

**МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПРОМЕЖНОСТИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА**

Титов А.Ю., Нехрикова С.В., Веселов А.В.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва  
(директор – член-корр. РАН, профессор Ю.А.Шельгин)

Послеоперационные раны анального канала и промежности, даже небольшие по объему, заживают достаточно долго. Наряду с местным лечением таких ран в некоторых случаях эффективным является назначение препаратов для приема внутрь, в частности, венотоников. В ГНЦ колопроктологии с ноября 2016 по март 2017 года проводилось исследование, целью которого явилась оценка эффективности препарата Венарус для лечения послеоперационных ран промежности и анального канала.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследования вошло 113 пациентов с диагнозом геморрой. У некоторых пациентов, наряду с геморроем, были сопутствующие заболевания – хроническая анальная трещина или свищи прямой кишки. Основную группу составили 59 человек, которые были пролечены препаратом Венарус, а 54 человека – в группе контроля. Методы оценки включали клиническое обследование, профилометрию, цитологическое исследование мазков-отпечатков, качество жизни пациентов по шкале QoL SF-36 до операции, при выписке и на 28-й день после операции. В каждую группу были включены пациенты, однородные по основным показателям.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Пациентам основной группы понадобилось достоверно меньше ненаркотических анальгетиков после хирургического вмешательства. На фоне проводимой терапии препаратом Венарус уровень боли уже в первые 4 дня у пациентов основной группы был значительно ниже по сравнению с пациентами, получавшими только традиционное местное лечение. При этом уровень достоверности находился в прямой зависимости от стадии геморроя – чем больше была стадия геморроя, тем выше уровень достоверности. У пациентов контрольной группы гипертермия держалась достоверно дольше по сравнению с больными основной группы –  $1,61 \pm 0,11$  и  $1,22 \pm 0,10$ , соответственно ( $p < 0,008$ ). При клинической оценке течения послеоперационного периода минимальный отек в области послеоперационной раны или инфильтрат после склерозирования внутренних геморроидальных узлов сохранялся у 81,5 % больных даже на 28 день, тогда как к этому периоду у всех 100 % пациентов основной группы отека в области раны не наблюдалось. При цитологическом исследовании уже на 15 день после операции ни в одном наблюдении у пациентов основной группы не зарегистрировано выраженной воспалительной инфильтрации, тогда как у 50 % пациентов в группе с применением только местного лечения сохранялись цитологические признаки активного воспаления ( $p < 0,0001$ ). На 28 день у 100 % пациентов основной группы признаки какого-либо воспаления отсутствовали, а у 74,1 % пациентов контрольной группы имели место признаки минимального воспаления ( $p < 0,00001$ ). Применение Венаруса повлияло в конечном итоге на качество жизни пациентов – физическое и психическое, поскольку достоверное снижение болевого синдрома, а также воспалительной раневой реакции приводило к более быстрому выздоровлению. Особенно различия в качестве жизни проявились на 28 день после операции ( $p < 0,001$ ).

*[Ключевые слова: медикаментозное лечение послеоперационных ран промежности и анального канала, венотонизирующий препарат, оценка течения раневого процесса]*

**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ В ПЕЧЕНИ**

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

(директор – член-корр. РАН, профессор Ю.А.Шельгин)  
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

**ВВЕДЕНИЕ.** Этапное хирургическое лечение при синхронных метастазах рака прямой кишки в печени считается предпочтительным подходом в выборе объема операции в практике колопроктологов. Альтернативным подходом является одномоментное удаление опухоли прямой кишки и метастазов в печени. Данное проспективное исследование сравнивает непосредственные результаты симультанных операций и этапного хирургического лечения у больных с синхронными метастазами рака прямой кишки в печени.

**МЕТОДЫ.** В ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России с января 2013 по февраль 2017 гг. по поводу синхронных метастазов рака прямой кишки в печени 78 больным выполнили симультанную операцию и 30 больным – этапное хирургическое лечение. Проведен анализ клинико-морфологических данных, лечения, непосредственных результатов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Обширные резекции печени чаще выполняли в группе этапного хирургического лечения в сравнении с группой симультанных операций 17/30 (56 %) и 17/78 (22 %), соответственно,  $p = 0,0001$ . При симультанных операциях чаще выполняли переднюю резекцию прямой кишки в сравнении с этапным хирургическим лечением – 48/78 (62%) и 12 (40 %), соответственно,  $p = 0,053$ . Летальность между группами статистически не различалась и составила 1/78 (1 %) при симультанных операциях и 1/30 (3%) – при этапном хирургическом лечении. Частота осложнений при симультанных операциях и этапном хирургическом лечении статистически не различалась и составила 28/78 (36%) и 17/30 (57%), соответственно. Возраст  $\leq 61$  года (ОШ 13; 1,3-120), размер наибольшего метастаза в печени  $> 2,1$  см, (ОШ 6,6; ДИ 95 %: 1,8-23), этапное хирургическое лечение (ОШ 6,9; ДИ 95 %: 1,5-31) являются независимыми факторами, связанными с повышенным риском осложнений у больных раком прямой кишки с синхронными метастазами в печени.

**ВЫВОДЫ.** Симультанные операции в объеме резекции прямой кишки и экономной резекции печени предпочтительней этапного хирургического лечения. Стандартная резекция прямой кишки и обширные резекции печени с удалением до 70 % паренхимы печени в пределах R0 границ в специализированных учреждениях не увеличивают летальность, частоту осложнений и послеоперационный койко-день.

*[Ключевые слова: синхронные метастазы в печени, резекции печени, рак прямой кишки, симультанные операции]*

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ К ВИДЕОКАПСУЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ**

Галев А.В., Ликуттов А.А., Архипова О.В., Мтвралашвили Д.А., Веселов В.В.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва  
(директор – член-корр. РАН, профессор Ю.А.Шельгин)

**ЦЕЛЬ.** Показать на результатах проведенного нами исследования влияние качества подготовки к видеокапсульной эндоскопии (ВКЭ) на точность диагностики заболеваний тонкой и толстой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В период с сентября 2014 по декабрь 2016 года видеокапсульное исследование было выполнено 100 пациентам, находящимся на амбулаторном обследовании и стационарном лечении в ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» МЗ РФ (ГНЦК). Окончательная обработка данных проведена по результатам обследования 96 пациентов (52 мужчин и 44 женщин в возрасте от 18 до 78 лет). Для адекватной подготовки пациентов к исследованию нами использовалась определенная схема с применением «сплит-дозы» очищающих кишечника препаратов на основе полиэтиленгликоля и стимуляционных растворов. Качество подготовки тонкой и/или толстой кишки к исследованию оценивалось по шкале Leighton J.A., Rex D.K.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Важными критериями при проведении ВКЭ являются полнота (завершенность) исследования и полноценный осмотр (возможность визуализировать все отделы тонкой и/или толстой кишки). В нашем исследовании полное исследование тонкой и толстой кишки было выполнено у 87 (91 %) пациентов, а полноценное исследование выполнено у 86 (90 %) из 96 пациентов. При исследовании тонкой и толстой кишки с использованием тонкокишечной или толстокишечной видеокапсул у 87 (91 %) пациентов подготовка кишечника была оценена как «хорошая» или «отличная».

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Опыт проведенного нами исследования показал, что для получения достоверных и информативных данных при проведении ВКЭ необходимо тщательное соблюдение методологии подготовки к проведению исследования.

*[Ключевые слова: видеокапсульная эндоскопия, подготовка, тонкокишечная капсула, толстокишечная капсула]*

#### **КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГЕМОРРОЯ. АЛЬТЕРНАТИВА ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ИЛИ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЧАСТЬ? РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОГРАММЫ «CHORUS»**

Загрядский Е.А.1, Богомазов А.М.2, Головкин Е.Б.3

1 МЦ «ОН КЛИНИК», г. Москва

2 МЦ «Южный», г. Москва

3 Клиника «МЕДСИ МСК 12», г. Москва

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Определить частоту клинических проявлений геморроя и запоров у лиц, обращающихся за консультацией по поводу геморроя. В ходе лечения пациентов с геморроем оценить эффективность флеботропной терапии микронизированной очищенной флавоноидной фракцией (МОФФ).

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Это многоцентровое исследование, включающее скрининговую и наблюдательные части, являющееся частью Международного исследования «CHORUS» (Chronic venous and hemorrhoid diseases evaluation and scientific research), проведенного в девяти центрах различных регионов Российской Федерации, с участием 80-ти колопроктологов. В группу скрининга вошло 2668 пациентов, у которых исследовалась частота возникновения запоров, как фактор риска развития геморроя. Консервативное лечение, основой которого являлась микронизированная очищенная флавоноидная фракция (МОФФ, Детралекс, Сервье), получали 1952 пациента с I-IV стадией геморроя. Эффективность лечения оценивалась на основании анкетного опроса.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Анкетный опрос показывает, что запорами страдали 766 (28,8%) пациентов. Нарушение модели дефекации и изменение характера консистенции стула отмечено у 1155 (43,9 %) и 633 (25,5 %), соответственно. В то же время, 288 (11,1 %) пациентов, указали на склонность к жидкому стулу и диарее. Консервативное лечение, основой которого является флеботропная терапия МОФФ, проводимая пациентам наблюдательной группы, показала свою эффективность при всех стадиях геморроя. За весь наблюдательный период консервативное лечение было эффективно у 1489 (76,3 %) пациентов. Хирургическое лечение проведено 463 (23,7 %) пациентам I-IV стадией геморроя, основную часть составили пациенты с III стадией – 199 (43,1 %) и IV стадией геморроя – 68 (64,2 %). **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Консервативная терапия геморроидальной болезни, основой которой является флеботропная терапия МОФФ, эффективна при всех стадиях геморроя, однако у пациентов с III и IV стадией заболевания требуется хирургическое лечение.

*[Ключевые слова: геморроидальная болезнь, анальная боль, кровотечение, запор, МОФФ]*

#### **ВОЗМОЖНОСТИ УЗИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОНТРАСТНОГО УСИЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТАЗОВ В ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ**

Ковалева Е.В., Синюкова Г.Т., Данзанова Т.Ю., Лепэдату П.И., Гудилина Е.А.

ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина» Минздрава России, г. Москва

(директор – академик РАН, профессор М.И.Давыдов)

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Оценить возможности УЗИ с контрастированием в выявлении метастазов в печени в сравнении со стандартным серошкальным В-режимом.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведено УЗИ 18 пациентам с метастазами колоректального рака в печени, с применением контрастного препарата SonoVue (Bracco, Italy). Пациенты были разделены на две группы: первая группа – 10 (55 %) пациентов – до начала проведения химиотерапии; вторая группа – 8 (45 %) пациентов – после проведенной ранее химиотерапии со стабилизацией процесса. При УЗИ печени с контрастированием оценивался характер контрастного усиления метастазов в трех фазах – артериальной, венозной и отсроченной.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Произведена оценка характера накопления контраста в метастазах в печени в артериальную фазу. Контрастный препарат накапливался в метастазах в печени гомогенно по всему объему (у 30 % больных из первой группы, у больных из второй группы такое накопление не наблюдалось), только по периферии очагов (у 70 % больных – из первой группы, у 75 % больных – из второй группы), параллельно с интактной паренхимой печени (у 25 % больных – из второй группы). В отсроченной фазе у 4 (22,2 %) из 18 (100 %) пациентов были обнаружены дополнительные метастазы. Была отмечена значительная разница в начале стадий контрастирования между пациентами первой и второй групп. Позднее накопление контраста было характерно для метастазов печени у пациентов второй группы (25,8 сек. от начала введения контраста). Наиболее раннее начало стадии выведения контраста (washout) было характерно для метастазов в печени у пациентов первой группы (42,4 сек. от начала введения контраста).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** УЗИ с применением контрастного усиления улучшает визуализацию метастазов в печени, в сравнении с В-режимом. Также возможно применять данную методику в оценке эффективности лечения больных колоректальным раком с метастазами в печени, так как отмечается различие в моментах начала стадий накопления и вымывания контраста из очагов.

*[Ключевые слова: колоректальный рак; метастазы в печени; УЗИ с контрастным усилением; оценка эффективности химиотерапии]*

#### **РАННИЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ: ЛОКАЛЬНОЕ ИССЕЧЕНИЕ ИЛИ ТОТАЛЬНАЯ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЯ?**

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

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург, кафедра хирургических болезней стоматфакультета с курсом колопроктологии, Городской колопроктологический центр (СПбГБУЗ «Городская больница № 9»), г. Санкт-Петербург

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты лечения больных ранними формами рака прямой кишки (РПК); оценить диагностическую эффективность эндоректального ультразвукового исследования (ЭРУЗИ) в стадировании раннего РПК. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проанализированы результаты лечения 81 пациента с ранними формами РПК. Основная проспективная группа включала 42 человека, которым выполнялось трансанальное локальное иссечение (ЛИ). Группа ретроспективного контроля – 39 человек, им выполнялось радикальное хирургическое вмешательство с тотальной мезоректумэктомией (ТМЭ). Сравнительный анализ между группами проводился на основании оценки длительности операций, частоты периоперационных осложнений, длительности пребывания в стационаре, отдаленных онкологических результатов (показателей общей, безрецидивной, канцерспецифической выживаемости, возникновения отдаленных метастазов). Оценка диагностической ценности ЭРУЗИ выполнялась путем сравнительного анализа данных предоперационного стадирования с результатами патоморфологического исследования удаленных препаратов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Медиана наблюдения в проспективной группе составила 41 (10-60) месяц. По сравнению с ТМЭ, ЛИ ассоциировано с меньшей частотой послеоперационных осложнений (4,8 % против 17,9 %,  $p=0,04$ ). Послеоперационной летальности не было ни в одной из групп наблюдений. Точность метода ЭРУЗИ составила 88,1 % для Tis и 78,6 % для T1. В отношении отдаленных онкологических результатов через 1 и 3 года в двух группах не было выявлено статистически значимых различий ( $p=1,0$ ). Единственный случай локального рецидива (2,6 %) был выявлен у одного пациента с аденокарциномой pT1sm3, ранее отказавшегося от радикального вмешательства, через 6 месяцев после локального иссечения, по поводу чего была выполнена ТМЭ. Отдаленных метастазов не было выявлено ни в одном случае. Показатель общей 3-летней выживаемости составил 100 % в основной группе и 97,4 % – в контрольной. Показатель 3-летней канцерспецифической выживаемости составил 100 % в обеих группах.

**ВЫВОДЫ.** ЛИ имеет преимущества перед ТМЭ у пациентов с ранним РПК в отношении непосредственных результатов лечения; при этом отдаленные онкологические результаты сопоставимы с ТМЭ. ЭРУЗИ демонстрирует высокие показатели диагностической ценности и является определяющим в стадировании раннего РПК по критерию Т.

**[Ключевые слова: ранний рак прямой кишки, тотальная мезоректумэктомия, локальное иссечение, трансанальная эндоскопическая микрохирургия, ЭРУЗИ]**

### **РИСК РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ИФНО- $\alpha$**

Фролова К.С., Борисов С.Е.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Разработать комплекс мероприятий, позволяющих снизить риск развития активного туберкулеза у больных воспалительными заболеваниями кишечника на фоне применения генно-инженерных препаратов.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Под наблюдением ГБУЗ «Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗ г. Москвы» проведен скрининг туберкулеза у 454 пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), 167 (36,8 %) из которых затем проходили обследование на фоне лечения ингибиторами ФНО- $\alpha$  (от одного до 11 раз). Мониторинг туберкулезной инфекции включал обследование пациентов перед назначением генно-инженерных препаратов, а также мониторинг в ходе лечения не реже 1 раза в 12 месяцев, в большинстве случаев проводился 1 раз в 6 месяцев. Обследование пациента с целью скрининга и мониторинга туберкулезной инфекции включало: сбор анамнеза, жалоб, физикальное обследование, микробиологическое исследование мокроты (люминесцентная микроскопия, посевы на жидких средах в автоматизированной системе ВАСТЕС™ MGIT™ 960, посевы на плот-ных средах), рентгенологическое обследование (с компьютерной томографией – КТ – по показаниям), пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л, внутрикожную пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР – препарат Диаскинтест®).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При скрининговом обследовании ни у одного из пациентов не было выявлено активного туберкулеза органов дыхания либо иной локализации. Сведения о перенесенном ранее туберкулезе были получены у 16 (3,5 %) пациентов. При рентгенологическом обследовании у 29 (6,4 %) пациентов выявлена патология органов грудной клетки. Из них у 14 (3,0 %) человек изменения расценены как остаточные после перенесенного туберкулеза легких, у 15 (3,3 %) человек изменения расценены как последствия неспецифических воспалительных процессов. Показанием к проведению превентивной противотуберкулезной терапии являлись положительные результаты иммунологических проб, которые свидетельствовали о высоком риске развития активного туберкулеза (положительная проба с АТР отмечена у 22 (5,4 %) из 407 обследованных пациентов). Превентивное противотуберкулезное лечение было проведено 37 пациентам (52 курса превентивной терапии): 25 человек – перед назначением ГИБП (27 курсов, из них два повторных) и 18 больных – на фоне лечения (25 курсов, из них семь повторных). После прохождения скрининга и, при необходимости, превентивного противотуберкулезного лечения, курс лечения ГИБП был начат 167 (36,8 %) пациентам, среди которых туберкулез развился у 10 (6,0 %) человек, у двух больных – неспецифическая пневмония, у 3 больных – саркоидоз легких, 1 случай идеопатического фиброзирующего альвеолита, 1 случай двустороннего неспецифического плеврита.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Пациенты, получающие иммуносупрессивную терапию по поводу ВЗК, составляют группу риска развития осложнений неинфекционной и инфекционной природы, в том числе, туберкулеза. Нуждаются в тщательном обследовании и наблюдении до назначения, во время лечения ГИБП и после лечения в течении не менее 6 месяцев.

**[Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, генно-инженерная биологическая терапия, туберкулез]**

### **МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННЫЙ РАК СИГМОВИДНОЙ КИШКИ С КАРЦИНОМАТОЗОМ И МНОГОКРАТНЫМИ РЕЦИДИВАМИ. 15 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ (клинические наблюдения)**

Ачкасов С.И., Лихтер М.С., Сушков О.И., Назаров И.В.

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

(директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шельгин)

Карциноматоз брюшины является фактором, значительно ухудшающим прогноз выживаемости пациентов. Однако, сочетание «агрессивной» хирургической тактики и лекарственной терапии в некоторых случаях позволяет добиться хороших результатов. В представленном клиническом примере продемонстрирована ситуация, когда при первичной операции, помимо местно-распространенной опухоли, у больной имелся крупный карциноматозный узел в большом сальнике. Циторедуктивная операция с полным объемом циторедукции в сочетании с внутривнутрибрюшной химиотерапией позволила обеспечить отсутствие возврата карциноматоза. В последующем больная перенесла три операции, поводом для которых послужили местные рецидивы рака ободочной кишки. Тем не менее, 15-летний период наблюдения за пациенткой

свидетельствует о перспективности такого подхода, позволяющего если не вылечить пациента, то существенно увеличить продолжительность его жизни.

**[Ключевые слова: местный рецидив, локо-регионарный рецидив, местно-распространённый рецидив, рак ободочной кишки, повторный рецидив, карциноматоз]**

#### **ГИПЕРПЛАЗИЯ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА ПРЯМОЙ КИШКИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ**

Ачкасов С.И.<sup>1</sup>, Титов А.Ю.<sup>1</sup>, Шахматов Д.Г.<sup>1</sup>, Сайфутдинова К.Р.<sup>2</sup>, Майновская О.А.<sup>1</sup>, Зароднюк И.В.<sup>1</sup>, Фоменко О.Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва

(директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шельгин)

<sup>2</sup> Кафедра колопроктологии ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, г. Москва

(зав. кафедрой – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шельгин)

В литературе присутствуют единичные сообщения об изолированном утолщении внутреннего анального сфинктера и причинах его развития. Четкой диагностической программы и описания хирургической коррекции при этом состоянии обнаружить не удалось. Данное клиническое наблюдение демонстрирует редкий случай синдрома гиперплазии внутреннего сфинктера прямой кишки с облитерацией анального канала, а также успешную реабилитацию пациента в процессе многоэтапного хирургического лечения.

**[Ключевые слова: внутренний анальный сфинктер, гиперплазия]**

#### **ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ТЕЛА МАТКИ, ГОЛОВНОГО МОЗГА, ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СЕМЬЕ С АДЕНОМАТОЗНЫМ ПОЛИПОЗОМ**

Шельгин Ю.А.1, Потапов А.А.2, Кузьминов А.М.1, Вышегородцев Д.В.1, Мурусидзе Н.А.2, Чичеватов Д.А.3, Пономарева Е.Е.3, Майновская О.А.1, Шубин В.П.1, Цуканов А.С.1

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

2 ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. академика Н.Н.Бурденко» Минздрава России, г. Москва

3 ФБУЗ «Областной онкологический диспансер», г. Пенза

**[Ключевые слова: семейный аденоматоз толстой кишки, синдром Турко, рак щитовидной железы, рак тела матки, ген APC]**

#### **ПОРАЖЕНИЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ ДИФФУЗНОЙ В КЛЕТЧНОЙ ЛИМФОМЕ**

Штыркова С.В.1, Магомедова А.У.1, Ковригина А.М.1, Рыбаков Е.Г.2, Данишян К.И.1

1 ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

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

(директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шельгин)

**[Ключевые слова: В-клеточная лимфома, анальный канала, язва]**

#### **УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ (обзор литературы)**

Иванов В.А., Малушенко Р.Н., Денисов А.Е.

ФГАОУ ВО «Российский Университет Дружбы Народов», г. Москва

(Ректор – академик В.М.Филиппов) ФБУЗ «ГКБ № 24 ДЗМ», г. Москва

(Главный врач – д.м.н., профессор Г.В.Родоман) Кафедра ультразвуковой диагностики и хирургии ФПК МР МИ РУДН, г. Москва

(Зав. кафедрой – д.м.н., профессор В.А.Иванов)

**[Ключевые слова: опухоль, рак прямой кишки, трансректальное УЗИ, чрескожное ультразвуковое исследование, эндоректальное УЗИ, эндосонография]**

#### **МЕСТНЫЕ РЕЦИДИВЫ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (обзор литературы)**

Назаров И.В., Сушков О.И., Шахматов Д.Г.

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

(директор – член-корр. РАН, профессор Ю.А.Шельгин)

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

## **№2(64)2018**

#### **ОСТАЛОСЬ ЛИ МЕСТО ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕДЛЕННО-ТРАНЗИТНЫХ ЗАПОРОВ**

Ачкасов С.И., Алешин Д.В.

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

(директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шельгин)

Статья посвящена анализу показаний к хирургическому лечению медленно-транзитных запоров с точки зрения соответствия цели лечения и цели операции (колэктомии), а также последствий хирургического вмешательства.

**[Ключевые слова: медленно-транзитные запоры, хирургическое лечение, колэктомия]**

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Диана Мере<sup>1</sup>, Ив Панис<sup>1</sup>

(перевод с английского: Сайфутдинова К.Р.2)

1 Department of Colorectal Surgery, Pole des Maladies de l'Appareil Digestif (PMAD), Beaujon Hospital, Assistance Publique-Hopitaux de Paris (AP-HP), University Denis Diderot (Paris VII), France

2 Кафедра колопроктологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва (зав. кафедрой – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шелыгин)

**[Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, лапароскопические операции]**

## ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭКЗОСОМАЛЬНЫХ МИКРОРНК ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Самсонов Р.Б.1,2, Тарасов М.А.3, Бурдаков В.С.4, Штам Т.А.1,2,4, Гуляев А.М.1, Ткаченко О.Б.1, Рыбаков Е.Г.3, Филатов М.В.4, Айгнер А.5, Малек А.В.1,2

1 «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Петрова» Минздрава РФ, г. Санкт-Петербург

(директор – д.м.н., профессор А.М.Беляев)

2 ООО «Онко-система», г. Москва

(директор – к.м.н. А.В.Малек)

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

(директор – член-корр. РАН, профессор Ю.А.Шелыгин)

4 НИЦ «Курчатовский институт» – ПИЯФ, г. Гатчина

(директор, и.о. – С.Е.Горчаков)

5 Институт фармакологии и токсикологии им. Рудольфа Бухгейма, г. Лейпциг, Германия

(директор – профессор М.Шефер)

**ЦЕЛЬ.** Оценка диагностической значимости анализа экзосомальных микроРНК при колоректальном раке (КРР).

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследовании был использован материал (плазма) от 100 пациентов с опухолевыми заболеваниями толстой кишки и 20 здоровых доноров. Экзосомы были выделены методом дифференциального ультра-центрифугирования, анализ проведен методами лазерной корреляционной спектроскопии (ЛКС), криоэлектронной микроскопии (крио-ЭМ), проточной цитометрии. Количественный анализ экзосомальных микроРНК проведен методом ОТ-ПЦР. Для оценки полученных результатов использован статистический критерий Краскела-Уоллиса, ROC-анализ.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Показано, что КРР вызывает характерные изменения концентрации ряда экзосомальных микроРНК. Для использования полученных результатов с целью персонализированной диагностики КРР, предложен алгоритм анализа «реципрокных микроРНК пар». Оптимальные результаты получены при анализе пары miR-223/miR-181a (чувствительность =0,93; специфичность =0,88).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Анализ экзосомальных микроРНК представляется перспективным методом ранней диагностики / скрининга колоректального рака.

**[Ключевые слова: колоректальный рак, экзосомы, микроРНК, диагностика, скрининг]**

## РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Ачкасов С.И., Суровегин Е.С., Сушков О.И., Лукашевич И.В., Савушкин А.В.

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

(директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шелыгин)

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценка результатов внедрения ПУВ в практику.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проанализированы две последовательные серии клинических наблюдений. Первая когорта больных набиралась в 2013-2015 гг. (n=124), вторая – в 2015-2017 гг. (n=152). Пациенты рандомизировались в группы с традиционным ведением и по ПУВ. Оценивались частота послеоперационных осложнений, длительность стационарного лечения и процент реализации программы.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Не было выявлено различий в частоте осложнений первой и второй серий, а также между группами. Длительность лечения в послеоперационном периоде группы ПУВ в первой когорте пациентов составила  $4,7 \pm 0,1$ , во второй –  $5,8 \pm 0,2$  дней ( $p=0,0003$ ). Возраст и коморбидный фон не оказывали влияния на результаты лечения больных. Фактор исполнителя значимо влиял на сроки выписки больных. На фоне внедрения ПУВ снизился послеоперационный койко-день при традиционном ведении с  $9 \pm 0,6$  до  $7,8 \pm 0,3$  ( $p=0,046$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** ПУВ снижает длительность послеоперационного лечения и не влияет на частоту послеоперационных осложнений.

Данная методика является исполнителем – зависимой. Ее внедрение улучшает результаты лечения всех пациентов клиники.

**[Ключевые слова: программа ускоренного выздоровления, ПУВ, колопроктология]**

## СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЛИКВИДАЦИИ ПРЕВЕНТИВНОЙ ИЛЕОСТОМЫ

Ачкасов С.И., Сушков О.И., Москалев А.И., Ланцов И.С.

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

(директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шелыгин)

**ВВЕДЕНИЕ.** В оригинальной статье представлены результаты моноцентрового проспективного рандомизированного исследования, оценивающего непосредственные результаты операции ликвидации превентивной илеостомы местным доступом.

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Закрытие превентивной илеостомы является потенциально опасным хирургическим вмешательством. Частота развития послеоперационных осложнений находится на уровне 30%, летальность при этом достигает 4%. В настоящее время нет единой точки зрения, определяющей рациональный способ выполнения реконструктивно-пластической операции.

**ЦЕЛЬ.** Определить наиболее эффективный и безопасный способ ликвидации превентивной илеостомы.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» МЗ РФ в период с октября 2015 по декабрь 2017 гг. включено 327 пациентов, которым выполнена ликвидация двустольной илеостомы. Больные случайным образом распределены на 3 группы: 1 – группа

ручного формирования анастомоза по типу «конец-в-конец», 2 – группа ручного формирования анастомоза по типу «бок-в-бок», 3 – группа формирования анастомоза при помощи сшивающего аппарата.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Частота развития послеоперационных осложнений в группах 1, 2 и 3 составила: 14,4%, 18,4% и 11,7%, соответственно ( $p=0,5$ ). Наиболее часто встречающимся осложнением было нарушение кишечной проходимости, которое отмечено в 9,7%, 13,6% и 5% в группах 1, 2 и 3, соответственно ( $p<0,05$ ). В случае использования ручного способа формирования илео-илеоанастомоза по типу «бок-в-бок» отмечалось самое длительное время наложения межкишечного соустья (49,3 мин.), самое длительное время оперативного вмешательства (105,7 мин), а также самый большой послеоперационный койко-день (9,3 к/д) ( $p<0,05$ ). Аппаратный способ формирования анастомоза оказался самым быстрым ( $p<0,001$ ) по сравнению с ручными способами. Формирование ручного тонко-тонкокишечного анастомоза по типу «конец-в-конец» занимало промежуточное положение по анализируемым показателям.

**ВЫВОДЫ.** Ни один из анализируемых методов ликвидации превентивной илеостомы не показал своих неоспоримых преимуществ перед другими. Применение аппаратной методики ликвидации илеостомы позволяет уменьшить риск развития нарушения проходимости желудочно-кишечного тракта ( $p<0,05$ ). Использование линейного сшивающе-режущего аппарата при формировании тонко-тонкокишечного анастомоза позволяет добиться более быстрого формирования межкишечного соустья и завершить операцию раньше, чем при других способах ( $p<0,001$ ).

**[Ключевые слова: закрытие двустольной илеостомы, ликвидация превентивной илеостомы, закрытие илеостомы, илеостомия по Торнболлу, формирование илео-илеоанастомоза, ручной анастомоз, аппаратный анастомоз]**

#### **РОЛЬ ФЛЕБОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕМОРРОЯ**

Белик Б.М.1, Ковалев А.Н.1, Хатламаджян А.Л.2

1 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра общей хирургии, г. Ростов-на-Дону (ректор – профессор С.В.Шлык)

2 МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А.Семашко», г. Ростов-на-Дону (главный врач – Д.В.Сизякин)

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценить клиническую эффективность применения флеботропного препарата Детралекс (микронизированная очищенная флавоноидная фракция, МОФФ) в комплексном лечении больных с острым геморроем.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен сравнительный анализ результатов лечения 293 пациентов с острым геморроем, которые составили две группы клинических наблюдений. У 145 пациентов (I группа) проводилась стандартная медикаментозная терапия. У 148 пациентов (II группа) на фоне стандартного лечения дополнительно назначался флеботонизирующий препарат Детралекс. Программа исследований включала определение содержания в плазме крови белков острой фазы воспаления и провоспалительных цитокинов, оценку выраженности болевого синдрома (VRS) и параметров качества жизни (опросник SF-36).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Установлено, что применение МОФФ в комплексном лечении больных с острым геморроем способствует более быстрому устранению отека и воспаления, уменьшению выраженности тромбоза геморроидальных узлов, купированию болевого синдрома и повышению показателей качества жизни пациентов, сопровождается отчетливым регрессом лабораторных маркеров воспалительной реакции. Это позволяет увеличить число хороших результатов лечения острого геморроя с 66,2% до 89,9%, то есть на 23,7% и снизить количество неудовлетворительных результатов с 4,2% до 1,3%, то есть на 2,9%.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Включение препарата Детралекс в программу медикаментозного лечения острого геморроя способствует более быстрой ликвидации клинических и лабораторных проявлений заболевания и позволяет улучшить результаты лечения этой категории больных.

**[Ключевые слова: острый геморрой, флеботропная терапия, препарат Детралекс]**

#### **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

Гиберт Б.К.1, Матвеев И.А.1, Бородин Н.А.1,

Жуков П.А.2, Захарова А.Н.1, Яньшина А.А.1

1 Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Тюмень

(ректор – академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор И.В.Медведева)

2 ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1»

(главный врач – к.м.н. С.Е.Ярцев), г. Тюмень

**ЦЕЛЬ.** Анализ оказания экстренной помощи больным с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни в общехирургическом стационаре и ее соответствие клиническим рекомендациям по лечению взрослых пациентов с дивертикулярной болезнью ободочной кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В общехирургическом стационаре пролечено 23 больных с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни, 16 (69,56%) выполнена операция типа Гартмана на 1-2 сутки после поступления в стационар и 7 человек лечились консервативно.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Клиническими проявлениями воспалительных осложнений ДБ является абдоминальный болевой синдром различной интенсивности, что обуславливает оказание им экстренной хирургической помощи в общехирургических стационарах.

Клиническая картина, УЗИ у 17 (73,91%) больных, КТ у 4 (17,39%) и лапароскопия у 12 (52,17%) человек позволили правильно и своевременно установить характер осложнений дивертикулярной болезни у всех пациентов. У 15 человек при отсутствии диффузного гнойного перитонита применена тактика резекции сигмовидной кишки без предварительного консервативного лечения пациентов.

**ОБСУЖДЕНИЕ.** Применяемая тактика не соответствует клиническим рекомендациям по лечению осложнений ДБ и ведет к выполнению obstructивных резекций, которых у части больных можно избежать при проведении стартовой консервативной терапии, согласно клиническим рекомендациям по лечению воспалительных осложнений дивертикулярной болезни.

**[Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, воспалительные осложнения, тактика лечения]**

#### **СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ МАСЛЯНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ РЕКТАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ**

Захарченко А.А., Попов А.В., Винник Ю.С., Маркелова Н.М.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» МЗ РФ, г. Красноярск

(Ректор – д.м.н., профессор И.П.Артохов)

В статье представлены 5-летние результаты комбинированного лечения 160 пациентов резектабельным раком прямой кишки (TNM: IIA-B – IIIA-B). У 40 больных (исследуемая группа) в неоадьювантном режиме (за 72 часа до операции) проводили эндоваскулярную масляную химиоэмболизацию ректальных артерий (RACHEL procedure) эмульсией липиодола и 5-фторурацила. Результаты сравнивали с хирургическим лечением (группа клинического сравнения 1, n=40) и методами предоперационной лучевой терапии (группы клинического сравнения 2-5 × 5 Гр, до суммарной очаговой дозы 25 Гр и 3 – высокодозная лучевая терапия разовой очаговой дозой 13 Гр с программой эндоваскулярной радиомодификации метронидазолом, по 40 пациентов). Предоперационная процедура RACHEL в комбинированном лечении больных резектабельным раком прямой кишки обладает достаточно выраженной противоопухолевой эффективностью, позволяет выполнять сфинктеро- и функционально-сохраняющие вмешательства, обеспечивает достаточно низкую частоту местного рецидивирования (2,6%), высокую 5-летнюю общую (89,7%) и безрецидивную выживаемость (84,6%) и может конкурировать с известными методами предоперационной лучевой терапии в комбинированном лечении рака прямой кишки.

**[Ключевые слова: рак прямой кишки, комбинированное лечение, масляная химиоэмболизация ректальных артерий, процедура RACHEL]**

#### **ОСЛОЖНЁННЫЙ ДИВЕРТИКУЛИТ: ТАКТИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

Карлухин О.Ю.1,2, Панкратова Ю.С.1,

Черкашина М.И.2, Шакуров А.Ф.1,2, Зиганшин М.И.2

1 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань

(ректор – д.м.н., профессор А.С.Созинов)

2 ГАУЗ Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

(главный врач – Р.Ф.Гайфуллин)

**ЦЕЛЬ.** Анализ опыта лечения пациентов с дивертикулярной болезнью в отделении колопроктологического профиля.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** За период с 2001 по 2017 гг. на лечении в клинике находились 223 пациента с дивертикулярной болезнью ободочной кишки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Консервативно пролечен 191 (85,7%) пациент, оперированы 32 (14,3%). Одноэтапное вмешательство выполнено у 21 (67,7%) пациента, у 10 (32,3%) резекция кишки завершена выведением кишечной стомы. Послеоперационные осложнения возникли в 25% наблюдений. Послеоперационная летальность составила 3,1%.

Операции по восстановлению естественной непрерывности кишечника выполнены у 24 ранее оперированных пациентов. При этом ликвидацию колостомы сочетали с резекцией кишки у 9 (37,5%) пациентов.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Дивертикулярная болезнь ободочной кишки – широко распространённое заболевание с разнообразным спектром тяжелых осложнений, требующих хирургической коррекции. В работе с данной патологией необходимо строгое соблюдение единых стандартов диагностики и лечения.

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

#### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ АДАЛИМУМАБОМ И АЗАТИОПРИНОМ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА**

Полетова А.В., Шапина М.В., Халиф И.Л., Варданян А.В.

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

(директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шельгин)

**ВВЕДЕНИЕ.** Среди пациентов с болезнью Крона (БК) проведение операции требуется приблизительно 75% пациентов в связи с осложненным течением БК. Хирургическое лечение не избавляет от данного заболевания. Вопрос о назначении соответствующей терапии для профилактики послеоперационного рецидива БК до настоящего времени остается открытым. Целью настоящего исследования стало сравнение иммуносупрессивной и биологической терапии в качестве послеоперационной противорецидивной терапии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование был включен 91 пациент с БК, оперированный в условиях ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н.Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации с 2010 по 2017 гг. Из исследования исключены пациенты, у которых в исходе хирургического лечения оставались признаки активности воспаления в оставшихся отделах кишечника. После хирургического вмешательства пациенты были рандомизированы на 3 группы. В первой группе противорецидивная терапия в дальнейшем проводилась азатиоприном, во второй – адалимумабом, в третьей группе пациенты получали комбинированную терапию азатиоприном и адалимумабом. Клиническая, эндоскопическая и лабораторная оценка активности заболевания проводилась через 3, 6 и 12 месяцев после хирургического вмешательства.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Всего в течение года противорецидивной терапии азатиоприном, адалимумабом или комбинацией этих препаратов, рецидивы возникли у 17 пациентов (17/83, 20%). Статистически значимых отличий между группами ни на одном из этапов оценки получено не было.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Полученные в проведенном исследовании данные позволяют сделать вывод о том, что частота обострений БК на фоне послеоперационной противорецидивной терапии не зависит от конкретного препарата, а также от демографических и анамнестических параметров.

**[Ключевые слова: болезнь Крона, рецидив, терапия, адалимумаб, азатиоприн]**

#### **ВЛИЯНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ НА РОСТ БИОПЛЕНКИ КЛИНИЧЕСКИХ ИЗОЛЯТОВ**

Сухина М.А.1, Калашникова И.А.1, Кашников В.Н.1,

Веселов А.В.1, Михалевская В.И.1, Пяядина А.Ю.2

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

(директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шельгин)

2 ФГБНУ НИИВС им. И.И.Мечникова, г. Москва

(директор – академик РАН, профессор В.В.Зверев)

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Изучение влияния активных внеклеточных веществ лактобацилл и противомикробных агентов на процессы ингибирования и разрушения биопленок, образуемых клиническими штаммами микроорганизмов.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Изучение влияния различных агентов на формирование и рост биопленки проводилось на резистентных клинических штаммах микроорганизмов, полученных от пациентов с гнойно-воспалительными осложнениями после оперативных вмешательств. В качестве ингибирующих факторов были использованы раствор для обработки ран, кожный антисептик, фильтраты 19 клинических штаммов

лактобацилл и штамм *Lactobacillus plantarum* из пробиотика «Лактобактерин сухой» (ФГУП «НПО «Микроген», Нижний Новгород; серия 46/06-1209) в качестве эталонного штамма-продуцента бактериоцинов. Биопленки на стеклянных носителях инкубировали при 37 °С 48 часов и визуализировали с использованием микроскопа, обеспечивающего увеличение ×960.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Все выбранные факторы обладают хорошей ингибирующей способностью и по силе воздействия находятся приблизительно на одном уровне. Кожный антисептик и жидкость для промывания ран обладают лишь ингибирующим действием на процесс формирования биопленок, в то время как на планктонную форму клеток данные препараты оказывают бактерицидное действие. Фильтрат лактобактерий ингибировал образование биопленок у изученных штаммов бактерий и был способен разрушать уже сформированные 24-х часовые бактериальные пленки.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Использование бактериоцинов лактобактерий может открыть дополнительные возможности для борьбы с инфекцией, ассоциированной с микроорганизмами, организованными в биопленки.

**[Ключевые слова: биопленки, антибактериальные препараты, бактериоцины, *Lactobacillus*]**

#### **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАТИВНЫМ ДИВЕРТИКУЛИТОМ, ЗА 15 ЛЕТ**

Тимербулатов М.В.1, Куляпин А.В.2, Лопатин Д.В.2, Аитова Л.Р.2

1 ГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

2 ГБУЗРБ ГКБ 21, г. Уфа

В нашей работе мы провели анализ ранней диагностики и метода лечения группы больных с таким осложнением дивертикулярной болезни ободочной кишки, как перфоративный дивертикулит. В данную группу вошли больные с дивертикулярной болезнью ободочной кишки, осложненной перфоративным дивертикулитом, поступившие на стационарное лечение в ГБУЗ РБ ГКБ № 21 (г. Уфа) за период с 2000 по 2016 гг.

**[Ключевые слова: дивертикулярная болезнь толстой кишки, воспалительные осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки, перфоративный дивертикулит]**

#### **ОСТРЫЙ ДИВЕРТИКУЛИТ У БОЛЬНОЙ С SITUS VISCERUS INVERSUS TOTALIS (клиническое наблюдение)**

Гайнуллина Э.Н.1, Ахмеров Р.Р.2, Тимербулатов Ш.В.1

1 ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа

2 ГБУЗ РБ Больница скорой медицинской помощи, г. Уфа

(зав. кафедрой хирургии с курсом эндоскопии ИДПО БГМУ – чл.-корр. РАН, профессор В.М.Тимербулатов)

**[Ключевые слова: полное обратное расположение внутренних органов, дивертикулярная болезнь ободочной кишки, острый дивертикулит, острый аппендицит]**

#### **ОСТРАЯ ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТА С АНАЭРОБНЫМ ПАРАПРОКТИТОМ (клинические наблюдения)**

Семионкин Е.И.1, Хубезов Д.А.1, Трушин С.Н.1,

Луканин Р.В.2, Серебрянский П.В.2, Юдина Е.А.2

1 ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский институт им. академика И.П.Павлова», г. Рязань

(ректор – профессор, д.м.н. Р.Е.Калинин)

2 ГБУ РО «Областная клиническая больница», г. Рязань

(главный врач – д.м.н. Д.А.Хубезов)

**[Ключевые слова: анаэробный парапроктит, язва желудка, перфорация желудка, медикаментозная гастропатия, стрессовые язвы, нестероидные противовоспалительные препараты]**

#### **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА У ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ (обзор литературы и клинические наблюдения)**

Успенская Ю.Б., Белогубова С.Ю.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России, г. Москва

(ректор – акад. РАН, профессор П.В.Глыбочко)

**[Ключевые слова: фекальный кальпротектин, воспалительные заболевания кишечника, беременность]**

#### **ЛИКВИДАЦИЯ ДВУСТВОЛЬНЫХ ИЛЕОСТОМ (обзор литературы)**

Ланцов И.С., Москалев А.И., Сушков О.И.

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

(директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шельгин)

**[Ключевые слова: двуствольная илеостома, превентивная илеостома, закрытие илеостомы, ликвидация илеостомы, внутрибрюшное закрытие илеостомы]**

#### **РОЛЬ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-МЕЗЕНХИМАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА В РАЗВИТИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА (обзор литературы)**

Шубин В.П.1, Шельгин Ю.А.1,2, Сушков О.И.1, Цуканов А.С.1

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



[Ключевые слова: эпителиально-мезенхимальный переход, колоректальный рак, метастазирование]

## №3(65)2018

### КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО КОНТРОЛЮ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, И ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «АССОЦИАЦИЯ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ» ПО ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ CLOSTRIDIUM DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ (CDI)

Шелыгин Ю.А.1, Алёшкин В.А.2, Сухина М.А.1, Миронов А.Ю.2, Брико Н.И.3, Козлов Р.С.5,6, Зверев В.В.7, Ачкасов С.И.1, Ковалишина О.В.4, Селькова Е.П.2, Сафин А.Л.1, Гренкова Т.А.2, Халиф И.Л.1, Фролов С.А.1, Кашников В.Н.1, Сушков О.И.11

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

2 ФБУН «МНИЭМ им. Г.Н.Габричевского» Роспотребнадзора, г. Москва

3 ФГАОУ ВО Сеченовский Университет Минздрава России, г. Москва

4 НИИ профилактической медицины НижГМА

5 НИИ антимикробной химиотерапии, г. Смоленск 6 ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск

7 ФГБНУ НИИВС им. И.И.Мечникова, г. Москва

**ЦЕЛЬ ПУБЛИКАЦИИ.** Познакомить практикующих врачей общей практики, терапевтов, гастроэнтерологов, инфекционистов, педиатров, бактериологов, врачей КДЛ, клинических эпидемиологов, врачей различных специальностей, преподавателей, аспирантов, ординаторов и студентов медицинских образовательных учреждений с новейшими рекомендациями НАСКИ и «Ассоциации колопроктологов России», основанными на принципах доказательной медицины, по диагностике, лечению и профилактике Clostridium difficile-ассоциированной диареи (CDI). **ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.** В настоящих клинических рекомендациях изложен трёхэтапный алгоритм исследования Clostridium difficile-ассоциированной инфекции (CDI), которая является одной из основных причин нозокомиальной диареи. Ведущая роль в постановке диагноза принадлежит индикации возбудителя и детекции его токсинов. Трёхэтапный алгоритм исследования предназначен для быстрого и полного лабораторного выявления антибиотико-ассоциированных диарей, скрининга пациентов, поступающих в отделения эпидемиологического риска. Использование трёхэтапного алгоритма лабораторного исследования обеспечит правильную и своевременную диагностику, локальный микробиологический мониторинг и эпидемиологический надзор за CDI. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** CDI характеризуется развитием диарейного синдрома, при этом наблюдаются значительные изменения в водно-электролитном обмене. При отсутствии рациональной антибактериальной терапии CDI может прогрессировать, вызывая обширные воспалительные изменения в стенке толстой кишки с поверхностным некрозом слизистой оболочки и образованием «псевдомембран» (экзудативных бляшек), и сопровождается риском развития токсического мегаколон, перфорации стенки кишки, сепсиса.

[Ключевые слова: Clostridium difficile, C.Difficile-ассоциированная инфекция, глутаматдегидрогеназа, токсин А, токсин В, бинарный токсин, антибиотик-ассоциированная диарея, чувствительность, специфичность, трех-ступенчатый алгоритм диагностики]

### КЛОСТРИДАЛЬНЫЙ КОЛИТ: РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ТРАНСПЛАНТАТА ФЕКАЛЬНОЙ МИКРОБИОТЫ

Mitáš L.1, Skříčka T.1, Kunovský L.1,2, Polák P.3, Kala Z.1, Čan V.1, Dufková T.4, Janoušová E.4, Hanslíánová M.5, Penka I.1

(перевод Москалев А.И., Ким Е.А.)

1 Department of Surgery, University Hospital Brno Bohunice, Faculty of Medicine, Masaryk University Brno, Czech Republic

2 Department of Gastroenterology, University Hospital Brno Bohunice, Faculty of Medicine, Masaryk University Brno, Czech Republic

3 Department of Infectious Diseases, University Hospital Brno Bohunice, Faculty of Medicine, Masaryk University Brno, Czech Republic

4 Institute of Biostatistics and Analyses, Faculty of Medicine, Masaryk University Brno, Czech Republic 5 Department of Clinical Microbiology, University Hospital Brno Bohunice, Faculty of Medicine, Masaryk University Brno, Czech Republic

**ВВЕДЕНИЕ.** Наиболее сложной задачей является лечение фульминантной формы клостридиального колита (ФКК), которая зачастую не отвечает на антибиотикотерапию, а рецидивирующее течение требует хирургического лечения. Основная цель нашего проспективного исследования состояла в оценке результатов хирургического лечения у больных с тяжелой формой КК в период 2008-2014 гг., выявлении факторов риска, приводящих к тяжелым послеоперационным осложнениям и летальности. Второй целью было изучение эффективности лечения рецидивирующего клостридиального колита с помощью метода трансплантации фекальной микробиоты (ТФМ) в период 2010-2014 гг. **МЕТОДЫ.** В период с 2008 по 2014 гг. клостридиальные токсины были обнаружены у 1956 пациентов Университетской клиники Брно. У 37 (1,9%) из них имела место тяжелая форма КК, что послужило показанием к хирургическому лечению. Для оценки

факторов риска послеоперационных осложнений и летальности был использован точный тест Фишера и тест Манна-Уитни. Факторы, влияющие на общую выживаемость, были изучены с использованием логрангового критерия. С 2010 по 2014 гг. рецидив КК был выявлен у 80 пациентов, что послужило показанием к ТФМ в отделении инфекционных заболеваний Университетской клиники Брно.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Было установлено, что среди факторов, оказывающих негативное достоверное влияние на летальность и частоту тяжелых послеоперационных осложнений, были изменение психического статуса до операции ( $p=0,008$ ), уровень альбумина в день операции  $\leq 20$  г/л ( $p=0,005$ ) и уровень общего белка в день операции  $\leq 45$  г/л ( $p=0,037$ ). Неблагоприятным фактором прогноза, влияющим на общую выживаемость, были нестабильная гемодинамика до операции ( $p=0,035$ ), изменение психического состояния или необходимость искусственной вентиляции легких с фармакологической седацией до операции ( $p=0,025$ ), повышение уровня С-реактивного белка в день операции  $>75$  мг/л ( $p=0,034$ ), уровень альбумина в день операции  $\leq 18,5$  г/л ( $p=0,007$ ), уровень мочевины крови в день операции  $>10$  ммоль/л ( $p=0,019$ ) и повышение уровня креатинина сыворотки крови в день операции  $>120$  мкмоль/л ( $p=0,004$ ). Уровень летальности в срок до 30 дней с момента операции составил почти 35%, частота осложнений – 89%, а 90-дневная летальность – 54%. Среди 80 пациентов с рецидивирующей формой КК, которым была выполнена ТФМ, эффективность лечения составила 83,1%. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Ранее и высококачественное хирургическое вмешательство при фульминантной форме КК значительно улучшает прогноз. ТМФ – это эффективный и безопасный метод лечения рецидивирующей формы КК.

**[Ключевые слова: Clostridium difficile ассоциированный колит, токсический колит, хирургическое вмешательство, колэктомия, трансплантация фекальной микробиоты]**

#### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ**

Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Алиев Ф.Ш., Матвеева А.С., Лопацкая Ж.Н.  
БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут  
(главный врач – Г.Н.Шестакова)

**ЦЕЛЬ.** Оценить эффективность лечения пролапса тазовых органов при использовании сетчатых имплантов.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** Проведен ретроспективный анализ лечения 235 пациенток с пролапсом тазовых органов, обследованных и пролеченных в центре колопроктологии Сургутской окружной клинической больницы за период 2013-17 гг. Для оценки результатов лечения использованы данные объективного осмотра (POP-Q), анкетирования, урофлоуметрии, оценки качества жизни (PFDI-20). Оценка результатов лечения проведена при контрольных осмотрах в сроки 2 недели после операции, через 3, 6, 12, 24 и 36 месяцев. Реконструкция тазового дна осуществлялась при помощи сетчатых имплантов «Пелвикс» (ООО «Линтекс»), «Урослинг-1» (ООО «Линтекс»), «Prolift» (Gynecare). **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Число периоперационных осложнений составило 1,7%, рецидивов заболевания в отдаленном периоде – 4,7%. У 91,9% оперированных при оценке качества жизни получен хороший результат.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Лечение пролапса тазовых органов путем установки сетчатых имплантов является эффективным и безопасным методом лечения.

**[Ключевые слова: тазовый пролапс, сетчатый имплант, ректоцеле, цистоцеле]**

#### **ЭВОЛЮЦИЯ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СВИЩЕВОГО ХОДА У БОЛЬНЫХ С ПРЯМОКИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ**

Хитарьян А.Г.1,2, Алибеков А.З.1,2, Ковалев С.А.1,2, Ромодан Н.А.2, Кислов В.А.1, Воронова О.В.1,2, Усман А.1

1 ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону

2 НУЗ «ДКБ» на ст. Ростов-Гл. ОАО «РЖД», г. Ростов-на-Дону

В современной хирургии прямокишечных свищей, отмечается тенденция к большему использованию минимально инвазивных, сфинктеросохраняющих методик лечения. Однако немногочисленность имеющихся данных, требует проведения сравнительных исследований, а также более глубокого изучения эволюции патоморфологических изменений свищевого тракта в различные сроки заболевания.

**ЦЕЛЬ.** Изучить эволюцию патоморфологических изменений свищевого тракта у больных с прямокишечными свищами.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Первым этапом проведено исследование гистологического строения свищевого тракта у пациентов с различным сроком формирования прямокишечных свищей. Вторым этапом изучали гистологическую структуру свищевого тракта после лазерной коагуляции in vitro у больных с несформированными и длительно существующими сформированными прямокишечными свищами.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Данные гистологических исследований показали статистически значимые различия патоморфологических изменений свищевого тракта в зависимости от сроков заболевания. Применяемые режимы лазерного воздействия при сформированных свищах, по данным гистологических исследований, избирательно воздействовали на стенку свища и были достаточными для деконтаминации всего тракта, при этом, патоморфологические изменения не распространялись за пределы фиброзной капсулы.

**ВЫВОДЫ.** Сроки статистически достоверного формирования фиброзной капсулы, по данным наших исследований, составили более 12 недель. Статистический анализ показал наличие достоверных различий в глубине патоморфологических изменений, вызванных лазерным излучением у больных со сформированными (более 8-12 недель) и несформированными (менее 6 недель) свищами.

**[Ключевые слова: FiLaC, прямокишечные свищи, лазерное воздействие]**

#### **БОЛЕЗНЬ АДДИСОНА-БИРМЕРА В СТРУКТУРЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КРОНА (клиническое наблюдение)**

Ачкасов С.И., Сушков О.И., Худякова К.А., Ликутев А.А., Варданян А.В.

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

(директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шельгин)

Представлено описание клинического случая, при котором диагноз болезни Крона толстой кишки был изменен на диагноз – Болезнь Аддисона-Бирмера. Приводится подробная дифференциальная диагностика этих заболеваний.

**[Ключевые слова: болезнь Крона, болезнь Аддисона-Бирмера, злокачественная анемия]**

#### **ТРИАДА СЕЙНТА В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ (клинические наблюдения)**

Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Гайнуллина Э.Н.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИДПО БГМУ

(зав. – чл.-корр. РАН, профессор В.М. Тимербулатов)

**[Ключевые слова: триада Сейнта, дивертикулярная болезнь ободочной кишки, желчнокаменная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы]**

#### **ХРОНИЧЕСКИЙ ЛУЧЕВОЙ ПРОКТИТ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ (обзор литературы)**

Гречин А.И., Пикунев Д.Ю., Майновская О.А., Черных М.В., Рыбаков Е.Г.

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

(директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шельгин)

**[Ключевые слова: хронический лучевой проктит, радиационный проктит, лучевая терапия]**

#### **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА (обзор литературы)**

Коваленко Д.Е.1, Атрощенко А.О.1, Варданян А.В.2, Хатьков И.Е.1, Чудных С.М.1, Поздняков С.В.1, Данилов М.А.1, Саакаян Г.Г.1, Долгопятков И.А.1, Абдулатипова З.М.1

1 ГБУЗ МКНЦ им. А.С.Логонова ДЗМ, г. Москва

(директор – чл.-корр. РАН, профессор И.Е.Хатьков)

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

(директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шелыгин)

**[Ключевые слова: геморрой, воспалительные заболевания кишечника, HAL-RAR, болезнь Крона]**

#### **МЕТОДЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ (обзор литературы)**

Рыбаков Е.Г., Нафедзов И.О., Хомяков Е.А., Алексеев М.В.

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

(директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шелыгин)

**[Ключевые слова: синдром низкой передней резекции, недержание, СНПР, хирургия рака прямой кишки]**

#### **ВЫБОР ОБЪЕМА ЛИМФОДИССЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (обзор литературы)**

Туктагулов Н.В., Сушков О.И., Муратов И.И., Шахматов Д.Г., Назаров И.В.

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

(директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шелыгин)

**[Ключевые слова: рак ободочной кишки, рак правой половины ободочной кишки, лимфодиссекция, Д2 и Д3 лимфодиссекция]**

#### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТОФАЦИТИНИБА ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ (обзор литературы)**

Шапина М.В., Халиф И.Л.

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

(директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шелыгин)

**[Ключевые слова: язвенный колит, терапия, тофацитиниб]**

#### **ПЕРОРАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ (систематический обзор литературы и сетевой метаанализ)**

Шелыгин Ю.А.1,2, Нагудов М.А.1, Пономаренко А.А.1, Рыбаков Е.Г.1.

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

(директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А.Шелыгин)

2 ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

(ректор – академик РАН Л.А.Мошетева)

**[Ключевые слова: пероральная антибиотикопрофилактика, инфекционные осложнения, колоректальная хирургия]**

## **№4(66)2018**

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, В СТАНДАРТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ Г. МОСКВЫ**

Шабунин А.В., Багателяя З.А., Гугнин А.В.

Кафедра хирургии Российской медицинской академии непрерывного последипломного образования Министерства здравоохранения РФ, г. Москва, Россия

ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина», г. Москва, Россия

**ЦЕЛЬ.** Разработать и внедрить принцип этапного лечения КРР, осложненного ООТКН, в стандарты хирургической помощи онкологическим больным г. Москвы.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Обследовано 572 больных КРР, осложненным ООТКН: 247 поступили в 2011-2013 гг. (I группа); 325 – в 2014-2017 (II группа). У 46 больных ООТКН устранена консервативно, у 302 – произведены резекции, у 141 – сформированы стомы, у 83 – установлены стенты. У 110 больных II группы через 0,5-6 месяцев проведен 2-й этап лечения: плановая резекция. В I группе резекции чаще выполнялись экстренно (одноэтапное лечение), во II группе – в плановом порядке (на втором этапе). Проведен сравнительный анализ результатов лечения двух групп. Оценена трехлетняя выживаемость по Каплан-Мейеру. Этапное лечение больных КРР, осложненным ООТКН, внедрено в стандарты хирургической помощи онкологическим больным г. Москвы.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Послеоперационные осложнения отмечены у 46,69 % пациентов (I группа) и 21 % второй (II). Показатели послеоперационной летальности были выше в первой, чем во второй группе: 26,11 % и 10,33 %. Общая трехлетняя выживаемость во второй группе составила 82 % и была достоверно выше – 69 % ( $p < 0,05$ ), чем в первой группе.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Подтверждена целесообразность применения двухэтапного лечения больных КРР, осложненным ООТКН. Стентирование и стомирование на первом этапе являются альтернативой резекциям, так как позволяют снизить послеоперационную летальность.

**[Ключевые слова: колоректальный стент; обтурационная толстокишечная непроходимость]**

#### УКРЕПЛЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ЕГО НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ

Балкаров А.А.1, Рыбаков Е.Г.1, Пономаренко А.А.1, Алексеев М.В.1,2, Кашников В.Н.1

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

(директор – чл.-корр. РАН, профессор, д.м.н. Ю.А.Шелыгин)

2 ГОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, Россия

(ректор – академик РАН, д.м.н., профессор Л.К.Мошетева)

**ВВЕДЕНИЕ.** Одна из наиболее важных и актуальных задач колоректальной хирургии – снижение частоты послеоперационных осложнений и несостоятельности колоректального анастомоза, в частности. В качестве метода профилактики несостоятельности колоректального анастомоза, стандартно, прибегают к формированию превентивной стомы. Однако, данный метод может приводить к возникновению послеоперационных осложнений, а также инвалидизирует больного. Настоящее исследование посвящено другому методу профилактики несостоятельности анастомоза – трансанальному и трансабдоминальному укреплению анастомоза.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Снижение частоты несостоятельности анастомоза при формировании колоректальных аппаратных анастомозов с помощью их трансанального и трансабдоминального укрепления.

**МЕТОДЫ.** Проспективное, рандомизированное исследование, в которое необходимо набрать 208 пациентов, по 104 пациента в каждую группу. В основной группе выполнена передняя или низкая передняя резекция прямой кишки с дополнительным укреплением линии аппаратного шва на 2, 4, 6, 8, 10, 12 часах по условному циферблату трансанально или трансабдоминально. В контрольной группе после формирования колоректального анастомоза укрепление линии анастомоза не производилось.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** С ноября 2017 по октябрь 2018 года 127 пациентам выполнена передняя или низкая передняя резекция прямой кишки, из них включено в исследование 74 пациента. Из них мужчин – 34 (46 %), женщин – 40 (54 %), средний возраст  $63 \pm 11$  лет. В основной группе с укреплением – 40, в контрольной – 34, при этом общая частота несостоятельности анастомоза в основной группе – 7 % (3/40), в контрольной – 26 % (9/34) ( $p=0,06$ ). Частота клинической несостоятельности анастомоза в основной группе – 3 % (1/40), в контрольной – 21 % (7/34) ( $p=0,03$ ). При внутригрупповом сравнении: после передних резекций прямой кишки общая частота общей несостоятельности анастомоза в основной группе – 13 % (2/15), в контрольной – 0 % (0/8) ( $p=0,8$ ), после низких передних резекций прямой кишки частота общей несостоятельности анастомоза в основной группе – 4 % (1/25), в контрольной – 35 % (9/26) ( $p=0,016$ ). При определении факторов риска развития несостоятельности анастомоза независимыми факторами риска стали – мужской пол (ОШ 6,88, ДИ 1,32-35,9,  $p=0,022$ ), положительный тест на герметичность анастомоза (ОШ 6,26, ДИ 1,22-32,2,  $p=0,028$ ), отсутствие укрепления анастомоза (ОШ 4,39, ДИ 0,96-20,12,  $p=0,056$ ). **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Укрепление колоректальных анастомозов снижает частоту несостоятельности анастомоза при выполнении низких передних резекций прямой кишки.

**[Ключевые слова: укрепление анастомоза, колоректальный анастомоз, несостоятельность]**

#### КОЛОНОСКОПИИ ПРИМЕНЕНИЕ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ К КОЛОНОСКОПИИ

Галаев А.В., Мтвралашвили Д.А., Архипова О.В., Веселов В.В., Белоус С.С.

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

(директор – член-корр. РАН, профессор, д.м.н. Ю.А.Шелыгин)

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценить эффективность подготовки к колоноскопии пациентов, использовавших накануне исследования в качестве единственного источника энтерального питания Нутридринк (по критериям качества очистки толстой кишки и комфорта в употреблении препарата).

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В отделении эндоскопической диагностики и хирургии ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» МЗ РФ был проведен открытый проспективный сравнительный анализ качества подготовки толстой кишки у 150 пациентов (67 мужчин и 83 женщины, в возрасте от 20 до 65 лет), которым была выполнена диагностическая колоноскопия после белковой диеты или энтерального питания Нутридринк. Для оценки степени очищения кишечника использовалась шкала Лайкерта. Субъективная оценка комфортности проводилась самим пациентом по 10-бальной шкале (от 0 – «отлично» до 10 – «крайне негативно»).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Качество подготовки толстой кишки к колоноскопии по шкале Лайкерта было достоверно лучше у пациентов, принимавших в качестве подготовительной диеты энтеральное питание Нутридринк, особенно по сравнению с пациентами, принимавшими стандартную белковую диету. Субъективная оценка комфортности также оказалась наилучшей в группе пациентов, использовавших Нутридринк как единственный источник питания.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** На основании полученных результатов исследования можно сделать вывод, что применение энтерального питания Нутридринк оправдано в качестве замены белковой диеты при подготовке к колоноскопии.

**[Ключевые слова: колоноскопия, подготовка, энтеральное питание, Нутридринк]**

#### КЛИНИКО-МАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИССЕЧЕНИЕ ТРАНС- ИЛИ ЭКСТРАСФИНКТЕРНОГО СВИЩА С УШИВАНИЕМ СФИНКТЕРА

Костарев И.В.1, Фоменко О.Ю.1, Титов А.Ю.1, Благодарный Л.А.2, Белоусова С.В.1, Мудров А.А.1

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

(директор – чл.-корр. РАН, профессор, д.м.н. Ю.А.Шелыгин)

2 ГОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, Россия

(ректор – академик РАН, профессор, д.м.н. Л.К.Мошетева)

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценка изменений показателей аноректальной манометрии и клиническая оценка функции держания у пациентов с транс- и экстрасфинктерными свищами прямой кишки, перенесших иссечение свища с ушиванием сфинктера.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С января 2013 года по сентябрь 2017 года, в проспективное одноцентровое исследование было включено 52 пациента (мужчин – 37, женщин – 15) со сложными свищами прямой кишки, которым было выполнено иссечение свища с ушиванием сфинктера. До операции и через 90 дней после вмешательства пациентам выполнялась аноректальная манометрия (профилометрия, сфинктерометрия), клиническая оценка функции держания кишечного содержимого и анкетирование по шкале анальной инконтиненции Wexner. Производился статистический анализ влияния различных факторов на функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки и клинические проявления недостаточности анального сфинктера (НАС).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Анализ функциональных результатов показал, что параметры среднего и максимального давления в анальном канале в покое, давления при волевом сокращении хотя и имели тенденцию к снижению, статистически значимо не отличались при оценке через 90 дней после оперативного вмешательства. Раздельная оценка показателей у пациентов с исходно нормальными величинами внутрианального

давления ( $n=23$ ) показала, что снижение давления в анальном канале в покое было более существенным – более чем на 10 мм рт. ст. ( $M=56,1 \pm 7,6$ ,  $Me=57,6$  [46,1-69] до операции, против  $45,5 \pm 8,8$ ,  $Me=41$  [38-63] после операции,  $p=0,006$ ,  $W$  критерий Уилкоксона). При контрольном обследовании у 13 (59,1 %) из 22 пациентов с нормальными исходными величинами внутрианального давления покоя зафиксировано его снижение ниже нормы. У 7 из данных больных свищевой ход проходил через глубокую порцию сфинктера, у 6 – через поверхностную. В 9/13 (69,2 %) случаях имел место передний свищ прямой кишки, в 4/13 (30,8 %) – задний. Уровень баллов по шкале анальной инконтиненции Wexner до операции составлял  $0,46 \pm 1,45$  (0 – 8), после операции –  $1,64 \pm 2,6$  (0 – 11) ( $p=0,007$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Проведенный анализ показал, что наибольшие изменения внутрианального давления покоя происходят у пациентов с исходно нормальными величинами. При этом, более чем у 50 % данных пациентов свищ проходил через глубокую порцию сфинктера и имел переднюю локализацию. Преимущественное снижение внутрианального давления покоя у всех пациентов с развившейся после операции НАС свидетельствует о том, что наиболее важным фактором, играющим роль в появлении анальной инконтиненции после операции, является рассечение дистальной части внутреннего сфинктера. Выявленные факты лишней раз подтверждают необходимость индивидуального подхода при выборе метода хирургической коррекции свищей прямой кишки.

*[Ключевые слова: свищ прямой кишки, ушивание сфинктера, недостаточность анального сфинктера, аноректальная манометрия]*

#### **МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ ВЫСОКОГО УРОВНЯ (ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «ИНВАГИНАЦИОННОГО» МЕТОДА)**

Мудров А.А., Шельгин Ю.А., Титов А.Ю., Фоменко О.Ю., Благодарный Л.А., Соколова Ю.А., Костарев И.В., Омарова М.М.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия (директор – чл.-корр. РАН, профессор, д.м.н. Ю.А.Шельгин)

**ВВЕДЕНИЕ.** Несмотря на то, что к настоящему времени предложено более 100 различных методов оперативного лечения ректо-вагинальных свищей, рецидив заболевания отмечается в 20-80 % случаев. **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Изучить и внедрить в клиническую практику «инвагинационный» метод.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включено 37 женщин с высокими ректовагинальными свищами. Возраст больных – от 20 до 73 лет ( $37,5 \pm 10,6$ ). Этиология ректовагинальных свищей: воспалительные заболевания – 7(18,9%); послеродовые – 21(56,7%); послеоперационные – 5(13,5%); прочие – 4(10,8%). 20(54,1%) пациенток были оперированы ранее. В четырех (10,8 %) случаях была ранее сформирована сигмостома. Средний период наблюдения составил  $14,7 \pm 6,6$  месяцев. У всех пациенток использован «инваги-национный» метод хирургической коррекции ректовагинальных свищей.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** У 8 (21,6 %) пациенток возник рецидив заболевания в сроки от 2 до 6 недель после операции.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** «Инвагинационный» метод – безопасный и эффективный метод лечения ректовагинальных свищей высокого уровня. Применение метода возможно без наложения превентивной колостомы.

*[Ключевые слова: ректовагинальные свищи, лечение]*

#### **ЭФФЕКТИВНЫЕ СХЕМЫ ПОДГОТОВКИ КИШЕЧНИКА К КОЛОНОСКОПИИ. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ПИКОПРЕП ПРИ ПОДГОТОВКЕ К КОЛОНОСКОПИИ**

Поздеев И.В., Беляев М.В., Шенгелия Е.И., Парфенюк А.В.

ФКУ ЦВКГ им. П.В.Мандрыка МО РФ, г. Москва, Россия

(начальник госпиталя – д.м.н. П.Е.Крайнюков)

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Определение эффективности использования для подготовки кишечника к проведению колоноскопии нового препарата – Пикопреп (пикосульфата натрия, оксида магния и лимонной кислоты) по сравнению с Лаваколом (полиэтиленгликоль, натрия сульфат безводного, натрия гидрокарбонат, натрия хлорид, калия хлорид) и препаратом Флит фосфо-сода (на основе фосфатов натрия)

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен сравнительный анализ результатов подготовки толстой кишки к колоноскопии у 635 пациентов с использованием следующих препаратов: Лавакол – 320 пациентов, Флит-Фосфо сода – 165 пациентов, и Пикопреп – 150 пациентов. В программу исследования входило: оценка лабораторных показателей, оценка органолептических свойств препарата, субъективных ощущений пациента и качество очистки кишечника. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Незначительные лабораторные изменения отмечены только при использовании препарата Флит фосфо-сода. По органолептическим свойствам наиболее комфортным для приема оказался Пикопреп. Существенной разницы в качестве подготовки кишечника с использованием раствора Лавакола, использованием препарата Флит фосфо-сода или Пикопрепа нами не было.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Препарат Пикопреп по эффективности сопоставим с другими средствами очистки кишечника (Лавакол и Флит фосфо-сода), однако, он превосходит их по потребительским свойствам, и также является более безопасным по сравнению с препаратами на основе натрия фосфата.

*[Ключевые слова: адекватная подготовка кишечника, колоректальный рак, колоноскопия, слабительные средства, препарат Пикопреп]*

#### **КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМОРРОЯ. РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ХИРУРГОВ РОССИИ**

Родин А.В., Привольнев В.В., Даниленков Н.В.

ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Смоленск, Россия

(ректор – чл.-корр. РАН, профессор Р.С.Козлов)

**ЦЕЛЬ.** Выяснить предпочтения врачей-хирургов при назначении консервативной терапии острого геморроя.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведено анонимное анкетирование 102 врачей-хирургов широкого профиля с опытом лечения геморроя в своей практике.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Анализ анкет выявил предпочтения хирургов при выборе препаратов для местного и общего лечения острого геморроя. Хирурги указали свыше 30 различных препаратов для местного лечения геморроя. Большинство специалистов считают необходимым назначение системных флеботоников. Из системных венотоников наиболее часто назначался препарат «Детралекс».

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** При лечении острого геморроя большинство хирургов используют эффективные препараты. В ряде случаев имеется относительный дефицит знаний у специалистов по данной проблеме.

*[Ключевые слова: острый геморрой, местное лечение, общее лечение, анкетирование]*

## **ЕСТЬ ЛИ МЕСТО ВЫСОКОРАЗРЕШАЮЩЕЙ АНОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛАХ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ?**

Хитарьян А.Г.1,2, Алибеков А.З.1,2, Ковалев С.А.1,2, Шатов И.А.1, Алуханян О.А.З, Воронова О.В.1,2, Бурдаков И.Ю.1

1 ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия

2 НУЗ «ДКБ» на ст.Ростов-Гл., г. Ростов-на-Дону, Россия

3 Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар, Россия

Развитие скрытых воспалительно-тромботических изменений ткани геморроидального узла часто ведет к неудовлетворительным результатам при хирургическом, а особенно при минимально инвазивном лечении хронического геморроя. Поэтому активная диагностика этих явлений в предоперационном периоде имеет большое значение.

**ЦЕЛЬ.** Оценить значимость высокоразрешающей аноскопии (ВРА) в определении воспалительно-тромботических изменений в геморроидальных узлах. Оценить эффективность применения флеботонических препаратов у пациентов с воспалительно-тромботическими изменениями геморроидальных узлов по данным ВРА в предоперационном периоде.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включены 77 пациентов с хроническим геморроем III стадии. Больные разделены на 3 группы в зависимости от степени развития воспалительно-тромботических изменений по данным ВРА. III группу составили больные, которым перед оперативным вмешательством проведен курс препаратом МОФФ (Детралекс, Франция). Всем больным выполнена геморроидэктомия по Миллигану-Моргану. Проведено гистологическое исследование срезов из геморроидальных узлов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Статистический анализ показал, что диагностическая чувствительность метода ВРА по подтверждению отсутствия воспалительно-тромботических изменений составила 91,3 % (доверительный интервал 83,6-96,2 %), а диагностическая специфичность – 40 % (доверительный интервал 19-64 %). Диагностическая точность метода составила 82,1 % ( $p=0,001$ ). Выявлено уменьшение на 30 % числа узлов с умеренными воспалительно-тромботическими изменениями, после терапии МОФФ.

**ВЫВОДЫ.** Высокорастворимая аноскопия позволяет адекватно визуально оценить выраженность тромботических и воспалительных изменений, что важно для определения метода лечения больных геморроем.

**[Ключевые слова: высокоразрешающая аноскопия, МОФФ, хронический геморрой]**

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТКРЫТОЙ И ТРАНСАНАЛЬНОЙ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ**

Шельгин Ю.А., Чернышов С.В., Казиева Л.Ю., Майновская О.А., Кашников В.Н., Рыбаков Е.Г.

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

(директор – чл.-корр. РАН, профессор, д.м.н. Ю.А.Шельгин)

**ЦЕЛЬ.** Оценка влияния трансанальной тотальной мезоректумэктомии (ТА ТМЭ) на непосредственные результаты лечения больных раком прямой кишки.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включено 90 пациентов: 45 пациентов в группу ТА ТМЭ и 45 пациентов в группу открытой ТМЭ.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Общая длительность вмешательства была выше в основной группе:  $276,4 \pm 56,9$  (190-400) минут по сравнению с  $188,0 \pm 56,7$  (100-310) минутами в группе сравнения, ( $p=0,0001$ ). Частота интраоперационных осложнений была выше в основной группе – 7(15,5 %) пациентов против 1 (2,2 %) в группе сравнения, ( $p=0,05$ ). Частота послеоперационных осложнений была сопоставимой: 18(40%) пациентов в группе трансанальной ТМЭ и 17 (37,7 %) – в группе сравнения, ( $p=1,0$ ). Длительность послеоперационного пребывания пациентов в стационаре в основной группе была достоверно ниже: медиана – 9 (7:14) дней по сравнению с большими группы сравнения – 11 (10:14) дней, ( $p=0,04$ ). В основной группе превалировали Grade 2 препараты – у 26 (57,8 %) против 15 (33,3 %) в группе сравнения, ( $p=0,03$ ), в то время как Grade 3 препараты чаще отмечались в группе сравнения – 30 (66,7 %) при 13 (28,9 %) в группе ТАТМЭ, ( $p=0,0006$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Методика ТА ТМЭ является эффективной при лечении рака прямой кишки, обладает преимуществами миниинвазивных технологий, однако требуется длительный этап освоения данной методики.

**[Ключевые слова: рак прямой кишки, тотальная мезоректумэктомия, трансанальная тотальная мезоректумэктомия, ТА ТМЭ]**

## **ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА (обзор литературы)**

Борота А.А.

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

(ректор – чл.-корр. НАМНУ, профессор Г.А.Игнатенко)

**[Ключевые слова: язвенный колит, поучит, лапароскопия]**

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ (обзор литературы)**

Хубезов Д.А.1,2, Пучков Д.К.1,2, Серебрянский П.В.2, Луканин Р.В.2, Огорельцев А.Ю.1,2, Кротков А.Р.1, Игнатов И.С.1,2

1 ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова», кафедра хирургии, акушерства и гинекологии ФДПО, г. Рязань, Россия

(зав. кафедрой – д.м.н. Д.А.Хубезов)

2 ГБУ РО «Областная клиническая больница», г. Рязань, Россия

Проблема лечения пилонидальной болезни является чрезвычайно актуальной в наши дни. От данной патологии страдает до 5% взрослого трудоспособного населения. Среди колопроктологических заболеваний пилонидальная болезнь занимает четвертое место, уступая лишь геморрою, парапроктиту и анальной трещине. Первое упоминание пилонидальной болезни появилось в научной литературе около двух веков назад. За этот период были сформированы разнообразные взгляды на этиологию и патогенез данного заболевания. Западные ученые являются сторонниками приобретенного генеза заболевания. Им противопоставлены страны бывшего СССР, где пилонидальную болезнь рассматривают с позиции врожденной патологии. Исходя из теорий этиопатогенеза были предложены различные методы хирургического лечения. При рассмотрении пилонидальной болезни с точки зрения врожденной аномалии, применяются методы, направленные на ее устранение (иссечение пилонидальной кисты с пластикой послеоперационной раны и без нее). Если же рассматривать данную нозологическую единицу как приобретенное заболевание, то ее хирургическое лечение будет заключаться в выполнении операций, разрывающих патогенетический механизм. К ним относятся: Vascoml, CleftLift, EPSIT и многие другие. Каждый клинический случай требует

индивидуального подхода для получения положительных результатов Любой из методов хирургического лечения пилонидальной болезни имеет определенные показания и противопоказания к оперативному вмешательству. Цель нашей работы состоит в сравнении основных методик хирургического лечения рассматриваемой нозологической единицы и определении их сильных и слабых сторон. К сожалению, на сегодняшний день отсутствует «золотой стандарт» в лечении пилонидальной болезни.

*[Ключевые слова: пилонидальная болезнь, пилонидальная киста, эпителиальный копчиковый ход, колопроктология]*