

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ РОССИЙСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ И АССОЦИАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Халиф И.Л., Белоусова Е.А., Шифрин О.С., Абдулганиева Д.И., Абдулхаков Р.А., Алексеева О.П., Алексеев С.А., Ачкасов С.И., Барановский А.Ю., Болихов К.В., Валуиских Е.Ю., Варданян А.В., Веселов А.В., Веселов В.В., Головенко А.О., Головенко О.В., Григорьев Е.Г., Губонина И.В., Жигалова Т.Н., Кашников В.Н., Кизова Е.А., Князев О.В., Костенко Н.В., Куляпин А.В., Морозова Н.А., Муравьев А.В., Низов А.А., Никитина Н.В., Николаева Н.Н., Никулина Н.В., Одицова А.Х., Осипенко М.Ф., Павленко В.В., Парфенов А.И., Полузюкова Е.А., Потапов А.С., Румянцев В.Г., Светлова И.О., Ситкин С.И., Тимурбулатов В.М., Ткачев А.В., Ткаченко Е.И., Фролов С.А., Хубезов Д.А., Чашкова Е.Ю., Шапина М.В., Щукина О.Б., Яковлев А.А.

ЛИКВИДАЦИЯ ОБШИРНОГО ДЕФЕКТА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ МЕСТНОГО РЕЦИДИВА РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ ЛИНЧА

Ачкасов С.И., Назаров И.В., Цуканов А.С., Майновская О.А., Семёнов Д.А., Калашникова И.А.

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

Хирургическая резекция является основным методом лечения местных рецидивов рака ободочной кишки. Только «агрессивный» подход, заключающийся в выполнении мультитвисцеральных резекций для достижения негативных границ резекции может повысить выживаемость у этой категории больных. Вовлечение передней брюшной стенки требует ее резекции. Ликвидация образовавшегося дефекта является сложной хирургической проблемой. Метод лечения отрицательным давлением основан на постоянной аспирации отделяемого из раны. Первоначально, данный способ применялся у пациентов с диабетическим поражением стопы, или наличием пролежней. Однако, в последнее время вакуум-терапия всё чаще используется в качестве профилактической меры. В этой статье мы представляем случай успешного использования системы отрицательного давления у пациента, перенесшего оперативное вмешательство по удалению местно-распространённого рецидива рака ободочной кишки, потребовавшего резекции передней брюшной стенки.

[Ключевые слова: местный рецидив, локо-регионарный рецидив, местно-распространённый рецидив, рак ободочной кишки, вакуум-терапия]

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК: ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Харагезов Д.А., Колесников В.Е., Милакин А.Г.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

ВВЕДЕНИЕ. В настоящее время актуальными являются изучение как онкобиологических аспектов феномена первичной множественности опухолей ободочной и прямой кишок, так и совершенствование методов лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить возможности миниинвазивных вмешательств при синхронном первично-множественном колоректальном раке.

МЕТОДЫ. Объектом исследования послужили данные о 51 больном первично-множественным синхронным колоректальным раком. Проведен анализ клинических, биологических, морфологических особенностей синхронных опухолей ободочной и прямой кишки. У 12 (23,5%) из 51 больных оперативные вмешательства на ободочной и прямой кишке были выполнены из миниинвазивного доступа: лапароскопия и трансанальная эндоскопическая резекция прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ исследования показали, что среди пациентов первично-множественным раком ободочной и прямой кишки преобладает синхронный колоректальный рак (63,8%) с преимущественной локализацией опухоли в сигмовидной и прямой кишке. Применение миниинвазивного доступа позволяет в 2,5 раза снизить число послеоперационных осложнений и улучшить реабилитацию больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение современных технологий в лечении первично-множественного синхронного колоректального рака позволяет улучшить результаты лечения больных.

[Ключевые слова: первично-множественный синхронный колоректальный рак, малоинвазивные операции]

ПОКАЗАНИЯ К ВВЕДЕНИЮ ОБЪЕМООБРАЗУЮЩИХ АГЕНТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ

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

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова», г. Санкт-Петербург

Несмотря на наличие множества консервативных и хирургических методов лечения, проблема анальной инконтиненции актуальна на сегодняшний день и остается нерешенной. С целью повышения базального давления в анальном канале с начала 1990-х годов начались попытки имплантации объемообразующих агентов. В исследовании применен отечественный препарат «ДАМ+».

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Определение показаний к введению объемообразующих агентов для лечения анальной инконтиненции. Изучение возможности применения препарата «ДАМ+» с оценкой результатов лечения.

С 2014 по 2016 гг. проведена исследовательская работа с участием 30 пациенток с анальной инконтиненцией различной этиологии. Средний возраст составил $47,5 \pm 6,5$ лет. Производилось введение объемообразующего агента «ДАМ+» в подслизистый слой анального канала из 3-х точек с последующим сравнительным анализом обследования до и после лечения. Средний период наблюдения составил $12,1 \pm 0,97$ месяцев. В результате исследования нами были определены показания к введению объемообразующих агентов для коррекции анальной инконтиненции, выполнена оценка результатов.

[Ключевые слова: анальная инконтиненция, недостаточность анального сфинктера, объемообразующие агенты]

ЭМФИЗЕМА СРЕДОСТЕНИЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ КОЛОНОСКОПИИ (клиническое наблюдение)

Семионкин Е.И., Трушин С.Н., Подъяблонский А.В.

ФГБОУ ВО «Рязанский медицинский государственный университет им. акад. И.П.Павлова» Минздрава России, г. Рязань

В статье проанализированы данные литературы по эмфиземе средостения как редкого осложнения эндоскопической колоноскопии. Приведены два клинических наблюдения, подтвержденных рентгеновским исследованием, эмфиземы средостения, вследствие перфорации стенки сигмовидной кишки и дивертикула сигмовидной кишки при плановой эндоскопической колоноскопии. Больные экстренно оперированы с благоприятным исходом. Выполнены лапаротомии с резекцией кишки и наложением первичного аппаратного анастомоза. Эмфизема средостения разрешилась самостоятельно, в среднем, в течение 7 суток.

[Ключевые слова: эндоскопическая колоноскопия, перфорация толстой кишки, эмфизема средостения]

РОЛЬ ЦИТОРЕДУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ВНУТРИБРЮШНОЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ КАРЦИНОМАТОЗОМ

Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Пономаренко А.А.

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

ЦЕЛЬ. Оценить непосредственные результаты лечения и выживаемость пациентов, оперированных по поводу рака толстой кишки (РТК) с перитонеальным карциноматозом (ПК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В анализ включено 56 больных, которым выполнены циторедуктивные операции и внутрибрюшная химиотерапия по поводу РТК с ПК. pT4-стадия первичной опухоли была диагностирована в 38/56 (67,5%), а метастазы в лимфатические узлы обнаружены в 39/56 (69%) макропрепаратах. Медиана перитонеального карциноматозного индекса (ПКИ) составила 3 (1;5).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Смертность и частота развития послеоперационных осложнений в 30-дневный период после операции составили 0% и 14%, соответственно. Медиана безрецидивной выживаемости (БВ) была 21 (11;н/д) месяцев. При многофакторном анализе установлено, что уровень ПКИ ($p=0,0007$) и наличие внебрюшинных метастазов ($p=0,0097$) – независимые неблагоприятные прогностические факторы БВ. При эмпирическом анализе пограничное значение ПКИ, при котором выявились достоверные различия ($p=0,044$) во времени возникновения рецидива, оказался равен 8. Медиана БВ при уровне ПКИ менее 8 оказалась равна 24 (11;н/д) месяцам, а более 8-10 (7;17) месяцев.

ВЫВОДЫ. Циторедуктивные операции (ЦО) вместе с интраоперационной внутрибрюшной химиотерапией (ВБХТ) у больных РТК с ПК при низком уровне послеоперационных осложнений и нулевой летальности позволяют достичь увеличения БВ у пациентов с ПКИ менее 8 более, чем в 2 раза, по сравнению с пациентами, у которых ПКИ был выше этого значения.

[Ключевые слова: карциноматоз, рак толстой кишки, циторедуктивная операция, внутрибрюшная химиотерапия]

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАРЕИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С CLOSTRIDIUM DIFFICILE, У КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (обзор литературы)

Сафин А.Л., Ачкасов С.И., Сухина М.А., Сушков О.И.

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

[Ключевые слова: клостридиальный колит, псевдомембранозный колит, антибиотико-ассоциированная диарея]

МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА И ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ КАК МЕТОД ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ (обзор литературы)

Фоменко О.Ю., Титов А.Ю., Николаев С.Г., Мудров А.А.

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

ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва

[Ключевые слова: неинвазивная магнитная стимуляция, недостаточность анального сфинктера, мышцы тазового дна, наружный анальный сфинктер, хронический запор]

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Шельгин Ю.А., Веселов А.В., Сербина А.А.

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

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ РОССИЙСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ И АССОЦИАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ КРОНА

Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Халиф И.Л., Белоусова Е.А., Шифрин О.С., Абдулганиева Д.И., Абдулхаков Р.А., Алексеева О.П., Алексеев С.А., Ачкасов С.И., Барановский А.Ю., Болихов К.В., Валуевских Е.Ю., Варданян А.В., Веселов А.В., Веселов В.В., Головенко А.О., Головенко О.В., Григорьев Е.Г., Губонина И.В., Жигалова Т.Н., Кашников В.Н., Кизова Е.А., Князев О.В., Костенко Н.В., Куляпин А.В., Морозова Н.А., Муравьев А.В., Низов А.А., Никитина Н.В., Николаева Н.Н., Никулина Н.В., Одинова А.Х., Осипенко М.Ф., Павленко В.В., Парфенов А.И., Полуэктова Е.А., Потапов А.С., Румянцев В.Г., Светлова И.О., Ситкин С.И., Тимурбулатов В.М., Ткачев А.В., Ткаченко Е.И., Фролов С.А., Хубезов Д.А., Чашкова Е.Ю., Шапина М.В., Щукина О.Б., Яковлев А.А.

ОЦЕНКА РАДИКАЛЬНОСТИ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Щаева С.Н., Ачкасов С.И.

1 ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск
2 ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва

ЦЕЛЬ. Оценить радикальность оперативных вмешательств, выполненных в экстренных условиях по поводу ургентных осложнений колоректального рака.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Изучены сведения о 1098 больных с осложненными формами рака толстой кишки, которые в период с 2001 по 2013 гг. были оперированы по экстренным показаниям в стационарах г. Смоленска.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Были изучены данные 888 протоколов патоморфологических исследований удаленных препаратов. В 33 (11,5%) случаях из 286 больных с осложненным раком прямой кишки был выявлен опухолевый рост по дистальной линии резекции; в 102 (35,7%) наблюдениях был скомпрометирован латеральный край резекции. Из 67 случаев рака ректосигмоидного отдела в 4 (6%) операционных препаратах зафиксирован опухолевый рост по дистальной линии резекции. В большей части наблюдений (68,1%) количество исследованных лимфатических узлов не превышало 3. Изучению 12 и более лимфоузлов подвергнуты лишь 50 (5,6%) из 888 операционных препаратов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Проведенный анализ результатов лечения показал, что недостаточное количество исследованных лимфатических узлов, а так же резекции R1, повлияли на результаты канцерспецифической выживаемости.

[Ключевые слова: колоректальный рак, экстренная хирургия, онкологические результаты, канцерспецифическая выживаемость]

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПОЛНОСПЕКТРАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ

Веселов В.В., Нечипай А.М., Полторыкина Е.А., Васильченко А.В.1

1 ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва
2 ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

В связи с тем, что при проведении колоноскопии с расположением камеры в торцевой части аппарата остаются зоны, недоступные для детального осмотра, необходима разработка видеоскопических систем с расширенным углом обзора. В настоящее время на отечественном рынке появились полноспектральные колоноскопы, работающие в формате изображения Ultra HD 4K.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование полноспектральным колоноскопом выполнено 70 пациентам. Из них в 51 (72,8%) наблюдениях отработывалась техника проведения исследования. У 15 (21,4%) пациентов осмотр одновременно производился полноспектральным и торцевым колоноскопом, и у 4 (5,7%) больных испытываемый аппарат использовался для визуализации патологических изменений, недоступных осмотру с помощью традиционного оборудования.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При выполнении полноспектральной колоноскопии в качестве диагностической процедуры у 51 пациента было выявлено 170 полипов (частота выявления полипов составила 47,1%). При одновременном использовании полноспектрального колоноскопа и аппарата с торцевой камерой у 1 больного дополнительно обнаружено 9 полипов, а у второго – 23. Эц у 7 человек панорамная колоноскопия позволила выявить полипы, не обнаруженные при использовании оборудования с торцевой оптикой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При полноспектральной колоноскопии угол эндоскопического изображения внутренней поверхности толстой кишки составляет 330°, что превышает возможности видеозахвата стандартного аппарата с торцевой камерой в 2 раза. Это позволяет существенно повысить показатель частоты выявления аденом.

[Ключевые слова: FUSE, полноспектральная колоноскопия, показатель частоты выявления аденом (ADR), «слепые» зоны]

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОГРАММЕ ОПТИМИЗАЦИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Зитта Д.В., Субботин В.М.

ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России», г. Пермь

ЦЕЛЬ. Изучить эффективность сочетанного применения лапароскопических технологий и программы оптимизации периоперационного периода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проспективное рандомизированное клиническое исследование выполнено в колоректальном раке, которым предстояло плановое оперативное лечение в отделении колопроктологии ГКБ №2 г. Перми. До начала лечения все пациенты были разделены на 3 группы. 200 больных группы сравнения перенесли открытую операцию и получили стандартную периоперационную терапию. В лечении остальных 266 больных, которые вошли в группу 1 и 2, применялась программа оптимизации периоперационного ведения. 75 пациентов группы 1 были прооперированы с использованием видеолапароскопических технологий. Остальные пациенты были оперированы лапаротомным доступом и вошли в группу 2.

Оценивались такие показатели, как продолжительность операции, интраоперационная кровопотеря, срок активизации больных, сроки первого отхождения газов и дефекации, объем инфузионной терапии и диурез, частота послеоперационных осложнений, сроки активизации больных, удаления дренажей, первого отхождения газов и первого стула. Качественные параметры оценивались с помощью среднего значения и стандартного отклонения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Существенной разницы по возрасту, полу, объему выполненных операций между изучаемыми группами больных не было. Продолжительность операций в группах достоверно не отличалась. Восстановление моторной функции кишечника происходило достоверно раньше в первой группе. Летальность составила 1,5% – в группе сравнения, 1,3% – в группе 1 и 0,5% – в группе 2. Количество осложнений было достоверно ниже в первой и второй группах. Сроки достижения готовности к выписке были достоверно ниже в группах 1 и 2.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Сочетание программы оптимизации периоперационного ведения с лапароскопическими технологиями повышает эффективность лечения, позволяет ускорить восстановление моторной функции кишечника, сократить количество послеоперационных осложнений.

[Ключевые слова: лапароскопические технологии, колоректальный рак, оптимизация периоперационного лечения]

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ АНАЛЬНЫХ СФИНКТЕРОВ

Муравьев А.В.,1,2 Линченко В.И.,Муравьев К.А.,1 Чумаков П.И.,1 Петросыят С.И.,2 Оверченко Д.Б.,2 Галстян А.Ш.,2 Ефимов А.В.3

1 ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь
2 ГБУЗ СК «ГКБ №2», г. Ставрополь

3 ФБГУ «Туапсинский многопрофильный центр» Минздрава России, г. Туапсе

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Разработать тактику лечения посттравматической недостаточности анального сфинктера в экстренной хирургии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении колопроктологии с 1977 по 2015 гг. пролечено 472 больных с недостаточностью анального сфинктера, как в плановом, так и в экстренном порядке. 125 из них проведена консервативная терапия. Оперативное лечение выполнено у 347 пациентов. В экстренном порядке поступили 24 пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ВЫВОДЫ. Успех реабилитации этих больных во многом зависит от своевременной и адекватной хирургической помощи в момент повреждения сфинктера.

Свежие разрывы промежности 3 степени в родах должны ушиваться опытными акушерками и только последно.

При бытовой травме сфинктера и поступлении в стационар до 24 часов, возможно выполнение сфинктеропластики без колостомы, после 24 часов – только с превентивной колостомой. Огнестрельные повреждения сфинктера нуждаются в хирургической обработке раны без сфинктеропластики и с обязательным наложением стомы.

[Ключевые слова: посттравматическая недостаточность анального сфинктера, сфинктеропластика, хирургическая тактика]

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОЙ ДЕФЕКАЦИИ

Фоменко О.Ю., Шельгин Ю.А., Порядин Г.В., Титов А.Ю., Пономаренко А.А., Мудров А.А., Белоусова С.В.

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

ГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

В статье проводится анализ функционального состояния (функции эвакуации, держания) и иннервации мышц тазового дна у пациенток с ректоцеле и сочетанием ректоцеле с внутренней ректальной инвагинацией, имеющих жалобы на obstructивную дефекацию.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение функционального состояния мышц тазового дна у пациенток с синдромом obstructивной дефекации (СОД).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследовании включены 224 женщины с жалобами на obstructивную дефекацию, не имевших в анамнезе операций на тазовом дне. При физикальном осмотре у всех пациенток были выявлены признаки ректоцеле.

Средний возраст – 49,9±15,0 лет. Жалобы на недержание различных компонентов калового содержимого были у 52 (23,2%) пациенток. Диагностический алгоритм: физикальный осмотр, дефекография, функциональное исследование запирательного аппарата прямой кишки (манометрия высокого разрешения (HRAM), эвакуаторная проба, комплексная сфинктерометрия, исследование проводимости по половому нерву).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Частота встречаемости функциональных расстройств дефекации (ФРД) по данным объективных методов исследования среди пациенток с СОД высока и составляет 64,7%. При этом отсутствуют различия в частоте ФРД у больных с сочетанием ректоцеле с внутренней инвагинацией по сравнению с пациентками, страдающими только ректоцеле.

Не обнаружено корреляционной связи между частотой недостаточности анального жома и ФРД. Выявляются пациентки, имеющие субклиническое течение инконтиненции (при отсутствии жалоб регистрируются сниженные манометрические показатели тонуса и сократительной способности анальных сфинктеров).

Нами было доказано отсутствие корреляционной связи между наличием или отсутствием нарушений иннервации мышц тазового дна в виде нейропатии п. pudendus и наличием или отсутствием ФРД.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ФРД могут являться причиной неудовлетворительного результата хирургического лечения пациенток с СОД даже после восстановления анатомических соотношений из-за сохранения жалоб на нарушение эвакуации.

Алгоритм диагностических исследований при СОД должен включать в себя не только оценку функции эвакуации (HRAM и эвакуаторную пробу), но и сфинктерометрию для оценки функции держания.

[Ключевые слова: синдром obstructивной дефекации, функциональные расстройства дефекации, диссинергическая дефекация, неадекватная пропульсия, манометрия высокого разрешения, сфинктерометрия, проводимость по половому нерву]

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ

Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В., Грошилин В.С., Помазков А.А., Старцев Ю.М., Меликова С.Г.
ФГБОУ ВО «Ростовский Государственный Медицинский Университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра хирургических болезней ФПК и ППС, г. Ростов-на-Дону
ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить непосредственный и ближайший результаты резекции печени по поводу метастазов колоректального рака в сравнении с РЧТА.
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 57 пациентов. В первую группу (n=24) вошли пациенты, которым помимо удаления первичной опухоли выполнялись резекционные вмешательства на печени, во вторую (n=33) – пациенты, которым выполнена локальная термодеструкция метастазов (РЧТА).
РЕЗУЛЬТАТЫ. Осложнения после операции выявлены у 2 (8,3%) больных I группы и у 4 (12,1%) – во второй. Во II группе отмечена летальность на госпитальном этапе послеоперационного периода в 2 (5,8%) наблюдениях вследствие несостоятельности толсто-толстокишечного анастомоза с развитием разлитого калового перитонита. Безрецидивный период у больных I группы составил 14,4±3,2 мес. 3-летняя выживаемость составила 39%, при медиане жизни в 32,5 месяцев. У пациентов II группы 3-летняя выживаемость составила 27%.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При наличии резектабельных метастазов, последние должны быть резецированы при отсутствии неблагоприятных факторов. Резекция печени является более эффективным методом лечения метастазов колоректального рака в печени, нежели РЧТА.
[Ключевые слова: колоректальный рак, внутривенные метастазы, резекция печени, радиочастотная термоабляция]

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОЛОГИИ МИНИИВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Эктов В.Н., Сомов К.А., Куркин А.В., Музалов В.А.
ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, кафедра хирургических болезней ИДПО, г. Воронеж
ЦЕЛЬ. Улучшить результаты латексного лигирования геморроя.
МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Представлен опыт лечения 432 больных с хроническим геморроем с использованием различных вариантов латексного лигирования. Средний возраст пациентов составил 42,1±7,3 лет, у 293 (67,8%) больных отмечена третья или четвертая стадия заболевания. Предложена новая методика – латексное лигирование слизистой и подслизистой оболочек нижеампулярного отдела прямой кишки, которая одновременно обеспечивает лигирование геморроидальных сосудов и лифтинга тканей геморроидального комплекса. При третьей и четвертой стадии заболевания применялось одномоментное комбинированное лигирование слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки и лигирование внутренних геморроидальных узлов.
РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем послеоперационном периоде у 5 пациентов развились осложнения, для лечения которых не потребовалось повторных вмешательств. В отдаленном периоде после различных вариантов лигирования хорошие результаты лечения получены у 87,3% больных.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предложенные новые варианты латексного лигирования расширяют диапазон использования данной методики и повышают ее эффективность в лечении различных стадий и клинических форм хронического геморроя.
[Ключевые слова: геморрой, латексное лигирование, лигирование геморроидальных артерий, ректо-анальная реконструкция]

ПРИМЕНЕНИЕ ФЕКАЛЬНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕКЛОСТРИДАЛЬНОГО АНТИБИОТИК-АССОЦИИРОВАННОГО КОЛИТА (клинический случай)

Захаренко А.А., Шлык И.В., Суворов А.Н., Трушин А.А., Тен О.А., Смирнов А.А., Беляев М.А., Блинов Е.В., Натха А.С., Багненко С.Ф.
1 Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург
2 Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины, г. Санкт-Петербург
[Ключевые слова: антибиотик-ассоциированная диарея, фекальная трансплантация, псевдомембранозный колит]

CLOSTRIDIUM DIFFICILE ИНФЕКЦИЯ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ (обзор литературы)

Сафин А.Л., Ачкасов С.И., Сухина М.А., Сушков О.И. ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва
[Ключевые слова: клостридиальный колит, псевдомембранозный колит, антибиотико-ассоциированная диарея, клостридиальная инфекция]

ОСЛОЖНЕНИЯ КОЛОНОСКОПИИ И ФАКТОРЫ РИСКА ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЙ (обзор литературы)

Семионкин Е.И., Трушин С.Н., Куликов Е.П., Бизяев С.В., Луканин Р.В.
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань
[Ключевые слова: колоноскопия, факторы риска, осложнение, лечение]

ПЕРВИЧНАЯ МЕЛАНОМА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (обзор литературы)

Титов К.С., Долгопят И.А., Аскерова З.М., Атрощенко А.О.
ГБУЗ «Московский клинический научный центр Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва
[Ключевые слова: первичная меланома желудочно-кишечного тракта, хирургическое лечение, противоопухолевая терапия]

МИКРОСАТЕЛЛИТНАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ (обзор литературы)

Цуканов А.С., Шельгин Ю.А., Шубин В.П.
ФГБУ «ГНЦК им.А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва (директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А. Шельгин)
[Ключевые слова: колоректальный рак, микросателлитная нестабильность, синдром Линча, ген BRAF]

№2(60) – 2017 Приложение

МАЛОЪЕМНЫЙ РАСТВОР ПРЕПАРАТА ПЭГ С АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТОЙ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К КОЛОНОСКОПИИ ПО ОДНОЭТАПНОЙ УТРЕННЕЙ ИЛИ СТАНДАРТНОЙ ДВУХЭТАПНОЙ (СПЛИТ) СХЕМАМ: МНОГОЦЕНТРОВОЕ ПРОСТОЕ СЛЕПОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ПАРАЛЛЕЛЬНЫХ ГРУППАХ

Веселов В.В., Сидоров А.В., Василко В.В., Гордиенко А.В., Меньшикова И.Л., Симаненков В.И., Шербаков П.Л.
1 ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва
2 ФГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра фармакологии, г. Ярославль
3 ЗАО «Поликлинический Комплекс», г. Санкт-Петербург
4 ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург
5 НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г. Алматы, Казахстан
6 ГБУЗ Городская больница № 26, г. Санкт-Петербург; 7 ФГБУ Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины ФМБА России, г. Москва
АКТУАЛЬНОСТЬ. Согласно рекомендациям, процедуру колоноскопии оптимально начинать в интервале от 2 до 4 часов с момента окончания приема слабительного средства. Одноэтапный прием всей дозы малообъемного раствора полиэтиленгликоля (ПЭГ) утром перед колоноскопией может быть более предпочтителен для пациентов по сравнению с двухэтапной схемой подготовки, предполагающей наличие ночного перерыва между вечерним и утренним приемом разделенной дозы препарата.
ЦЕЛЬ. Сравнить эффективность, безопасность и переносимость одноэтапной утренней (сплит) схем приема раствора ПЭГ с аскорбиновой кислотой (ПЭГ + Аск) 2 л для подготовки к колоноскопии.
МЕТОДЫ. Выполнено многоцентровое, проспективное, простое слепое (для эндоскописта), рандомизированное исследование не меньшей эффективности одноэтапной утренней схемы приема раствора препарата ПЭГ + Аск 2 л (МОВИПРЕП®) по сравнению с двухэтапной, разделенной на вечернюю и утреннюю дозы, схемой приема того же препарата с целью подготовки к колоноскопии. Первичной конечной точкой была успешная очистка толстой кишки; при этом «успехом» считались категории А и В чистоты согласно шкале Хэрфилд (Harefield). Клинически значимый предел не меньшей эффективности был выбран – 15% с односторонним 5%-м уровнем значимости. Вторичными конечными точками были общая удовлетворенность/переносимость процедуры подготовки к колоноскопии участниками исследования, compliance пациентов и безопасность исследуемого препарата.
РЕЗУЛЬТАТЫ. Всего в исследовании участвовали 140 пациентов из 6 центров, рандомизированных по 70 человек в две группы. При анализе популяции в соответствии с назначенным вмешательством (ITT) успешная очистка толстой кишки достигалась у 94,3% пациентов, принимавших исследуемый препарат по утренней схеме, и у 91,4% пациентов, использовавших сплит схему. Нижняя граница односторонне 95% ДИ для разницы эффектов составила –9,7% при выбранном пределе –15% (p<0,001 для не меньшей эффективности). При этом у 71,4% пациентов обеих групп достигалась наивысшая категория А чистоты кишки по шкале Хэрфилд. Первое опорожнение кишечника после приема первого литра исследуемого препарата у пациентов в группе утренней схемы приема наступало быстрее, чем в группе сплит схемы: медиана времени составила, соответственно, 1,08 и 1,58 ч. (p<0,001). Почти все пациенты в группе утренней схемы (69/70) и в группе сплит схемы (67/70) приняли исследуемый препарат, как планировалось. В целом, прием ПЭГ + Аск 2 л хорошо переносился пациентами обеих групп. Нежелательные явления возникли у 58,6 и 61,4% пациентов при использовании утренней и сплит схем приема исследуемого препарата, соответственно. Наиболее часто регистрируемыми явлениями были типичные желудочно-кишечные расстройства (53,5% пациентов) и изменения в лабораторных тестах (12,1% пациентов). Серьезных нежелательных явлений не отмечалось.
ВЫВОД. Одноэтапная утренняя схема приема раствора препарата ПЭГ + Аск 2 л не уступает двухэтапной (сплит) схеме приема данного препарата в эффективности, является безопасной и удобной для пациентов при подготовке к колоноскопии.
[Ключевые слова: подготовка к колоноскопии, малообъемный раствор ПЭГ, раствор аскорбиновой кислоты, сплит-доза]

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОЧАГОВЫХ ГИПЕРЭХОГЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ПЕЧЕНИ

Бердников С.Н., Шолохов В.Н., Синокова Г.Т., Гудилина Е.А., Абгарян М.Г., Калинин Н.Е., Кудашкин Н.Е., Архир П.П., Калинин Е.В.
1 ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина» Минздрава России, г. Москва
2 ГБУ «Республиканский онкологический диспансер» Минздрава России, г. Москва
ЦЕЛЬ. Совершенствование эластоэластометрии и эластографии в дифференциальной диагностике гиперэхогенных образований печени (гемангиомы и метастазы колоректального рака).
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты 180 пациентов, обследованных по поводу гиперэхогенных новообразований печени. Всем пациентам проводились эластография в режиме ручной компрессии, импульсно-волновая эластография (ARFI) и импульсно-волновая эластоэластометрия (SWV).
РЕЗУЛЬТАТЫ. По данным эластографии в режиме ручной компрессии, в группе пациентов с метастазами колоректального рака в печень в 71% наблюдениях очаги были жесткими. В группе пациентов с гемангиомами печени в 88% случаях образования были мягкой консистенции.

По данным эластографии в режиме ARFI, в группе с метастазами колоректального рака у 71 % пациентов очаги были жесткими. В группе пациентов с гемангиомами печени в 88 % наблюдаемый образования были мягкими.

По данным эластометрии опухолевой ткани, в группе пациентов с метастазами колоректального рака показатель СРПВ был высоким: 3,24 м/сек (в диапазоне от 1,4 до 4,22 м/с), медиана среднеого скоростного показателя – 3,38 м/сек. В группе пациентов с гемангиомами печени скоростной показатель СРПВ был самым низким: 1,07 м/сек (в интервале от 0,75 до 3,86 м/сек), медиана – 0,93 м/сек.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Показатели информативности эластографии с ручной компрессией для метастазов колоректального рака в печени (n=110): чувствительность – 98 %, точность – 98 %, прогностическая ценность положительного результата – 100 %. Показатели информативности эластографии с ручной компрессией для гемангиом печени (n=70): специфичность – 94 %, точность – 94 %, прогностическая ценность отрицательного результата – 100 %.

Показатели информативности эластографии с технологий ARFI для метастазов в печень колоректального рака (n=110): чувствительность – 100 %, точность – 100 %, прогностическая ценность положительного результата – 100 %. Показатели информативности эластографии с технологий ARFI для гемангиом печени (n=70): специфичность – 94 %, точность – 100 %, прогностическая ценность отрицательного результата – 100 %. Показатели эластометрии для выявления злокачественных образований печени были более информативными при пороговом значении показателя СРПВ в 2,0 м/с (более 2,0 м/с – злокачественные опухоли, менее 2,0 м/с – доброкачественные опухоли): точность – 94 %, чувствительность – 91 %, специфичность – 97 %, прогностическая ценность положительного результата – 97 %, прогностическая ценность отрицательного результата – 92 %.

[Ключевые слова: эластография, эластометрия, ARFI (Acoustic radiation force impulse), SWV (Shearwavevelocity), СРПВ (скорость распространения поперечной волны)]

ЭЛАСТОГРАФИЯ СДВИГОВОЙ ВОЛНЫ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Борсуков А.В., Морозова Т.Г.
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Анализ возможностей методики сдвиговой волны (2DSWE) в диагностике метастатического поражения печени в рамках проведения мультипараметрического ультразвукового исследования (УЗИ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведено обследование 95 пациентов с наличием метастазов в печени, с установленным первичным очагом: 28 (29,4 %) – рак легкого, 31 (32,6 %) – злокачественное новообразование желудка (ЗНО), 9 (9,5 %) – ЗНО поджелудочной железы, 16 – колоректальный рак, 9 (17,8 %) – ЗНО матки, 11 (20 %) – ЗНО яичников. У всех больных (n=95) выявлены метастатические метастазы (6-18 мес. после оперативного лечения). Обязательным в алгоритме обследования пациентов являлось использование мультипараметрического УЗИ (В – режим, эластографии сдвиговой волны (ЭСВ) и УЗИ с контрастными усилением).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Данные В-режима, цветового доплеровского картирования и ЭСВ оказались полезными при разграничении инвазивного или инвазивного характера роста метастаза: AUC=0,898 (95 % ДИ 0,879-0,957), что свидетельствовало о высокой информативности метода. Прогностическая ценность ЭСВ увеличилась при динамическом наблюдении за пациентами: AUC=0,991 (95 % ДИ 0,944-0,997), что подтвердило информативность метода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Разработаны критерии инвазивного и инвазивного роста метастазов печени по данным ЭСВ, что важно для предоперационного планирования. Прогностическая значимость ЭСВ в рамках мультипараметрического УЗИ увеличивается при динамическом наблюдении за пациентами в сроки более 6 месяцев.

[Ключевые слова: метастатические метастазы в печени, эластография, эхоконтраст]

УЗИ ПЕЧЕНИ С КОНТРАСТОМ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

Митина Л.А., Гуц О.В., Степанов С.О., Сидоров Д.В., Петров Л.О., Ратушная В.В., Корниенко А.Л., Соловьев Я.А., Ложкин М.В.
МНИОИ им. П.А.Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, г. Москва

В настоящее время агрессивный хирургический подход в сочетании с современными схемами химиотерапии позволяет расширить показания для хирургического вмешательства у больных метастатическим колоректальным раком, т. к. только радикальная резекция печени обеспечивает наилучшие результаты по выживаемости.

Исследования с контрастным усилением имеют первостепенное значение для выявления пациентов с резектабельными и потенциально резектабельными метастазами. В нашем исследовании оценивались качественные и количественные параметры насыщения контрастом очагов в печени. Данная статья обобщает результаты проведенных УЗИ исследований печени с контрастом у 104 пациентов с метастатическим колоректальным раком перед планирующимся лечением, а также в качестве динамического контроля эффективности проводимой химиотерапии или после выполненной радиочастотной абляции.

[Ключевые слова: УЗИ печени с контрастом, метастатический колоректальный рак, УЗ контраст, метастазы в печени]

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Пыков М.И., Галкина Я.А., Демина А.М.
ФГБУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра лучевой диагностики детского возраста, г. Москва

ГБУЗ г. Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определение ультразвуковой семиотики болезни Крона и язвенного колита с оценкой активности воспалительного процесса, оценка возможности эхографии в дифференциальной диагностике этих заболеваний.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обследован 91 пациент в возрасте от 4 мес. до 17 лет. Первую группу пациентов составили 24 человека с морфологически подтвержденным диагнозом «болезнь Крона», вторую – 37 человек с морфологически подтвержденным диагнозом «язвенный колит». В контрольную группу вошли 30 пациентов с отсутствием клинико-лабораторных данных поражения желудочно-кишечного тракта.

Ультразвуковое исследование кишечника проводилось без специальной подготовки и контрастирования.

РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЙ. Тест «толщина кишечной стенки» >2,5 мм – воспалительное заболевание кишечника характеризуется чувствительностью – 90,2 %, специфичностью – 100,0 %, предсказательной ценностью положительного теста – 100,0 %, предсказательной ценностью отрицательного теста – 83,3 % и площадью под кривой – 0,957; тест «количество цветочных сигналов в кишечной стенке» >2 – воспалительное заболевание кишечника – 93,4, 100,0, 100,0, 88,2 % и 0,967, соответственно. При сравнении групп «болезнь Крона» и «язвенный колит» достоверные различия получены по патологической васкуляризации, поражению терминального отдела подвздошной кишки, воспалительной инфильтрации брыжейки и (или) сальника, наличию асцита и размерам лимфатических узлов (P<0,05 для всех сравнений). При сравнении периодов обострения и ремиссии достоверные различия получены по патологической васкуляризации во всех группах; по размерам лимфатических узлов – в группе «язвенный колит» и объединенной группе воспалительных заболеваний кишечника; по наличию асцита, поражению терминального отдела кишечника и воспалительной инфильтрации брыжейки и (или) сальника – в группе «болезнь Крона» (P<0,05 для всех сравнений).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Ультразвуковое исследование является незаменимым методом в диагностике и мониторинге воспалительных заболеваний кишечника у детей.

[Ключевые слова: ультразвуковая диагностика, воспалительные заболевания кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, дети]

№3(61) – 2017

МЕТААНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СИМУЛЬТАННЫХ И ЭТАПНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНХРОННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

Пономаренко А.А., Шельгин Ю.А., Рыбаков Е.Г., Ачкасов С.И.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва
ГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

ВВЕДЕНИЕ. В последнее время хирургическое лечение больных синхронными метастазами колоректального рака в печени существенно изменилось. Наряду с этапными хирургическими вмешательствами все чаще выполняются симультанные операции.

ЦЕЛЬ. Оценить непосредственные и отдаленные результаты двух альтернативных хирургических тактик: 1) одномоментное удаление метастазов КРР в печени (симультанная операция) и 2) классическая тактика, когда первым этапом удаляется опухоль толстой кишки, а вторым этапом – метастазы в печени.

МЕТОДЫ. Выполнен метаанализ исследований, сравнивающих результаты лечения симультанной и этапных операций. Были оценены следующие показатели: локализация опухоли, распространенность и количество метастазов, объем операции, кровопотеря, частота осложнений, послеоперационный койко-день, летальность и выживаемость.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В систематический обзор включено 29 исследований, суммарно анализирующих 5518 больных. В группе этапных операций преобладали больные с множественными (p=0,007) и билобарными (p=0,0004) метастазами в печени и чаще выполнялись обширные резекции печени (p=0,0001) в сравнении с группой симультанных операций. Кровопотеря в группах статистически не различалась (p=0,37). Частота осложнений в группе симультанных операций была меньше (ОШ=0,8, ДИ 95 % (0,7-1,0), p=0,048). Послеоперационный койко-день в группе симультанных операций был меньше на 4 дня (ДИ 95 % (-5,7 – -2,4), p=0,00001). Летальность в группах лечения статистически не различалась. Общая 3- и 5-летняя выживаемость была сопоставима в группах сравнения и составила 54 % vs 55 %, p=0,6 и 37 % vs 38 %, p=0,6, соответственно.

ВЫВОДЫ. Выполнение симультанной операции в сочетании с экономной резекцией печени или у отобранных больных с обширной резекцией печени не приводит к увеличению частоты осложнений и летальности в сравнении с этапными хирургическими вмешательствами при одинаковой общей выживаемости. Наличие смещений в сравниваемых группах и гетерогенности публикаций, вследствие ретроспективности данных за большой период (до 20лет), заставляет осторожно подходить к интерпретации полученных данных.

[Ключевые слова: колоректальный рак, синхронные метастазы в печень, симультанные операции]

ЭКСПЕРТНАЯ СИСТЕМА ПРОГНОЗА ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ

Борота А.В., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Борота А.А., Онищенко Е.В.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького Кафедра общей хирургии № 1, г. Донецк

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. При помощи разработанной в клинике экспертной системы прогноза операционного риска (ЭСПОР) уточнить показания, ведение пред- и послеоперационного периода и доказать эффективность выполнения СОВ у пациентов с различными заболеваниями толстой кишки (ЭТК) и хирургической патологии органов брюшной полости (ОБП).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В клинике общей хирургии ДонНМУ им. М. Горького на базе хирургического отделения № 2 ДОКТМО за период с 2012 по 2015 гг. проведено оперативное лечение 986 пациентов с патологией толстой кишки. Проанализированы результаты лечения 127 (12,8 %) пациентов с ЭТК, имеющих сочетанную абдоминальную патологию ОБП, которым выполнены СОВ на основании разработанной ЭСПОР. Среди них женщин – 79 (62,2 %), мужчин – 48 (37,8 %). Возраст больных колебался в пределах от 32 до 87 лет. По поводу неопухолевой патологии толстой кишки был прооперирован 51 (40,1 %) пациент, опухолевой – 76 (59,9 %). Сочетание нескольких операций (2-х и более) произведено у 21 (16,5 %) пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Течение послеоперационного периода у пациентов, перенесших СОВ, существенно не отличалось от такового после выполнения стандартных вмешательств на толстой кишке. Среди послеоперационных осложнений, которые составили 3,2 %, у пациентов, перенесших СОВ, следует отметить: серомы с нагноением раны – 3 случая, пневмония – 2, инфильтрат брюшной полости – 1. Летальных исходов не было.

ВЫВОДЫ. ЭСПОР обеспечивает полноценную и эффективную коррекцию сопутствующей патологии в предоперационном периоде, профилактику интра- и послеоперационных осложнений, а также проведение эффективной целенаправленной интенсивной терапии у данной категории пациентов, что позволило во всех случаях добиться уменьшения

