## ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ К РАСШИРЕННЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

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

Тимербулатов Ш.В., Гареев Р.Н., Султанбаев А.У.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет  
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,  
кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО, г. Уфа  
(зав. кафедрой – член-корр. РАМН, профессор, д.м.н. В.М. Тимербулатов)

Представлены результаты лечения 202 больных раком толстой кишки, осложненным толстокишечной непроходимостью. На основании уровня интраабдоминального давления больным с субкомпенсированной непроходимостью выполнялись попытки дооперационной декомпрессии толстой кишки (лазерная «туннелизация» опухоли, установка зонда за опухоль). Далее больные с компенсированной и субкомпенсированной толстокишечной непроходимостью были оперированы в течение первых суток. Измерение уровня лактата крови в динамике показало развитие ишемического реперфузионного синдрома у данных больных на фоне длительно повышенного интраабдоминального давления. Послеоперационные осложнения в основной группе возникли у 16,2 %, в контрольной у 20 % больных ( $p < 0,01$ ). Летальность в основной группе составила 8,1 %, в контрольной – 14,4 % ( $p < 0,01$ ). Оптимизация хирургической тактики позволяет снизить количество паллиативных операций, повысить долю радикальных, расширенных операций и, тем самым, улучшить результаты хирургического лечения.

[Ключевые слова: интраабдоминальная гипертензия, толстокишечная непроходимость, рак толстой кишки, лактат, декомпрессия]

## УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОНКОЙ КИШКИ

Орлова Л.П., Самсонова Т.В., Маркова Е.В.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава РФ, г. Москва

(директор – профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин)

Обследован 41 пациент с осложненным течением БК тонкой кишки в возрасте от 18 до 56 лет. Исследование кишечника проводилось в В-режиме и с использованием доплерографии в энергетическом режиме. УЗИ позволяет получить данные о наличии инфильтратов, свищей и стриктур. Точность диагностики инфильтратов при УЗИ составляет 87,8 %, свищей – 82,9 %, стриктур – 85,3 %, при рентгенологическом исследовании – 79,5 %, 87,2 % и 82,0 %, соответственно. Установлено, что для стриктур тонкой кишки характерно локальное сужение просвета кишки разной протяженности, утолщение стенки, нарушение дифференцировки слоев или наличие на этом участке продольных дефектов подслизистого слоя.

[Ключевые слова: болезнь Крона тонкой кишки, ультразвуковое исследование]

## ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ, КАК СУЩЕСТВЕННЫЙ ФАКТОР В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЕМОРРОЯ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Стойко Ю.М., Сотникова В.А., Игнатъев Т.И.

ФГБУ «Национальный Медико-Хирургический Центр имени Н.И. Пирогова»  
Минздрава Российской Федерации, г. Москва

(директор – профессор, д.м.н. О.Э. Карпов)

**ЦЕЛЬ:** изучить эндотелиальную дисфункцию с точки зрения выбора эффективной патогенетической терапии острого и хронического геморроя.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** 101 пациент с геморроем были разделены на 3 группы: с острой формой геморроя, с хронической формой геморроя, получавшие в послеоперационном периоде микронизированную флавоноидную фракцию (МФФ), и не получавшие МФФ после операции. Проведена оценка эндотелиальной дисфункции при геморрое с использованием стандартных методов исследования этой функциональной системы: оценка эндотелий зависимой мобильности сосудов как прямыми, так и непрямыми методами.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** при геморрое развивается эндотелиальная дисфункция, подтверждаемая как прямыми методами оценки, так и на основании пробы с созданием условий эндотелий зависимого физического фактора – компрессии. Наиболее выраженные сдвиги эндотелиальной активности наблюдаются у больных острой формой геморроя. Флеботропные препараты нормализуют функциональную активность эндотелия.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** активное использование алгоритма фармакологической коррекции с применением флеботропных препаратов позволяет влиять на темпы реабилитации пациентов с геморроем и ускорить процесс локальной регенерации тканей.

[Ключевые слова: эндотелиальная дисфункция, геморрой, микронизированная флавоноидная фракция]

## ТИБИАЛЬНАЯ НЕЙРОМОДУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА

Фролов С.А., Титов А.Ю., Костарев И.В., Полетов Н.Н., Джанаев Ю.А.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва

(директор – профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин)

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** улучшение результатов лечения пациентов с нейрогенной и идиопатической формами функциональной недостаточности анального сфинктера, а также оценка эффективности ТНМ в лечении больных органической формой НАС с дефектом сфинктера < 1/3 окружности.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** в исследование включено 18 пациентов, которым была проведена тиббиальная нейромодуляция с использованием игольчатого электрода. Из них функциональная НАС 1-3 степени отмечалась у 15 (83,3 %) пациентов, а в 3 (16,7 %) наблюдениях имела органическую форму НАС 2-3 степени с дефектом сфинктера мене 1/3 окружности. Пациентам проводилось от 12 до 14 сеансов ТНМ с частотой от 1 до 3 раз в неделю. Оценка результатов лечения производилась по 3 шкалам. Субъективное улучшение функции держания оценивалось по шкале от 0 до 100 %, и по шкале анальной инконтиненции Wexner. Изучение влияния ТНМ на качество жизни у больных НАС выполнялось по шкале качества жизни FIQL. Всем пациентам до начала курса лечения и после проведения курса ТНМ выполнялось комплексное исследование функционального состояния запирательного аппарата прямой кишки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** субъективное улучшение после проведения курса ТНМ отмечено у 14 (77,8 %) из 18 больных. Среди пациентов с органической НАС, эффект от лечения зафиксирован в 2 из 3 наблюдений. По шкале выраженности анальной инконтиненции Wexner установлено, что после курса лечения отмечается снижение количества баллов независимо от стадии заболевания. При этом статистически значимое снижение среднего уровня баллов зафиксировано лишь у больных с 2 и 3 степенью НАС. По шкале FIQL установлено, что статистически значимое улучшение качества жизни выявлено лишь по 4 разделу вопросника (смущение/чувство стыда) и наблюдается у больных с 2 и 3 степенью анальной инконтиненции. Положительные изменения хотя бы 1 показателя, характеризующего функциональное состояние запирательного аппарата прямой кишки > 30 % от исходного уровня, зафиксированы у 15 (83,3 %) пациентов.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** субъективное улучшение функции держания после тиббиальной нейромодуляции развивается у 77,8 % больных с НАС. ТНМ может применяться в лечении больных с органической НАС при одиночном дефекте сфинктера до 1/3 окружности. Более выраженный эффект от ТНМ отмечается у пациентов с 2 и 3 степенью НАС. Существенное положительное изменение отдельных показателей, характеризующих функциональное состояние запирательного аппарата прямой кишки, наблюдается в 83,3 % случаев, однако четкой закономерности и статистически значимых различий между показателями до и после лечения на данный момент не выявлено.

[Ключевые слова: недостаточность анального сфинктера, тиббиальная нейромодуляция]

## ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ

Эктов В.Н., Попов Р.В., Воллис Е.А.

Кафедра хирургических болезней ИДПО,

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, г. Воронеж

(ректор – профессор, д.м.н. И.Э. Есауленко)

**ЦЕЛЬ:** улучшение результатов хирургического лечения больных прямокишечными свищами с применением фибринового клея.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** проведен анализ лечения 22 больных транссфинктерными и экстрасфинктерными прямокишечными свищами с использованием фибринового клея. На основании результатов предоперационного обследования (фистулография, ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография) в исследуемую группу не включались пациенты с прямокишечными свищами, имеющими гнойные затеки и полости. Техника хирургического лечения заключалась в малоинвазивной санации свищевого хода с использованием разработанных инструментов, последующим заполнением свищевого хода фибриновым клеем и пластикой внутреннего отверстия свища перемещенным лоскутом слизистой оболочки аноректальной области.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** в раннем послеоперационном периоде у 1 больного отмечено формирование абсцесса в области наружного отверстия свища. При наблюдении пациентов в сроки от 3 до 24 месяцев случаев рецидива заболевания и недостаточности анального сфинктера не выявлено.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** комплексное предоперационное обследование и использование разработанной авторами техники оперативного вмешательства с использованием фибринового клея позволяет улучшить результаты хирургического лечения прямокишечных свищей.

[Ключевые слова: прямокишечный свищ, фибриновый клей, пластика лоскутом]

## ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ ГЕЛЕВОЙ ПЛАСТИКИ

Комиссаров И.А., Колесникова Н.Г., Глушкова В.А.

ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

(ректор – профессор, д.м.н. В.В. Леванович)

**ВВЕДЕНИЕ:** одним из факторов анальной инконтиненции у детей с нейрогенным и органическим недержанием кала является низкое базальное давление в анальном канале.

**ЦЕЛЬ:** изучить возможность использования объемообразующего препарата «ДАМ+» для повышения давления в анальном канале у детей с анальным недержанием, оценить результаты гелевой пластики анального канала.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** с 2007 по 2012 гг. 31 пациенту с недержанием кала выполнено 55 процедур введения полиакриламидного геля «ДАМ+» в подслизистый слой анального канала.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** средняя величина давления в анальном канале до операции составила  $20,98 \pm 5,17$  см вод. ст.; непосредственно после операции  $32,62 \pm 6,63$  см вод. ст.; в отдаленном периоде  $28,07 \pm 6,65$  см вод. ст.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** клиническая эффективность процедуры коррелирует с параметрами базального давления в анальном канале до и после гелевой пластики.

[Ключевые слова: недержание кала, объемообразующий агент, анальное давление покоя]

## №3(45)2013

### ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Березовская Т.П., Невольских А.А.,

Бердов Б.А., Кондрашова Л.М., Горбань Н.А.

ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр»

Минздрава России, г. Обнинск

(директор – академик РАМН, профессор, д.м.н. А.Ф. Цыб)

**ЦЕЛЬ:** оценить возможности МРТ в прогнозировании поражения лимфоузлов мезоректума при резектабельном раке прямой кишки (РПК).

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** 64 оперированных больных РПК разделены на 3 группы по данным предоперационной МРТ. 1 гр – лимфоузлы в мезоректуме менее 5 мм; 2 гр – 5-8 мм; 3 гр – более 8 мм. Случаи с поражением лимфоузлов верифицированы гистологически.

Определены отношение шансов (ОШ) наличия метастазов и показатели диагностической эффективности МРТ с 95 % доверительными интервалами (ДИ).

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** ОШ для (2+3)/1 групп – 2,1 [ДИ 0,4-11,6], для 3/(1+2) групп – 5,8 [ДИ 1,4-25,8], что свидетельствует о достоверном возрастании частоты метастазирования в 3 гр. при чувствительности – 43 % [ДИ 29-52 %], специфичности – 89 % [ДИ 78-96 %], положительная прогностическая ценность – 75 % [ДИ 51-91 %], отрицательная прогностическая ценность 66 % [ДИ 58-72 %] для лимфоузлов более 8 мм.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** при назначении предоперационной лучевой терапии больным резектабельным РПК целесообразно учитывать данные МРТ о наличии в мезоректуме лимфоузлов более 8 мм, обеспечивающие высокую специфичность диагностики их поражения.

[Ключевые слова: рак прямой кишки, магнитно-резонансная томография, регионарные лимфоузлы, лимфогенное метастазирование]

### УКРЕПЛЕНИЕ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ФАСЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Жданов А.И., Попов Р.В., Коротких Н.Н., Кривоносов С.В., Брежнев С.Г.

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия

им. Н.Н. Бурденко» Минздравсоцразвития РФ, г. Воронеж

(ректор – профессор, д.м.н. И.Э. Есауленко)

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

(главный врач – к.м.н. А.В. Щукин)

**ЦЕЛЬ:** улучшение результатов хирургического лечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ).

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** в исследование включено 39 пациентов с эпителиальным копчиковым ходом, которым за период с января 2011 по апрель 2012 года в БУЗ ВО ВОКБ №1 выполнялась радикальная операция иссечения эпителиального копчикового хода и патологически измененных тканей с закрытием раневого дефекта ушиванием «наглухо» адаптационными швами по Донати.

У 23 больных имело место хроническое воспаление эпителиального копчикового хода в стадии гнойного свища, у 6 – рецидивирующей абсцесс, у 3 пациентов было отмечено хроническое воспаление в стадии инфильтрации, в 6 наблюдениях была отмечена ремиссия воспаления ЭКХ, 1 пациент поступил в порядке срочной помощи с острым воспалением в стадии инфильтрации. Основную группу составили 18 пациентов с эпителиальным копчиковым ходом, у которых при иссечении патологически измененных тканей было выполнено укрепление крестцово-копчиковой фасции перед закрытием раневого дефекта «наглухо» адаптационными швами по Донати. В контрольную группу включен 21 пациент с эпителиальным копчиковым ходом, у которых радикальное хирургическое лечение не сопровождалось укреплением крестцово-копчиковой фасции.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** несмотря на увеличение времени операции (3,5 минуты), у больных основной группы значительно снижена частота послеоперационных осложнений (33,3 % против 71,4 %), уменьшена длительность послеоперационной гипертермии (0,8 суток), а, соответственно, и продолжительность антибактериальной терапии (7,9 суток). Отмечается уменьшение продолжительности постельного режима больных основной группы до 2,7 суток по сравнению с контрольной, в которой активизация происходила в среднем на 3,2 суток, что позволило снизить показатель среднего послеоперационного койко-дня в основной группе до 10,4 суток.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** методика закрытия раневого дефекта после радикального иссечения эпителиального копчикового хода с укреплением крестцово-копчиковой фасции перед проведением через нее шовных лигатур позволяет улучшить результаты хирургического лечения.

[Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, хирургическое лечение, крестцово-копчиковая фасция]

### СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Курбонов К.М., Шарипов Х.Ю., Абдуллоев Ф.М.

Таджикский государственный медицинский университет

им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

(ректор – профессор, д.м.н. У.А. Курбонов)

*В статье представлен анализ результатов обследования и лечения 140 больных с острой толстокишечной непроходимостью (ОТН), обусловленной опухолью. Ведущими методами диагностики были эндоскопическая ультрасонография, магнитнорезонансная томография и ирригоскопия. При компенсированной и субкомпенсированной стадиях ОТН целесообразно проведение колоноскопической туннелизации зоны обструкции с целью предоперационной подготовки. Больные с декомпенсированной толстокишечной непроходимостью нуждаются в неотложных оперативных вмешательствах.*

*Предоперационный и интраоперационный лаваж толстой кишки с последующей колонсорбцией эффективно снижают эндогенную интоксикацию, способствуют быстрому устранению общих воспалительных проявлений и создают условия для однократных оперативных вмешательств.*

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

## **ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННАЯ СВИЦАМИ**

1Тимербулатов М.В., 1Гайнутдинов Ф.М., 3Междиев Д.И., 2Хасанов С.Р.,

1Тимербулатов Ш.В., 3Багаутдинов Ф.З.

1 Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО и факультетской хирургии с курсом колопроктологии Башкирского государственного медицинского университета МЗ РФ, г. Уфа

(ректор – профессор, д.м.н. В.Н.Павлов)

2 Республиканская клиническая больница, г. Уфа

(главный врач – к.м.н. Р.Я. Нагаев)

3 Больница скорой медицинской помощи, г. Уфа

*В статье представлен анализ результатов обследования и лечения 14 больных со свищами при дивертикулярной болезни толстой кишки, которые составили 0,53 % к общему числу стационарных больных с осложненными формами данного заболевания. Чаще всего это были внутренние свищи сигмовидной кишки с мочевым пузырем. В диагностике ведущее значение имеет колоноскопия, ирригография. Радикальное хирургическое лечение включало резекцию пораженных дивертикулами отделов ободочной кишки, иссечение свища с ушиванием или резекцией соседнего органа.*

*[Ключевые слова: дивертикулярная болезнь толстой кишки, свищи, диагностика, хирургическое лечение]*

## **ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМОРРОЯ**

Чарышкин А.Л., Исаев А.А., Глушенко Л.В.

Институт медицины, экологии и физической культуры,

кафедра факультетской хирургии, г. Ульяновск

Ульяновский государственный университет, г. Ульяновск

(ректор – профессор, д.м.н. Б.М. Костишко)

Поликлиника №1 им. С.М. Кирова, г. Ульяновск

*ЦЕЛЬ:* улучшение результатов лечения острого геморроя в амбулаторных условиях.

*ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:* С 2000 по 2012 гг. на базе поликлиники №1 им. С.М. Кирова г. Ульяновска было пролечено 2256 больных с острым геморроем. Мужчины составили 1124 (49 %) человек, женщины – 1132 (51 %). Средний возраст пациентов – 42,3 ± 5,8 года.

*В первой группе больных была назначено традиционная консервативная терапия.*

*Во второй группе применяли разработанный способ инстилляций лекарственных препаратов в полость прямой кишки.*

*РЕЗУЛЬТАТЫ:* У пациентов в первой группе срок временной нетрудоспособности составил 25,3 ± 4,3 суток, во второй группе — 12,2 ± 2,3 суток ( $p < 0,05$ ).

*ЗАКЛЮЧЕНИЕ:* Заявленный способ лечения патологических процессов прямой кишки с помощью инстилляций лекарственных препаратов в полость прямой кишки является эффективным, простым и экономичным методом. Срок пребывания пациентов на больничном листе снижается в 2 раза.

*[Ключевые слова: острый геморрой, консервативное лечение]*

## **ЕДИНЫЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ МНОГОЭТАПНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ**

Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Кашников В.Н., Сушков О.И., Варданян А.В.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва

(директор – профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин)

*[Ключевые слова: язвенный колит, колэктомия, тонкокишечный резервуар, единый лапароскопический доступ]*

## **ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ (обзор литературы )**

Лурин И.А., Цема Е.В.

Центральный клинический госпиталь военно-медицинского управления

Службы безопасности Украины, г. Киев

(Начальник – профессор, д.м.н. И.А. Лурин)

*[Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход]*

## **№4(46)2013**

## **КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЁННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

Денисенко В.Л.

УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница»,

г. Витебск, Республика Беларусь

(главный врач – А.А. Оладько)

*Проанализированы результаты стентирования толстой кишки при колоректальном раке, осложненном толстокишечной непроходимостью.*

*Эндоскопическая установка саморасширяющегося колоректального стента позволяет выполнить декомпрессию пищеварительного тракта. Данный подход позволяет осуществить подготовку пациента к радикальному хирургическому лечению.*

*Существенное сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре, отсутствие необходимости в двухэтапном хирургическом лечении с формированием стомы, высокий экономический и социальный эффект использования концепции «быстрого выздоровления», позволяют рекомендовать более широкое применение в стационарах хирургического и онкологического профиля.*

*[Ключевые слова: колоректальный рак, кишечная непроходимость, стентирование]*

## ПОДГОТОВКА КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ К РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Наврузов С.Н., Наврузов Б.С., Пазылова Д.У.,  
Рахманов С.Т., Маткаримов С.Р., Кутлиева Г.Дж.  
Республиканский научный центр колопроктологии МЗ РУз,  
г. Ташкент, Узбекистан

(директор – д.м.н. Б.С. Наврузов)

*В исследование включены 115 пациентов, госпитализированных в Республиканский научный центр колопроктологии МЗ РУз с 2005 по 2013 год по поводу тяжелых форм ВЗК с тотальным поражением толстой кишки. Все пациенты были оперированы в объеме тотальной колэктомии с формированием культи прямой кишки и концевой илеостомы. Пациенты были разделены на две группы: основную группу составили 62 больных, получавших в послеоперационный период базисную (сульфосалазин, салофальк, кортикостероиды, лечебные микроклизмы) и общеукрепляющую терапию, на ее фоне назначали пробиотики (лакто-, бифидо-, колибактерин, бификол); контрольная группа включала 53 больных, получавших только базисную и общеукрепляющую терапию. Эффективность классифицировали по трем степеням:*

*1. Хороший результат – исчезновение или значительное уменьшение выделений из прямой кишки (кровь, слизь и т. д.), болевого синдрома, улучшение общего состояния и эндоскопической картины, улучшение качественного и количественного состава микрофлоры.*

*2. Удовлетворительный результат – уменьшение выделений, частичное восстановление эпителизации, уменьшение болевого синдрома и т.д.*

*3. Неудовлетворительный результат – отсутствие эффекта.*

*Длительный прием пробиотиков у больных ВЗК в до- и послеоперационном периоде приводил к значительному улучшению клинических и лабораторных показателей, что позволяет рекомендовать также для подготовки культи прямой кишки к восстановительным операциям.*

*[Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, культи прямой кишки]*

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТЛУЧЕВЫМИ РЕКТО-ВАГИНАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Семирджанянц Э.Г., 1 Петровский А.В., 1 Фанштейн И.А., 2 Нечушкин М.И., 2  
Геворкян В.С., 2 Автомонов Д.Е. 2

1 ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

(ректор – член-корреспондент РАМН, профессор, д.м.н. П.В. Глыбочко)

2 ФГБУ Российский онкологический научный центр имени Н.Н. Блохина  
РАМН, г. Москва

(директор – академик РАН и РАМН, профессор, д.м.н. М.И. Давыдов)

*Лучевая терапия у больных с местнораспространенными формами рака шейки матки является единственным методом лечения и используется у 40-47 % больных. К сожалению, у 20-30 % больных после лучевой терапии вследствие различных причин формируются лучевые повреждения прямой кишки и мочевого пузыря, что может приводить к возникновению свищей.*

*В данной работе проанализированы результаты хирургического лечения 51 пациентки с постлучевыми ректо-вагинальными свищами при раке шейки матки, выполненного в отделении радиохирургии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН в период с 1996 по 2010 годы.*

*Всего 51 больной с ректо-вагинальными свищами в разные сроки выполнено 61 различное по объему оперативное вмешательство на прямой и ободочной кишке. При первичных свищах выполнено 43 радикальные операции, 8 – паллиативных, при рецидивных свищах – 7 радикальных, 3 паллиативных.*

*[Ключевые слова: рак шейки матки, лучевая терапия, ректовагинальные свищи]*

## ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ, СВЯЗАННОЙ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Фролов С.А.1, Гатауллин И.Г.2, Савинков В.Г.1, Мальцева Н.В.1

1 ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»,  
г. Самара

(главный врач – к.м.н. А.Е. Орлов)

2 ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»,  
г. Казань

(ректор – профессор, д.м.н. К.Ш. Зыятдинов)

*ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:* изучить характер микрофлоры, ассоциированной со злокачественными опухолями толстой кишки.

*МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:* В исследование были включены 100 больных с различной локализацией колоректального рака. Пациентам исследуемой группы во время проведения диагностической фиброколоноскопии производился забор биоптата слизистой оболочки в 5 см от опухоли и биоптата опухолевой ткани для микробиологического исследования.

*РЕЗУЛЬТАТЫ:* Малигнизированный эпителий толстой кишки, в основном (78 %,) обсеменен грамотрицательными бактериями (факультативная условно-патогенная флора), в то время как для неповрежденного эпителия характерно преобладание (72 %)

*грамположительных бактерий (облигатная флора). Опухолевая патология толстой кишки характеризуется нарушением баланса в микрофлоре, уменьшением количества протективных микроорганизмов, нарастанием условно-патогенной флоры.*  
[Ключевые слова: колоректальный рак, микрофлора]

## **РОЛЬ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В УЛУЧШЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ**

Хачатурова Э.А., Кашников В.Н., Савушкин А.В., Балыкова Е.В.,  
Мусин И.И., Ерошкина Т.Д., Болихов К.В.  
ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава РФ, г. Москва  
(директор – профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин)

*Интенсивная терапия при осложненных формах язвенного колита включала в себя инфузионную терапию, медикаментозную поддержку, парентеральное питание, энтеральное питание на всех этапах периоперационного периода. Исследования в ГНЦ колопроктологии проведены за период с 1990 по 2008 год у 172 больных. Разработанный комплексный метод интенсивной терапии позволял снизить объем переливаемых инфузионных растворов в периоперационном периоде, а также значительно уменьшить послеоперационные осложнения (парезы, стрессовые язвы, нагноения и др.).*

[Ключевые слова: язвенный колит, осложнения, гомеостаз, интенсивная терапия, энтеральное питание]

## **АЛГОРИТМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ**

Шудрак А.А.

Главный военно-медицинский клинический ордена Красной Звезды  
центр «ГВКГ» МО Украины, г. Киев, Украина  
(начальник ГВКГ – полковник медицинской службы, к.м.н. А.П. Казмирчук)

*Последние десятилетия знаменуются широким внедрением новых методов лечения хронического геморроя (ХГ). Их преимущества у больных с различными стадиями заболевания, особенно в отдаленном периоде, оцениваются неоднозначно.*

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ:** разработка алгоритма малоинвазивного хирургического лечения хронического геморроя на основании сравнительной оценки эффективности различных методов лечения в двухлетнем периоде наблюдения.

*В проспективное исследование, которое выполнялось в период с 2001 по 2010 гг. вошло 1030 больных ХГ: 275 (26,7 %) – с I, 303 (29,4 %) – со II, 310 (30,1 %) – с III и 142 (13,8 %) – с IV стадиями заболевания.*

*Для малоинвазивного лечения ХГ использовали следующие методики: инфракрасную фотокоагуляцию ГУ (ИКФК), лигирование ГУ с помощью латексных колец, трансанальную геморроидальную деартериализацию (ТНД), для хирургического – операцию Лонго и геморроидэктомию по Миллигану-Моргану.*

*Результаты лечения оценивались в течении двухлетнего периода.*

[Ключевые слова: хронический геморрой, хирургическое лечение, отдаленные результаты]

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНАЛЬНЫХ ТАМПОНОВ «КОЛОПЛАСТ» У БОЛЬНЫХ С АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ**

Ильканич А.Я., 1 Слепых Н.В., 2 Барбашинов Н.А., 2 Абубакиров А.С. 2  
1 ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-мансийского автономного округа «Югры», кафедра госпитальной хирургии  
(ректор – д.п.н., С.М. Косенок)

2 БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут  
(главный врач – к.м.н. Г.Н. Шестакова)

[Ключевые слова: анальная инконтиненция, анальный тампон]

## **УСПЕШНАЯ МУЛЬТИВИСЦЕРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ (ОБОДОЧНАЯ КИШКА, ЖЕЛУДОК, ПЕЧЕНЬ И ЛЕВЫЙ НАДПОЧЕЧНИК) ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОГО МЕТАХРОННОГО КАРЦИНОИДА И РАКА ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

Ненарокомов А.Ю.

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет,  
г. Волгоград

(ректор – академик РАМН, профессор, д.м.н. В.И. Петров)

[Ключевые слова: мультивисцеральная резекция, карциноид]

## **ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ (обзор литературы)**

Войнов М.А.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва  
(директор – профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин)

[Ключевые слова: выпадение прямой кишки, ректопексия]