



25 лет Ассоциации Колопроктологов России



# КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

научно-практический медицинский журнал

## МАТЕРИАЛЫ

Всероссийского Съезда колопроктологов с международным участием «Оперативная и консервативная колопроктология: современные технологии для высокого качества жизни пациента» и Объединенного Каспийского и Байкальского форума по проблемам ВЗК

25-27 августа 2016 г.  
г. АСТРАХАНЬ

№2 (56) 2016 (приложение)

ISSN 2073-7556

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

Публикационная активность журнала:

Двухлетний импакт-фактор РИНЦ – 1,553

Пятилетний импакт-фактор РИНЦ – 0,979

**Ассоциация  
колопроктологов  
России**



**Адрес редакции и издателя:**

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

**Ответственный секретарь:**

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

**Зав. редакцией  
и выпускающий редактор:**

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

**Регистрационное  
удостоверение**

ПИ №77-14097

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

**Индекс: 80978**

для индивидуальных подписчиков  
(цена за полугодие – 380 руб.)

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

Редакция журнала не несет  
ответственность за содержание  
рекламных объявлений

Подписано в печать 22.07.2016

Формат 200 × 280 мм

Усл. печ. л. 17,79

Тираж 1000 экз. Заказ № 00248-16

Отпечатано в ООО «Проджектив»

109316, Москва, Остаповский проезд, д. 13

# КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

## № 2 (56) 2016 (приложение)

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

Выходит один раз в три месяца  
Основан в 2002 году

### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

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

**Russian  
Association of  
Coloproctology**



# KOLOPROKTOLOGIA

№ 2 (56) 2016 (supplement)

JOURNAL OF RUSSIAN  
ASSOCIATION OF COLOPROCTOLOGY

ISSN 2073-7556

Since 2002 year

## EDITORIAL OFFICE

Saliyam Adil 2,  
Moscow, Russia

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

E-mail: [proctologia@mail.ru](mailto:proctologia@mail.ru)

<http://akr-online.ru>

<http://www.gnck.ru>

## Editor-in-Chief

Prof. Y.A. Shelygin, Moscow, Russia

## Editorial board

Prof. S.I. Achkasov, Moscow, Russia

Prof. L.A. Blagodarny, Moscow, Russia

Cand. med. sci. A.V. Veselov, Moscow, Russia

Prof. O.V. Golovenko, Moscow, Russia

Cand. med. sci. V.N. Kashnikov, Moscow, Russia

Prof. A.M. Kuzminov, Moscow, Russia

Cand. med. sci. A.I. Moskalev, Moscow, Russia

Prof. I.V. Poddubny, Moscow, Russia

Prof. A.V. Pugaev, Moscow, Russia

Dr. med. sci. A.Y. Titov, Moscow, Russia

Dr. med. sci. S.A. Frolov, Moscow, Russia

Prof. I.L. Halif, Moscow, Russia

## EDITORIAL ADVISORY BOARD

Prof. S.V. Vasil'ev, Saint-Petersburg, Russia

Prof. V.V. Veselov, Moscow, Russia

Cor. member of RAS, Prof. E.G. Grigor'ev, Irkutsk, Russia

Prof. B.M. Dacenko, Kharkiv, Ukraine

Prof. B.N. Zhukov, Samara, Russia

Prof. M.P. Zaharash, Kiev, Ukraine

Prof. V.R. Isaev, Samara, Russia

Prof. V.N. Ishenko, Vladivostok, Russia

Prof. N.V. Kostenko, Astrakhan, Russia

Prof. V.F. Kulikovskiy, Belgorod, Russia

Prof. A.V. Murav'ev, Stavropol, Russia

Prof. L.P. Orlova, Moscow, Russia

Prof. V.P. Petrov, Saint-Petersburg, Russia

Prof. V.V. Plotnikov, Kurgan, Russia

Prof. Y.M. Stoiko, Moscow, Russia

Prof. V.K. Tatianchenko, Rostov-on-Don, Russia

Cor. member of RAS, Prof. V.M. Timerbulatov, Ufa, Russia

A.A. Tikhonov, Moscow, Russia

V.Z. Totikov, Vladikavkaz, Russia

Prof. M.F. Cherkasov, Rostov-on-Don, Russia

Member of RAS, Prof. V.I. Chissoy, Moscow, Russia

Member of RAS, Prof. N.A. Yaitski, Saint-Petersburg, Russia

Prof. Z. Krivokapić, Belgrade, Serbia

Prof. M. Szczepkowski, Warsaw, Poland

Prof. T. Scrička, Brno, Czech Republic

## ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ПРОКТОЛОГИЯ

<i>Багдасарян Л.К., Титов А.Ю., Багдасарян С.Л., Абдулжалилов М.М.</i> АУТОПЛАЗМА И АУТОПЛАЗМОГЕЛЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ И ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН АНАЛЬНОГО КАНАЛА.....	13
<i>Багдасарян Л.К., Титов А.Ю., Багдасарян С.Л., Абдулжалилов М.М.</i> ЗАКРЫТАЯ ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ С ГОФРИРУЮЩИМИ ШВАМИ.....	13
<i>Багдасарян Л.К., Титов А.Ю., Багдасарян С.Л., Абдулжалилов М.М.</i> КОНУСОДИВУЛЬСИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН .....	14
<i>Барбашинов Н.А., Ильканич А.А.</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ .....	14
<i>Белоцкая Л.В., Чистохин С.Ю.</i> ГИБРИДНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ.....	14
<i>Бирюков О.М., Титов А.Ю.</i> СИНТЕТИЧЕСКИЙ ИЛИ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ИМПЛАНТАТ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ РЕКТОЦЕЛЕ: ЧТО ВЫБРАТЬ? .....	15
<i>Бичурин Н.Р.</i> ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ – ОЦЕНКА СОВРЕМЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ .....	15
<i>Божко В.В., Минский Р.В.</i> МЕСТО ОПЕРАЦИИ БЭСКОМ-1 В ЛЕЧЕНИИ НАГНОИВШЕЙСЯ КИСТЫ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.....	16
<i>Болквадзе Э.Э., Обухов В.К., Мударисов Р.Р., Мусин А.И.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВНУТРИСТЕНОЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ПАРАПРОКТИТА.....	16
<i>Болквадзе Э.Э., Обухов В.К., Мусин А.И., Мударисов Р.Р., Стригунова Л.В.</i> ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ, ОСЛОЖНЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ.....	18
<i>Борота А.В., Гольмамедов Ф.И., Гольмамедов В.А., Полунин Г.Е., Василенко Л.И., Герасименко Е.А., Лыков В.А.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ НЕОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКИ .....	18
<i>Боцула О.Н., Набиулин И.Р., Сатинов А.В., Груммет А.А.</i> СРАВНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА В СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ.....	19
<i>Братищева Н.Н., Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Наумов А.В., Сторожилов Д.А., Кривчикова А.П.</i> КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКТОЦЕЛЕ, ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ И СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПУТЕМ ПЕРЕДНЕЙ ЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ В СОЧЕТАНИИ С МЕТОДИКОЙ РРН .....	19
<i>Брежнев С.Г., Жданов А.И., Коротких Н.Н., Попов Р.В.</i> МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА .....	20
<i>Васильев С.В., Недозимованый А.И., Попов Д.Е., Дементьева Е.А.</i> МЕТОДИКА ГЕЛЕВОЙ ПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ.....	20
<i>Васильев С.В., Недозимованый А.И., Попов Д.Е., Дементьева Е.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ.....	20
<i>Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованый А.И., Соколова О.С.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ В ДОРОДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.....	21
<i>Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованый А.И., Соркин Р.Г.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАНС- И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫМИ СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ПЕРЕВЯЗКИ СВИЩЕВОГО ХОДА В МЕЖСФИНКТЕРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ (ЦПТ).....	21
<i>Войнов М.А., Титов А.Ю.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	21
<i>Грошилин В.С., Магомедова З.К., Чернышова Е.В.</i> АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОРИГИНАЛЬНОГО СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ.....	22
<i>Грошилин В.С., Мирзоев Л.А., Черкасов Д.М., Дмитриев А.В.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА И ДИФФЕРЕНЦИРОВКА ПОКАЗАНИЙ К ПРИМЕНЕНИЮ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ.....	22
<i>Грошилин В.С., Чернышова Е.В.</i> ПЕРСПЕКТИВЫ УЛУЧШЕНИЯ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩАХ ...	23
<i>Грошилин В.С., Швецов В.К., Узунян Л.В.</i> ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ КРИТЕРИЕВ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ .....	23
<i>Данилов М.А., Атрощенко А.О., Хатьков И.Е.</i> ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ HARMONIC FOCUS ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОТКРЫТОЙ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ.....	24
<i>Данилов М.А., Атрощенко А.О., Хатьков И.Е.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ (ХИРУРГИЧЕСКАЯ И «ХИМИЧЕСКАЯ» СФИНКТЕРОТОМИЯ).....	24

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Довбета Е.В., Полутарников Е.А.</b> МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ 3 СТ.....	24
<b>Егоркин М.А., Болквадзе Э.Э., Кожин Д.Г., Горбунов И.Н.</b> НАШ СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА И ГАНГРЕНЫ ФУРНЫЕ NPWT-NEGATIVE PRESSURE WOUND THERAPY.....	25
<b>Егоркин М.А., Горбунов И.Н., Болквадзе Э.Э., Кожин Д.Г.</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОДНОРАЗОВОЙ ПОРТАТИВНОЙ NPWT-СИСТЕМЫ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ КОПЧИКОВЫМ ХОДОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....	25
<b>Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А., Шамин А.В.</b> СОВРЕМЕННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРОЕМ.....	26
<b>Захарченко А.А., Винник Ю.С., Кириченко А.К., Кузнецов М.Н., Полевец К.О.</b> ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ (EMBORRHOID TECHNIQUE): 15-ЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.....	26
<b>Ибатуллин А.А., Тимербулатов М.В., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р., Суфияров Р.Р.</b> ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКОВ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.....	27
<b>Ильканич А.Я., Вишнякова И.А., Лобанова Ю.С., Барбашинов Н.А.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТАЗОВЫМ ПРОЛАПСОМ.....	28
<b>Карасев С.А., Долгих О.Ю.</b> САКРАЛЬНАЯ НЕЙРОМОДУЛЯЦИЯ С ТРАНСФОРМИНАЛЬНОЙ И КАУДАЛЬНОЙ УСТАНОВКОЙ ЭЛЕКТРОДОВ (INTERSTIM®, MEDTRONIC®). ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТАЗОВОЙ БОЛИ.....	28
<b>Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А., Краснова В.Н.</b> ПРИМЕНЕНИЕ LIFT ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ.....	29
<b>Каторкин С.Е., Разин А.Н., Журавлев А.В., Тулупов М.С.</b> НОВЫЙ СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ ПАРАРЕКТАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ.....	29
<b>Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Овчаренко Д.А., Тельнова В.Н., Тарасенко С.А.</b> ТАЗОВЫЙ ПРОЛАПС У МУЖЧИН.....	29
<b>Китаев А.В., Муслимов В.И., Муслимов М.И., Гасанов А.Г., Салихов М.Р.</b> ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ДЕФЕКТ СФИНКТЕРА ПРЯМОЙ КИШКИ. ПЛАСТИКА ПЕРЕМЕЩЕННОЙ АНОКОПЧИКОВОЙ СВЯЗКИ С КОПЧИКОМ.....	30
<b>Костарев И.В., Титов А.Ю., Мудров А.А.</b> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ПЕРЕВЕДЕНИЯ СВИЩЕВОГО ХОДА В МЕЖСФИНКТЕРНОЕ ПРОСТРАНСТВО.....	31
<b>Костенко Н.В., Есин В.И., Масленников В.С., Шомиров С.С., Шилов И.А.</b> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ.....	32
<b>Кузьминов А.М., Фролов С.А., Вышегородцев Д.В., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Богормистров И.С., Черножукова М.О.</b> ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БИОМАТЕРИАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	32
<b>Кузьминов А.М., Фролов С.А., Вышегородцев Д.В., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Елигулашвили Р.Р., Черножукова М.О.</b> СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	33
<b>Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Братищева Н.Н., Наумов А.В., Сторожилов Д.А., Кривчикова А.П.</b> ПРЕИМУЩЕСТВА ВНУТРИБРЮШНОЙ САКРОКОЛЬПОПЕКСИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ НА ФОНЕ ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ У ЖЕНЩИН.....	33
<b>Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Братищева Н.Н.</b> КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ.....	33
<b>Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Гобеджишвили В.В., Жабина А.В.</b> ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА.....	34
<b>Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.В., Жабина А.В., Бруснев Л.А.</b> ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РУБЦОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ.....	34
<b>Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Кораблина С.С.</b> ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.....	35
<b>Масленников В.Н., Масленников В.В.</b> ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА.....	35
<b>Мудров А.А.</b> ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ ИНВАГИНАЦИОННЫМ МЕТОДОМ.....	35
<b>Муравьев А.В., Журавель Р.В., Муравьев К.А., Петросянц С.И., Линченко В.И., Оверченко Д.Б., Лысенко О.В., Галстян А.Ш.</b> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ.....	36
<b>Нехрикова С.В., Титов А.Ю.</b> ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ФОРМИРОВАНИЮ НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН ПОСЛЕ ОБЩЕПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ.....	36
<b>Олейник Н.В., Куликовский В.Ф., Наумов А.В., Сторожилов Д.А., Братищева Н.Н., Кривчикова А.П.</b> САКРОКОЛЬПОПЕКСИЯ, РЕКТОПЕКСИЯ И МЕТОДИКА РРН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУЩЕНИЯ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН.....	36

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Орлова Л.П., Самсонова Т.В., Трубачева Ю.Л., Калинина И.В., Костарев И.В., Черножукова М.О.</b> СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА .....	37
<b>Погосян А.А., Скобло М.Л., Лигай Д.В., Камчаткина Т.И., Урюпина А.А., Григорян Л.М.</b> ЗАДНИЙ ПОЛНЫЙ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫЙ (ПРЯМОКИШЕЧНО-КОПЧИКОВЫЙ) СВИЩ ПРЯМОЙ КИШКИ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) .....	37
<b>Погосян А.А., Скобло М.Л., Лигай Д.В., Камчаткина Т.И., Урюпина А.А., Рахманин С.Ю.</b> ПРЕСАКРАЛЬНАЯ МНОГОКАМЕРНАЯ РЕЦИДИВНАЯ ТЕРАТОМА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) .....	38
<b>Погосян А.А., Терпугов А.Л., Лигай Д.В., Григорян Л.М., Камчаткина Т.И.</b> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ МЕТОДОМ HAL-RAR .....	38
<b>Покровский К.А., Додица А.Н., Веселов Д.И.</b> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕБРЮШИННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ .....	38
<b>Покровский К.А., Додица А.Н., Горяинов А.Н., Пронин Е.С.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ФЛЕГМОНАМИ .....	39
<b>Райымбеков О.Р., Аттокуров Б.К., Жолболдуев Ж.М.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ .....	39
<b>Райымбеков О.Р., Аттокуров Б.К., Жолболдуев Ж.М.</b> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ .....	40
<b>Селиванов А.В., Леоненко С.Н., Бутырский А.Г.</b> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ .....	40
<b>Сергацкий К.И., Никольский В.И.</b> ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ .....	41
<b>Слепых Н.В., Ильканич А.Я.</b> ФИСТУЛОСКОПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ .....	41
<b>Соловьев А.О., Соловьев О.Л., Воробьев А.А., Осадчев В.Б.</b> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СФИНКТЕРОЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ С ПОМОЩЬЮ ОДНОГО ШВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ .....	42
<b>Соловьев О.Л., Соловьев А.О., Соловьева Г.А.</b> OUT-PATIENT ТЕХНОЛОГИЯ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ .....	42
<b>Соловьёв О.Л., Соловьев А.О., Хитарьян А.Г., Ковалев С.А.</b> ОЦЕНКА 10-ЛЕТНЕГО ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ СКЛЕРОТЕРАПИИ С УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ .....	42
<b>Соловьева Г.А., Соловьев О.Л., Воробьев А.А., Соловьев А.О.</b> МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ .....	43
<b>Судаков В.П., Басурманова Н.В., Подпругин Е.В.</b> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К МЕТОДУ ВЫБОРА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ .....	43
<b>Татьянченко В.К., Сухая Ю.В., Воронова О.В., Фирсов М.С.</b> ОСОБЕННОСТИ ЯТРОГЕННЫХ ТРАВМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ИННЕРВАЦИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА .....	44
<b>Терюшкова Ж.И., Васильев В.С., Шишменцев Н.Б., Васильев С.А., Димов Г.П., Маркина Т.Н., Хоруужева Е.С.</b> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТЛУЧЕВЫХ ВЛАГАЛИЩНО-ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ МЕТОДОМ МИКРОИНЪЕКЦИОННОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ .....	44
<b>Титов А.Ю., Абрицова М.В.</b> ДОППЛЕРОКОНТРОЛИРУЕМАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ С МУКОПЕКСИЕЙ И ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ (12 МЕС.) .....	44
<b>Титов А.Ю., Костарев И.В., Фоменко О.Ю., Аносов И.С.</b> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПЕРЕВЯЗКИ СВИЩЕВОГО ХОДА В МЕЖСФИНКТЕРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРАНС- И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫМИ СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ .....	45
<b>Тотиков В.З., Дзанаева Д.Б., Тотиков З.В.</b> ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ПРОЛАПСЕ ТАЗОВОГО ДНА И РЕКТОЦЕЛЕ 2-3 СТЕПЕНИ .....	46
<b>Фатхутдинов И.М.</b> КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОКЦИГОДИНИИ .....	46
<b>Фоменко О.Ю., Титов А.Ю., Бирюков О.М., Мудров А.А., Белоусова С.В.</b> ХАРАКТЕР ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ ДЕФЕКАЦИЕЙ .....	46
<b>Фролов С.А., Кузьминов А.М., Минбаев Ш.Т., Королик В.Ю., Богормистров И.С., Черножукова М.О.</b> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ И ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА «КОЛЛОСТ» .....	47
<b>Хитарьян А.Г., Дульеров К.А., Стагниев Д.В., Прокудин С.В., Ковалев С.А.</b> ТРЕХУРОВНЕВАЯ ПЛАСТИКА ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ .....	47
<b>Хитарьян А.Г., Савченко С.В., Ковалёв С.А., Ромодан Н.А., Орехов А.Н.</b> СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ И ИНТРОНОДАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ (ИНЛК) ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ .....	48

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Хренов В.Е., Шлыков О.А.</b> К ВОПРОСУ ОБ УЛУЧШЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ .....	48
<b>Черкасов М.Ф., Галашолян К.М., Старцев Ю.М., Черкасов Д.М., Помазков А.А.</b> ОТКРЫТАЯ ОПЕРАЦИЯ И ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ – НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА .....	49
<b>Черкасов М.Ф., Татьянченко В.К., Грошилин В.С., Цыганков П.В., Черкасов Д.М., Старцев Ю.М., Меликова С.Г., Галашолян К.М.</b> ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ .....	49
<b>Чистохин С.Ю., Белоцкая Л.В.</b> СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ГЕМОРРОЯ И РЕКТОЦЕЛЕ .....	50
<b>Шахрай С.В., Гаин Ю.М., Гаин М.Ю.</b> ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ МЕТОДОМ КЛЕТОЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ .....	50
<b>Шахрай С.В., Гаин Ю.М., Гаин М.Ю.</b> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЕ .....	51
<b>Щербакова О.В., Врублевский С.Г., Ионов А.Л., Козлов М.Ю., Копылов И.В.</b> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ .....	51
<b>Эктов В.Н., Сомов К.А.</b> ЛАТЕКСНОЕ ЛИГИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ: МОЖНО ЛИ ПОВЫСИТЬ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ПРОЦЕДУРЫ? .....	52
<b>Юлаев В.Е.</b> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ С ПОМОЩЬЮ ОПЕРАЦИИ HAL-RAR В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ В Г. ПЕТРОПАВЛОВСКЕ-КАМЧАТСКОМ .....	52

## ГЛАВА 2. ОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

<b>Ачкасов С.И., Сушков О.И., Шелыгин Ю.А.</b> РОЛЬ ЦИТОРЕДУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ВНУТРИБРЮШНОЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ (ВБХТ) В ЛЕЧЕНИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ (РТК) С ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ КАРЦИНОМАТОЗОМ (ПК) .....	54
<b>Березовская Т.П., Невольских А.А., Охтова Д.Х., Гумашвили Л.Р.</b> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ДАННЫМ МРТ .....	54
<b>Васильев С.В., Семёнов А.В., Попов Д.Е., Клименко А.Н., Савичева Е.С.</b> ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАННИМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ .....	55
<b>Васильев С.В., Смирнова Е.В., Попов Д.Е., Семёнов А.В., Седнев А.В.</b> ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ 2-Х МАРКЕРОВ СКРЫТОЙ КРОВИ В СКРИНИНГЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА .....	55
<b>Велиев Т.И.</b> ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ РАКОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ .....	55
<b>Велиев Т.И., Худoley Д.В.</b> ДИАГНОСТИКА ЭНДОФИТНОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ .....	56
<b>Волостников Е.В., Муравьев А.В., Линченко В.И.</b> ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ .....	56
<b>Волостников Е.В., Муравьев А.В., Линченко В.И.</b> ЭКСТРЕННАЯ ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: ПОЛНАЯ МЕЗОКОЛОНЭКТОМИЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ПЕРЕВЯЗКА СОСУДОВ .....	56
<b>Гатауллин И.Г., Ильинская О.Н., Сафиуллина Д.Р., Мамедзаде К.Р.</b> БИОЦЕНОЗ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА .....	56
<b>Гатауллин И.Г., Шакиров Р.К., Гордеев М.Г., Гатауллин Б.И.</b> ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МУТАЦИИ ГЕНА K-RAS У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ .....	57
<b>Дмитриченко В.В., Непомнящая С.Л., Семенов В.А., Погосян Г.Н., Царегородцев А.Е.</b> ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ (5-ЛЕТНИЙ ОПЫТ) ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ .....	57
<b>Захарченко А.А., Винник Ю.С., Кириченко А.К., Кузнецов М.Н.</b> КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ – ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ РЕКТАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ (RASHEL): 5-ЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ .....	58
<b>Зитта Д.В., Субботин В.М., Баглашова В.В.</b> ВЛИЯНИЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ КОЛОСТОМИИ НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ .....	59
<b>Иванов В.А., Денисов А.Е., Малушенко Р.Н.</b> СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСРЕКТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ .....	59
<b>Казиева Л.Ю., Рыбаков Е.Г., Чернышов С.В., Майновская О.А., Шелыгин Ю.А.</b> ТРАНСАНАЛЬНАЯ ТОТАЛЬНАЯ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ .....	60



## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Гасанов А.Г., Муслимов М.И., Муслимов В.И., Раскатова Е.В.</b> СИМУЛЬТАННЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ.....	60
<b>Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Муслимов М.И., Муслимов В.И., Гасанов А.Г., Салихов М.Р.</b> РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ И ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУРАХ МОЧЕТОЧНИКОВ.....	61
<b>Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Муслимов В.И., Раскатова Е.В., Гасанов А.Г.</b> НИЗКИЕ ЧРЕЗБРЮШНЫЕ РЕЗЕКЦИИ И ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ .....	61
<b>Китаев А.В., Зубрицкий В.Ф.</b> ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ХИМИОТЕРАПИИ (ВГХТ).....	62
<b>Китаев А.В., Зубрицкий В.Ф., Шишло В.К., Раскатова Е.В.</b> ИНДУЦИРОВАННАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ ПРИ КАНЦЕРОМАТОЗЕ БРЮШИНЫ.....	63
<b>Коровин А.Я., Бочкарёва И.В., Базлов С.Б., Туркин Д.В.</b> ВЫБОР ШВА АНАСТОМОЗА У БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЁННЫМ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ .....	63
<b>Коровин А.Я., Бочкарёва И.В., Туркин Д.В., Породенко Е.Е.</b> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ .....	64
<b>Коротких Н.Н., Попов Р.В., Воллис Е.А., Казарезов О.В.</b> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....	64
<b>Куликовский В.Ф., Ефремов А.Б.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОХИРУРГИИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ .....	64
<b>Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Рубанченко А.С., Сторожилов Д.А., Ефремов А.Б., Наумов А.В.</b> ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ .....	65
<b>Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Солошенко А.В., Сторожилов Д.А., Николаев С.Б., Наумов А.В.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ.....	65
<b>Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Братищева Н.Н.</b> СИНДРОМ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ (ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ) .....	66
<b>Майстренко Н.А., Сазонов А.А.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ .....	66
<b>Мударисов Р.Р., Алиев С.Р., Мнойн А.Х., Мусин А.И.</b> ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ.....	67
<b>Мустафин Р.Д., Есин В.И., Молчанова Ю.Р.</b> О ТРАНСЕКЦИИ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА .....	67
<b>Мустафин Р.Д., Есин В.И., Шабеева М.М.</b> ПОВТОРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ.....	68
<b>Нечай И.А., Афанасьева Е.П., Мальцев Н.П.</b> ТРАНСАНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ LST И РАННИХ ФОРМАХ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ .....	68
<b>Орлова Л.П., Самсонова Т.В., Майновская О.А., Абашина Е.М.</b> КОМПРЕССИОННАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЭЛАСТОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МАЛИГНИЗАЦИИ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ .....	69
<b>Полутарников Е.А., Довбета Е.В., Мерзляков М.В., Хапаева Т.Н.</b> ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ .....	69
<b>Помазкин В.И.</b> ЛЕЧЕНИЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ИНВАЗИЕЙ В ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНУЮ КИШКУ.....	70
<b>Помазкин В.И.</b> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ ДВУХЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕВОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ .....	70
<b>Помазков А.А., Черкасов М.Ф., Хиндикайнен А.Ю., Кушнарёва О.Э., Федорова К.Ю.</b> НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ В СТРУКТУРЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КИШЕЧНИКА.....	70
<b>Пугаев А.В., Негребов М.Г., Алекперов С.Ф., Александров Л.В., Калачёв О.А.</b> ИЗМЕНЕНИЕ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ .....	71
<b>Савушкин А.В., Хачатурова Э.А., Капитанов М.В., Ерошкина Т.Д.</b> ОЦЕНКА В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ .....	71
<b>Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Гареев Р.Н.</b> НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ: НУЖНЫ ЛИ ДОПОЛНЕНИЯ? .....	72

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Тотиков З.В., Тотиков В.З.</b> ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.....	72
<b>Тур Г.Е., Тур А.Г., Буралкин Д.А., Поддубный И.К., Алехнович В.Ю.</b> ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАСПРОСТРАНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	72
<b>Фоменко О.Ю., Рыбаков Е.Г., Пикунов Д.Ю., Белоусова С.В.</b> РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАКЕ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	73
<b>Фоменко О.Ю., Шельгин Ю.А., Рыбаков Е.Г., Пикунов Д.Ю., Белоусова С.В., Будтуев А.С.</b> ФОРМИРОВАНИЕ АНАСТОМОЗА «БОК-В-КОНЕЦ» – ФУНКЦИОНАЛЬНО ОБОСНОВАННЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ.....	73
<b>Хатьков И.Е., Поздняков С.В., Атрощенко А.О., Данилов М.А.</b> РОБОТИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ С ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЕЙ (ТМЕ).....	74
<b>Хачатурова Э.А., Савушкин А.В., Губко А.В., Балыкова Е.В., Ерочкина Т.Д.</b> АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	74
<b>Хитарьян А.Г., Провоторов М.Е., Глумов Е.Э., Велиев К.С., Карпова И.О., Мурлычев А.С.</b> ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МАНУАЛЬНО-АССИСТИРОВАННЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ ДОСТУП ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ СО СЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИЕЙ.....	75
<b>Хомяков Е.А., Рыбаков Е.Г., Шельгин Ю.А.</b> ЧАСТОТА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРЕЗА ЖКТ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....	75
<b>Черданцев Д.В., Поздняков А.А., Рябков Ю.В., Соляников С.Н.</b> СИНДРОМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	76
<b>Черданцев Д.В., Поздняков А.А., Тараденко Д.Н., Шпак В.В.</b> НИЗКИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ БЕЗ ПРЕВЕНТИВНОЙ КОЛОСТОМЫ.....	76
<b>Черданцев Д.В., Поздняков А.А., Шпак В.В., Рябков Ю.В.</b> ВНУТРИБРЮШНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК КРИТЕРИЙ ТЯЖЕСТИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	77
<b>Черкасов М.Ф., Грошинин В.С., Дмитриев А.В., Помазков А.А., Перескоков С.В.</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	77
<b>Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В., Помазков А.А., Старцев Ю.М.</b> ОБОСНОВАНИЕ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ.....	78
<b>Черниченко М.А., Сидоров Д.В., Бойко А.В., Завалишина Л.Э., Ложкин М.В., Петров Л.О.</b> ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ VEGF И EGFR КАК ПРЕДИКТОРОВ ОТВЕТА НА ХИМИОЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ У БОЛЬНЫХ НИЖНЕАМПУЛЯРНЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	78
<b>Шапошников В.И.</b> КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКСТРЕННОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ КОПРОСТАЗЕ.....	79
<b>Шемеровский К.А.</b> КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ КОПРОСТАЗ И КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК.....	79
<b>Щаева С.Н., Нарезкин Д.В., Соловьев В.И.</b> ИССЛЕДОВАНИЕ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ.....	80
<b>Щаева С.Н., Нарезкин Д.В., Соловьев В.И.</b> КРИТЕРИИ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОКАЗАНИИ ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ.....	80
<b>Эктов В.Н., Попов Р.В., Куркин А.В., Музальков В.А.</b> ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ: ВАРИАНТЫ ПЕРВИЧНЫХ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	81
<b>Яновой В.В., Симоненко А.А., Ходус С.В.</b> ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ СИНДРОМЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ.....	81
<b>Ярмушов И.Н., Абызов И.Н., Агафонкин С.А., Казаков А.А., Аниуров С.А., Родин П.В., Гладков В.И., Нардин С.В., Игнатьев Р.О.</b> ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СУБКОМПЕНСИРОВАННОЙ И ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	81

### ГЛАВА 3. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

<b>Ачкасов С.И., Москалёв А.И., Сенашенко С.А., Шельгин Ю.А.</b> ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ ПЛАНОВОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ.....	83
<b>Борота А.В., Борота А.А., Плахотников И.А., Кухто А.П.</b> ПОЭТАПНАЯ ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКАЯ МУКОЭКТОМИЯ КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....	83

<b>Борота А.В., Борота А.А., Ютовец Т.С.</b> МРТ ТАЗА В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ИЛЕАЛЬНОГО РЕЗЕРВУАРА И КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....	84
<b>Борота А.В., Василенко И.В., Борота А.А., Базиян-Кухто Н.К.</b> МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ПОЭТАПНОЙ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКОЙ МУКОЭКТОМИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....	84
<b>Борота А.В., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Борота А.А.</b> ВОЗМОЖНОСТИ ПОДВЗДОШНО-РЕЗЕРВУАРНО-АНАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	84
<b>Борота А.В., Полунин Г.Е., Косарь Н.В., Танасов И.А., Герасименко Е.А., Лыков В.А., Коктышев И.В.</b> ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И ВЛИЯНИЕ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АССОЦИИРОВАННЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПАРАЗИТАРНОЙ ИНФЕКЦИИ .....	85
<b>Борота А.В., Седаков И.Е., Полунин Г.Е., Танасов И.А., Косарь Н.В.</b> РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА.....	85
<b>Варданян А.В., Ачкасов С.И., Кашников В.Н.</b> ФАКТОРЫ РИСКА ВТОРИЧНОГО ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....	86
<b>Велиев Т.И.</b> ПРОФИЛАКТИКА ПЕРФОРАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ.....	86
<b>Велиев Т.И.</b> ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ТРАНСАНАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ .....	86
<b>Велиев Т.И.</b> ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ УДАЛЕНИИ АДЕНОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ С МАЛИГНИЗАЦИЕЙ.....	87
<b>Войнов М.А., Газыев Н.С., Мальцева А.С.</b> ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛИТА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ .....	87
<b>Грошинин В.С., Цыганков П.В., Султанмуратов М.И., Харатегзов А.Д.</b> ТРАНСАНАЛЬНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ И ВНУТРИПРОСВЕТНАЯ САНАЦИЯ ЗОНЫ МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА, КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ .....	87
<b>Додай В.А., Борисов Д.Л., Терюшкова Ж.И.</b> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НАРУЖНЫХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ.....	88
<b>Дрожжина Н.П., Жудылина Н.В., Дул И.Д., Ильканич А.Я.</b> ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА .....	88
<b>Екимов А.В., Шестопалов С.С., Рышков И.Л.</b> ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКИХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ СВИЩЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПУТЁМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДРЕНАЖА АКТИВНОЙ АСПИРАЦИИ С ОДНОВРЕМЕННЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ ОБТУРАТОРА ИЗ ПЕНОПОЛИУРЕТАНА.....	89
<b>Жигаев Г.Ф., Кривигина Е.В.</b> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ .....	89
<b>Жигаев Г.Ф., Кривигина Е.В.</b> ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКИХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ .....	90
<b>Жигаев Г.Ф., Кривигина Е.В., Багишев Р.А.</b> КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ДИВЕРСИОННОГО КОЛИТА .....	90
<b>Ибатуллин А.А., Тимербулатов М.В., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р., Суфияров Р.Р.</b> ОСОБЕННОСТИ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ .....	90
<b>Ибатуллин А.А., Тимербулатов М.В., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р., Суфияров Р.Р.</b> ЭНДОХИРУРГИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА, АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	91
<b>Ионов А.Л., Сулавко Я.П.</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ.....	91
<b>Ионов А.Л., Сулавко Я.П., Гогина А.А.</b> ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ.....	92
<b>Карпухин О.Ю.</b> РЕЗИСТЕНТНЫЕ ФОРМЫ КОЛОГЕННОГО ЗАПОРА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.....	92
<b>Каторкин С.Е., Андреев П.С., Исаев В.Р.</b> ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ – КОНСЕРВАТИВНОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ .....	93
<b>Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Гасанов А.Г., Кахкцян Х.С., Салихов М.Р.</b> ЛАКСАВИТАР В ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ.....	93
<b>Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Лившиц С.А., Гасанов А.Г., Кахкцян Х.С., Салихов М.Р.</b> ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАКСАВИТАРА В ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНЫХ И ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ .....	94
<b>Китаев А.В., Столярж А.Б., Айрапетян А.Т., Муслимов М.И., Муслимов В.И.</b> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ТАЗА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	94

<b>Князев О.</b> КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК И ИНФЛИКСИМАБА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ (ЛЮМИНАЛЬНОЙ) ФОРМЕ БОЛЕЗНИ КРОНА.....	95
<b>Колядко В.П., Набиуллин И.Р., Сатинов А.В., Буторин К.К., Карпачев Г.В.</b> ПЕРВИЧНЫЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ .....	95
<b>Костенко Н.В., Гвоздюк А.И., Кчибеков Э.А., Разувайлова А.Г.</b> ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНФИЛЬТРАТАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ: БОЛЕЗНЬ КРОНА, БОЛЕЗНЬ ОРМОНДА, ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ, АППЕНДИЦИТ?.....	96
<b>Кузьминов А.М., Вышегородцев А.М., Савельева Т.А., Поспехова Н.И., Цуканов А.С.</b> ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛАБЛЕННОЙ ФОРМОЙ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ .....	96
<b>Наврузов Б.С., Пазылова Д.У., Эгамбердиева Э.Х.</b> КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННОГО ПРОЦЕССА КУЛЬТЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ.....	97
<b>Наврузов Б.С., Пазылова Д.У., Эгамбердиева Э.Х.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННОГО ПРОЦЕССА КУЛЬТЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ .....	97
<b>Павленко В.В., Есенева Г.А., Кораблина Н.В., Александрова С.Б., Павленко А.Ф.</b> ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....	98
<b>Павленко В.В., Есенева Г.А., Урусова Ф.И., Александрова С.Б., Кораблина Н.В.</b> АПОПТОЗ И ФАКТОР РОСТА ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ .....	98
<b>Павленко В.В., Казакова Л.М., Павленко А.Ф., Павленко А.И., Мещерякова Е.А.</b> ВЛИЯНИЕ ИНФЛИКСИМАБА НА КОСТНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ .....	99
<b>Павленко В.В., Кораблина Н.В., Есенева Г.А., Александрова С.Б.</b> СИНДРОМ АНЕМИИ И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ.....	99
<b>Павленко В.В., Кораблина Н.В., Есенева Г.А., Александрова С.Б., Урусова Ф.И.</b> СИНТЕЗ НЕКОТОРЫХ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ, НЕ ОТВЕТИВШИХ НА ИНДУКЦИОННЫЙ КУРС ИНФЛИКСИМАБОМ .....	100
<b>Павленко В.В., Мещерякова Е.А., Абакина М.С., Павленко А.Ф.</b> ЭНДОТЕЛИН-1 – ВОЗМОЖНЫЙ БИОМАРКЕР ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ .....	100
<b>Погосян А.А., Григорян Л.М., Митюрин М.С., Терпугов А.Л.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ МЕСАЛАЗИНА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.....	100
<b>Погосян А.А., Штогрин С.М., Григорян Л.М., Терпугов А.Л.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСАНАЛЬНОЙ МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ .....	101
<b>Погосян Г.Н., Непомнящая С.Л., Давлетшина В.В.</b> ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ МЕТОДОМ ДЕАРТЕРИАЛИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ С ЛИФТИНГОМ И МУКОПЕКСИЕЙ .....	101
<b>Поддубный И.В., Врублевский С.Г., Алиева Э.И., Козлов М.Ю., Трунов В.О., Щербачева О.В., Горохов Д.В., Кравчук С.В., Мордвин П.А., Куренков И.В.</b> ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ КРОНА.....	102
<b>Самсонова Т.В., Орлова Л.П., Варданян А.В.</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СТРИКТУР ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА .....	102
<b>Скридлевский С.Н., Веселов В.В., Москалев А.И.</b> ВОЗМОЖНОСТИ ТРАДИЦИОННОЙ КОЛОНОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФИЛЬТРАТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	103
<b>Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Андреев Е.В., Красенков Ю.В.</b> МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФИКСИРУЮЩЕГО АППАРАТА ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕМ МЕГАДОЛИХОКОЛОН.....	103
<b>Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Сухая Ю.В., Красенков Ю.В.</b> ОБОСНОВАНИЕ К РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАДОЛИХОКОЛОН.....	103
<b>Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Фирсов М.С., Ковалёв Б.В.</b> МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ДИВЕРТИКУЛЕЗЕ .....	103
<b>Тимербулатов В.М., Тимербулатов Ш.В., Гайнуллина Э.Н., Тимербулатов М.В.</b> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ .....	104
<b>Трубачева Ю.Л., Шельгин Ю.А., Орлова Л.П., Москалев А.И.</b> ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ УЗИ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРАНИЦ РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ .....	104
<b>Хусаинова Г.М., Долгушина А.И., Кононец В.А., Василенко А.Г., Несмеянова О.Б.</b> ЧАСТОТА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОРАЖЕНИЙ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА .....	105

## СОДЕРЖАНИЕ

<i>Черданцев Д.В., Поздняков А.А., Шпак В.В., Рябков Ю.В.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....	105
<i>Черкашина М.И., Карпухин О.Ю., Юсупова А.Ф.</i> АПРОБАЦИЯ МЕТОДА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА.....	106
<i>Шамин А.В., Исаев В.Р., Каторкин С.Е., Чернов А.А., Журавлев А.В., Разин А.Н., Андреев П.С.</i> ОБЪЕМ РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА.....	106
<i>Щукина О.Б., Собко В.Ю., Горбачева Д.Ш., Григорян В.В., Васильев С.В.</i> ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ КРОНА.....	107

## ГЛАВА 4. СТОМЫ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

<i>Гатауллин И.Г., Халиков М.М.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ТИПА ГАРТМАНА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ.....	108
<i>Гиберт Б.К., Хасия Д.Т., Матвеев И.А., Матвеев А.И., Калининченко А.П.</i> ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С КОНЦЕВЫМИ КОЛОСТОМАМИ В РЕГИОНАЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ.....	108
<i>Гиберт Б.К., Хасия Д.Т., Матвеев И.А., Матвеев А.И., Калининченко А.П.</i> ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С КОНЦЕВЫМИ КОЛОСТОМАМИ.....	108
<i>Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Васильев В.В., Лысак М.М., Бубович Е.В.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ СРОКОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ.....	109
<i>Есин В.И., Халов В.Ю., Юнусов А.Ш., Бондаренко А.А.</i> О СРОКАХ ЛИКВИДАЦИИ КИШЕЧНЫХ СТОМ.....	109
<i>Задильский Р.П., Юданов А.В., Ганичева И.А., Говорков Р.В., Токмаков И.А.</i> ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ КОЛОСТОМ В УСЛОВИЯХ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	110
<i>Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Краснов Е.А., Васильев В.В., Воронин Ю.С.</i> ВЫБОР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ТОЛСТОКИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ.....	110
<i>Каганов О.И., Кривошеков Е.П., Мешков А.В.</i> АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОДНОСТВОЛЬНЫМИ КОЛОСТОМАМИ.....	110
<i>Калашникова И.А., Попова Е.А., Фадеева С.А.</i> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ.....	111
<i>Костенко Н.В., Есин В.И., Титова Ю.П.</i> ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.....	112
<i>Курбанов С.С., Ильканич А.Я.</i> КАБИНЕТ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ: ОПЫТ РАБОТЫ.....	112
<i>Помазкин В.И.</i> ВЫБОР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОРОТКИХ ПРАВЫХ ОТДЕЛАХ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	113
<i>Помазкин В.И.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАСТОМАЛЬНЫХ ГРЫЖ.....	113
<i>Помазкин В.И.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОДНОСТВОЛЬНЫХ КОЛОСТОМАХ.....	113
<i>Помазков А.А., Черкасов М.Ф., Хиндикайнен А.Ю.</i> ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ТИПА ГАРТМАНА БЕЗ РЕЛАПАРОТОМИИ.....	114
<i>Токмаков И.А., Юданов А.В., Ганичева И.А., Говорков Р.В., Задильский Р.П.</i> ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНЫХ СТОМ.....	114

## ГЛАВА 5. РАЗНОЕ

<i>Айрапетян А.Т., Китаев А.В., Турлай Д.М.</i> МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ.....	115
<i>Балькова Е.В., Хачатурова Э.А., Савушкин А.В.</i> БЕЗОПАСНОСТЬ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.....	115
<i>Блинова О.В., Хачатурова Э.А.</i> СЕЛЕКТИВНАЯ СПИННОМОЗГОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОБЩЕПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ.....	116

<i>Борота А.В., Кухто А.П., Борота А.А., Базиян-Кухто Н.К.</i> СИМУЛЬТАННЫЕ И КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ И ДРУГИХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭКСПЕРТНОЙ СИСТЕМЫ ПРОГНОЗА ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА.....	116
<i>Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Лобанов Д.С., Климова Н.В., Девяткина Т.В.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖИРОВЫХ ПОДВЕСКОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	117
<i>Ибатуллин А.А., Тимербулатов М.В., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р., Суфияров Р.Р.</i> NOTES-АССИСТИРОВАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ.....	117
<i>Ибатуллин А.А., Тимербулатов М.В., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р., Суфияров Р.Р.</i> ПРЕИМУЩЕСТВА ОДНОРЯДНОГО КИШЕЧНОГО ШВА В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.....	118
<i>Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Турлай Д.М.</i> СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ БРЮШИНЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.....	118
<i>Китаев А.В., Зубрицкий В.Ф., Айрапетян А.Т., Раскатова Е.В., Вихрев С.В., Куликов В.А., Гасанов А.Г.</i> ТЕРМОРЕГУЛЯЦИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.....	119
<i>Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Королик В.Ю., Савельева Т.А.</i> ДЕСМОИДНЫЕ ОПУХОЛИ ПРИ СЕМЕЙНОМ АДЕНОМАТОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	120
<i>Павленко С.Г., Агаджанян Д.З., Физулин М.М.</i> НОВАЯ МЕТОДИКА ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕН КРЕСТЦОВОГО СПЛЕТЕНИЯ.....	120
<i>Сухина М.А., Сафин А.Л.</i> CLOSTRIDIUM DIFFICILE АССОЦИИРОВАННАЯ ИНФЕКЦИЯ.....	120
<i>Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Ахмеров Р.Р.</i> МЕХАНИЧЕСКИЕ АНАСТОМОЗЫ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.....	121
<i>Щербакова О.В., Врублевский С.Г., Козлов М.Ю., Трунов В.О., Шмыров О.С., Горохов Д.В., Кравчук С.В.</i> ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УСКОРЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (FAST TRACK) В ДЕТСКОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ.....	121
<i>Эктов В.Н., Соколов А.Н., Мельников Ю.Ю., Попов Р.В., Антоньев А.А.</i> ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАВИГАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.....	122

## Уважаемые читатели!

Архив журнала «Колопроктология» за 2002-2015 гг.  
находится в открытом (бесплатном) доступе на сайтах:

Общероссийской общественной организации «Ассоциация  
колопроктологов России» – <http://akr-online.ru/> и

ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии  
им. А.Н.Рыжих» Минздрава России – <http://www.gnck.ru/>

### АУТОПЛАЗМА И АУТОПЛАЗМОГЕЛЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ И ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Багдасарян Л.К., Титов А.Ю.,  
Багдасарян С.Л., Абдулжалилов М.М.  
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,  
г. Москва, Россия  
МЦ «КДС Клиник», отделение колопроктологии,  
г. Москва, Россия

Предлагается способ лечения острой анальной трещины (ОАТ) и длительно незаживающих ран анального канала (ДНРАК), в основе которого заложен восстанавливающий эффект богатой тромбоцитами аутоплазмы (АП) и аутоплазмогеля (АПГ), насыщенной озоном, вводимая в проблемные места посредством инъекций. Подобные блокады активизирует функционирование клеток соединительной ткани, запускают биологический механизм, стимулирующий заживление ран (патент РФ № 25558995 и № 2578853).

Производится забор крови из вены больного. Последняя центрифугируется в моноветях с разделительным гелем в течение 5 минут со скоростью 3200 об/мин. Полученную плазму (2,5-3 мл), обогащенную тромбоцитами, в течение 3-х минут барботируют озоно-кислородной смесью 10000 мг/л и помещают в термостат еще на 5 минут, после чего плазма переводится в её гелевую форму. Далее – под местной или каудальной анестезией полученная АП (АПГ) вводится под трещину. При наличии спазма сфинктера заднего прохода назначаются мази типа нифедидина, дилтиазема, нитроглицерина, либо производится дивульсия ректальным зеркалом, либо конусо (пневмо) дивульсия. В комплекс последующего лечения входят традиционные методы борьбы с запорами, свечи, тепловые процедуры, гигиенические мероприятия.

С сентября 2013 по декабрь 2015 года под наблюдением находилось 94 пациента с ОАТ. На фоне обычной терапии производилась инъекция АП или АПГ под трещину (от 1 до 8 процедур с интервалом в 5-7 дней). У 84 (89,4%) пациентов ОАТ зажила. Из них у 80% оказалось достаточным проведение 1-2 блокад АП (АПГ), при этом сроки лечения оказались вдвое меньше, чем при традиционном лечении пациентов, пролеченных до 2013 года. Улучшение не наступило у 10 (10,6%) больных – большинство из них в последующем были оперированы.

За этот же период проведено аналогичное лечение у 44 пациентов с ДНРАК. Основные причины развития ДНРАК – это состояния после иссечения анальной трещины и геморроидэктомии. Из особенностей течения – отсутствие спазма анального сфинктера и «глубокая» локализация ДНРАК на уровне зубчатой линии. Количество инъекций АП (АПГ) у 29 (66%) пациентов было от 2 до 4, у 15 (34%) от 5 до 9. Самое упорное течение было у 13 (30%), сроки лечения которых растянулись до 10 месяцев. Помимо нормализации стула в комплекс лечебных мероприятий входили антибактериальные мази: стелланин ПЭГ офломелид, аргосульфат, микроклизмы с метронидазолом, инфузии актовегина, актинолизата. Проводилась озонотерапия, ВЛОК, магнитотерапия. При необходимости – кюретаж и фульгурация раны. Блокады аутоплазмой проводились курсами по 4-5 блокад с интервалом в 1-2 месяца. Полностью выздоровели 37 (84%) из 44 пациентов. Повторно оперированы 4 пациента,

судьба 3-х неизвестна.

Блокады АП или АПГ, барботированные озоно-кислородной смесью при ОАТ и ДНРАК служат серьезным подспорьем при лечении этих заболеваний.

### ЗАКРЫТАЯ ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ С ГОФРИРУЮЩИМИ ШВАМИ

Багдасарян Л.К., Титов А.Ю.,  
Багдасарян С.Л., Абдулжалилов М.М.  
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,  
г. Москва, Россия  
МЦ «КДС Клиник», колопроктологическое отделение,  
г. Москва, Россия

Предлагается вариант гибридной операции: геморроидэктомия и дезартеризация с лифтингом (патент РФ № 2544455). Вместо аноскопа используется зеркало Симса (№ 3-5), что удешевляет и облегчает операцию. При наличии у пациента спазма сфинктера, что подтверждается проведением сфинктерометрии, проводится контролируемая дивульсия анального канала специальным конусообразным устройством в течение 30 секунд. На ложе узла выше его основания под контролем доплерометрии накладывается Z-образный шов викрилом 2-0 (якорь). Узел завязывается, обе нити не отсекаются. Той же нитью изнутри кнаружи узел прошивается обвивным гофрирующим швом с поэтапным завязыванием его к зоне дезартеризации узла в проксимальной части анального канала, проводя по ходу прошивания экономное иссечение узла до зубчатой линии. Каждое очередное завязывание швов производится после наложения 3-х обвивных непрерывных швов. Ложе узла вместе со слизистой анального канала постепенно подтягивается к его основанию, что позволяет «низвести» наружный геморроидальный компонент вовнутрь в проксимальном направлении и уменьшить объем удаляемой ткани в перианальной области. Выступающий небольшой компонент наружного геморроидального узла иссекается лепесткообразными разрезами в радиальном направлении без или с ушиванием раны внутрикожными швами (кетгут 4-0 или 5-0). Раны в перианальной области даже при выраженных наружных узлах получаются не длиннее 0,5-1 см. Анальный канал после завершения операции не тампонируется. За 6 месяцев с ноября 2013 по декабрь 2015 года по поводу геморроя 2-4 стадии всего было оперировано 298 пациентов. Время нахождения в стационаре – 6-24 часа. Потеря трудоспособности, в среднем, от 3 до 10 дней.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Кровотечение – не было ни в одном случае, стриктура – 2, слабость – 1, длительно незаживающие раны анального канала – 5. Вмешательство характеризуется отсутствием культи в анальном канале, уменьшением объема удаляемого наружного компонента, внутрикожными швами в перианальной зоне. Вышеперечисленное в сочетании с проведением контролируемой конусодивульсии у ряда пациентов способствует профилактике послеоперационного спазма и обеспечивает невыраженный послеоперационный болевой синдром, что позволяет отпускать больных домой в первые сутки после операции.

## КОНУСОДИВУЛЬСИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

Багдасарян Л.К., Титов А.Ю.,  
Багдасарян С.Л., Абдулжалилов М.М.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,  
г. Москва, Россия  
МЦ «КДС Клиник», колопроктологическое отделение  
г. Москва, Россия

В ГНЦ колопроктологии, совместно с авторами, в 2006-2009 гг. был предложен и научно обоснован способ ликвидации спазма внутреннего сфинктера при лечении хронической анальной трещины – контролируемая пневмодивульсия анального сфинктера, показавший высокую эффективность и легкую переносимость больными данной операции. К недостаткам метода мы относим наличие определенных неудобств в подборе пневмобаллона, продолжительность экспозиции (7-8 минут) и часто развивающийся отек геморроидальных узлов при сочетании трещины с геморроем 3-4 стадии. С учетом этих факторов с 2013 года методика анальной дивульсии была изменена. Суть её заключается во введении конусовидного циркулярного анодилатора в анальный канал острыми вращательными движениями во внутрь и обратно без фиксации дилатора в анальном канале. На анодилаторе имеются риски, каждая из которых соответствует определенному диаметру. Исходный диаметр конуса – 27 мм, длина рабочей его части – 130 мм. Критериями адекватной дивульсии считаем введение его до диаметра не более 47 мм при условии, что начальная часть дилатора, равная 27 мм, должна изначально входить в анальный канал без усилий. При исходно «узком» анальном канале, когда первое введение конуса сопровождается определенным усилием или если длина анального канала небольшая (меньше 2,5 см) или, если имеется послеродовая деформация промежности с утончением переднего сегмента сфинктера, конус должен вводиться до диаметра, не превышающего 43-45 мм. Должны также учитываться такие факторы как возраст больного, степень спазма сфинктера. Время проведения конусодивульсии 30-60 секунд. Кроме того, использование конуса позволяет вправить наружный геморроидальный компонент во внутрь, что позволяет профилактировать отек наружных узлов. После проведения конусодивульсии выполняется фульгурация или иссечение анальной трещины с удалением сторожевых бугорков и анальных сосочков.

С июня 2013 по декабрь 2015 гг. прооперирован 161 пациент. Аналогично способу пневмодивульсии данное вмешательство пациенты переносили легко. Слабости сфинктера не отмечено ни у одного больного. Из осложнений у 7 (4,3%) отмечено длительное (до 3-х месяцев) заживление раны, рецидив заболевания выявлен у 6 (3,7%). У 14 пациентов до, на 7 и 30 сутки после операции проводилась сфинктерометрия прибором WMP Solar G1 (MMS, Голландия).

Результаты исследования показали повышение внутрианального давления у всех пациентов до операции, снижение его на 7-е сутки и восстановление внутрианального давления до нормальных величин к 30 суткам после операции.

Таким образом, контролируемая дивульсия сфинктера с помощью конусообразного анодилатора позволяет более детерминировано и без длительной экспозиции ликвидировать спазм анального сфинктера, и дает сопоставимые с пневмодивульсией результаты лечения.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Барбашинов Н.А., Илькинич А.Я.

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»  
БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут, Россия

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

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен анализ эффективности хирургического лечения 924 пациентов с хроническим геморроем за период 2012-2015 гг. В амбулаторных условиях оперированы 576 (62,3%) больных, в стационаре – 348 (37,7%). Реализована программа поэтапного лечения. Первый этап – комплексная консервативная терапия в течение 3-6 месяцев. Второй этап – проведение малоинвазивных хирургических вмешательств или оперативное лечение. В случае превалирования эпизодов кровотечения из внутренних геморроидальных узлов выполнялась инфракрасная фотокоагуляция; при преобладании пролапса внутренних геморроидальных узлов – латексное лигирование; при рецидивах воспаления в наружных геморроидальных узлах – их иссечение; при объеме внутренних узлов более 3 см<sup>3</sup> – операция. Проведена сравнительная оценка эффективности лечения больных при использовании малоинвазивных технологий и хирургического лечения с позиции достижения желаемого пациентом эффекта – повышения качества жизни. Для этого проведено анкетирование больных через 6 месяцев после операции.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** В анализируемой группе амбулаторных пациентов, латексное лигирование геморроидальных узлов выполнено 478 (83%) пациентам, геморроидэктомия наружных узлов – 83 (14,4%), инфракрасная фотокоагуляция – 15 (2,6%). В хирургическом отделении со 2 стадией оперировано 29 (5,4%) пациентов, с 3 стадией – 251 (72,1%) пациент, с 4 стадией – 68 (19,5%). Закрытая геморроидэктомия выполнена 81 (23,3%) больному, открытая геморроидэктомия – 11 (3,2%), геморроидэктомия аппаратом LigaSure – 230 (66%), геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем – 2 (0,6%), дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией – 19 (5,5%), геморроидопексия – 5 (1,4%). Сравнительные данные, полученные при анкетировании, показали сопоставимые показатели качества жизни как при проведении малоинвазивных вмешательств, так и при выполнении хирургического вмешательства.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Применение малоинвазивных и оперативных технологий при лечении хронического геморроя обеспечивает сопоставимый эффект лечения и качества жизни больных.

## ГИБРИДНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ

Белоцкая Л.В., Чистохин С.Ю.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** С увеличением числа больных хроническим геморроем, оперированных с применением малотравматичной технологии DHAL-RAR и с ростом сроков наблюдения за ними после операции выявлен серьезный недостаток: почти у всех больных с III ста-



дией болезни формировались множественные бахромки из перерастянутой за время геморроеносительства перианальной кожи. Эти «безобидные» кожные складки вызывают дискомфорт, затруднения гигиенического характера и неудовлетворенность пациентов и врачей результатами операции.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения больных хроническим геморроем III-IV стадий путем внедрения гибридных операций – дезартеризации и мукопексии внутренних компонентов геморроидальных узлов в сочетании с иссечением их наружных компонентов.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** В течение 2013-2014 гг. в ДКБ ст. Чита-2 из 172 больных геморроем 105 пациентам с III стадией выполнена операция DHAL-RAR на отечественном оборудовании «Ангиодин-Прокто» (I группа). С 2015 года из 195 больных – 42 со II стадией выполнена изолированная DHAL-RAR и 153 пациентам с III-IV стадией геморроя выполнена гибридная операция – DHAL-RAR внутренних компонентов и иссечение наружных компонентов геморроидальных узлов (II группа).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В I группе послеоперационные боли купировались через 1-2 суток, транзиторные отеки и выпадение прошитых узлов отмечены у 6 оперированных (5,7%), стойкие боли наблюдали у 1 (0,95%) пациентки. В отдаленные сроки у 1 (0,95%) больного выявлен рецидив заболевания, оперирован повторно открытым методом. У остальных 104 констатированы ближайшие хорошие и удовлетворительные результаты – геморроидальные узлы подверглись достаточной инволюции, но у 78 (75%) из них сформировалось по 3-6 кожных бахромок, вызывавших трудности с гигиеной, дискомфорт, иногда анальный зуд, почти у всех таких больных бахромки иссечены в первые же недели в составе амбулаторной послеоперационной реабилитации. Через год и более осмотрено 96 пациентов – клинические, анатомические и функциональные результаты благополучны у всех.

Во II группе из 153 больных послеоперационные боли купировались несколько позже, на 2-4 сутки ( $p=0,09$ ), транзиторные отеки без выпадения прошитых узлов отмечены у 3 (2%), ( $p=0,02$ ). У остальных 150 больных уже в ближайшие сроки констатированы хорошие результаты – заживление ран первичным натяжением состоялось у всех, геморроидальные узлы подверглись полной инволюции в течение первых же 2-3 недель, ни у одного из них не сформировались ни одной кожной бахромки ( $p=0,001$ ), что существенно облегчило и упростило ход послеоперационной реабилитации. В отдаленные сроки осмотрено 120 пациентов – ни одного рецидива болезни, у всех констатированы хорошие клинические, анатомические и функциональные результаты гибридных операций. В обеих группах отмечено значительное повышение надежности гемостаза благодаря 4-6-кратному прошиванию геморроидальных артерий при выполнении мукопексии и лифтинга: на 200 операций – ни одного интра- и послеоперационного кровотечения.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** DHAL-RAR в изолированном виде позволяет получить хорошие результаты только у больных со II стадией геморроя. Гибридные операции в виде доплер-контролируемой дезартеризации и мукопексии внутренних компонентов геморроидальных узлов в сочетании с иссечением их наружных компонентов позволяют заметно улучшить ближайшие и отдаленные анатомические и функциональные результаты хирургического лечения геморроидальной болезни III-IV стадии. Такие компромиссные в технологическом плане варианты операции достойны более широкого внедрения в клиническую практику.

## СИНТЕТИЧЕСКИЙ ИЛИ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ИМПЛАНТАТ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ РЕКТОЦЕЛЕ: ЧТО ВЫБРАТЬ?

Бирюков О.М., Титов А.Ю.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Несмотря на многообразие методов хирургической коррекции, неудовлетворительные результаты оперативного лечения ректоцеле достигают 50,1%. Процент рецидивов заболевания варьирует от 25-37%. Неудовлетворенность результатами лечения инициировала применение протезирующих материалов, способных укрепить ректовагинальную перегородку. Для этих целей используются синтетические и биологические имплантаты.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценить эффективность синтетических и биологических имплантатов при хирургической коррекции ректоцеле.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 2011 по 2015 гг. в ГНЦ колопроктологии им. А.Н.Рыжих МЗ РФ по поводу изолированного ректоцеле была оперирована 61 пациентка в возрасте от 34 до 61 года (средний возраст –  $49,15 \pm 7,21$ ). У всех женщин применялась ромбовидная пластика, осуществляемая через трансвагинальный доступ. Для укрепления ректовагинальной перегородки у 33 больных использовалась синтетическая композитная сетка (группа 1) и 28 – биологический коллагеновый имплантат (группа 2). Результаты хирургического лечения оценивались в сроки от 6 до 60 месяцев после операции. Медиана прослеженности – 36 месяцев.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Улучшение эвакуаторной функции прямой кишки было отмечено у 81,8% пациенток после пластики полипропиленовой сеткой и у 78,6% больных после применения биологического имплантата. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 5 (15,2%) больных в 1 группе (3 – эрозия влагалища, 2 – диспареуния) и у 2 (7,2%) – во второй группе (2 – диспареуния). Все эрозии были излечены консервативно.

Средний размер ректоцеле уменьшился после пластики синтетической сеткой с  $5,3 \pm 1,4$  см до  $3,3 \pm 1,3$  см ( $p < 0,05$ ), а после применения биологического имплантата – с  $4,4 \pm 1,4$  см до  $3,8 \pm 1,5$  см ( $p > 0,05$ ). При этом через 1 год после операции у 9 (32,1%) пациенток 2 группы размер ректоцеле был таким же, как в предоперационном периоде, в то время как в 1 группе лишь 3 (9,1%) пациентки имели подобное соотношение ( $p < 0,05$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Применение синтетических и биологических имплантатов дает схожие функциональные результаты в послеоперационном периоде, при большем количестве осложнений у пациенток 1 группы. Однако анатомические результаты после использования биологических имплантатов достоверно хуже, что говорит об их меньшей надежности.

## ГЕМОРОИДЭКТОМИЯ – ОЦЕНКА СОВРЕМЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Бичурин Н.Р.

Окружная клиническая больница, г. Ханты-Мансийск, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** В структуре колопроктологических заболеваний геморрой – наиболее часто встречающееся заболевание прямой кишки. Он составляет около

40% среди всех колопроктологических заболеваний, что позволяет отнести данную патологию к ряду актуальных проблем. Геморроидэктомия является наиболее эффективным и определяющим методом радикального лечения хронического геморроя 3 и 4 стадий.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Оценка непосредственных результатов геморроидэктомии с использованием современных электрохирургических инструментов.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В данное исследование включено 176 пациентов, оперированных в 2009-2015 гг., которым выполнена геморроидэктомия с использованием современных электрохирургических инструментов.

Мужчин было 85, женщин – 91. Возраст больных – от 22 до 61 года. Продолжительность заболевания от 1 года до 25 лет.

– 116 больным была выполнена геморроидэктомия с применением сочетания генератора для электролигирования сосудов LigaSure и ультразвукового скальпеля Гармоник (группа 1);

– 31 пациенту открытая геморроидэктомия при помощи ультразвукового скальпеля Гармоник (группа 2);

– 5 больным выполнена геморроидэктомия с использованием генератора G11 (Джен Илевен) (группа 3);

– 24 пациентам была выполнена геморроидэктомия с использованием генератора для электролигирования сосудов LigaSure (группа 4).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В послеоперационном периоде более выраженный болевой синдром чаще возникал при открытой геморроидэктомии 6,6% – (группа 2); высокая частота дизурических расстройств – 6,4% (группа 1) и 4,8% (группа 2); послеоперационные кровотечения – 2,1% (группа 1) и 7,1% (группа 4).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** У больных с наличием хронического геморроя 3-4 стадии проведение геморроидэктомии применимо с использованием современных электрохирургических инструментов. Геморроидэктомия, выполненная генератором LigaSure, после которой возникли кровотечения, требует дополнительного лигирования сосудистой ножки геморроидального узла.

## МЕСТО ОПЕРАЦИИ БЭСКОМ-1 В ЛЕЧЕНИИ НАГНОИВШЕЙСЯ КИСТЫ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Божко В.В., Минский Р.В.

ГКБ № 40 ДЗМ,  
филиал № 6 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневского  
Минобороны России», г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Как известно, существуют две основные теории, объясняющие возникновение ЭКХ: «врожденная» и «приобретенная». Для сторонников «врожденной» теории рецидив болезни – это дефект выполнения радикальной операции. Их оппоненты полагают, что рецидив может возникать после даже успешной операции, если вновь возникнут необходимые для этого условия, как неудовлетворительная гигиена, врастание волос в области операции после прекращения бритья.

Тактически обе стороны выступают за тщательное удаление первичных отверстий кожи, свищевых ходов и их содержимого. Сторонники «приобретенной» теории развития копчикового свища уверены, что именно разрез и дефект срединной локализации, оставленные после иссечения свища, виновны в том, что пациенты выздоравливают по 3-4 месяца, а нередко и более года. В остром периоде, когда пластическая реконструкция дефекта неприемлема из-за высокого риска инфекци-

онных осложнений, абсцесс, по их мнению, налегит вскрыть, отступая на 2 см в сторону от межъягодичной складки (МС) с иссечением первичных отверстий ЭКХ, зашивая раны наглухо. Эту операцию предложил американский хирург Бэском Д., опираясь на свои блестящие результаты. По результатам мета-анализа исследований по этому вопросу признано, что до 50% нагноившихся кист у пациентов с ЭКХ рецидивируют. Сравнить эффективность именно такого вскрытия гнойника с другими можно только на однородном клиническом материале.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Метод выглядел легко выполнимым даже в амбулаторной практике, и с 2012 по 2014 год на 1 этапе мы выполняли операцию Бэскома всем пациентам с нагноившейся кистой ЭКХ. В анализ включили данные 46 пациентов в возрасте от 17 до 42 лет, 12 из которых были женщинами. После операции всем на 6 дней назначали Аугментин 500 мг по 1 таблетке 2 раза в день, а в последующем тщательный уход за областью операции и бритье волос МС не реже, чем каждые 2 недели. Связь с пациентами поддерживали по телефону. Рецидивом считали повторное нагноение на ягодице или в области ушитого отверстия на дне МС. Только пациентов, перенесших очередной после нашего вмешательства рецидив, ориентировали на радикальную операцию как на второй окончательный этап лечения.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** У 44 (93,5%) из 46 пациентов через 2 недели после вскрытия гнойника острый процесс разрешился, рана над полостью абсцесса закрылась, но у двоих развился очередной, 4 по счету, рецидив на противоположной ягодице. Длительность заживления составила 8,2+1,6 дня. Полгода без рецидива удалось прожить 32 (69,6%) из 46 пациентов, 2 года и более от момента операции без рецидива провели 29 (63%) пациентов.

Понимая, что принципиального отличия от рутинного вскрытия гнойника у операции Бэском-1 нет, мы как данность приняли метод на вооружение и проанализировали результаты, чтобы выяснить, для какой субпопуляции пациентов его использование будет максимально выигрышным. Критерием, возможно, влияющим на результат лечения, приняли количество рецидивов в анамнезе. Оказалось, что у 27 «наивных» или перенесших 1 рецидив пациентов, через 2 года наблюдения и более зафиксировано только семь рецидивов (25,9%). У тех, кто уже был оперирован два и более раз за 2 года наблюдения рецидив возник в 15 (78,9%) из 19 случаев.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Таким образом, если к моменту обращения у больных с ЭКХ было менее 2 рецидивов нагноения в области МС, то статистически достоверно более высокая вероятность того, что операция Бэском-1, тщательно бритье волос и туалет МС будут достаточными для выздоровления и безрецидивного течения болезни. В такой ситуации рекомендация радикальной операции перестает быть абсолютной, и может быть отложена у пациентов, остающихся под наблюдением лечащего врача.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВНУТРИСТЕНОЧНО- ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ПАРАПРОКТИТА

Болквадзе Э.Э.,<sup>1</sup> Обухов В.К.,<sup>2</sup>  
Мударисов Р.Р.,<sup>1</sup> Мусин А.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ ГКБ № 15 им. О.М.Филатова. Отделение неотложной колопроктологии

<sup>2</sup> ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ, г. Москва, Россия

**ВВЕДЕНИЕ.** Острый парапроктит является одним из самых распространенных заболеваний в практике неотложной колопроктологии. В клинической прак-

тике особое место занимает острый внутрисстеночно-инфильтративный парапроктит, воспалительный процесс при котором локализуется в стенке прямой кишки. Появление внутрисстеночного инфильтрата, а в последующем – абсцесса, обусловлено распространением воспалительного процесса из анальных крипт и желез вверх по стенке прямой кишки, с вовлечением её подслизистого и мышечного слоёв.

**ЦЕЛЬ.** Оценить результаты лечения острого внутрисстеночно-инфильтративного парапроктита.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** В отделении неотложной колопроктологии 15 Городской клинической больницы им. О.М.Филатова г. Москва с 2010 по 2015 год было пролечено 27 больных острым внутрисстеночно-инфильтративным парапроктитом в возрасте от 25 до 60 лет, что составило 6% от общего числа пролеченных больных острым парапроктитом. Средний возраст пациентов, страдающих внутрисстеночно-инфильтративным парапроктитом, составил 43 года. Мужчин было 10 (37%), женщины составили 17 (63%) человек.

Клиническая картина при остром внутрисстеночно-инфильтративном парапроктите разворачивалась остро и не имела каких-либо патогномичных симптомов. Практически у всех 27 пациентов на первый план выступали общесоматические признаки интоксикации. Основными жалобами, предъявляемыми пациентами, являются повышение температуры тела (22 человека, 8%) и умеренные пульсирующие боли в заднем проходе во время дефекации (20 человек, 74%). Внутрисстеночно-инфильтративный парапроктит у 17 (63%) человек осложнился распространением гнойного процесса в ишиоанальное (14 человек, 52%) или пельвиоректальное пространство (3 человека, 11%) посредством гнойного хода, прошедшего через волокна сфинктера или расположенного экстрасфинктерно. В результате этого, диагностический акцент был перенесен на абсцесс, локализованный в ишиоанальном или пельвиоректальном клетчаточном пространстве, что послужило поводом для диагностики ишиоанального или пельвиоректального парапроктита, соответственно.

Осмотр промежности и заднепроходного отверстия не позволил нам выявить симптомы внутрисстеночно-подкожного парапроктита (за исключением 17 случаев, когда воспалительный процесс распространился на ишиоанальное и пельвиоректальное пространство с характерной для этого клинической картиной). При пальцевом исследовании прямой кишки определялось болезненное уплотнение в её стенке, тотчас выше зубчатой линии. Локализация верхнего полюса образования варьировала от 1 до 7 см над зубчатой линии, с той или иной степенью вовлечения боковых полукружностей стенки прямой кишки. Через 2-3 суток от начала заболевания, в центре воспалительного уплотнения возникал участок флюктуации, болезненный при исследовании. Важную роль в проктологическом осмотре мы отводим ректороманоскопии, которая позволяет не только исключить сопутствующие заболевания (полипы, опухоль, воспалительные заболевания кишечника и т. д.), но и выявить выступающее в просвет кишки опухолевидное образование, слизистая над которым несколько гиперемирована, бархатиста, а сосудистый рисунок имеет сетчатое строение. В последующем, складки слизистой над абсцессом сглаживаются, слизистая приобретает лаковый характер, легко кровоточит при контакте.

Немаловажное значение в диагностике острого внутрисстеночно-инфильтративного парапроктита имеет ультразвуковое исследование ректальным датчиком. На ранней стадии формирования абсцесса нам удалось выявить гипоехогенные или анэхогенные образования неправильной формы, неоднород-

ной структуры, без «ободка» повышенной эхогенности по периферии. Вокруг образования иногда выявляется зона пониженной эхогенности за счет окружающей клетчатки. Мелкие абсцессы обычно имеют округлую или овальную форму. Для больших жидкостных образований характерны очертания вытянутых овалов, иногда с затеками. В околопрямокишечной клетчатке может выявляться зона однородного понижения эхогенности, окруженная кольцом гетерогенной плотности. В ряде случаев нам удалось выявить нечеткое изображение первичного гнойного хода, направляющегося к пораженной крипте.

Лечение острого внутрисстеночно-инфильтративного прапроктита, как и любого абсцесса, начинается с его вскрытия и дренирования. При отсутствии данных за вовлечение в воспалительный процесс ишиоанального или пельвиоректального пространства, трансанально, в операционной осуществляется ревизия воспалительного очага. При подтверждении диагноза, мы производим вскрытие внутрисстеночно-инфильтративного абсцесса в просвет кишки, с последующей ревизией раны и осуществлением гемостаза. При выявлении пораженной крипты, мы также ее иссекаем в просвет кишки без повреждения волокон сфинктера. При отсутствии данных за вовлечение в воспалительный процесс параректальной клетчатки, операция заканчивается введением газоотводной трубки и наложением повязки с мазью на гидрофильной основе. При выявлении в ходе ревизии дополнительных абсцессов, расположенных в параректальной клетчатке, в качестве первого этапа мы осуществляем вскрытие и адекватное дренирование выявленных очагов промежностным доступом. В случаях выявления пораженной крипты и гнойного хода, расположенного транс- или экстрасфинктерно, операцию завершаем проведением «seton» через гнойный ход и пораженную крипту. В послеоперационном периоде мы всем оперированным пациентам назначаем антибиототики: ингибиторозащищенные пенициллины или цефалоспорины в комбинации с метрогилом в течение 3-5 дней. Больные, с выявленными абсцессами в ишиоанальное и пельвиоректальное пространство, нуждаются во втором этапе хирургического вмешательства, которое мы осуществляем после стихания воспалительного процесса. В этих случаях, мы повторно госпитализируем пациентов для выполнения им тех или иных пластических операций по поводу сформировавшихся свищей прямой кишки.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** При внутрисстеночно-инфильтративном парапроктите, целесообразно выполнять операции, заключающиеся во вскрытии и дренировании абсцесса с рассечением гнойного хода и иссечении пораженной крипты. В случае вовлечения в воспалительный процесс ишиоанального или пельвиоректального пространства, операция должна заканчиваться вскрытием и дренированием абсцесса, локализованного не только под слизистой прямой кишки, но и в ишиоанальном или пельвиоректальном пространстве. В случаях выявления гнойного хода расположенного транс- или экстрасфинктерно, целесообразно проведение «seton» через гнойный ход и пораженную крипту. Представленная тактика позволяет не только сохранить функцию держания, но и упрощает выполнение пластических операций по поводу свища прямой кишки после стихания воспалительного процесса.

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ, ОСЛОЖНЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Болквадзе Э.Э.,<sup>1</sup> Обухов В.К.,<sup>2</sup> Мусин А.И.,<sup>3</sup> Мударисов Р.Р.,<sup>1</sup> Стригунова Л.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ ГКБ № 15 им. О.М.Филатова ДЗМ, отделение колопроктологии,

<sup>2</sup> ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ, кафедра колопроктологии,

<sup>3</sup> ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова, кафедра госпитальной хирургии № 1, г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Распространенность заболевания геморроем составляет 140-160 человек на 1000 взрослого трудоспособного населения, а его удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки варьирует от 32 до 41 %.

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты лечения больных хроническим геморроем, осложненным кровотечением.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В отделение неотложной колопроктологии 15 Городской клинической больницы им. О.М.Филатова г. Москва, с 2010 по 2015 год было пролечено 630 пациентов в возрасте от 25 до 71 года с хроническим геморроем, сопровождающимся кровотечением различной степени выраженности. У 519 (82,5%) из них была выявлена анемия различной степени тяжести. При этом, у 455 (72,2%) больных кровотечение имело хронический, различной интенсивности, периодически повторяющийся характер, продолжительностью от 12 дней до 1,5 лет. В 8 (1,3%) случаях геморроидальное кровотечение продолжалось от 12 часов до 10 суток, результатом которого явилась анемия, потребовавшая срочной госпитализации и незамедлительного лечения.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Всем больным хроническим геморроем, осложненным кровотечением, в качестве этапа лечения назначалась консервативная терапия, направленная на остановку кровотечения. Эффективность терапии отмечена у 434 (68,9%) пациентов. При восстановлении показателей гемоглобина выше 100 г/л, им выполнялась геморроидэктомия в отсроченном или плановом порядке.

При отсутствии эффекта от консервативной терапии, пациентам молодого и среднего возраста, страдающим кровоточащим геморроем III-IV стадии, проявляющимся анемией легкой или средней степени мы выполняли лигирование внутренних геморроидальных узлов. Эта группа составила 56 (8,9%) человек. Добиться положительных результатов лечения нам удалось у 46 (82%) из них. В 10 (18%) случаях кровотечение возобновилось вследствие отхождения лигатуры.

Больные кровоточащим геморроем I-II стадии, а также – пожилые пациенты III-IV стадии с выраженной сопутствующей терапевтической патологией и анемией любой степени выраженности, не получившие эффект от консервативного лечения, составили группу из 140 (22,2%) человек. Всем им было выполнено склерозирование внутренних геморроидальных узлов. Положительный эффект был отмечен у 127 (90,7%) человек.

Пациенты, у которых не был достигнут эффект от консервативной терапии и малоинвазивных методов лечения кровоточащего геморроя, составили группу из 23 (3,7%) человек. Всем им была выполнена дезартеризация внутренних геморроидальных узлов. Прекращение геморроидального кровотечения в результате этого вида лечения было достигнуто практически во всех случаях.

**ВЫВОДЫ.** Всем больным с кровоточащим геморроем в качестве первого этапа лечения необходимо

назначать консервативную терапию, направленную на остановку кровотечения. При её неэффективности, пациентам молодого и среднего возраста, страдающим кровоточащим геморроем III-IV стадии и проявляющимся анемией легкой или средней степени, целесообразно выполнять лигирование внутренних геморроидальных узлов. Больным I-II стадии геморроя, пожилым пациентам III-IV стадии с выраженной сопутствующей терапевтической патологией и анемией любой степени выраженности, не получившим эффекта от консервативного лечения, следует осуществлять склерозирование внутренних геморроидальных узлов. При отсутствии эффекта от консервативной терапии и малоинвазивных методов лечения кровоточащего геморроя, показана дезартеризация внутренних геморроидальных узлов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ НЕОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКИ

Борота А.В., Гюльмамедов Ф.И., Гюльмамедов В.А., Полунин Г.Е., Василенко Л.И., Герасименко Е.А., Лыков В.А.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Среди общего количества больных, страдающих проктологическими заболеваниями, отмечается наличие сочетанной патологии анального канала (АК) и прямой кишки (ПК). Наиболее часто отмечается сочетание геморроя с прямыми свищами, анальными трещинами, парапроктитом, новообразованиями. Актуальность данной проблемы обусловлена отсутствием единого подхода к ее решению.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценить результаты хирургического лечения сочетанной патологии прямой кишки и анального канала.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проанализированы результаты хирургического лечения 331 пациента, которые оперированы в клинике общей хирургии № 1 ДонНМУ им. М.Горького по поводу сочетанной неопухолевой хирургической патологии АК и ПК в период с января 2012 года по январь 2015. Из этой группы больных сочетание геморроя и другой патологии АК и ПК имело место у 159 (48,0±2,7%). Эти больные составили исследуемую группу (ИГ). Контрольную группу (КГ) составили 172 (52,0±2,7%) пациента, оперированные в клинике за этот же период времени по поводу геморроя и перенесших исключительно геморроидэктомию.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В ИГ средняя продолжительность операции составила 28±5 минут, в КГ – 19±3 минут ( $p>0,05$ ). Интенсивность послеоперационного болевого синдрома, оцененная с помощью NRS, в первые, третьи и седьмые сутки после операции в ИГ составила 7,9±0,2 ( $p<0,01$ ), 5,7±0,2 ( $p>0,05$ ), 3,9±0,2 ( $p>0,05$ ) баллов, соответственно. В КГ эти показатели составили 6,6±0,1, 5,3±0,1 и 3,6±0,1 балла. Количество отдаленных послеоперационных осложнений в ИГ составило 4,4±1,6%, в КГ – 2,3±1,1% ( $p>0,05$ ). Средняя длительность госпитализации в ИГ составила 5,1±1,0 суток, в КГ – 3,2±1,0 суток ( $p>0,05$ ); сроки восстановления трудоспособности в ИГ – 20,3±3,2 дней, в КГ – 15,1±2,0 дней ( $p>0,05$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Наличие сочетанной с геморроем патологии ПК и АК не является показанием к сочетанному хирургическому лечению. Увеличение длительности операции, послеоперационных осложнений, длительности госпитализации и восстановления трудоспособности в ИГ, по сравнению с КГ, не являются

статистически значимыми. Одномоментное хирургическое лечение геморроя и другой патологии ПК и АК избавляет пациента от необходимости повторного хирургического вмешательства и возможных его осложнений.

## СРАВНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА В СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Боцула О.Н., Набиулин И.Р., Сатинов А.В., Груммет А.А.

БУ «Нижевартовская окружная клиническая больница»  
Ханты-мансийский автономный округ – Югра,  
г. Нижневартовск, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) имеет довольно широкое распространение, встречается у 5-7% взрослого населения и составляет 1-2% от количества всех хирургических заболеваний. Пик заболеваемости приходится в возрасте 15-30 лет, что является важной социально-экономической проблемой. В структуре заболеваемости ЭКХ отмечается преобладание мужского пола над женским в 2-4 раза. Радикальное лечение ЭКХ – только хирургическое. Целью хирургического лечения является ликвидация ЭКХ со всеми первичными и вторичными отверстиями. Несмотря на большое количество методов хирургического лечения ЭКХ, у 13-24% больных возникают послеоперационные осложнения, которые являются одним из критериев качества лечебной работы.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Провести сравнительный анализ частоты послеоперационных осложнений, сроков заживления раны у больных, перенесших иссечение эпителиального копчикового хода в стадии хронического воспаления. Изучить ближайшие и отдаленные результаты лечения больных, частоту рецидива заболевания после иссечения ЭКХ.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Выполнена оценка результатов лечения 95 пациентов с ЭКХ в стадии хронического воспаления за 2014-2015 годы. Все больные были разделены на три группы. В первой группе 52 (54,7%) пациентам выполнено иссечение ЭКХ с подшиванием краев раны ко дну. Во второй группе 33 (34,7%) пациентам выполнено иссечение ЭКХ с ушиванием раны узловыми швами или по Донати. В третьей группе у 10 (10,5%) больных применено открытое ведение раны с последующим заживлением вторичным натяжением. При определении выбора способа оперативного лечения учитывались выраженность, распространенность патологического процесса, интенсивность воспалительных реакций в мягких тканях, длительность заболевания.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В группе больных с открытым ведением раны сроки заживления составляли 21-40 дней. Средний койко-день составлял 7,3. Зарегистрировано 2 (20%) рецидива. При радикальных операциях с подшиванием краев раны ко дну выявлено 3 (5,8%) рецидива. Сроки заживления у этих больных составляли 10-32 дня. Кроме того, отмечены 2 (3,8%) случая нагноения раны, не повлекшие за собой рецидив, но удлинившие сроки лечения. После иссечения ЭКХ с ушиванием раны наглухо или по Донати выявлено 4 (12,1%) рецидива, вследствие выраженного натяжения раны, прорезывания швов и формирования остаточных полостей. Сроки заживления составили 11-28 дней.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Необходимо осуществлять индивидуальный подход к выбору способа хирургического

лечения эпителиального копчикового хода в стадии хронического воспаления. По нашим данным, иссечение эпителиального копчикового хода с подшиванием краев раны ко дну позволяет уменьшить сроки реабилитации больных, снижает риск рецидива заболевания и существенно сокращает период нетрудоспособности.

## КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКТОЦЕЛЕ, ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ И СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПУТЕМ ПЕРЕДНЕЙ ЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ В СОЧЕТАНИИ С МЕТОДИКОЙ РРН

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

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа, БелГУ, г. Белгород, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** В настоящее время проблема лечения ректоцеле на фоне опущения промежности в сочетании с опущением слизистой прямой кишки не решена.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Улучшение результатов лечения данной сочетанной патологии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Клинические, дефекография, УЗИ, МРТ, функциональные.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Установлено, что у 35% больных ректоцеле сочетается с опущением промежности и слизистой прямой кишки. 31 пациентке с данной патологией произведена передняя леваторопластика в сочетании с методикой РРН. В контрольной группе (42 пациентки) леваторопластика дополнялась трансанальным иссечением избытка слизистой прямой кишки. В контрольной группе у 15 (35,7%) больных отмечены гнойно-воспалительные осложнения, в основной – у 2 (6,5%) пациенток. При использовании циркулярного степлера меньше был выражен болевой синдром. Уровень расположения промежности относительно лоно-копчиковой линии составил: в покое  $-3,7 \pm 0,5$  см до операции и  $-2,9 \pm 0,3$  см после операции у больных основной группы ( $p < 0,05$ ) и  $3,3 \pm 0,4$  см ( $p > 0,05$ ) у больных контрольной группы; при натуживании  $-7,9 \pm 0,6$  см до операции и  $-5,8 \pm 0,5$  см после операции у больных основной группы ( $P < 0,03$ ) и  $-6,7 \pm 0,6$  см у больных контрольной группы ( $P < 0,05$ ). Функциональные результаты, за исключением больных с рецидивами в результате нагноения ран, в группах исследования не отличались. Так у всех пациенток с пролапсом слизистой прямой кишки до операции отмечено увеличение остаточного внутрипросветного давления в анальном канале, которое составило  $17,4 \pm 2,9$  мм рт. ст. (у здоровых женщин ( $n=50$ ) –  $12,2 \pm 2,4$  мм рт. ст.). В послеоперационном периоде этот показатель составил  $13,1 \pm 2,5$  мм рт. ст. у больных основной группы и  $13,6 \pm 2,9$  мм рт. ст. в контрольной группе ( $p > 0,05$ ). Так же достоверно не отличались результаты аноректальной манометрии.

**ВЫВОДЫ.** При ректоцеле в сочетании с опущением слизистой прямой кишки на фоне опущения промежности переднюю леваторопластику целесообразно дополнять резекцией слизисто-подслизистого слоя нижеампулярного отдела прямой кишки с использованием набора РРН.

## МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

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

На протяжении многих лет в центре внимания отечественных и зарубежных колопроктологов остается проблема лечения больных эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ).

В связи с этим, целью нашего исследования является улучшение результатов хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Настоящее исследование основано на анализе результатов лечения 101 пациента, которые были разделены на две группы.

Основная группа представлена 50 пациентами, подход к выбору оперативного приема которым определялся как клиническим течением заболевания, так и индивидуальными особенностями топографо-анатомического строения ягодично-крестцово-копчиковой области каждого пациента. В группу сравнения включены 51 больной ЭКХ, которым было выполнено традиционное хирургическое пособие. Группы больных сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям, методам анестезии.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В результате проведенного анализа результатов хирургического лечения установлено, что у больных основной группы значительно снижена частота послеоперационных осложнений (6% против 27,4%), уменьшена длительность послеоперационной гипертермии до 0,8 суток. Использование предлагаемой методики позволило уменьшить продолжительность постельного режима (1,6 суток против 3,3 суток), снизить показатель среднего послеоперационного койко-дня до 9,4 суток, а также сократить сроки временной нетрудоспособности – до 21 дня (против 37 – в контрольной группе).

Частота развития рецидивов у больных группы контроля составила 11,8%, тогда как в группе исследования лишь у одного пациента (2,1%) был зафиксирован возврат заболевания.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Данные проведенного анализа результатов лечения больных эпителиальным копчиковым ходом показали, что комбинированный способ радикального хирургического лечения эпителиального копчикового хода позволяет уменьшить количество ранних послеоперационных осложнений за счет снижения вероятности прорезывания шовных лигатур на фасции, что ведет к снижению сроков госпитализации пациентов, уменьшению временной нетрудоспособности, ранней социальной адаптации.

## МЕТОДИКА ГЕЛЕВОЙ ПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ

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

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Исследования, посвященные лечению пациентов с анальной инконтиненцией методом имплантации в подслизистый слой анального канала объемообразующих агентов, на территории нашей страны практически не проводились, что в первую очередь связано с высокой стоимостью зарубежных расходных материалов. Разработанный отечествен-

ными учеными синтетический полимер «ДАМ+» соответствует всем критериям для препаратов этой группы и стоит на порядок дешевле зарубежных аналогов.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценка эффективности и безопасности применения гелевой пластики препаратом «ДАМ+» в лечении пациентов с анальной инконтиненцией.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследуемую группу вошли 15 пациенток в возрасте от 18 до 67 лет ( $47,2 \pm 6,4$  лет). Критериями включения в исследование являлось снижение манометрических показателей, а также наличие жалоб на недержание газов и регулярное каломазание с необходимостью использования прокладок. Всем пациенткам проведена процедура введения препарата «ДАМ+» в подслизистый слой анального канала. Для оценки результатов лечения проводились клиническое и колодинамическое обследование, а также анкетирование с использованием шкалы Векснера до процедуры, через 3 недели и во время контрольных осмотров в течение периода наблюдения.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Через 3 недели после введения препарата удовлетворительные результаты получены во всех случаях (средний индекс Векснера в группе уменьшился с  $10,75 \pm 3,5$  до  $5,75 \pm 1,0$ ,  $p < 0,01$ ). Хорошие функциональные результаты по данным субъективных шкал оценки подтверждались и объективными данными – среднее значение давления в анальном канале в группе увеличилось с  $21,25 \pm 4,9$  см вод. ст. до  $35,8 \pm 2,67$  см вод. ст.,  $p < 0,01$ ). Послеоперационных осложнений не наблюдалось. Отдаленные результаты отслежены в сроки от 3 до 16 месяцев ( $7,1 \pm 0,98$  месяцев). За время наблюдения существенного ухудшения результатов не получено.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Введение объемообразующего препарата «ДАМ+» в подслизистый слой анального канала – эффективная процедура для симптоматического лечения пациентов с анальной инконтиненцией.

## ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ

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

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Различные варианты методик электростимуляции (ЭС) являются на сегодняшний день одной из немногих альтернатив хирургическому лечению пациентов с анальной инконтиненцией.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценка эффективности терапии с применением аппаратов «Биобраво» (производитель – «МТР+»)

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** 30-дневный курс ЭС ректальным электродом проводился 7 пациенткам в возрасте от 26 до 67 лет ( $51,4 \pm 5,7$  лет). Критериями включения в исследование были: наличие инконтиненции, отсутствие локальных дефектов сфинктерного аппарата по данным трансректального УЗИ и достоверное снижение манометрических показателей. Результаты оценивались через 2 и 4 недели на основании данных манометрии и степени выраженности инконтиненции по шкале Векснера.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** До проведения ЭС манометрия выявила статистически значимое снижение базального давления ( $39,4 \pm 3,3$  мм рт. ст.) и давления напряжения в анальном канале ( $68,6 \pm 7,1$  мм рт. ст.) у всех пациенток. Среднее значение индекса инконтиненции Векснера в группе составило  $9,0 \pm 1,3$ . Через 2 недели от начала терапии отмечено достоверное

увеличение обоих отслеживаемых показателей манометрии: среднее значение базального давления составило  $48,3 \pm 4,06$  мм рт. ст., давления напряжения –  $87,5 \pm 12,8$  мм рт. ст. ( $p < 0,05$ ). Средний показатель индекса Векснера практически не изменился –  $8,67 \pm 1,2$  ( $p > 0,05$ ). Через 4 недели результаты были прямо противоположными: показатели манометрии остались на прежнем уровне (среднее значение базального давления составило  $49,3 \pm 3,6$  мм рт. ст., давления напряжения –  $88,2 \pm 12,3$  мм рт. ст.,  $p > 0,05$ ), при этом средний показатель индекса Векснера достоверно снизился –  $5,67 \pm 1,5$  ( $p = 0,03$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Электромиостимуляция эффективна в лечении пациентов с анальной инконтиненцией. Очевидно, что для достижения значимого клинического эффекта длительность лечения должна составлять не менее одного месяца. Вопросы эффективности и безопасности более продолжительной терапии и необходимости повторных курсов ЭС требуют дополнительного изучения на большем клиническом материале.

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ В ДОРОДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованый А.И., Соколова О.С.

Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Поиск оптимального подхода к профилактике и лечению геморроя у беременных в дородовом периоде и у родильниц в раннем послеродовом периоде.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** В работу включены 113 пациентки в возрасте от 21 до 35 лет, наблюдавшихся в процессе беременности и обратившихся к проктологу в 3 триместре с жалобами, либо с целью профилактического осмотра. Всем пациенткам проведено стандартное обследование в объеме пальцевого обследования и аноскопии. В контрольную группу вошло 58 женщин, получивших стандартный курс консервативного лечения геморроя с использованием только препаратов местного воздействия (Релиф), в основную группу – 55 женщин, получивших стандартный курс лечения геморроя с дополнительным использованием препарата-венотоника. Лечение назначалось на 35-36 неделе беременности в течение 2-х недель. Для оценки результатов лечения в группах сравнивали наличие и степень тромбоза, выраженность болевой синдромы и отека по 10-балльной ВАШ.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ.** Частота тромбозов в основной группе была достоверно ниже, чем в контрольной и составила, соответственно, 10,9% и 39,7% ( $p < 0,05$ ). При этом у пациенток основной группы тромбоз протекал в более легкой степени: тромбоз 3 степени не отмечалось ни у одной пациентки, а тромбоз 2 степени был диагностирован лишь в 7,3% случаев. В послеродовом периоде обследуемые пациентки контрольной группы оценили болевые ощущения на  $4,2 \pm 0,3$  балла, женщины основной группы – на  $1,1 \pm 0,3$  балла ( $p < 0,05$ ). Выраженность отека пациентки контрольной группы оценили на  $5,1 \pm 0,7$  балла, основной – на  $1,8 \pm 0,3$  балла ( $p < 0,05$ ).

**ВЫВОДЫ.** Проведенные нами исследования показали, что применение флеботоников в комбинации с топическим средством у беременных является клинически эффективным и безопасным методом лече-

ния и профилактики обострений заболевания в раннем послеродовом периоде.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАНС- И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫМИ СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ПЕРЕВЯЗКИ СВИЩЕВОГО ХОДА В МЕЖСФИНКТЕРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ (LIFT)

Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованый А.И., Соркин Р.Г.

Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова г. Санкт-Петербург, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** В 2007 году тайским профессором Arun Rojanasakul впервые была предложена методика LIFT для лечения сложных транс- и экстрасфинктерных свищей. По заявлениям автора, частота рецидивов не превышает 10%, что объясняет, с одной стороны, очень сильный интерес к данной технологии, а с другой стороны определенный скепсис у специалистов, знающих о проблеме лечения хронического парапроктита не понаслышке.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Оценка эффективности методики LIFT, уточнение показаний к ее применению и анализ послеоперационных осложнений.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** За период сентябрь 2013 – апрель 2016 гг. нами выполнено 30 операций по методике LIFT. Возраст пациентов – от 28 до 52 лет ( $37,9 \pm 8,5$  лет). Из них 18 мужчин, 12 женщин. Трансфинктерное расположение свищевого хода выявлено у 21 пациента, у 9 пациентов диагностированы экстрасфинктерные свищи. Предоперационно пациентам выполнялся стандартный объем клинического обследования – исследование свища зондом, аноскопия, ректоскопия, прокрашивание свищевого хода, эндоректальное УЗИ. Для объективизации степени нарушения функции запирающего аппарата всем проводилась манометрия анального канала. В первые сутки послеоперационного периода болевой синдром оценивался по визуально-аналоговой шкале.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Пациенты наблюдались от 2 до 28 месяцев (средний срок наблюдения в группе составил  $13 \pm 3,0$  мес.). Болевой синдром в первые сутки после операции по визуально-аналоговой шкале составил от 3,0 до 6,1 ( $3,7 \pm 1,3$ ). Период нетрудоспособности составил от 6 до 19 дней ( $14,4 \pm 4,6$  дней). В процессе наблюдения рецидив заболевания выявлен у 3 (10%) пациентов, послеоперационных осложнений и явлений инконтиненции не отмечалось.

**ВЫВОДЫ.** При увеличении количества пациентов исследуемой группы и длительности наблюдения результаты лечения, по сравнению с предыдущими нашими публикациями, продолжают оставаться очень обнадеживающими и в плане частоты рецидивов заболевания, и в плане отсутствия послеоперационных осложнений.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

Войнов М.А., Титов А.Ю.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Для коррекции ректального пролапса в настоящее время широко применяется заднепетлевая ректопексия. Частота рецидива заболевания после неё составляет 3-6%, а транзитная функция

толстой кишки ухудшается более чем у 20% больных. Напротив, после ректосакропексии, предложенной в 2004 г. D'Hooge A., частота рецидива ректального пролапса не превышает 5%, а вероятность развития запора не более 8%. В литературе существует незначительное число сообщений, сравнивающих эффективность различных вмешательств для лечения выпадения прямой кишки. В этой связи несомненна актуальность сравнительного исследования, посвященного изучению результатов оперативного лечения ректального пролапса.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Сравнительное изучение результатов хирургического лечения ректального пролапса.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В основу настоящего исследования положен анализ результатов лечения 122 больных выпадением прямой кишки, оперированных в ГНЦК им. А.Н.Рыжих с 2007 по 2014 гг. Дизайн исследования: одностороннее сравнительное проспективное исследование с ретроспективной группой контроля. В основную группу включено 60 человек после ректосакропексии, контрольная группа сформирована из 62 пациентов после заднепетлевой ректопексии. Результаты лечения оценивали по следующим параметрам: частота анальной инконтиненции, степень нарушения транзита по ЖКТ, частота заживления солитарных язв, частота развития рецидива заболевания.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Результаты лечения оценены у 48 (80%) пациентов основной и у 46 (74,2%) контрольной групп через 1,5-2 (медиана – 1,8) года. Ректосакропексия приводит к снижению частоты замедления транзита по ЖКТ (8,3% и 69,6%,  $p=0,03$ ) и частоты рецидива пролапса (2% и 8,7%,  $p=0,19$ ) по сравнению с заднепетлевой ректопексией. Восстановление анального держания происходит у 39,3-34,3% пациентов, а заживление солитарных язв у 83,3-69,2% вне зависимости от метода фиксации прямой кишки.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Ректосакропексия является эффективным методом лечения ректального пролапса, однако окончательное суждение об операции выбора возможно лишь после получения результатов исследования с высоким уровнем доказательности.

## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОРИГИНАЛЬНОГО СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ

Грошили В.С., Магомедова З.К., Чернышова Е.В.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет», г. Ростов-на-Дону, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Результаты хирургического лечения эпителиальных копчиковых ходов (ЭКХ) требуют коррекции в связи с высокой частотой рецидивов заболевания. Неудовлетворенность существующими способами оперативного лечения как первичных, так и рецидивных свищей требует разработки новых высокоэффективных способов их лечения с учетом особенностей патологического процесса и причин рецидивов.

**ЦЕЛЬ.** Улучшение результатов радикального лечения рецидивных ЭКХ и кист за счет обоснования нового способа оперативного лечения, выявления и профилактики основных причин рецидивов при первичных операциях по поводу эпителиальных копчиковых ходов.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Разработан «Способ хирургического лечения рецидивных эпителиальных копчиковых ходов» (патент РФ № 2556617), включающий нанесение двух окаймляющих волнообраз-

ных разрезов, радикальное иссечение копчиковых ходов, нанесение Г-образных послабляющих разрезов с последующей пластикой встречными кожно-подкожно-фасциальными лоскутами. Способ апробирован у 12 больных с послеоперационными рецидивами эпителиальных копчиковых ходов (из которых трое оперированы более 2 раз). Сроки наблюдения составили от 4 до 12 месяцев.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Среди пациентов, которым применен разработанный способ операции, рецидивов ЭКХ не зарегистрировано, в 1 (8,3%) наблюдении возникло нагноение раны, потребовавшее снятия 2-3 швов, рана зажила вторичным натяжением без развития рецидива. Купирование послеоперационного болевого синдрома достигалось в течение 2-5 дней. Данных за наличие значимых воспалительных реакций не отмечено (лейкоцитоз не превышал  $9,3 \times 10^9/л$ , сдвиг лейкоцитарной формулы влево минимален – не более 9% палочкоядерных нейтрофилов, лимфопении не было). Сроки заживления операционной раны составили до 15 дней, средний койко-день – 9,9 суток.

**ВЫВОДЫ.** Разработанный «Способ хирургического лечения рецидивных эпителиальных копчиковых ходов» позволяет повысить эффективность хирургического лечения рецидивных ЭКХ при возможности радикального иссечения копчиковых ходов и пластического закрытия операционной раны, что уменьшает натяжение краев раны, препятствует прорезыванию швов у дна, формированию и нагноению остаточных полостей. Хороший косметический результат достигнут за счет сохранения кровоснабжения раны и формирования эластичного рубца без деформации.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА И ДИФФЕРЕНЦИРОВКА ПОКАЗАНИЙ К ПРИМЕНЕНИЮ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

Грошили В.С., Мирзоев Л.А.,  
Черкасов Д.М., Дмитриев А.В.

ГАУ РО «Областной консультативно-диагностический центр», г. Ростов-на-Дону, Россия

Геморрой – одно из распространенных заболеваний прямой кишки. Несмотря на существующие многочисленные клинические разработки и исследования, посвященные лечению и выбору хирургической тактики при геморрое, повышение эффективности лечения данной патологии по-прежнему остается одной из актуальных проблем колопроктологии.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Целью исследования является улучшение результатов лечения хронического геморроя с использованием малоинвазивных методов за счет индивидуального подхода к технике операции.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** В ГАУ РО «ОКДЦ» в период с 2011 по 2014 гг. проведено лечение 300 пациентов с II-III стадией хронического геморроя.

Структура операций:

- диатермокоагуляция – 44 (14,66%) пациента
- лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами – 86 (28,67%) пациента
- ультразвуковая кавитация со склерозированием – 65 (21,67%) пациентов
- дезартеризация внутренних геморроидальных узлов со склерозированием, либо лифтингом слизистой – 105 (35%) пациентов

240 пациентов прооперированы амбулаторно, 60 пациентов в стационаре одного дня. Все вмешательства выполнены под местной параректальной блокадой и анестезией сфинктера. Алгоритм предоперационной подготовки включал: аноскопию, ректоскопию, при



необходимости колоноскопии. Контрольный осмотр больных проводился на 1,3,7,14 сутки послеоперационного периода.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** У 40 (14%) пациентов появились жалобы на дискомфорт в области заднего прохода, анальный зуд. У 18 (6%) отметились осложнения в виде тромбоза, некроза геморроидальных узлов, кровотечения и появления умеренного болевого синдрома.

В ходе исследования получены следующие данные: хороший результат – 80,6%; удовлетворительный при сохранении отдельных жалоб в послеоперационном периоде до 3-х суток – 7,3%, до 7-ми суток – 10%; неудовлетворительный (при наличии осложнений, неэффективности применения методик лечения) – 6%.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** 1. Индивидуальный подход позволяет улучшить результаты лечения, снизить удельный вес осложнений.

2. Причины выявленных осложнений и неудовлетворительных исходов лечения считаем ошибки при выборе способа и определения показаний к их применению.

3. Наилучшие результаты при геморрое III стадии получены при комбинировании методик дезартеризации со склеротерапией, либо с лифтингом слизистой в предложенной нами модификации.

## ПЕРСПЕКТИВЫ УЛУЧШЕНИЯ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩАХ

Грошили В.С., Чернышова Е.В.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет», г. Ростов-на-Дону, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Лечение ректовагинальных свищей представляет собой актуальную проблему колопроктологии и гинекологии. Несмотря на разнообразные методы хирургического лечения данной патологии, удельный вес рецидивов заболевания и послеоперационных осложнений остается высоким.

**ЦЕЛЬ.** Улучшение результатов лечения больных с ректовагинальными свищами за счет обоснования выбора способа оперативного лечения.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен анализ результатов лечения 25 пациенток с ректовагинальными свищами, оперированных в период с 2010 по 2015 гг. В контрольной группе 13 (52%) пациенткам после радикального иссечения свища выполнено закрытие внутреннего отверстия в прямой кишке слизисто-подслизистым лоскутом, с последующим послыонным ушиванием операционной раны наглухо. У 12 (48%) пациенток основной группы исследования операция модифицирована за счет выполнения сегментарной проктопластики зоны внутреннего отверстия свища в прямой кишке П-образным полнослойным лоскутом стенки кишки, дополнена передней сфинктеропластикой. Дефект стенки влагалища «укрыт» перемещенным лоскутом, сформированным с помощью дополнительного разреза по задней стенке влагалища с переходом на кожу большой половой губы.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Среди пациенток контрольной группы (послеоперационный койко-день составил, в среднем, 9,7 суток, максимальный – 20 дней), зарегистрировано 3 рецидива (13%) заболевания, возникших через 1-1,5 месяца после операции. В основной группе исследования рецидивов ректовагинальных свищей не отмечено (послеоперационный койко-день составил, в среднем, 8,6 суток, максимальный – 15 дней). В двух наблюдениях (при наибольшем койко-дне), отмечено инфильтративное воспаление в послеопера-

ционной ране, в том числе, однократно – с прорезыванием швов, не повлекшее за собой развитие рецидива. **ВЫВОДЫ.** Использование методики радикального иссечения ректовагинального свища, дополненной передней сфинктеропластикой и пластикой передней стенки влагалища перемещенным несвободным кожным лоскутом большой половой губы, является перспективным способом, позволяющим уменьшить вероятность послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания (за счет восстановления послыонного строения ректовагинальной перегородки), способствует адекватному восстановлению функции запирающего аппарата прямой кишки.

## ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ КРИТЕРИЕВ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ

Грошили В.С., Швецов В.К., Узунян Л.В.

РостГМУ, г. Ростов-на-Дону, Россия

**ЦЕЛЬ.** Улучшение результатов лечения больных с ректоцеле III степени за счет индивидуального обоснования выбора способов лечения, а так же внедрения разработанной техники операции.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Проведен анализ результатов оперативного лечения 64 пациенток с ректоцеле. У 24 больных использованы методы передней сфинктеропластикой, у 19 – эндоректальной аппаратной циркулярной слизисто-подслизистой резекции (по методу Лонго). Полученные данные позволили разработать оригинальный метод лечения ректоцеле, сочетающий в себе технологии эндоректальной циркулярной слизисто-подслизистой резекции и передней леваторопластики («Комбинированный способ хирургического лечения ректоцеле» (патент РФ № 2526971 от 03.07.14). Разработанным способом оперировано 21 больная. Контрольные осмотры проведены спустя 1 и 3 месяца после операции

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В группе больных, которым выполнена традиционная передняя сфинктеропластика, отмечено 4 (16,6%) рецидива заболевания в сроки от 3 месяцев после устранения ректоцеле III степени, еще у 2 (16,6%) женщин при отсутствии рецидива сохранялись проявления обструктивной дефекации. Других осложнений не было. После операции Лонго в традиционном варианте рецидивов не было, однако, у 4 (21,1%) больных имели место некупируемые консервативно, выраженные эвакуаторные расстройства при сохранявшемся расхождении передних порций леваторов и манометрически подтвержденной дисфункции мышечных структур тазового дна.

При использовании оригинального способа рецидивов не отмечено. Чувство неполного опорожнения кишечника после акта дефекации имело место у 2 (9,5%) больных. Данные жалобы купированы консервативно в течение 10 суток. У 1 (5%) пациентки, ранее имевшей ректоцеле размером более 7 см, в послеоперационном периоде сохранялись тенезмы.

**ВЫВОДЫ.** Выбор способа хирургического лечения ректоцеле следует осуществлять индивидуально с учетом размеров ректоцеле, выраженности дисфункции тазового дна и аноректальных эвакуаторных расстройств. Разработанный способ позволяет корректировать результаты лечения ректоцеле III степени, и перспективен для внедрения в практику.

## ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ HARMONIC FOCUS ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОТКРЫТОЙ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ

Данилов М.А., Атрощенко А.О., Хатьков И.Е.

Отделение колопроктологии ГБУЗ Московский Клинический Научно-Практический Центр ДЗМ, г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Геморроидэктомия – золотой стандарт хирургического лечения геморроя 3-4 стадии. Помимо стандартной методики, при которой используется скальпель, геморроидэктомия может выполняться с помощью электрокоагулятора, как монополярного, так и биполярного (Ligasure Precise, Covidien), лазера, а также ультразвукового скальпеля (Harmonic Focus, J&J). Недостатками открытой геморроидэктомии являются выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде, кровотечения, стеноз анального канала, отек перианальных тканей. Все перечисленные осложнения возникают при воздействии повреждающих физических факторов от используемых инструментов, в основном, это термический ожог тканей. Использование ультразвукового диссектора Harmonic Focus минимизирует повреждающий эффект, и, как следствие, этого снижает выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде и сокращает сроки реабилитации. «Рабочая» часть инструмента Harmonic Focus выполнена в виде диссектора с боковым повреждающим эффектом, не превышающим 1 мм, что позволяет выполнять открытую геморроидэктомию крайне прецизионно и менее травматично.

**ЦЕЛЬ.** Оценить непосредственные результаты использования Harmonic Focus при выполнении открытой геморроидэктомии.

Клинический материал. Нами оценены результаты лечения 60 пациентов. Общая выборка пациентов была разделена на две группы: 1-я группа (основная) – пациенты, которым была выполнена открытая геморроидэктомия с использованием Harmonic Focus (30 пациентов), 2-я группа (сравнения) – пациенты, которым выполнялась открытая геморроидэктомия с использованием монополярной коагуляции (30 пациентов). Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, стадии основного заболевания (геморрой 3-4 стадии). Результаты оценивались по нескольким критериям: болевой синдром (оценивали по десятибалльной шкале боли ВАШ и разделяли по интенсивности на 3 степени: легкая – 1-3 балла, умеренная – 4-7 баллов и выраженная 7-10 баллов), послеоперационный койко-день и период реабилитации (промежуток времени после операции, по истечению которого пациент не предъявлял абсолютно никаких жалоб).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Группы не различались по продолжительности операции;  $14,2 \pm 3,4$  мин в основной группе и  $16,1 \pm 4,2$  мин. в группе сравнения,  $p=0,2$ ). Послеоперационный койко-день в группах достоверно различался: в основной группе составил  $1,03 \pm 0,18$  койко-дней, в контрольной –  $1,30 \pm 0,53$  койко-дней, соответственно,  $p=0,04$ ). В группе Harmonic Focus легкий болевой синдром наблюдался у большинства – 22 пациента, умеренный – у 7, выраженный – у 1 пациента; в группе сравнения: легкий – 6, умеренный – 8, выраженный – 6 пациентов, соответственно. Группы достоверно различались по выраженности болевого синдрома: легкий – 22 и 6,  $p=0,00007$ ; умеренный – 7 и 6,  $p=0,1$ ; выраженный – 1 и 6,  $p=0,1$ . Период реабилитации в группах также значимо различался: в основной группе –  $9,9 \pm 2,3$  дней, в контрольной –  $13,5 \pm 2,3$  дней,  $p=0,03$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Методика выполнения открытой

геморроидэктомии предполагает использование различных энергетических ресурсов, наш опыт показывает, что при использовании Harmonic Focus по сравнению с монополярной коагуляцией, уменьшается послеоперационный койко-день, выраженность болевого синдрома и продолжительность реабилитации пациентов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ (ХИРУРГИЧЕСКАЯ И «ХИМИЧЕСКАЯ» СФИНКТЕРОТОМИЯ)

Данилов М.А., Атрощенко А.О., Хатьков И.Е.

Отделение колопроктологии ГБУЗ Московский Клинический Научно-Практический Центр ДЗМ, г. Москва, Россия

Патология анального канала и прямой кишки встречается довольно часто, приблизительно 30-40% населения страдают проктологическими заболеваниями, из них около 15% страдает анальной трещиной. Анальная трещина считается хронической, если у пациента имеются болевые ощущения в заднем проходе на протяжении не менее чем 2-х месяцев. В развитии трещины играют роль механическое повреждение слизистой и особенности кровоснабжения данной области. Учитывая особенности кровоснабжения этой анатомической области и гипертонус сфинктера, самостоятельное заживление анальных трещин практически «невозможно». Наряду с хирургической сфинктеротомии стали появляться малоинвазивные методики расслабления анального сфинктера. В исследование вошли 40 пациентов (16 пациентов – хирургическое лечение, 24 – консервативная терапия 0,3% мазью нифедипина). Контрольный осмотр после лечения и оценка заживления выполнялся через 2 и 4 недели. Пациенты обеих групп вели дневник интенсивности болевого синдрома по шкале ВАШ после 1-й дефекации, на 3-й и 7-й послеоперационный день. У 14 пациентов из группы хирС (87,5%) и 16 пациентов из группы химС (66,6%) отмечено полное заживление к 8-й неделе,  $p=0,002$ . У 14 пациентов из группы хирС (87,5%) и 16 пациентов из группы химС (66,6%) отмечено полное заживление к 8-й неделе,  $p=0,002$ . Аналогичные различия в частоте болевого синдрома в группах наблюдались и на 7-й день: 45,8% в группе химС и 18,7% в группе хирС соответственно. Хирургическая сфинктеротомия в сочетании с иссечением дефекта – эффективная методика лечения хронической анальной трещины, характеризующаяся более быстрым восстановлением и менее выраженным болевым синдромом.

## МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ 3 СТ.

Довбета Е.В., Полутарников Е.А.

ГАУЗ КОКБ, г. Кемерово, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Геморрой в составе колопроктологических заболеваний остается одной из самых распространенных патологий. В последнее время наравне с классической операцией геморроидэктомией активно используются малоинвазивные методики лечения. Трансанальная дезартеризация геморроидальных артерий с мукопексией слизистой (HAL-RAR) является современной малоинвазивной методикой в лечении геморроидальной болезни, которая основана на современных представлениях о патогенезе развития заболевания.

**ЦЕЛЬ.** Сравнить результаты лечения по методикам HAL-RAR и HAL-RAR в сочетании со склерозирующей методикой при лечении геморроя 3 ст.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен анализ лечения 140 пациентов, оперированных на базе Областной клинической больницы г. Кемерово и в Кемеровском медицинском центре «Лазерная медицина» с хроническим геморроем 3 ст. в период с 2013 по 2015 гг. Средний возраст больных – 45±4,6 года. Мужчины – 55 (39,3%), женщины – 85 (60,7%). Пациенты были разделены на две группы. В первую группу включено 87 пациента с хр. геморроем 3 ст. – выполнена операция HAL-RAR. Во второй группе 53 пациента с хр. геморроем 3 ст. выполнена операция HAL-RAR в сочетании со склерозирующей методикой. Оперативные вмешательства выполнялись с использованием аппарата компании А.М.И. (Австрия) HAL-Doppler. Склеротерапия проводилась на операционном столе перед процедурой HAL-RAR. Для инъекций использовался 3% раствор этоксисклерола.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Отдаленные результаты прослежены от 1 года (HAL-RAR+склеротерапия) до 3 лет (HAL-RAR). Через год после операции в первой группе пациентов наблюдалось выпадение узлов у 10 (11,5%) пациентов, что потребовало дополнительного наложения латексных колец в 6 случаях и в 2 случаях – удаление геморроидального узла. Периодическое выделение крови в небольшом количестве при акте дефекации наблюдалось у 8 (9,2%), которое удалось устранить консервативным лечением. Во второй группе пациентов выпадение геморроидальных узлов и выделение крови в послеоперационном периоде не наблюдалось.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Таким образом, применение склерозирующей методики в сочетании с HAL-RAR позволяет улучшить результаты и является современной малоинвазивной альтернативой стандартному хирургическому лечению при геморроидальной болезни 3 ст. Данная методика малотравматична и успешно может применяться в амбулаторной хирургии.

## НАШ СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА И ГАНГРЕНЫ ФУРЬНЕ NPWT-NEGATIVE PRESSURE WOUND THERAPY

Егоркин М.А., Болквадзе Э.Э.,  
Кожин Д.Г., Горбунов И.Н.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Интерес в лечении послеоперационных обширных, глубоких и многофигурных ран промежности после перенесенного анаэробного парапроктита и гангрены Фурнье, представляет собой метод воздействия на рану отрицательного давления (NPWT). В российской литературе данные о применении NPWT в лечении АП и ГФ не освещены. Применение данной методики связано с определенными техническими трудностями, особенно в промежности. Данная анатомическая область имеет подвижные части тела, естественные отверстия (анальный канал и уретра) которые трудно изолировать и зафиксировать специальной самоклеющейся повязкой. В связи с этим, мы нашли следующее техническое решение – применение изолирующего покрытия в виде воздухопроницаемой пленки, имеющей вид «бриджей», закрывающих всю поверхность данного анатомического региона от пояса до средней трети бедер с подключением аппарата, создающего регулируемое и контролируемое отрицательное давление. На применение данной методики получен патент РФ № 2550048 от 19.02.14 г.

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

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** За период наблюдения с 1986 по 2015 гг. отслежено 470 пациентов, перенесших АП и ГФ. Анализ клинических наблюдений основан на комплексном лечении и изучении результатов применения новой методики у 58 пациентов, оперированных с 2010 по 2015 гг. Средняя площадь раневых дефектов послеоперационных ран составляла >2000 см<sup>2</sup>. Оценка метода NPWT в сочетании с изолирующей повязкой «Бриджи» проводилась с помощью транскутанного измерения кислорода тканей, степенью микробной контаминации и цитологической картины.

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

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

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОДНОРАЗОВОЙ ПОРТАТИВНОЙ NPWT-СИСТЕМЫ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ КОПЧИКОВЫМ ХОДОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Егоркин М.А., Горбунов И.Н.,  
Болквадзе Э.Э., Кожин Д.Г.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Пациенты, с эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ), в основном, принадлежат к трудоспособной категории населения. В связи с этим, актуальным является применение методов лечения, направленных на сокращение сроков госпитализации и временной нетрудоспособности, улучшение качества жизни пациентов в послеоперационном периоде. Применение аппарата PICO для лечения ран отрицательным давлением позволяет выполнить эти требования.

**ЦЕЛЬ.** Ускорить время выздоровления пациентов после оперативного лечения ЭКХ, сократить сроки нетрудоспособности, обеспечить комфорт пациентов и их скорейшее возвращение к труду, нормальной жизнедеятельности, используя портативный NPWT-аппарат.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** 15 пациентов оперированы в объеме иссечения ЭКХ с подшиванием краев раны ко дну. В операционной выполнена установка одноразовой NPWT-системы. Смена повязки осуществлялась 1-2 раза в неделю в зависимости от объема экссудата. После операции оценивались размеры раны, сроки заживления и микробная обсемененность. Производилась оценка качества жизни: выраженность болевого синдрома, кратность применения и дозировка анальгетиков, ограничения в подвижности и нормальной жизнедеятельности пациентов, сроки нетрудоспособности и общая самооценка здоровья.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Применение NPWT-системы позволяет уменьшить продолжительность первой фазы раневого процесса, ускорить процесс грануляции раны и сократить сроки временной нетрудоспособности. Пациенты, которым был установлен аппарат PICO,

требовали меньшего введения обезболивающих препаратов. Использование аппарата не вызывало у пациентов дискомфорта и не влияло на свободу движения.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Использование метода NPWT позволяет улучшить качество жизни пациентов в связи с уменьшением болевого синдрома и ускорением сроков заживления раны. Малый размер, простота использования PICO, его невысокая стоимость и возможность работы до 7 дней без смены повязки обеспечивают удобство применения и создают возможности для амбулаторного лечения пациентов в послеоперационном периоде.

## СОВРЕМЕННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЕМ

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

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

**ВВЕДЕНИЕ.** Хронический геморрой – часто встречающееся заболевание в практике колопроктолога (118-120 человек на 1000 взрослого населения). Колопроктологи активно занимаются диагностикой и лечением ректоцеле, распространенность которого среди женщин варьирует от 7,0 до 56,5%. В настоящее время ведется поиск современных методов лечения указанных заболеваний, позволяющих как снизить риск операции, так и повысить их эффективность.

**ЦЕЛЬ.** Улучшение результатов лечения пациентов, страдающих ректоцеле и хроническим геморроем.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Всем пациентам после опроса и сбора анамнеза выполнялись следующие методы обследования: клинический осмотр, манометрия, сфинктерометрия, миография, исследование прямой кишки пальцем и бимануальное ректо-вагинальное исследование, ректороманоскопия, дефекография, эндоректальное ультразвуковое исследование.

В отделении колопроктологии клиники госпитальной хирургии СамГМУ эндоректальная слизисто-подслизистая резекция (ЭСРП) прямой кишки методом Лонго применяется с октября 2006 г. Оперировано 627 больных. Возраст пациентов от 25 до 72 лет. У 438 (69,8%) человек был диагностирован хронический внутренний геморрой 2-4 стадии. У 189 (30,2%) женщин, была выполнена операция по поводу ректоцеле 1-3 степени. Из них у 125 (66,1%) ректоцеле сочеталось с хроническим внутренним геморроем.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Средний послеоперационный период –  $2,9 \pm 0,8$  дней. Средний период реабилитации –  $11,2 \pm 1,3$  дней. Результаты изучены у 242 человек (6-36 мес.). Хорошие результаты отмечены в 224 наблюдениях; удовлетворительные результаты в 113 случаях; неудовлетворительный результат выявлен у 5 пациентов – сохранился затрудненный акт дефекации с использованием ручного пособия, не уменьшились размеры ректоцеле. Этим пациенткам была выполнена операция prolift posterior с хорошими результатами.

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

## ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ (EMBORRHOID TECHNIQUE): 15-ЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Захарченко А.А., Винник Ю.С., Кириченко А.К.,  
Кузнецов М.Н., Полевец К.О.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ», г. Красноярск, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Последние 20 лет ознаменовались активной разработкой и внедрением различных методов лечения хронического геморроя (склеротерапия, латексное лигирование, метод Лонго, трансанальная дезартеризация с мукопексией по технологии HAL-RAR), целью которых являются: минимальная инвазивность, максимально возможный радикализм, сокращение сроков госпитализации и нетрудоспособности, снижение количества осложнений и рецидивов. К настоящему времени, исходя из представлений о патогенезе геморроидальной болезни, в основе которого на ранних стадиях лежит дисбаланс между артериальным притоком и венозным оттоком крови, наибольший научный и практический интерес представляют два метода дезартеризации внутренних геморроидальных узлов (ВГУ): эндоваскулярная дезартеризация (ЭДЗА, Emborrhoid technique) и трансанальная дезартеризация (HAL-RAR). Указанные методики равнозначно патогенетически обоснованы и направлены на снижение интенсивности артериального притока к ВГУ вплоть до его прекращения.

Объективная оценка целесообразности использования той или иной методики лечения возможна только при всестороннем изучении и анализе ближайших и отдаленных результатов. Наш опыт использования ЭДЗА ВГУ для лечения геморроидальной болезни на протяжении уже 15 лет позволяет подвести определенные итоги. Это и послужило поводом для настоящей публикации.

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

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** Анализированы результаты эндоваскулярного лечения 272 пациентов с I-III стадиями хронического геморроя (ХГ) за период с 2000 по 2014 год. ЭДЗА ВГУ выполнили: 56 (20,6%) пациентам с I стадией, 192 (70,6%) – со II стадией, 24 (8,8%) – с III стадией. Доминирующий симптом – систематические геморроидальные кровотечения различной интенсивности.

Идея метода (гемодинамическая теория патогенеза) – устранение усиленного артериального притока к ВГУ путем эмболизации дистальных ветвей верхней ректальной артерии (основной источник кровоснабжения ВГУ).

Решаемые вопросы: как влияет ишемия на слизистую ПК, функцию сфинктерного аппарата, кавернозную ткань ВГУ и что происходит клинически?

**МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Морфология и морфометрия слизистой дистального отдела ПК, сфинктерометрия и электрическая активность мышц жомы, морфологическая картина каверной ткани ВГУ, микроциркуляция в ВГУ и межузловом пространстве, динамика изменения размеров ВГУ (ретрофлексивная проктоскопия), сроки купирования симптомов геморроя (кровотечение, выпадение), клиническая оценка результатов лечения.

Операционный доступ – трансфеморальный по Сельдингеру. Анестезия – местная, в месте пункции бедренной артерии. Контрасты – Ультравист /

Омнипак. Микрокатетры – TERUMO, 4F. Эмболы – гемостатическая губка / спирали Гиантурко.

Клинические результаты оценены в сроки от 1 года до 15 лет у 241 (88,6%) больных.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Морфометрические и морфологические результаты: толщина слизистой –  $0,68 \pm 0,1$  мм, глубина крипты –  $0,61 \pm 0,01$  мм, диаметр просвета крипты –  $0,031 \pm 0,001$  мм, наружный диаметр крипты –  $0,088 \pm 0,001$  мм, диаметр бокаловидных клеток –  $26,1 \pm 0,8$  мкм, количество крипт на 1 мм –  $11,0 \pm 0,5$ , количество бокаловидных клеток в квинте –  $278,0 \pm 29,8$ . Эпителий на всем протяжении сохранен, крипты расположены правильно, цилиндрической формы, ядра эпителия крипт расположены базально. Морфо-функциональное состояние слизистой после ЭДЗА не страдает. Воспалительных, дистрофических/атрофических изменений не выявлено.

Функциональные результаты (сфинктерный аппарат ПК): при I-III стадиях – дисфункция внутреннего сфинктера – компенсаторное повышение тонуса в ответ на гипертрофию ВГУ. Степень дисфункции зависела от степени гипертрофии узлов – стадии заболевания. ЭДЗА приводила к нормализации тонического напряжения внутреннего сфинктера, не оказывала отрицательного влияния на фоновую и произвольную электрическую активность наружного жома, не нарушала его сократительную способность. Нервно-рефлекторная регуляция запирающего аппарата при этом не страдала.

Микроциркуляция в ВГУ и междузловом пространстве: после ЭДЗА скорость внутритканевого кровотока в кавернозной ткани уменьшалась почти в 2 раза (с  $109,5 \pm 9,5$  до  $60,2 \pm 4,4$  мл/мин/100 г) и не отличалась от показателя в междузловом пространстве ( $58,4 \pm 4,1$  –  $59,1 \pm 4,3$  мл/мин/100 г). Явлений ишемии слизистой не зарегистрировано.

Морфология ВГУ: в течение 1,5-2 месяцев развивался постэмболизационный склероз – купировались симптомы заболевания: кавернозные вены не содержали форменных элементов крови, запустевшие. Улитковые артерии спавшились, не содержали форменных элементов крови.

В строме узла – умеренное количество пучков гладкомышечных волокон с умеренными дистрофическими изменениями.

Динамика уменьшения размеров ВГУ: через 1 месяц после ЭДЗА на фоне склероза кавернозной ткани узлы уменьшались в размерах (в среднем, на 43%), больше при I и II стадиях (в 1,8 и в 1,75 раза, соответственно), чем при III (в 1,6 раза).

Сроки купирования симптомов: у всех пациентов с I-II стадией в сроки до 2 месяцев симптомы заболевания купированы полностью (отличный результат – 100%). При III стадии кровотечения прекратились у всех больных, а выпадение ВГУ полностью купировано только у 16 (66,7%) (хороший результат – 83,3%). У 8 (33,3%) пациентов с III стадией сохранились эпизодические выпадения ВГУ, узлы не требовали мануального вправления (удовлетворительный результат).

Негативные явления (свойственные традиционным трансанальным вмешательствам): анальный болевой синдром, мажущие геморрагии из АК, серозно-гнойные выделения, отек наружных геморроидальных узлов, нарушение анальной чувствительности, рефлекторная задержка мочи, стеноз АК, анальное недержание – после ЭДЗА в принципе невозможны – отсутствие инвазии со стороны анального канала.

Длительность госпитализации –  $1,6 \pm 0,4$  дня. Сроки нетрудоспособности –  $5,3 \pm 0,7$ . Отдаленный благоприятный результат – 230/241 (95,4%). Возврат заболевания – 11/241 (4,6%). Вид дополнительного лечения: консервативная терапия – 2/11 (18,2%), HAL-RAR – 5/11 (45,4%), геморроидэктомия – 4/11 (36,4%).

Субъективное удовлетворение процедурой – 236/241 (97,9%).

Осложнения: ишемия ректосигмоидного отдела ОК у 1/272 (0,004%) пациента (на стадии разработки метода). Причина: неблагоприятная анатомия устья НБА – технические трудности – длительность манипуляции – фатальный катетерный тромбоз – необратимая сегментарная ишемия ОК с исходом в стриктуру. У 3/272 (1,1%) больных – подкожная гематома в месте пункции бедренной артерии (клинически незначимая). Летальных исходов не было.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** ЭДЗА (Embohrroid technique) – современный патогенетически обоснованный метод лечения хронического геморроя на ранних стадиях (I-II) при доминирующем симптоме – систематические геморроидальные кровотечения различной интенсивности. При III стадии – возможность использования ЭДЗА регламентирована мотивацией пациентов (боязнь негативных последствий любых трансанальных вмешательств) и отсутствием систематического выпадения ВГУ. Метод может использоваться (как продолжение лечения) при неэффективности известных малоинвазивных трансанальных вмешательств и геморроидэктомии. Показания к использованию ЭДЗА определяет колопроктолог – метод не является панацеей.

ЭДЗА приводит к снижению артериального притока к ВГУ и сокращению их размеров почти в 2 раза с последующим исходом в склероз – регрессированию симптомов кровотечения и выпадения узлов. Обладает минимальной инвазивностью (атравматичен в патологической зоне) при максимально возможном радикализме. Приводит к сокращению сроков госпитализации и нетрудоспособности. Достаточно эффективен и безопасен, комфортно переносится больными. Эффективность и безопасность метода зависит от квалификации рентгенохирурга, наличия современного ангиографического оборудования и расходных материалов (контрастов, эмболов и микрокатетеров).

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКОВ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Ибатуллин А.А.,<sup>1</sup> Тимербулатов М.В.,<sup>1</sup>  
Гайнутдинов Ф.М.,<sup>1</sup> Куляпин А.В.,<sup>2</sup>  
Аитова Л.Р.,<sup>1</sup> Суфияров Р.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Башкирский государственный медицинский университет

<sup>2</sup> Городская клиническая больница № 21, г. Уфа, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Ключевым этапом комплексной реабилитации стомированных больных является восстановительная операция, которая должна выполняться в приемлемом состоянии здоровья. Рекомендуемые сроки выполнения восстановительной операции, по данным различных авторов, сильно варьируют. В большинстве случаев восстановительная операция выполняется не ранее чем через 6 месяцев, когда стихают воспалительные явления в брюшной полости, полностью ликвидируются последствия основного заболевания и значительно улучшается общее состояние больного. Однако эти изменения могут протекать быстрее или медленнее, что зависит от индивидуальных особенностей пациента.

**ЦЕЛЬ.** Определить роль внутриспросветной ультрасонографии с доплерографией в определении изменений, происходящих в кишечнике стомированных больных, в установлении сроков и показаний выполнения реконструктивно-восстановительной операции.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Изучены результаты проведенной внутрипросветной ультразвукографии с доплерографией у 79 стомированных больных, перенесших радикальные операции по поводу рака левой половины толстой кишки, осложненного острой толстокишечной непроходимостью. УЗИ проводилось на аппарате HDI – 4000 ректальным датчиком, введенным в просвет стомы в 4 режимах сканирования. Оценивали состояние стенки кишки, наличие кровотока и степень васкуляризации.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При оценки полученных результатов в сроке до 14 суток было выявлено утолщение стенки кишки, снижение эхогенности и отсутствие дифференцировки на слои, усиление кровотока и повышение скоростных показателей. В последующие сроки наблюдалось постепенное уменьшение толщины стенки, повышение ее эхогенности, снижение степени васкуляризации и скоростных показателей. Оценка УЗИ кишечной стомы в поздние сроки (до 12 месяцев) показала состояние кровотока кишечной стенки и брыжеечных сосудов, степень дистрофических изменений, что позволило судить о степени зрелости кишечной стомы и использовать результаты данного исследования как один из критериев готовности пациента к восстановительной операции.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Внедрение методов внутрипросветной ультразвуковой доплерографии позволило определить оптимальные сроки для выполнения восстановительной операции, начиная с 4-й недели, при достижении максимальной скорости кровотока в стенке  $10,45 \pm 0,92$  см/с и толщины стенки приводящей кишки  $0,18 \pm 0,02$  см.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТАЗОВЫМ ПРОЛАПСОМ

Ильканич А.Я., Вишнякова И.А., Лобанова Ю.С., Барбашинов Н.А.

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»

БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут, Россия

**ЦЕЛЬ.** Улучшение результатов лечения больных с тазовым пролапсом.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В анализируемую группу включены 134 пациентки с тазовым пролапсом, оперированные в течение 2012-16 гг. в Центре колопроктологии Сургутской окружной клинической больницы. Для оперативной реконструкции тазового дна использованы сетчатые имплантаты «Пелвикс» («Линтекс», Россия). Поводом к проведению операции было изолированное ректоцеле у 37 (26,1%) больных, цистоцеле – у 62 (46,3%), сочетанного цисто- и ректоцеле – у 19 (14,2%), выпадение купола влагалища – у 18 (13,4%) пациенток. Ведение больных в до- и послеоперационном периоде осуществлялось совместно гинекологом, колопроктологом. При выявляемом нарушении мочеиспускания к лечению больных привлекался уролог. При планировании оперативного вмешательства проводилось рутинное исследование: влагалищное обследование, проведение кашлевой пробы, специальные опросники. Показаниями к применению эндопротеза «Пелвикс» передний является изолированное цистоцеле 2-3 ст.; при ректоцеле 2-3 ст., и энтероцеле – «Пелвикс» задний; при сочетанном цисто- и ректоцеле – эндопротезы «Пелвикс» передний и задний, при выпадении купола влагалища – эндопротез «Урослинг-1». Применение эндопротеза «Урослинг-1» оправдано при сохраненной складчатости слизистой влагалища при цистоцеле 2-3 ст. Наблюдение за больными осуществляли в амбулаторных условиях с обя-

зательным осмотром не реже 1 раза в месяц, а затем, через 3, 6, 12 месяцев и далее 1 раз в год.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Осложнения оперативного вмешательства отмечены у 4 (2,9%) оперированных: у 2 (1,4%) – повреждение мочевого пузыря, у 1 (0,7%) нарушенная дефекация связанная со смещением импланта и гематома промежности – у 1 (0,7%). Сроки наблюдения составили от 1 до 36 месяцев. Оценка результатов проводилась в амбулаторных условиях: рутинное обследование и опросники. Результаты операции были оценены как отличные у 116 (86,6%) больных, удовлетворительные – у 14 (10,5%), неудовлетворительные – у 4 (2,9%).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Применение сетчатых имплантов в хирургии тазового пролапса является эффективным и безопасным методом лечения позволяющим добиться отличных результатов в 86,6%.

## САКРАЛЬНАЯ НЕЙРОМОДУЛЯЦИЯ С ТРАНСФОРАМИНАЛЬНОЙ И КАУДАЛЬНОЙ УСТАНОВКОЙ ЭЛЕКТРОДОВ (INTERSTIM®, MEDTRONIC®). ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Карасев С.А., Долгих О.Ю.

МБУЗ г. Сочи «Городская больница № 5», г. Сочи, Россия

МЛДК «МЕДГАРД», г. Самара, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Сакральная нейростимуляция является эффективным методом лечения болевых синдромов различной этиологии в области промежности, таких как интерстициальный цистит, кокцигодия, вульводиния или постлучевой проктит. Традиционным показанием к сакральной нейростимуляции считаются урологическая патология и инконтиненция. Наблюдения последних лет показывают удовлетворительные результаты при лечении проктологических заболеваний.

**ЦЕЛЬ.** Сравнительная оценка эффективности каудальной (Medtronic®) и трансфораминальной (InterStim®) нейростимуляции у пациентов с синдромом резистентной тазовой боли.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С октября 2012 года по март 2016 года в клинике Медгард, Самара и МБУЗ г. Сочи «Городская больница № 5» 5 электродов (Interstim) были имплантированы через сакральное отверстие интрафораминально (S3). Показания к сакральной интрафораминальной нейростимуляции, имплантации Interstim: неэффективное традиционное лечение, положительный результат сакральной каудальной тестовой стимуляции спинного мозга на уровне S3. В силу технических особенностей и доступности – 7 пациентам установка электродов (Medtronic®) проводилась каудально, через hiatus sacralis. Наиболее частым показанием была хроническая боль, вызванная хронической дисфункцией, вызванной хронической урологической дисфункцией, вызванной интерстициальным циститом. Установка электрода выполняется чрескожно, под местной анестезией, под рентгеноскопическим контролем (С-дуга).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Группа пациентов включала 10 женщин и двух мужчин, со средним возрастом 60 лет. Их главная жалобой была промежностная боль, а средняя продолжительность боли составила 21 месяцев. Мы оценивали эффективность терапии, основанной на снижении боли по визуальной аналоговой шкале (VAS) и общую удовлетворенность пациентов, учитывая их восприятие СИ. У восьми из 12 пациентов, включенных, начальная терапия была эффективной, и была проведена имплантация конечной системы. Уровень боли снизился с 80 до 20 по VAS. Один из четы-

рех оставшихся пациентов потребовал удаление устройства, несмотря на то, был хороший результат. У остальных трех пациентов, не был достигнут клинический эффект.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Сакральная стимуляция S3 позиционирует себя в качестве эффективной терапии при хронической тазовой боли и промежности.

Клинический противоболевой эффект достаточный при обоих путях установки электрода. При трансфораминальном пути отмечены сложности при установке электрода, его фиксации и удалении. При этом миграция электрода незначительна. При каудальном способе воздействие на корешок менее прецизионное, фиксация электрода несовершенна. Но сама методика более доступна при сравнимом клиническом эффекте.

## ПРИМЕНЕНИЕ LIFT ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

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

ГБОУ ВПО СамГМУ, г. Самара, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Параректальный свищ (ПС) – частая причина госпитализации пациентов в отделение колопроктологии. Рецидивы чрессфинктерных и экстрасфинктерных ПС составляет 9-50%, недостаточность анального сфинктера достигает 40%. Лечение ПС направлено на устранение внутреннего свищевого отверстия, иссечение периферической части ПС, сохранение запирающей функции анального сфинктера. Проктопластика со смещением слизисто-подслизистого лоскута характеризуется незначительной травмой анального сфинктера. Основным недостатком – ретракция мобилизованного лоскута, нарушение иннервации и чувствительности, развитие инконтиненции.

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты лечения экстра- и чрессфинктерных ПС путем пересечения свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT).

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Методом LIFT оперировано 24 пациента (15 мужчин, 9 женщин). Средний возраст – 46±0,7 лет. У 15 (62,5%) пациентов был чрессфинктерный, у 9 (37,5%) – экстрасфинктерный ПС. Передняя локализация выявлена у 10 (41,7%), задняя – у 14 (58,3%) пациентов. Длительность заболевания от 4 мес. до 5 лет. Недостаточности анального сфинктера до операции не отмечено.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Послеоперационный период длился от 3 до 5 сут. Болевой синдром незначительный вследствие отсутствия повреждения анодермы. В послеоперационном периоде у 2 больных было нагноение раны. Больные прослежены в сроки от 3 до 12 мес. Медиана наблюдения составила 5,4 мес. У всех пациентов, перенесших LIFT, признаков недержания анального сфинктера не отмечено. Рецидив выявлен у 4 (16,6%) больных. Формируется интрасфинктерный ПС. Всем больным выполнено рассечение свища в просвет прямой кишки. Сроки реабилитации составили 15 дней.

**ВЫВОДЫ.** 1. Операция LIFT является легко выполнимой хирургической методикой, не требующей использования дополнительного оборудования и дорогостоящих расходных материалов.

2. Выздоровление больных отмечено в 83,4%, при минимальном воздействии на функцию анального сфинктера

3. Операция LIFT должна применяться у отобранных пациентов с чрессфинктерными и экстрасфинктерными ПС I–II степени сложности, коротким свищевым ходом, у которых получены наилучшие результаты.

## НОВЫЙ СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ ПАРАРЕКТАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ

Каторкин С.Е., Разин А.Н., Журавлев А.В., Тулупов М.С.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», г. Самара, Россия

Несмотря на то, что частота встречаемости сложных параректальных свищей наименьшая (15-30%), их лечение остается довольно трудной и актуальной проблемой. Это обусловлено частыми рецидивами заболевания (30-78%) и возникновением анальной инконтиненции (5-83%).

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты лечения пациентов со сложными параректальными свищами.

Проанализированы результаты обследования и оперативного лечения 124 пациентов со сложными параректальными свищами. Проктопластика с боковым смещением слизисто-подслизистого лоскута прямой кишки выполнена в 50 (40,3%) наблюдениях (1 группа). Предложенный способ пластической коррекции осуществлен у 74 (59,7%) пациентов (2 группа).

В раннем послеоперационном периоде (до 1 месяца) кровотечение диагностировано: в 1 группе – в 3 (6,0%) наблюдениях, во 2 данного осложнения не было. Нагноение операционной раны выявлено в 1 группе у 3 (6,0%), во 2 – у 3 (4,1%) пациентов. Средний период реабилитации в 1 группе составил 35,6±5,95 дней, во 2 – 28,3±3,85 дней. В отдаленном (от 1 г. до 3 лет) периоде (n=110) рецидив заболевания в 1 группе выявлен у 17 (34,0%), во 2 – у 10 (16,6%) пациентов. Недостаточность анального сфинктера в 1 группе диагностирована у 4 (8,0%), во 2 группе – не выявлена. За хороший результат мы приняли отсутствие недостаточности анального сфинктера и рецидива свища, за удовлетворительный – недостаточность анального сфинктера 1 ст. при отсутствии рецидива свища и неудовлетворительный результат – это рецидив свища и (или) недостаточность анального сфинктера 2 и более ст. Хороший результат в 1 группе составил 29 (58,0%) пациентов, во 2 – 50 (83,3%). Удовлетворительный: в 1 группе – 4 (8%) пациента, во 2 – 0. Неудовлетворительный результат в первой группе составил 17 (34%) пациентов, во второй – 10 (16,6%).

Предложенный способ лечения пациентов со сложными параректальными свищами является эффективным методом лечения. Его преимуществами являются отсутствие недержания, небольшое количество рецидивов, сокращение сроков пребывания в стационаре и времени реабилитации пациентов.

## ТАЗОВЫЙ ПРОЛАПС У МУЖЧИН

Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Овчаренко Д.А., Тельнова В.Н., Тарасенко С.А.

ГКА им. Маймонида, ФГМУ «Медицинский центр при Спецстрое России», г. Химки, Московская обл., Россия МУЗГБ № 1, г. Калининград, Россия

Тазовый пролапс – синдром слабости тазового дна (ССТД), синдром опущения промежности) стал привлекать пристальное внимание врачей различных специальностей только последние несколько лет. ССТД впервые описали Parks A.G и соавт. в 1966 г., наблюдая больных с выпадением прямой кишки. Этот синдром, по наблюдениям автора, встречается относительно часто и описывается авторами только у жен-

щин. По данным наших исследований, у подавляющего числа пациентов-мужчин, страдающих геморроем 2-4 стадий диагностируется тазовый пролапс, сопровождающийся передним или задним ректоцеле различной степени выраженности. По нашему мнению, обязательным исследованием при ССТД должны стать дефекография, КТ и МР томография органов малого таза.

**ЦЕЛЬ.** Изучение проявления тазового пролапса у мужчин. Разработка радикального, патогенетически обоснованного хирургического лечения синдрома слабости тазового дна (ССТД) у мужчин.

По нашему мнению, геморрой и ректоцеле различной степени выраженности, можно с уверенностью рассматривать как проявление ССТД у мужчин. Нами отмечено, что в отдаленном послеоперационном периоде после общепринятых геморроидэктомий (Миллиган-Морган, Фергюсон и др.) у пациентов с 3-4 стадиями геморроя сохранялись жалобы на чувство «инородного тела» в области ануса и двухэтапный акт дефекации. В нашей стране и за рубежом большинство колопроктологов выполняют геморроидэктомию в различных модификациях в основе, которой лежит удаление трех основных групп геморроидальных узлов, при этом не решается вопрос о наличии избытка слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки. До настоящего времени окончательно не определен наиболее радикальный и патофизиологический способ лечения геморроя с сохранением функций замыкательного аппарата прямой кишки и ликвидации основного заболевания – ССТД и сопровождающего его ректоцеле.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Был проведен ретроспективный анализ пациентов, лечившихся в ЦВКГ им. А.А. Вишневого, МУЗ больнице № 1 г. Калининграда и ЛРКЦ МО РФ с 2002 по 2015 гг. по поводу геморроя. Слизисто-подслизистая резекция нижнеампулярного отдела прямой кишки (операция Лонго) при лечении пролапса у мужчин выполнена в 203 случаях, в возрасте от 18 до 74 лет. Средний возраст составил 44,7 года. Больных с II стадией геморроя было 20 (9,9%), III стадией – 95 (46,8%), IV стадией – 88 (43,3%). Наличие тазового пролапса и ректоцеле во всех случаях диагностировалось при дефекографии и МРТ-дефекографии, тонометрии запирающего аппарата прямой кишки. Все оперативные вмешательства выполнялись под спинномозговой анестезией аппаратами РРН-01.03. Операция геморродопексии дополнялась иссечением наружных геморроидальных узлов

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В отдаленном периоде у 10 пациентов, оперированных в начальный период освоения методики однократно в сроки от месяца до 36 месяцев после операции отмечены тромбозы наружных геморроидальных узлов. Во всех случаях тромбоз развился на фоне чрезмерного употребления алкоголя или употребления острой пищи, и операция Лонго не дополнялась иссечением наружных геморроидальных узлов. У трех пациентов – на 8, 12 и 28 сутки после операции возникло профузное кровотечение в зоне механического шва на 3 и 7 часах, потребовавшее прошивания кровотока сосуда и связанное, по нашему мнению, с самостоятельным приемом слабительных препаратов. В послеоперационном периоде от 1 года до 3 лет прослежено 58 пациентов. 23 пациентам проведено контрольное обследование, включающее дефекографию, ректоскопию. Пяти пациентам мы были вынуждены удалить часть скоб по линии механического шва, в связи с выраженным болевым синдромом, в сроки до 35 суток после операции, что позволило значительно уменьшить болевой синдром (во всех этих случаях механический шов располагался в непосредственной близости от зубчатой линии (1,0-1,5 см). Все пациенты отмечают исчезновение ранее

беспокоивших их клинических проявлений геморроя: боли, выделение крови при дефекации, выпадение внутренних узлов и не испытывают какого-либо дискомфорта в повседневной жизни. При наружном осмотре промежности и исследовании прямой кишки: внутренние узлы значительно уменьшились в размерах, находятся выше зубчатой линии, линия анастомоза шириной не более 2 мм, мягкая, подвижная, располагается выше внутреннего отверстия анального канала на 2-3 см, при визуальном и пальпаторном осмотре с трудом различима. При контрольной дефекографии, МРТ-дефекографии – признаков имеющегося ранее ректоцеле, «скольжения» и «инвагинации» слизистой прямой кишки не отмечается. 48 (82,8%) пациентов отмечают улучшение самого процесса дефекации – нет чувства инородного тела после дефекации, акт дефекации ежедневный однократный.

**ВЫВОДЫ.** 1. Наш опыт выполнения операции геморродопексии (резекции слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки) с иссечением наружных геморроидальных узлов у 203 пациентов-мужчин позволяет считать её радикальным методом хирургического лечения геморроя.

2. Геморрой 3-4 стадий, у мужчин, как правило, является клиническим проявлением тазового пролапса, то есть выпадение внутренних геморроидальных узлов происходит за счет смещения слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой кишки вместе с внутренними геморроидальными узлами за пределы наружного отверстия анального канала.

## ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ДЕФЕКТ СФИНКТРА ПРЯМОЙ КИШКИ. ПЛАСТИКА ПЕРЕМЕЩЕННОЙ АНОКОПЧИКОВОЙ СВЯЗКИ С КОПЧИКОМ

Китаев А.В., Муслимов В.И., Муслимов М.И., Гасанов А.Г., Салихов М.Р.

ООО НПО «Инновационные клеточные технологии», г. Москва, Россия  
МИУВ ГУ ПП, г. Москва, Россия  
ГБУЗ «НЦРБ», г. Ногинск, Московская обл., Россия

Клинический случай: Пациент К., 22 лет получил тупую травму таза, на этапе квалифицированной медицинской помощи была диагностирована: Тупая травма таза с открытыми переломами обеих лонных, левой седалищной костей со смещением отломков, разрывом лонного синдесмоза и крестцово-подвздошного сочленения слева, с нарушением целостности тазового кольца, повреждением пресакрального венозного сплетения. Обширная рана правой паховой области и промежности с отрывом брюшинной части прямой кишки и разрушением левой половины запирающего аппарата прямой кишки, полным перерывом мембранозной части уретры, разрывом правой половины мошонки без повреждения яичка, обширная брюшинная и тазовая гематомы. Через 9 месяцев после проведенного этапного лечения поступил для выполнения реконструктивно-восстановительного оперативного вмешательства на запирающем аппарате прямой кишки.

При поступлении анальная воронка сглажена, анус зияет до 3 см, слизистая нижнеампулярного отдела прямой кишки пролабирует за пределы наружного отверстия заднего прохода, последнее находится на линии кожи над седалищными буграми. Кожные покровы левой половины передней и задней промежности деформированы множественными посттравматическими рубцами. Анальный рефлекс слева отсутствует, справа сохранен. Левая половина наружного сфинктера отсутствует с 11 до 7 часов. Наружный



сфинктер представлен в виде линейного мышечного тяжа диаметром до 1,5 см, спаянного с рубцовыми тканями у корня полового члена на 11 часах и переходящий в анокопчиковую связку на 7 часах.

Через 10 месяцев после травмы выполнена операция: Сфинктеролеваторопластика посттравматического дефекта запирающего аппарата прямой кишки перемещением копчика с анокопчиковой связкой к седалищному отростку левой лонной кости. Во время операции выполнена мобилизация анокопчиковой связки и копчика. Крестцово-копчиковое сочленение пересечено. Передние леваторы вместе с надкостницей по внутренней поверхности в верхней трети седалищного отростка левой лонной кости отслоены и I-II копчиковые позвонки фиксированы 4 монофиламентными узловыми швами из нерассасывающегося материала к внутренней поверхности левой лонной кости и ее надкостнице. Затем мобилизованный участок сфинктера на 11 часах фиксирован к основанию анокопчиковой связки викриловыми лигатурами. Рана ушита наглухо. Послеоперационное течение гладкое. Предоперационная ЭМГ, сфинктерометрия через 9 месяцев после травмы – отмечается снижение показателей фоновой и произвольной биоэлектрической активности мышц наружного сфинктера и тазового дна. При сегментарной ЭМГ регистрируется отсутствие биоэлектрической активности от 12 до 6 часов по циферблату. Выявленные изменения соответствуют недостаточности анального сфинктера III степени. Послеоперационная ЭМГ, сфинктерометрия через три месяца после реконструктивной операции. При сегментарной ЭМГ выраженных дефектов наружного сфинктера не обнаружено, однако, регистрируется снижение биоэлектрической активности на 12-13 часах по циферблату. Реакция пуборектальной петли не изменена. При сфинктерометрическом исследовании тонус в проекции внутреннего сфинктера и суммарная сократительная способность анального жома несколько снижены. Выявленные изменения соответствуют недостаточности анального сфинктера I степени.

Послеоперационная дефекография (через 3 мес. после операции) – прямая кишка обычно расположена, контуры ее четкие, стенки эластичные. При дефекографии аноректальная зона расположена на 3,4 см ниже копчиковой линии. При выполнении функциональных проб подвижность АРЗ в пределах 0,4 см. Функция держания бариевой взвеси удовлетворительная.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ПЕРЕВЕДЕНИЯ СВИЩЕВОГО ХОДА В МЕЖСФИНКТЕРНОЕ ПРОСТРАНСТВО

Костарев И.В., Титов А.Ю., Мудров А.А.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Лечение сложных свищей прямой кишки с наличием рубцовых изменений в области внутреннего свищевого отверстия, большим его диаметром, превышающим 0,3-0,4 см, является сложной проблемой колоректальной хирургии. Ситуация усугубляется при наличии затеков и инфильтратов по ходу свища. Использование большинства современных сфинктеросохраняющих подходов при лечении свищей подобного типа связано с высокой частотой рецидива. Одним из щадящих вариантов вмешательства при сложных свищах прямой кишки, предложенным еще в начале XX века, является метод пере-

ведения/перемещения сложного свища в подслизистый слой или межсфинктерное пространство (МСП). Преимущество методики связано с отсутствием ограничений ее применения при наличии широкого, рубцово-измененного внутреннего свищевого отверстия и затеков по ходу свища.

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

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С февраля 2013 по декабрь 2015 года, в проспективное одноцентровое исследование включено 24 пациента с экстрасфинктерными свищами прямой кишки 2-4 степени сложности, которым было выполнено иссечение свища с переводением/перемещением свищевого хода в МСП. Мужчин было 15, женщин – 9. У 7 (29,2%) пациентов свищ имел рецидивный характер. В 20 случаях, при наличии полостей затеков, инфильтратов по ходу свища, выполнялась операция перевода свища в МСП с его дренированием эластичной лигатурой. У 4 пациентов с наличием сформированного свища, без выраженных воспалительных изменений и затеков, было выполнено иссечение свища в виде трубки с его полным перемещением в МСП. Средний период наблюдения составил 20,2 (6-36) месяцев. При положительном исходе операции, контрольные осмотры проводились через 6, 12 и 18 месяцев. Через 6 и 12 месяцев после операции контрольные осмотры проведены 12 (50%) пациентам, через 18 месяцев – 7 (29,2%) пациентам.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Заживление свища после операции зафиксировано в 50% (12/24) наблюдений. При этом из 20 больных, которым производилось иссечение свища с переводением свищевого хода в МСП, заживление произошло в 10 (50%) случаях, аналогично из 4 пациентов, которым выполнена транспозиция выделенного в виде трубки свищевого хода в МСП, заживление отмечено в 2 (50%) случаях. В период наблюдения через 6 и 12 месяцев после операции, у пациентов с положительным результатом, рецидива заболевания не отмечено. Однако в 1 случае, после перевода свища в МСП, через 13 месяцев диагностирован рецидив заболевания. У 7 пациентов, обследованных через 18 месяцев, сохранялся хороший результат. Больным, у которых заживления свищевого хода не произошло, в последующем выполнялись повторные вмешательства. В 11 (45,8%) случаях свищ в конечном итоге был ликвидирован лигатурным методом, в 2 (8,3%) – с помощью иссечения свища с ушиванием сфинктера.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Опыт лечения 24 пациентов со сложными экстрасфинктерными свищами прямой кишки показал, что с помощью сфинктеросохраняющего метода перевода/перемещения свища в МСП возможно добиться заживления свищевого хода в 50% случаев и сохранить у данных пациентов полностью интактным наружный анальный сфинктер. Учитывая, что при стандартном подходе вариантом выбора лечения данных пациентов является проведение пересекающей лигатуры, результаты применения методики выглядят достаточно благоприятными.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

Костенко Н.В., Есин В.И., Масленников В.С.,  
Шомиров С.С., Шилов И.А.

ГБОУ ВПО Астраханский ГМУ Минздрава России,  
г. Астрахань, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Улучшение качества жизни наряду с коррекцией анемии, является основным показателем к малоинвазивным и хирургическим вмешательствам по поводу геморроя. Возможности выбора метода лечения при внутреннем геморрое III стадии в настоящее время, согласно клиническим рекомендациям, достаточно широки, и авторы применяют как малоинвазивные, так и хирургические способы. При этом в оценке результатов лечения обычно указывают стандартный набор осложнений, частота встречаемости которых сравнима при различных методиках и колеблется от 2% до 5%. В то же время, основную роль для пациента играют ограничение его работоспособности, сроки реабилитации и качество жизни до и после лечения, чему в современной литературе уделяется недостаточно внимания.

**ЦЕЛЬ.** Провести сравнительную оценку качества жизни пациентов хроническим геморроем III стадии в зависимости от примененного метода лечения.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** За период январь 2013 – декабрь 2014 гг. наблюдали 96 больных хроническим геморроем III стадии, которым провели анкетирование до и после применения различных методов лечения геморроидальной болезни. Пациенты были сходны по проявлениям заболевания, полу и возрасту, а также сопутствующей патологии. 32 пациента были оперированы (выполнена закрытая геморроидэктомия), 32-м – выполнена дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией, 32-м – склерозитерапия с ультразвуковой кавитацией. Сопутствующие заболевания анального канала служили критерием исключения, также как возраст менее 20 и более 70 лет. Качество жизни оценивали по шкале SF-36 до лечения, через 1 и 6 месяцев после лечения отмечали стандартные показатели физического функционирования, психического здоровья, ролевого функционирования, общее состояние здоровья, интенсивность боли, ролевого эмоционального функционирования, социальное функционирование, жизненную активность. Кроме того, через 6 месяцев после лечения пациентов дополнительно просили отметить наличие остаточных проявлений геморроидальной болезни (выделение крови, дискомфорт в области ануса).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Исходные показатели качества жизни пациентов всех групп до лечения геморроя достоверно не отличались. Представляло интерес различие оценки качества жизни пациентов через 1 и 6 месяцев после лечения в зависимости от исходных данных и примененного метода лечения.

Так, в течение месяца после проведенной геморроидэктомии у пациентов отмечалось достоверное снижение качества жизни по всем показателям, кроме психического здоровья ( $p < 0,05$ ). Наиболее выраженными были изменения физической активности, наличие болевого синдрома и ролевого эмоционального функционирования. Вместе с тем, через 6 месяцев после операции показатели восстанавливались, а также превосходили исходный уровень по таким разделам оценки, как жизненная активность, социальная активность, физическое функционирование ( $p < 0,05$ ).

При проведении склеротерапии в первый месяц состояние пациентов не претерпело столь выраженных изменений, как после геморроидэктомии. В частно-

сти, не был выражен болевой синдром, не страдала жизненная активность и общее состояние здоровья. Однако, через 6 месяцев результаты оценки были несколько ниже, чем показатели в группе хирургического лечения. В частности, не достигли уровня хирургической группы такие разделы, как физическое функционирование, эмоциональное функционирование ( $p < 0,05$ ), что было связано с сохранением, хотя и значительно менее выраженным, проявлений геморроидальной болезни у 18,7% больных.

Показатели качества жизни в группе пациентов, перенесших дезартеризацию внутренних геморроидальных узлов, занимали среднее значение. Физическая активность, эмоциональное функционирование и интенсивность болевого синдрома в течение 1-го месяца после лечения присутствовали в отличие от группы склеротерапии, однако были менее выражены в сравнении с группой хирургических больных. Через 6 месяцев по таким показателям, как жизненная активность, эмоциональное функционирование, физическое функционирование, показатели были достоверно выше исходных, однако ниже чем в группе хирургических больных ( $p < 0,05$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Качество жизни пациентов после выполнения хирургических и малоинвазивных вмешательств достоверно отличаются по эмоциональному и физическому компонентам здоровья в разные сроки после лечения. Анализ результатов оценки качества жизни в различные периоды лечения геморроидальной болезни дает возможность совместно с пациентом выбирать индивидуальную программу лечения с учетом социальной и трудовой активности, необходимости достижения наиболее радикального результата, комфортности в ближайшем периоде после лечения и другим аспектам жизненной активности.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БИОМАТЕРИАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

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

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Современные технологии расширили арсенал колопроктологов в лечении свищей прямой кишки. Применение биоматериалов позволяет решить основные задачи лечения: снизить частоту рецидивов и сохранить функцию держания анального сфинктера. Для каждого из методов должны быть строгие показания. Поэтому существует необходимость в рандомизированных исследованиях, сравнивающих различные хирургические подходы, учитывающие не только клинический исход, но и экономическую эффективность каждого метода.

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты хирургического лечения свищей прямой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** У 6 больных с трансфинктерными свищами (подкожная, поверхностная порции наружного сфинктера) выполнен двухэтапный способ хирургического лечения с применением фибринового клея (приоритетная справка № 2015108359/14(013330) от 11.03.2015). Первый этап – кюретаж свищевого хода радиочастотной абляцией, программированная санация раневого канала в течение 5 дней, второй этап – пломбировка раневого канала фибриновым клеем. Возраст пациентов от 32 до 60 лет. Средняя медиана наблюдения составила 10 месяцев.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Применение модифицированной техники с применением фибринового клея позволило улучшить результаты лечения низких транссфинктерных свищей прямой кишки, что объясняется более дифференцированным подходом к лечению.

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

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кузьминов А.М., Фролов С.А.,  
Вышегородцев Д.В., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т.,  
Елигулашвили Р.Р., Черножукова М.О.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Проблема диагностики и лечения неполных внутренних свищей прямой кишки остается недостаточно изученной. В первую очередь, отсутствие единого терминологического определения не позволяет выделить группу подобного типа свищей в отдельную нозологическую форму. Во-вторых, сложности диагностических мероприятий (ввиду отсутствия наружного отверстия), затрудняют дооперационное определение архитектоники свищевого хода. Поэтому в отношении данного вида свища отсутствует стандартизация лечения. По данным литературы, частота рецидивов неполных внутренних свищей достигает 22%.

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты диагностики и лечения больных с неполными внутренними свищами прямой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включено 79 пациентов в возрасте от 24 до 76 лет, прооперированных в ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» МЗ РФ в период с ноября 2014 по январь 2016 гг. по поводу различных форм неполных внутренних свищей прямой кишки. На дооперационном этапе с целью классификации выполнено обследование: ТРУЗИ, МРТ малого таза, аноректальная манометрия, колоноскопия. В группе исследования 50 (63%) пациентов с интерсфинктерными свищами прямой кишки, 21 (27%) с транссфинктерными и 8 (10%) с экстрасфинктерными.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Пациентам с транссфинктерными свищами через глубокую порцию и наличием затеков в параректальной клетчатке и экстрасфинктерными свищами 2-4 степени сложности выполнялось оперативное лечение в два этапа. Первый этап – дренирующая лигатура, второй этап – пластическая операция. Пациентам с высокими и подковообразными интерсфинктерными свищами выполнялась операция по типу «марсупиализации». Период наблюдения составил от 3 до 12 месяцев. Рецидив диагностирован у 6 (7,6%) пациентов, из которых 2 с высокими интерсфинктерными свищами, 2 – с транссфинктерными и 2 – с экстрасфинктерными свищами 4 степени сложности.

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

## ПРЕИМУЩЕСТВА ВНУТРИБРЮШНОЙ САКРОКОЛЬПОПЕКСИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ НА ФОНЕ ОПУЩЕНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ У ЖЕНЩИН

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Братищева Н.Н.,  
Наумов А.В., Сторожилев Д.А., Кривчикова А.П.

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа,  
БелГУ, г. Белгород, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Проблема хирургического лечения ректоцеле на фоне опущения промежности остается актуальной.

**ЦЕЛЬ.** Улучшение анатомических и функциональных результатов хирургического лечения данной патологии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Клинические, ректоскопия с натуживанием по Парксу, дефекография, УЗИ, МРТ, аноректальные функциональные тесты. Сакрокольпопексия с использованием синтетического трансплантата для коррекции данной сочетанной патологии произведена 20 пациенткам.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Гнойно-воспалительных осложнений не отмечено. Жалобы на диспареунию в отдаленном послеоперационном периоде отсутствовали. Функция опорожнения улучшилась у 19 из 20 пациенток. Анатомические результаты улучшились у всех пациенток. При дефекографии уровень расположения промежности относительно лано-копчиковой линии составил: в покое  $-3,8 \pm 0,5$  см до операции и  $-2,5 \pm 0,4$  см после операции ( $P < 0,01$ ); при натуживании  $-7,7 \pm 0,5$  см до операции и  $-5,5 \pm 0,5$  см после операции ( $P < 0,03$ ). Скорость эвакуации составила  $17,6 \pm 1,3$  г/сек до операции и  $7,9 \pm 0,7$  г/сек после операции ( $P < 0,002$ ); количество оставшегося бария составило  $21,2 \pm 2,1$  % до операции и  $15,4 \pm 0,8$  % после операции ( $P < 0,02$ ). Показатели аноректальной манометрии составили: первое ощущение при заполнении прямой кишки  $33,1 \pm 1,9$  мл до операции и  $25,2 \pm 1,5$  мл после операции ( $P < 0,01$ ); объем, вызывающий позыв на дефекацию  $87,2 \pm 2,1$  мл до операции и  $74,1 \pm 1,8$  мл после операции ( $P < 0,03$ ). Давление в области внутреннего анального сфинктера составило до операции  $27,7 \pm 2,9$  мм рт. ст. и  $35,2 \pm 2,9$  мм рт. ст. после операции ( $P < 0,01$ ); давление в области наружного анального сфинктера  $40,6 \pm 4,7$  мм рт. ст. и  $50,1 \pm 4,5$  мм рт. ст. до и после операции, соответственно ( $P < 0,03$ ). При проведении теста с выталкиванием баллона, баллон объемом 150 мл смогли вытолкнуть без значительных усилий 14 пациенток. У 15 из 20 больных улучшилась функция держания.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Для коррекции ректоцеле на фоне опущения промежности внутрибрюшная ректопексия с использованием трансплантата может служить операцией выбора, т. к. позволяет достигнуть хорошего анатомического эффекта и значительно улучшить функциональные результаты лечения.

## КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилев Д.А.,  
Наумов А.В., Братищева Н.Н.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Органосохраняющие операции для лечения рака прямой кишки направлены на решение вопросов социальной и трудовой реабилитации пациентов. Однако их применение сопровождается явлени-

ями недержания кишечного содержимого. Внедрение в лечебную практику метода биофидбек – терапии позволяет использовать новые возможности.

**ЦЕЛЬ.** Изучение эффективности метода биофидбек – терапии у пациентов с анальным недержанием после перенесенной брюшно-анальной резекции прямой кишки.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** В Белгородской областной клинической больнице Святителя Иоасафа в период с 2003 по 20015 годы у 43 больных (основная группа), для лечения анального недержания использовался метод биологической обратной связи (биофидбек-терапии). Всем больным была выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки по поводу рака прямой кишки с локализацией процесса от 7 до 12 см после предоперационного курса лучевой терапии СОД – 40 Гр. Суть метода состоит в предоставлении пациенту в доступной форме с помощью специальной аппаратуры информации о функции исследуемого органа с последующей коррекцией данной функции самим пациентом при простановке определенной задачи.

Для оценки результатов лечения определялось функциональное состояние запирающего аппарата низведенной кишки, а также мышц тазового дна до и после проведения курса биофидбек-терапии.

Данные сравнивались с контрольной группой из 37 человек, сопоставимой с основной по ключевым характеристикам, которые не проходили курс биофидбек-терапии.

Исследования проводились по методике аноректального, функционального теста на аппарате «Polygraf ID» американской фирмы «Medtronic» в послеоперационном периоде.

При этом оценивалось 44 показателя сократительной функции запирающего аппарата прямой кишки, рефлекторный ответ внутреннего сфинктера при исследовании ректо-анального ингибиторного рефлекса, адаптационная способность прямой кишки и субъективные ощущения наполнения, а также электромиографическая активность наружного сфинктера прямой кишки и пубо-ректальной мышцы.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Отмечается раннее уменьшение частоты стула и изменение его характера в сторону одно- и двухмоментной дефекации; более раннее формирование чувства дифференцировки консистенции кишечного содержимого и появления позывов к дефекации с возможностью волевого контроля над держанием; а также прекращение использования гигиенических прокладок, улучшение общего состояния пациентов и их субъективной оценки результатов лечения; более раннее восстановление сократительной способности наружного сфинктера и мышц тазового дна и реабилитации рефлекторной, накопительной и сенсорной функций низведенной кишки.

**ВЫВОД.** Применение метода биологической обратной связи у пациентов с анальным недержанием после брюшно-анальной резекции прямой кишки способствует раннему восстановлению сократительной способности сфинктерного аппарата прямой кишки и рефлекторной активности внутреннего сфинктера, а также накопительной и сенсорной функции прямой кишки.

## ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

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

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ставрополь, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Частота заболевания, рецидивов у 8-12% больных определяет актуальность темы.

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты лечения пациентов с острым парапроктитом (ОП).

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Пролечен 191 больной с ОП: 112 – с подкожным, 60 – с ишиоректальным, 19 – с пельвиоректальным. Применяли клинические методы исследования.

У 118 (61,8%) больных с интрасфинктерным расположением первичной «фистулы» выполняли операцию вскрытия ОП по Бобровой-Рыжих. При транс- и экстрасфинктерном ее расположении у 73 (38,2%) пациентов первым этапом вскрывали параректальный абсцесс. При невыраженном рубцовом процессе в слизистой прямой кишки и в области внутреннего отверстия у 64 (33,5%) больных вторым этапом устранили его путем перемещения слизистой прямой кишки по Джад-Робле. При выраженном рубцовом процессе у 9 (4,7%) больных внутреннее отверстие устранили лигатурным методом.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** У 3 (1,6%) больных возник рецидив заболевания, у 5 (2,6%) пациентов, оперированных лигатурным методом, возникла недостаточность анального сфинктера I степени.

**ВЫВОД.** Дифференцированный подход к выбору метода операции у больных ОП позволил значительно улучшить результаты лечения.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РУБЦОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.В.,  
Жабина А.В., Бруснев Л.А.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Ставрополь, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Патологические рубцы образуются у 12-40% лиц, перенесших те или иные операции и травмы, как правило, у больных трудоспособного возраста.

**ЦЕЛЬ.** Предложить прогностические критерии для выявления склонности к излишнему развитию рубцовой ткани у больных острым парапроктитом.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Контрольная группа – 62 пациента острым парапроктитом (ОП) с обычными рубцами, основная – 62 больных с патологическими. Больные оперированы радикально. Создана тест-система (ТС) для диагностики патологического рубцевания в иммуноферментном анализе (ИФА) на основе антигенного комплекса (АК) из патологических рубцов. Изучены аутоантителобразованию и тип ацетилирования.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Сыворотки крови 62 больных основной группы в (ИФА) с АК из обычного рубца дали отрицательный результат. ТС с АК из патологических рубцов с сыворотками крови 48 больных – положительную реакцию. Результаты ИФА сывороток 62 пациентов контрольной группы были отрицательными. В основной группе 46 (74,2%) больных были быстрыми ацетилаторами, 16 (35,8%) – медленными, в контрольной

группе, соответственно, 26 (41,9%) и 36 (58,1%).

**ВЫВОД.** Факторами риска в возникновении патологического рубцевания после радикального вскрытия ОП являются изменение аутоиммунного статуса и быстрый тип ацетилирования.

## ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Кораблина С.С.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ставрополь, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Частота заболевания, послеоперационных осложнений, молодой возраст пациентов определяют актуальность темы.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Путем оптимизации хирургической тактики улучшить результаты лечения больных эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ).

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Пролечено 127 больных с ЭКХ. При обследовании применяли клинические методы исследования.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** После иссечения ЭКХ при низком стоянии ягодиц без воспаления в тканях 14 (11,0%) пациентам рану ушивали внутрикожным швом наглухо; в стадии хронического воспаления 29 (22,7%) больных края раны подшивали к ее дну интрадермальным швом. При среднем стоянии ягодиц без воспаления в тканях 18 (14,2%) пациентам рану ушивали на ½ глубины, этой же нитью края раны подшивали интрадермальным швом к ее дну; в стадии хронического воспаления 39 (30,7%) пациентам ушивали рану на ½ глубины двойной нитью, концами одной из нитей фиксировали края раны интрадермальным швом к ее дну, образуя «дорожку» между краями 0,5-1,0 см. При высоком стоянии ягодиц у 27 (21,3%) больных после ушивания раны на 2/3 ее глубины хирургическая тактика была аналогична тактике при среднем стоянии ягодиц. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 8 (6,3%) больных, рецидивы заболевания – у 4 (3,1%).

**ВЫВОД.** Разработанная хирургическая тактика дает возможность получить хорошие результаты лечения больных ЭКХ.

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА

Масленников В.Н., Масленников В.В.

БУЗ ВО «ВГКБ № 2 им. К.В.Федяевского», отделение гнойной хирургии, г. Воронеж, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Выделение анаэробного парапроктита в отдельную группу обусловлено как обширностью и тяжестью поражения инфекционным процессом жировой клетчатки, мышц и фасций в области прямой кишки и промежности, так и особенностями лечения. Заболевание отличается быстрой генерализацией инфекции, развитием полиорганной дисфункции и требует выполнения экстренного хирургического вмешательства и проведения интенсивной терапии. Тяжелые некротические поражения мягких тканей могут вызывать как отдельные микроорганизмы, так и ассоциации аэробов, анаэробов и факультативных анаэробов.

**ЦЕЛЬ.** Выработать четкую тактику хирургического лечения.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В период с 2010 по 2015 гг. в отделении гнойной хирургии находилось на лечении

25 больных с диагнозом: острый анаэробный парапроктит. Средний возраст больных составил 53,7 лет. Мужчин было 19, женщин – 6. Сахарный диабет, как сопутствующая патология, был у 18 пациентов (в том числе, и у умерших больных), у 4 больных анаэробный парапроктит развился на фоне распадающейся опухоли прямой кишки. Умерло 2 больных от прогрессирующего органной дисфункции.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Все больные поступали в стационар в тяжелом состоянии (у 3-х больных была диагностирована забрюшинная флегмона, у 4-х больных гнойный процесс перешел на ткани мошонки и переднюю брюшную стенку). С целью предоперационной подготовки все пациенты госпитализировались в палату интенсивной терапии. В качестве стартовой антибактериальной терапии мы использовали: цефоперазон, сульбактам/цефалоспорины III поколения + метронидазол, карбапенемы. Все больные были оперированы в экстренном порядке в условиях общего обезболивания.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Мы считаем целесообразным данному ряду больных с целью отключения каловой струи выполнять видео-лапароскопически ассистированную двухствольную сигмостомию. При этом дополнительно осматривается малый таз, так как у 19 больных во время вскрытия гнойного очага диагностировался пельвиоректальный парапроктит. Во время операции максимально иссекали некротические ткани, некротизированные фасции, выполняли широкое открытое дренирование. В раннем послеоперационном периоде выполняли перевязки в условиях общего обезболивания с целью этапных некрэктомий. В 8 случаях больным требовались повторные оперативные вмешательства в связи с генерализацией процесса на ткани мошонки и передней брюшной стенки. Одному больному потребовалась релапароскопия, в связи с развитием вторичного аппендицита. Средние сроки нахождения больного в стационаре составили 21 день. Больные выписывались из клиники с рекомендациями восстановительной операции через 3 месяца.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ ИНВАГИНАЦИОННЫМ МЕТОДОМ

Мудров А.А.

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

**ВВЕДЕНИЕ.** Для ликвидации ректовагинальных свищей предложено более 100 различных методов хирургических пособий. Однако, результаты лечения этой болезни остаются неудовлетворительными – рецидив болезни отмечается у 20-70% оперированных.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В 2014 г. в ГНЦК разработан и внедрен новый способ хирургического лечения ректовагинальных свищей – ликвидация ректовагинального свища инвагинационным методом. С мая по декабрь 2014 г. предложенным методом оперировано 8 пациенток. Возраст больных колебался от 22 до 54 лет (ср., 33,7 лет). Период наблюдения составил от 5 до 21 месяца (ср., 17,1 мес.). Во всех наблюдениях имелись высокие ректовагинальные свищи (свищевое отверстие в прямой кишке располагалось на расстоянии от 1 до 5 см выше зубчатой линии), превентивная колостома не формировалась.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Рецидив болезни отмечен у четырех (21,1%) пациенток, оперированных инвагинационным методом. При этом в 2 наблюдениях пациентки страдали болезнью Крона.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Несмотря на общепризнанные слож-

ности хирургической коррекции ректовагинальных свищей, верно подобранная тактика лечения, включающая предоперационную подготовку, выбор наиболее адекватного в каждом конкретном случае метода хирургического лечения, правильный и своевременный подход к колостомии позволяет добиться излечения у большинства пациенток. В настоящее время, учитывая предварительные результаты лечения больных ректовагинальными свищами предложенным методом, можно сделать следующие выводы:

1. При использовании предложенного метода необходимым условием является сохранность структур ректовагинальной перегородки и отсутствие выраженных рубцово-фиброзных изменений в парасвищевой области;
2. Возможность использования способа при болезни Крона остается под вопросом, учитывая трансмуральное поражение стенки прямой кишки.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ

Муравьев А.В., Журавель Р.В., Муравьев К.А., Петросянц С.И., Линченко В.И., Оверченко Д.Б., Лысенко О.В., Галстян А.Ш.

Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Нарушение функции запирающего аппарата прямой кишки – тяжелый недуг, доставляющий больным много страданий.

**ЦЕЛЬ.** Проанализировать отдаленные результаты хирургического лечения больных с посттравматической недостаточностью анального сфинктера, с различной степенью недостаточности.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Обследовано и пролечено 476 больных. Из них с посттравматической недостаточностью было 380 (81,9%).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** 297 (69,7%) больным осуществлено оперативное лечение. Сфинктеропластика выполнена у 23 (9,6%) больных, сфинктеролеваторопластика у 175 (77,2%), у 41 (17,1%) больной сфинктероглютеопластика. Отдаленные результаты прослежены нами у 227 (76,5%) После сфинктеропластики из 14 (63,6%) пациентов, хороший результат получен у 8 (57,2%), удовлетворительный у 5 (35,7%) и неудовлетворительный у 1 (7,1%) больной. Сфинктеролеваторопластики у 128 (72,9%). Хорошие результаты получены у 115 (90,1%), удовлетворительные – у 9 (7,4%) больных и неудовлетворительные – у 3 (2,6%). Сфинктероглютеопластики в нашей модификации прослежены у 35 (85,4%). Хороший результат у 28 (80%) пациентов, удовлетворительный у 5 (14,3%), неудовлетворительный у 2 (5,7%)

## ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ФОРМИРОВАНИЮ НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН ПОСЛЕ ОБЩЕПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Нехрикова С.В., Титов А.Ю.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Длительно незаживающие раны остаются одной из актуальных проблем в медицине.

**ЦЕЛЬ.** Обнаружить причины существования незаживающих ран анального канала и промежности.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование (проводится с декабря 2010 по январь 2016 гг.) включены 243 пациентов, перенесших хирургические опе-

рации по поводу свищей прямой кишки, анальных трещин и геморроя: основная группа включала 119 больных с незаживающими ранами, от 46 до 123 дней, в среднем,  $82,3 \pm 49,3$ . контрольная группа – 124 больных с неосложненным течением послеоперационного периода. В анамнезе жизни у 42,9% больных основной группы имелись указания на лечение по поводу ЗППП (заболеваний, передаваемых половым путем) и заболеваний, которые могли быть обусловлены инфекциями, передаваемыми половым путем. У больных контрольной группы этот показатель составил всего 3,2% ( $p < 0,001$ ). Всем пациентам проводились цитологические, бактериологические, бактериоскопические, патоморфологические исследования, а также ПЦР (полимеразная цепная реакция).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Клинически значимые микроорганизмы *Escherichiacoli* и *Staphylococcus aureus* были обнаружены у 58,8% пациентов основной группы и только у 10,5% пациентов контрольной группы ( $p < 0,05$ ). Микроорганизмы, вызывающие инфекции, передающиеся половым путем, были выявлены у всех пациентов основной группы (98,3% из них были патогенными: *Trichomonas vaginalis*, *Chlamidiya trachomatis*, *Cytomegalovirus*, *Herpesvirus*). В контрольной группе только у 21,8% больных обнаружены инфекции, передающиеся половым путем и все они были условно-патогенными (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Gardnerellavaginalis*, *Candida albicans*) ( $p < 0,01$ ). У всех пациентов основной группы после проведения лечения по поводу ИППП отмечено выздоровление, в среднем, через  $21 \pm 6,7$  дней.

**ВЫВОД.** У больных с длительно незаживающими послеоперационными ранами в анамнезе, частота выявленных инфекций, передаваемых половым путем, и заболеваний, возможно обусловленных ЗППП, была 42,9%, тогда как у больных контрольной группы всего 3,2%. Замедление репаративных процессов у больных с длительно незаживающими ранами может поддерживаться инфекционными агентами, передающимися половым путем, которые ассоциируют между собой и с условно-патогенной микрофлорой. Последняя, в свою очередь, поддерживает воспалительную раневую реакцию и замедляет репаративные процессы в послеоперационном периоде.

## САКРОКОЛЬПОПЕКСИЯ, РЕКТОПЕКСИЯ И МЕТОДИКА РРН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУЩЕНИЯ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН

Олейник Н.В., Куликовский В.Ф., Наумов А.В., Сторожил Д.А., Братищева Н.Н., Кривчикова А.П.

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа, БелГУ, г. Белгород, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Проблема хирургического лечения опущения органов малого таза и тазового дна остается актуальной из-за большого числа рецидивов и неудовлетворительных функциональных результатов.

**ЦЕЛЬ.** Улучшение анатомических и функциональных результатов хирургического лечения данной патологии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Клинические, ректоскопия с натуживанием по Парксу, дефекография, УЗИ, МРТ, аноректальные функциональные тесты. 22 пациенткам произведена коррекция опущения тазового дна путем внутрибрюшной сакрокольпопексии, ректопексии с использованием синтетических трансплантатов и резекции слизисто-подслизистого слоя нижнеампулярного отдела прямой с использованием набора РРН.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Гнойно-воспалительных осложнений

не отмечено. Жалоб на диспареунию в отдаленные сроки после оперативного вмешательства пациентки не предъявляли. Нормализацию функции опорожнения отметили 15 из 17 пациенток, страдающих запорами. При дефекографии уровень расположения промежности относительно лоно-копчиковой линии составил: в покое  $-3,9 \pm 0,4$  см до операции и  $-2,6 \pm 0,3$  см после операции ( $P < 0,01$ ); при натуживании  $-7,9 \pm 0,6$  см до операции и  $-5,7 \pm 0,5$  см после операции ( $P < 0,02$ ). Скорость эвакуации составила  $17,6 \pm 1,3$  г/сек до операции и  $7,8 \pm 0,8$  г/сек после операции ( $P < 0,001$ ); количество оставшегося бария составило  $22,2 \pm 1,6\%$  до операции и  $15,3 \pm 0,9\%$  после операции ( $P < 0,01$ ). Улучшились показатели аноректальных функциональных тестов: первое ощущение при заполнении прямой кишки составило  $32,9 \pm 1,7$  мл до операции и  $26,2 \pm 1,3$  мл после операции ( $P < 0,01$ ); объем, вызывающий позыв на дефекацию, составил  $85,3 \pm 2,2$  мл до операции и  $76,2 \pm 1,9$  мл после операции ( $P < 0,05$ ). При проведении теста с выталкиванием баллона, баллон объемом 150 мл смогли вытолкнуть без значительных усилий 14 пациенток. У 16 из 22 больных улучшилась функция держания. Давление в области внутреннего анального сфинктера составило до операции  $27,9 \pm 3,4$  мм рт. ст. и  $35,9 \pm 3,9$  мм рт. ст. после операции ( $P < 0,01$ ); давление в области наружного анального сфинктера  $41,5 \pm 5,1$  мм рт. ст. и  $49,1 \pm 4,8$  мм рт. ст. до и после операции, соответственно ( $P < 0,05$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** При сочетанном характере проляпса тазового дна в дополнении к ректопексии и сакрокольпопексии методика РРН позволяет одновременно ликвидировать проляпс слизистой прямой кишки, что способствует нормализации эвакуаторной функции прямой кишки.

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА

Орлова Л.П., Самсонова Т.В., Трубачева Ю.Л.,  
Калинина И.В., Костарев И.В., Черножукова М.О.  
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,  
г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Для выбора вида оперативного лечения хронического парапроктита важное значение имеют особенности ветвления свищевого хода, отношение хода к наружному сфинктеру, локализация внутреннего отверстия, выраженность рубцового и воспалительного процесса, расположение гнойных полостей в параректальных клетчаточных пространствах.

**ЦЕЛЬ.** Определить возможности ультразвуковой диагностики свищей прямой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Обследовано 119 пациентов со свищами прямой кишки. Все больные оперированы. Исследования проводили с использованием электронного линейного датчика частотой 10 МГц (2D) и специального электронно – механического датчика частотой 13-16 МГц (3D).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При интраоперационной ревизии у 15 больных выявлен интрасфинктерный свищ прямой кишки, у 51 – трансфинктерный, у 17 – экстрасфинктерный, у 29 – неполные внутренние свищи, в 6 случаях выявлено несколько свищей. У 57 больных дополнительно выявлены затеки, располагающиеся в разных клетчаточных пространствах. При УЗИ допущено 2 ложноотрицательных результата и 1 – ложноположительный. При ложноположительном результате диагностирован экстрасфинктерный свищ, который не был подтвержден при интраоперационной ревизии.

морфологически выявлен эндометриоз. В 2 наблюдениях свищевые ходы не были диагностированы. К ним в одном случае относится интрасфинктерный свищ, в другом – неправильная трактовка полученных результатов исследования. В данном исследовании общая точность диагностики составила – 97,5% при чувствительности – 98,3%, специфичности – 50%.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** С использованием современных приборов и высокочастотных датчиков открылась возможность оценки хода свища прямой кишки по отношению к наружному сфинктеру заднего прохода, диагностика его разветвлений в околопрямокишечной клетчатке, локализации гнойных полостей, что важно для выбора хирургической тактики.

## ЗАДНИЙ ПОЛНЫЙ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫЙ (ПРЯМОКИШЕЧНО-КОПЧИКОВЫЙ) СВИЩ ПРЯМОЙ КИШКИ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Погосян А.А., Скобло М.Л., Лигай Д.В.,  
Камчаткина Т.И., Урюпина А.А., Григорян Л.М.

МБУЗ «Городская больница № 6», «Отделение  
хирургии. Городской лечебно-диагностический  
колопроктологический центр», г. Ростов-на-Дону,  
Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Известно, что у 95% больных, с острым парапроктитом, в последующем формируется стойкий свищ прямой кишки. Отдельного внимания заслуживают свищи высокого уровня, так как они требуют проведение многоэтапного хирургического лечения.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.** Больной Т., 46 лет., получил травму, упав с высоты на штырь. С диагнозом рвано-ушибленная рана крестцово-копчиковой области был доставлен в больницу. Выполнено ПХО раны крестцово-копчиковой области. При ревизии выявлен перелом копчиковой кости, повреждение прямой кишки. Разрыв был ушит, перелом репонирован, выведена 2-х сигмостома. Через 4 месяца больной отметил в области раны отверстие с отделяемым. Большой был консультирован колопроктологом. ФКС Осмотр до слепой кишки, внутреннее отверстие на 7 см, от ануса. КТ крестцово-копчикового отдела позвоночника – КТ-признаки перелома S5, Co1, инфильтрата. Р-графия копчика-признаки подвывиха копчика. Фистулография выявляет свищевой ход с неровными фестончатыми внутренними контурами, имеющей связь с прямой кишкой. Выполнена операция: Иссечение копчиково-прямокишечного свища, секвестрэктомия, ушивание внутреннего свищевого отверстия прямой кишки, дренирование остаточной полости активным дренажем Редона. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж был удален на 8-е сутки. Рана зажила первичным натяжением. Больной нами наблюдался в течении 3-х месяцев. Данный за рецидив свища не было. После контрольного обследования больному было выполнено закрытие сигмостома. Наблюдение за данным больным проводилось через 1, 3, и 6 месяцев.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Проблема лечения свищей прямой кишки различной сложности является одной из самых актуальных и сложных как в отечественной, так и зарубежной колопроктологии. Этот факт диктует необходимость лечения таких больных только в специализированных стационарах.

## ПРЕСАКРАЛЬНАЯ МНОГОКАМЕРНАЯ РЕЦИДИВНАЯ ТЕРАТОМА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Погосян А.А., Скобло М.Л., Лигай Д.В., Камчаткина Т.И., Урюпина А.А., Рахманин С.Ю.

МБУЗ «Городская больница № 6», «Отделение хирургии. Городской лечебно-диагностический колопроктологический центр», г. Ростов-на-Дону, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Долгое время в центре внимания колопроктологов остается проблема лечения больных с пресакральными образованиями. Актуальность проблемы связана со сложностью оперативного лечения, высокой частотой неудовлетворительных результатов. Стоит отметить, что на сегодняшний день, не существует единого мнения в отношении тактики лечения данной категории больных.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.** Больная Е., 33 лет, в анамнезе в грудном возрасте был установлен диагноз: Пресакральная киста (тератома). Выполнена операция-удаление тератомы пресакрального пространства. В дальнейшем сформировался постоянный свищ с гнойным отделяемым. Больная длительное время лечилась у разных специалистов без эффекта. Была консультирована колопроктологом. В области копчика имеется п/о рубец длиной до 10 см, без признаков воспаления, в центре которого визуализируется наружное свищевое отверстие. КТ малого таза – КТ-картина образований пресакральной области и малого таза справа. Ирригоскопия Дискинезия толстого кишечника по гипертоническому типу, опущение поперечно-ободочной кишки, выраженная долихосигма, деформация прямой кишки, за счет образования извне. Больной была выполнена операция-удаление рецидивной тератомы пресакрального пространства, дренирование активным дренажем. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж удален на 9 сутки. Газы отходили со 2-х суток, стул был на 4 сутки. Через 2 недели больная в удовлетворительном состоянии была выписана из стационара. Гистологический анализ – зрелая многокомпонентная кистозная тератома. Больная наблюдалась нами в течении 1, 3, 6 месяцев. По данным контрольного КТ, данных за рецидив не наблюдалось.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Приведенный выше клинический случай еще раз подчеркивает всю сложность диагностики и лечения пресакральных тератом. Данная нозология является междисциплинарной проблемой, которая требует дальнейшего совершенствования диагностики и лечения.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ МЕТОДОМ HAL-RAR

Погосян А.А., Терпугов А.Л., Лигай Д.В., Григорян Л.М., Камчаткина Т.И.

МБУЗ «Городская больница № 6», г. Ростов-на-Дону, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Геморроидальная болезнь – одно из наиболее широко распространенных заболеваний, встречающихся у лиц любого возраста и пола. Его доля, по данным разных источников, составляет от 34 до 41%. Вышесказанное ориентирует современного проктолога на поиск методов лечения, дающих максимальный результат в кратчайшие сроки. Одним из таких современных и относительно молодых методов является HAL-RAR.

**ЦЕЛЬ.** Оценка эффективности лечения геморроидаль-

ной болезни методом HAL-RAR.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** В период с 2013 по 2015 гг., в МБУЗ ГБ № 6 Городском колопроктологическом центре по методике HAL-RAR был прооперирован 91 человек. У всех больных был установлен диагноз: Хронический геморрой III-IV стадии. В гендерном соотношении 44 человека составили лица мужского и 47 – лица женского пола. Возраст больных варьировал от 31 до 67 лет. Оперативное вмешательство выполнялось под внутривенной анестезией, средняя продолжительность операции составила  $30 \pm 0,8$  минут. При операции HAL прошивались 5-6 сосудов на глубине залегания артерии 5-6 мм, при операции RAR выполнялась стандартная методика лифтинга слизистой при помощи окна аноскопа и под непосредственным пальцевым контролем.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Интенсивность болевого синдрома оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) в течении всего пребывания больного в стационаре, который составил, в среднем, 1-2 балла и купировался ненаркотическими анальгетиками. Первая дефекация у больных, в среднем, была на 2-е сутки. При этом средний послеоперационный койко-день составил  $3,5 \pm 0,5$  суток. Во время нахождения пациентов в стационаре в послеоперационном периоде у 1 больной отмечены осложнения в виде некроза слизистой анального канала на 3 часах на 5 сутки после операции с образованием дефекта, который самостоятельно зажил в течение месяца, у 1 больной отмечен отек наружного геморроидального узла на 11 часах на 10 сутки после операции. При контрольном обследовании пациентов через 1, 3 и 6 месяцев после операции у всех больных отмечено полное регрессирование симптомов геморроя.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Оперативное лечение геморроидальной болезни с помощью HAL-RAR эффективно при всех стадиях геморроя.

Преимуществом данного метода является отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде и сокращение сроков пребывания в стационаре.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕБРЮШИННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Покровский К.А., Додица А.Н., Веселов Д.И.

ГБУЗ Городская клиническая больница № 67 им. Л.А.Ворохובה ДЗМ, отделение колопроктологии, г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** За последние годы отмечается тенденция к росту бытового и производственного травматизма, локальных военных конфликтов и обострение криминогенной обстановки в обществе. В связи с этим, частота повреждений прямой кишки возросла от 3 до 7% от всех абдоминальных травм. Не разработана единая тактика обследования, меры профилактики возникновения гнойно-воспалительных осложнений. Остается дискуссионным вопрос о целесообразности наложения разгрузочной колостомы.

**ЦЕЛЬ.** Оценить эффективность хирургического лечения больных с внебрюшинными ранениями прямой кишки в зависимости от наличия или отсутствия разгрузочной колостомы.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В наше исследование вошли больные с внебрюшинными повреждениями прямой кишки за 10 лет. В первую группу включено 48 пациентов, которым производилась первичная



хирургическая обработка раны промежности и раневого канала с вакуумной системой аспирации из послеоперационной раны с помощью аппарата Suprasorb. Вторая группа 36 пациентов с ПХО раны промежности, с формированием разгружающей колостомы. ПХО раны проводили под внутривенным наркозом. Объем вмешательства заключался в широком дренировании параректальной клетчатки до верхнего края раневого канала, дополненном активной вакуумной аспирацией.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Нами установлено, что у 1 группы пациентов, пролеченных с помощью ПХО раны, дополненной вакуумной системой аспирации, отмечается меньшее число местных гнойно-воспалительных осложнений, что составило 3 (6,2%) пациентов, по сравнению со 2 группой 10 (27,8) пациентов. Сроки госпитализации в 1 группе составили 7-14 дней, во второй – 10-18 дней. В первой группе пациентов повторная хирургическая обработка проводилась в 3 случаях, во второй группе 10 (22,2%) пациентам потребовалась повторная хирургическая обработка раны промежности, также с необходимостью второго этапа операции по поводу закрытия колостомы.

**ВЫВОДЫ.** Так, проведенный анализ лечения пациентов двух групп показал, что наилучший результат лечения был в 1 группе пациентов с применением вакуумной системы аспирации. В виде более быстрого процесса заживления раны, уменьшения срока госпитализации, уменьшения кратности перевязок, меньшим числом гнойно-воспалительных осложнений, отсутствия второго этапа операции по поводу закрытия колостомы.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ФЛЕГМОНАМИ

Покровский К.А., Додица А.Н.,  
Горяинов А.Н., Пронин Е.С.

ГКБ № 67 им. Л.А.Ворохובהва, г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** В структуре заболеваний промежности и анального канала распространенным формам парапроктита уделено недостаточно внимания. Смертность данной категории пациентов более 80%. В отечественной и зарубежной литературе вопросы комплексного подхода к лечению этой группы пациентов освещены недостаточно.

**ЦЕЛЬ.** Оценить результаты лечения больных, оперированных по поводу острого парапроктита, осложненного распространенными гнойно-некротическими флегмонами.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** С 2014 по 2015 гг. в отделении колопроктологии ГКБ № 67 пролечено 48 (4,1%) больных с осложненными формами ОП, в возрасте 22-99 лет. Мужчин – 36 (74%). Женщин – 12 (26%). 10 пациентам (20,8%) парапроктит вскрывали ранее в других медучреждениях. 33 (68,8%) пациента обратились в ГКБ № 67 через 7 и более дней с начала заболевания. Диагноз устанавливали на основании данных объективного осмотра, лабораторных данных, УЗ, КТ исследований. Лечебная тактика принципиально не отличалась от ранее описанных в литературе наблюдений (предоперационная подготовка, широкое вскрытие, дренирование гнойников, некрэктомия). Дальнейшее лечение в условиях РАО с интенсивной комплексной терапией, ежедневными перевязками и привлечением врачей смежных специальностей (гнойных хирургов, урологов, клин. фармакологов, иммунологов).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Выявленные пути распространения гнойного процесса у больных: пахово-ягодичная

область – 19 (39,5%), передняя брюшная стенка – 21 (43,8%), нижние конечности – 4 (8,3%), забрюшинное пространство – 3 (6,2%), поясничная область – 1 (2%). У 12 (25%) из них развился септический шок. Исходом лечения стало выздоровление у 36 (75%) больных. У 12 (25%) пациентов наступил летальный исход. Средний возраст умерших составил 65 лет.

**ВЫВОДЫ.** На результаты лечения оказывает влияние: возраст пациента, наличие тяжелой сопутствующей патологии, длительный срок развития заболевания, что способствует генерализации гнойно-воспалительного процесса и развитию сепсиса.

Единственным шансом спасения жизни больного является неотложная операция и комплексное послеоперационное ведение в условиях многопрофильного стационара.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ

Райымбеков О.Р., Аттокуров Б.К., Жолболдуев Ж.М.

ОшГУ, медицинский факультет, кафедра «Общей хирургии», г. Ош, Кыргызстан

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Среди проктологических заболеваний трещины анального канала по частоте занимают второе и третье места, уступая лишь геморрою, а в некоторых статистиках – и парапроктиту. Проблема лечения трещин анального канала далека от радикального разрешения. В этом вопросе много взглядов и предложений, особенно если учесть, что приходится иметь дело с двумя основными формами заболевания с острыми и хроническими трещинами. Если первая сравнительно легко поддается консервативной терапии, то лечение хронических трещин остается сложной задачей.

У женщин, по сравнению с мужчинами, частота заболеваемости несколько выше и составила соотношение 4,8:1. Эта тенденция наиболее выражена в трудоспособном возрасте от 20 до 45 лет.

Наиболее часто встречается анальная трещина при выпадении внутренних геморроидальных узлов. Оперативное лечение анальных трещин необходимо проводить при хроническом течении заболевания, не поддающемся консервативной терапии.

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результатов хирургического лечения больных с анальной трещиной в сочетании с хроническим геморроем II-III стадии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В отделении проктологии Ошской городской больницы с 2014 по 2015 гг. с анальной трещиной находились 58 больных. Из них женщин было 48 (82,7%), а мужчин – 10 (17,3%), у 21 (36,2%) больного анальная трещина сочеталась с хроническим геморроем II-III стадии. Больные были в возрасте от 16 до 69 лет. Основное их количество составили больные молодого и трудоспособного возраста. Длительность заболевания составила от нескольких месяцев до 8 лет. Средняя продолжительность болезни составила  $1,9 \pm 0,6$  лет.

Задняя анальная трещина диагностирована у 52 (89,6%), передняя – у 6 (10,4%) больных.

Больные по характеру оперативного вмешательства были разделены на две группы. В контрольную группу включены 37 (63,7%) больных с диагнозом хроническая анальная трещина, которым произведена дивульсия анального сфинктера и изолированное иссечение анальной трещины в ромбовидной форме на уровне слизистой оболочки вместе со сторожевым бугорком. Ушивание образовавшейся раны анального канала произвели в поперечном направлении к периа-

нальной коже с рассасывающимися нитями. В основную группу вошло 21 (36,2%) больных с диагнозом: Хроническая анальная трещина, хронический геморрой II-III стадии, которым осуществлялись операции дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с мукопексией. Иссечение анальной трещины в ромбовидной форме на уровне слизистой оболочки вместе со сторожевым бугорком. Ушивание образовавшейся раны анального канала произвели в поперечном направлении к периаанальной коже с рассасывающимися нитями. Все операции осуществлены под сакральной анестезией.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Больные обеих групп на стационарном лечении находились, в среднем, по 8 койко-дней. У больных основной и контрольной группы послеоперационные боли были сравнительно одинаковыми. Слабо выраженный болевой синдром за счет отсутствия раневой поверхности в анальном канале. Рефлекторной задержки мочеиспускания в обеих группах не наблюдалось. Рецидивов болезни в течении 2 лет не наблюдалось. Самое главное, больные основной группы одновременно избавились от хронического геморроя, при этом имея патогенетическую, психологическую и экономическую выгоду.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Оперативное лечение анальной трещины показано при неуспешной консервативной терапии.

При сочетании анальной трещины с хроническим геморроем II-III стадии сочетанная операция является методом выбора, который, в свою очередь, имеет патогенетический, психологический и экономический эффект для больного и государства.

Поперечное ушивание раны слизистой оболочки анального канала к периаанальной коже уменьшает послеоперационную боль из-за отсутствия раневой поверхности в анальном канале.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

Райымбеков О.Р., Аттокуров Б.К., Жолболдуев Ж.М.

ОшГУ, медицинский факультет, кафедра «Общей хирургии», г. Ош, Кыргызстан

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Геморрой – одно из самых распространенных заболеваний дистального отдела прямой кишки. Им страдают более 20% взрослого населения, причем чаще лица молодого и среднего возраста, то есть наиболее трудоспособное население. По данным различных авторов, его распространенность достаточно высока и составляет от 118 до 120 на 1000 населения, занимая лидирующие позиции в проктологии (34-80%), из них от 10 до 50% – нуждаются в лечении, причем 75% из них – в хирургическом.

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

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Анализированы результаты лечения 66 больных с диагнозом хронический геморрой II-III стадии. Возраст больных от 21 до 58 лет. Мужчин было 45 (68,2%), женщин – 21 (31,8%). Длительность заболевания от 2 до 25 лет.

Больные по характеру оперативного вмешательства были разделены на две группы. В контрольную группу включены 34 (51,5%) больных с диагнозом хронический геморрой III стадии, в основную группу включены 32 (48,5%) больных с диагнозом хронический геморрой II-III стадии с геморроидальным кровотечением. Больным основной группы – 32 (48,5%) с диагнозом хронический геморрой II-III стадии с геморроидальным кровотечением, одновременно произведена дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией и совместным удалением наружных

геморроидальных узлов. А 34 (51,5%) больным контрольной группы с диагнозом хронический геморрой III стадии произведена закрытая геморроидэктомия по Миллигану-Моргану во 2 – модификации НИИ проктологии России с некоторыми видоизменениями.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В послеоперационном периоде у больных основной и контрольной группы кровотечения и воспалительные осложнения не наблюдались. Болевой синдром отмечался у всех больных контрольной группы, а у больных основной группы отсутствовал, или болевой синдром был маловыраженным. Рефлекторная задержка мочеиспускания отмечена у 2 (5,8%) больных контрольной группы, которые прошли после инъекции комплекс обезболивающих и спазмолитиков.

В отдаленные сроки послеоперационная стриктура анального канала наблюдалась у 1 (2,95%) больного контрольной группы и была устранена пальцевыми бужированием под внутривенным калипсоловым наркозом. Послеоперационная стриктура анального канала развивается, в основном, у тех больных, которые постоянно применяли слабительные средства в послеоперационном периоде. Недостаточности анального жома, а также рецидивов заболевания не выявлено у обеих групп больных. По литературным данным, после дезартеризации внутренних геморроидальных узлов в отдаленном периоде отмечают гипертрофию наружных геморроидальных узлов, и они были повторно госпитализированы на операцию. В связи с этим, мы одновременно удаляли наружных геморроидальных узлов. Средние сроки пребывания больных в стационаре у больных основной и контрольной группы – 9,7 койко-дней.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** 1. Традиционная закрытая геморроидэктомия по Миллигану-Моргану во 2 – модификации НИИ проктологии России с некоторыми видоизменениями является методом выбора при хроническом геморрое III стадии.

2. Дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией, совместным удалением наружных геморроидальных узлов сопровождается отсутствием или маловыраженным болевым синдромом.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ

Селиванов А.В., Леоненко С.Н., Бутырский А.Г.

Медицинская академия имени С.И.Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И.Вернадского», г. Симферополь, Россия

Распространенность хронического комбинированного геморроя (ХКГ) составляет 130-145 случаев на 1000 взрослого населения. Несмотря на внедрение передовые технологии лечения, частота послеоперационных осложнений и длительность госпитализации не уменьшаются.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Исследование проводилось среди 125 пациентов, женщин – 62, мужчин – 63, средний возраст – 46,5±1,6 года. Больные были прооперированы различными методами: I группа (51 человек) – больные, которым была выполнена операция Милигана-Моргана, II группа (49) – больные, которым была выполнена операция Фергюсона, III группа (25 человек) – больные, которым была выполнена раздельная закрытая геморроидэктомия (РЗГЭ), разработанная А.В.Селивановым. Для оценки качества жизни (КЖ) мы воспользовались шкалой опросника SF-36.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** До операции показатели составили: общее здоровье (ОЗ) – 26,4±1,9, физическое функ-

ционирование (ФФ) – 22,4±1,8, ролевая деятельность (РД) – 27,6±1,7, эмоциональное состояние (ЭС) – 24,8±2,6, социальное функционирование (СФ) – 26,1±1,7, телесная боль (ТБ) – 28,7±2,5, жизнеспособность (ЖС) – 26,9±1,9, психическое здоровье (ПЗ) – 32,6±1,1. Через 12 месяцев после операции показатели составили, соответственно, в группах I, II и III: ОЗ – 48,5±2,1, 46,9±3,2 и 58,1±3,6; ФФ – 49,7±1,7, 51,3±2,4 и 62,4±2,9; РД – 46,9±2,8, 50,2±3,3 и 72,5±2,8; ЭС – 48,6±3,2, 49,5±2,7 и 61,5±3,7; СФ – 54,2±1,9, 51,5±2,5 и 68,3±3,5; ТБ – 52,1±1,9, 54,3±1,7 и 61,4±3,4; ЖС – 48,5±1,9, 51,2±2,4 и 61,9±2,8; ПЗ – 47,8±2,1, 55,2±2,3 и 71,2±4,8. По всем параметрам достоверна разница между показателями до и после операции, а также между группами I, II и III.

**ВЫВОД.** РЗГЭ является наиболее оптимальной в плане профилактики послеоперационных осложнений, способствует восстановлению всех параметров КЖ пациентов. Это делает возможным рекомендовать ее в качестве операции выбора при ХКГ и считать альтернативой другим операциям.

## ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

Сергацкий К.И., Никольский В.И.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», г. Пенза, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Ранняя диагностика анаэробной инфекции является актуальной в современной медицине.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Разработка способа экспресс-диагностики анаэробной инфекции на основе изучения электро-химических свойств раневого отделяемого.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Предлагаемый способ экспресс-диагностики анаэробной хирургической инфекции (положительное решение по заявке на изобретение РФ № 2014145583 от 12.11.2014) апробирован в 16 случаях у пациентов с диагнозом острого парапроктита.

При вскрытии острого парапроктита проводили забор 2 мл раневого содержимого. В дистиллированной воде готовили серии разведений: 1:1, 1:2 и 1:3. Через проточный электрод джоульметрического прибора пропустили ток 0,005, 0,01 и 0,02 мА. В программе IPC оценивали полученные зависимости, по которым программа автоматически рассчитывала работу для каждого значения тока, выводила графики, позволяющие судить об отсутствии или наличии анаэробного характера раневого содержимого. По показателю работы тока от 0,003 до 1 мкДж судили об отсутствии, а по аналогичному показателю от 100 до 820 мкДж судили о наличии анаэробных микроорганизмов в исследуемом раневом содержимом.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Из 16 образцов в 11 случаях по материалам названного способа диагностировано отсутствие анаэробной микрофлоры. Это подтвердилось данными бактериологического исследования, при котором в данных образцах раневого содержимого были обнаружены различные аэробные микроорганизмы при отсутствии анаэробных бактерий. В 5 случаях диагностировано наличие анаэробной составляющей раневого содержимого. Это подтвердилось данными бактериологического исследования, при котором в данных образцах были обнаружены различные анаэробные микроорганизмы, в том числе факультативно анаэробные при отсутствии или в сочетании с аэробными микроорганизмами.

**ВЫВОД.** Предлагаемый способ экспресс-диагностики

анаэробной инфекции позволяет определить наличие анаэробной микрофлоры либо ее отсутствие в раневом содержимом за чрезвычайно короткие сроки и, тем самым, вовремя скорректировать хирургическую тактику, а также обосновать выбор эмпирической антибактериальной противомикробной терапии.

## ФИСТУЛОСКОПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Слепых Н.В., Ильканич А.А.

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры» БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут, Россия

Одной из актуальных проблем при лечении больных со свищами прямой кишки является диагностика хода свища по отношению к замыкательному аппарату. Имеющиеся в арсенале диагностические мероприятия: контрастная фистулография, ультразвуковая диагностика, магнитно-резонансная томография не обеспечивают в полной мере решения стоящей перед колопроктологом задачи выбора оптимального способа хирургического лечения.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Оценить эффективность метода фистулоскопии при лечении свищей прямой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В анализируемой группе дана оценка метода интраоперационной фистулоскопии по результату лечения 53 больных со свищами прямой кишки, пролеченных в Центре колопроктологии Сургутской окружной клинической больницы. Из них 36 (67,9%) мужчин и 17 (32,1%) женщин. С трансфинктерными свищами 31 (58,5%) человек, экстрасфинктерными – 6 (11,3%), интрасфинктерными – 16 (30,2%) пациентов. Методом интраоперационной диагностики хода свища и топической диагностики внутреннего его отверстия была фистулоскопия оборудованием для видеоассистированного лечения свищей прямой кишки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При проведении оперативного лечения свищей прямой кишки первым этапом вмешательства была диагностическая фистулоскопия, которая успешно выполнена у 38 (71,7%) пациентов. Достоверно визуализирован ход свища и определено расположение его внутреннего отверстия. У 7 (13,2%) пациентов это было невозможным в связи с облитерацией внутреннего отверстия свища. У 8 (15,1%) больных свищевой ход был узким и коротким, что не позволило ввести эндоскоп в просвет свища. Диагностический этап операции с использованием методики фистулоскопии составил, в среднем, от 20 до 45 минут. Выполненное исследование определило выбор оптимального способа хирургического лечения.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Для визуализации свищевого хода и внутреннего отверстия свища, а также выявления дополнительных свищевых ходов и полостей использование фистулоскопии возможно в 71,7%. При коротком и узком свищевом ходе проведение фистулоскопии невозможно по техническим причинам, связанным с размером и устройством фистулоскопа.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СФИНКТЕРОЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ С ПОМОЩЬЮ ОДНОГО ШВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ

Соловьев А.О., Соловьев О.Л.,  
Воробьев А.А., Осадчев В.Б.

ГБОУ ВПО «ВолгГМУ», ЗАО МНПО «Клиника «Движение», г. Волгоград, Россия  
ГБУЗ «ГКБ № 57 Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва, Россия

**ВВЕДЕНИЕ.** Несмотря на обилие способов хирургической коррекции ректоцеле, сохраняется высокий процент неудовлетворительных результатов. В первую очередь это объясняется стремлением к надежному ушиванию тканей, что приводит к ишемии, некрозу и неудовлетворительному результату.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценить отдаленные результаты применения оригинального способа сфинктеропластики при лечении ректоцеле.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Работа проводилась на основании анализа результатов обследования и лечения 134 женщин, страдающих ректоцеле, которым был применен новый способ сфинктеропластики. Для определения эффективности оперативного вмешательства оригинальным методом сфинктеропластики нами были анализированы отдаленные результаты лечения пациентов основной группы, сроки наблюдения до 24 месяцев. Эффективность хирургического лечения оценивалась комплексно с использованием данных анкетирования, данных клинического осмотра и инструментальных методов исследования.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Результаты лечения оценивались по анатомическому критерию – отсутствию рецидива клинически при обследовании и функциональному – влиянию оперативного вмешательства на качество акта дефекации и проявления диспареунии. Рецидивом ректоцеле мы считали любую его степень. Отдаленный послеоперационный период (6-24 месяцев) активно отслежен у всех пациенток, при этом осмотрено 83 (61,9%) пациентки, остальные пациентки на осмотр не пришли, оценивая свое состояние как хорошее, лечение – результативное и отсутствие обоснованной необходимости дополнительных осмотров. Хороший и удовлетворительный функциональный результат получен у 127 (94,7±1,9%) пациенток. Рецидив ректоцеле выявлен у 7 женщин, что составило 5,22±1,9% от общего числа пациентов или 8,4±3,0% от числа пациентов, согласившихся пройти осмотр в позднем послеоперационном периоде.

**ВЫВОДЫ.** Анализ результатов оперативного лечения пациентов с ректоцеле при помощи оригинальной методики сфинктеропластики показал эффективность метода в отдаленном периоде.

## OUT-PATIENT ТЕХНОЛОГИЯ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ

Соловьев О.Л., Соловьев А.О., Соловьева Г.А.  
ЗАО МНПО «Клиника «Движение», ГБОУ ВПО «ВолгГМУ», г. Волгоград, Россия

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

ческих методов лечения сохраняется. Обладая более чем 20 летним стажем работы в частной амбулаторной колопроктологии, мы всегда находились в поисках универсальной технологии, подходящей для лечения всех стадий геморроя.

**ЦЕЛЬ.** Провести сравнительную оценку результатов применения аппарата различных методов геморроидэктомии в амбулаторных условиях. Разработка алгоритма помощи больным с геморроем IV стадии в амбулаторных условиях.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 2011 года в нашей клинике применяется аппарат «EnSeal» производства «Ethicon». Особенностью инструмента является способность к биполярной электрокоагуляции тканей с измерением импеданса и одновременной диссекции, причем рабочая часть инструмента не нагревается больше 100 градусов Цельсия. Операция выполнялась по стандартной методике открытой геморроидэктомии без прошивания сосудистой ножки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В период с 2011 по 2015 гг. нами выполнено 426 операций методом открытой геморроидэктомии с помощью аппарата «EnSeal». Максимальный срок наблюдения составил 5 лет. Среди осложнений наблюдался выраженный болевой синдром у 9 (2,1%) пациентов, послеоперационные стриктуры анального канала у 12 (2,8%) пациентов, кровотечение в раннем послеоперационном периоде в 2 (0,5%) случаях. Рецидивов не было зафиксировано. Методика сравнивалась с радиоволновой, лазерной и закрытой геморроидэктомией. Нами было отмечено уменьшение интенсивности и длительности болевого синдрома, общего числа осложнений, в особенности кровотечений, при использовании «EnSeal».

**ВЫВОДЫ.** Методика открытой геморроидэктомии аппаратом «EnSeal» соответствует основным требованиям по эффективности, безопасности, безболезненности и может быть рекомендована к применению в амбулаторной колопроктологии.

## ОЦЕНКА 10-ЛЕТНЕГО ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ СКЛЕРОТЕРАПИИ С УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ

Соловьев О.Л., Соловьев А.О.,  
Хитарьян А.Г., Ковалев С.А.

ЗАО МНПО «Клиника «Движение», г. Волгоград, Россия  
кафедра хирургических болезней № 3 РостГМУ, г. Ростов-на-Дону, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Геморрой занимает первое место в структуре заболеваний толстой кишки. Современная реальность требует внедрения малоинвазивных методов лечения, не приводящих к потере трудоспособности пациента. Наличие множества технологий малоинвазивного лечения геморроя требует оценки их эффективности для облегчения выбора врачом методики в конкретном случае. Ультразвуковая кавитация относится к наиболее важному из эффектов ультразвука, обеспечивающему интенсивное распространение лекарственного препарата в зоне воздействия и импрегнацию им тканей. В настоящее время лечение данным методом получили более 10000 пациентов с геморроем, что требует оценки эффективности метода.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Склеротерапия геморроя с ультразвуком – разработка российских ученых, применяемая в медицинской практике с 2005 года. Нами была проведена оценка результатов лечения 7860 пациентов на базе двух центров – «Клиника «Движение», г. Волгоград, и «Дорожная клиническая

больница на ст. Ростов-главный» г. Ростов-на-Дону в период с 2005 по 2015 гг. Максимальный срок наблюдения составлял 8 лет. Методика выполнялась с помощью отечественного аппарата «Проксон», позволяющего вводить раствор склерозанта с одновременным ультразвуковым воздействием. Склерозирующее лечение с УЗ выполнялось у больных с I по III стадию, а при IV стадии на фоне кровотечения и анемии, как подготовка к хирургическому вмешательству.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В отдаленном периоде у пациентов с I по III стадию геморроя количество хороших результатов (стойкая ремиссия заболевания) составило 89,5%. Удовлетворительный результат (отсутствие симптоматики на фоне определяемых на осмотре геморроидальных узлов) наблюдался, в основном, у больных с III стадией заболевания и составил 10,5%. При IV стадии методика показала высокую эффективность на фоне кровотечения или анемии, как этап предоперационной подготовки.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Оценка многолетнего опыта применения склеротерапии геморроя с ультразвуковым воздействием показала высокую эффективность применения данной методики, в том числе, в отдаленном периоде.

## МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЦЕЙ

Соловьева Г.А., Соловьев О.Л.,  
Воробьев А.А., Соловьев А.О.

ГБОУ ВПО «Волгоградский Государственный  
Медицинский Университет»; ЗАО МНПО «Клиника  
«Движение», г. Волгоград, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** К сложным свищам относят трансфинктерные и экстрасфинктерные свищи, которые составляют до 75% всех хронических парапроктитов. Единственным радикальным методом лечения свищей прямой кишки является хирургический. Период реабилитации и нетрудоспособности таких больных крайне велик. Также имеется группа пациентов, которым операция противопоказана. Поэтому разработка новых малоинвазивных методов лечения сложных свищей крайне актуальна.

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

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Нами получен патент на способ малоинвазивного лечения сложных параректальных свищей (RU 2440164). Суть метода состоит в том, что в свищевой ход вставляется полая рабочая часть инструмента аппарата «Проксон», одновременно передающая ультразвуковые колебания и 3% спиртовой раствор йода. Попадая в свищевой ход со скоростью 0,25 мл в секунду в течение 20-80 секунд, в зависимости от размеров свищевого хода и наличия затеков, склерозант проникает во все складки и полости свищевого хода, импрегнируется в эпителиальную выстилку свища, вызывая химическую абляцию внутренних оболочек свищевого хода. Процедура выполняется 2-3 раза с перерывом в сутки. Результат оценивается через месяц.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Нами пролечено 22 пациента с диагнозом трансфинктерный параректальный свищ и 42 пациента с диагнозом экстрасфинктерный параректальный свищ. Пациентам выполнялось от 1 до 3 этапов промываний свищевых ходов раствором йода с УЗ. Заживление наступило у 52 (81,2%) пациентов. У 8 (12,5%) пациентов в отдаленном периоде возникли рецидивы заболевания, которые потребовали проведения повторной процедуры химической абляции. У 12 (18,8%) пациентов не наступило закрытие сви-

щцевого хода. Они были прооперированы радикально.

**ВЫВОДЫ.** Методика имеет неоспоримые преимущества:

- 1) выполняется амбулаторно;
- 2) лечение занимает несколько минут;
- 3) не приводит к потере трудоспособности;
- 4) не нарушает анатомические структуры анального канала и перианальной области;
- 5) не препятствует выполнению хирургических вмешательств.

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К МЕТОДУ ВЫБОРА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРОЯ

Судаков В.П., Басурманова Н.В., Подпругин Е.В.  
ОГАУЗ АМО «Городская больница № 1», г. Ангарск,  
Россия

**ВВЕДЕНИЕ.** Геморроидэктомия является распространенным методом лечения при III-IV стадиях заболевания геморроя с присущими ей, как ранних, так и поздних послеоперационных осложнений и длительностью периода реабилитации. Среди малоинвазивных методов все большее распространение получает трансанальная дезартеризация геморроидальных артерий под доплер-контролем с мукопексией и лифтингом (HAL-RAR).

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Определить эффективность и место (HAL-RAR) среди малоинвазивных и хирургических методов путем определения четких показаний к данному методу.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Пролечено 344 больных с II-IV стадиями хронического геморроя. С II стадией – 95 пациентов, с III стадией – 125 пациентов и с IV стадией – 124. Лигирование геморроидальных узлов выполнялось вакуумным лигатором с латексными кольцами фирмы Шторц. Дезартеризация геморроидальных артерий выполнялась с использованием аппарата компании А.М.И. (Австрия). Традиционное удаление геморроидального узла выполнялось по классической методике. Все операции выполнены под местной анестезией. Выбор тактики обусловлен неоднородностью выпадения узлов. Под комбинированным методом лечения хронического геморроя мы подразумеваем применение малоинвазивных методов с традиционным удалением геморроидальных узлов. Выбор комбинированного метода лечения пациентов с хроническим геморроем обусловлен индивидуальным подходом с оценкой однородности выпадения узлов, по стадиям, размерам и наличию границ между внутренним и наружным геморроидальными узлами. На внутренние геморроидальные узлы, соответствующие 2, 3 стадиям заболевания с четкими границами между наружным и внутренним размерами узлов не более 2 см в диаметре, применяли лигирование латексными кольцами, более крупные внутренние узлы от 2 до 4 см подвергали дезартеризации геморроидальных узлов под контролем доплера с лифтингом и мукопексией, узел более 4 см в диаметре, либо при отсутствии границ между наружным и внутренним, выполняли удаление геморроидального узла по классической технологии. После определения различий в стадиях выпадения геморроидальных узлов на 3, 7 и 11 часах определяли показания к применению как для малоинвазивных, так и для хирургических методов у каждого больного. В 82% метод выполняли одновременно, в 18% – последовательно. С обязательным назначением микронизированной флавоноидной фракции (детралекс) в дозировке 1 гр. в сутки в течение месяца после операции.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Время операции 17±3,2 мин. После операции болевой синдром практически отсутство-

вал. Пациенты наблюдались в течение года. Хорошие результаты лечения отмечены у 300 (95%) больных. Неудовлетворительные – у 17 (5%) больных. У 25 (7,2%) пациентов отмечены осложнения: кровотечения у 10 (2,9%), у 15 (4,3%) пациентов развился наружный тромбоз. Нетрудоспособность составила  $7,90 \pm 2,41$  дня.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Комбинированный метод лечения, включающий в себя сочетание малоинвазивных методов с удалением одного или двух узлов традиционными методами, является высокоэффективным амбулаторным методом лечения геморроя в II-III-IV стадии с минимальным хирургическим риском и обеспечивает быструю реабилитацию пациентов.

## ОСОБЕННОСТИ ЯТРОГЕННЫХ ТРАВМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ИННЕРВАЦИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Татьянченко В.К., Сухая Ю.В.,  
Воронова О.В., Фирсов М.С.

Государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Изучение доступов, особенностей ятрогенных травм органов малого таза, а так же установление причин интраоперационной травмы сфинктерного аппарата прямой кишки и нервных образований таза.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Исследовано 20 трупов мужчин в возрасте от 27 до 58 лет. У 4 трупов брюшная полость вскрывалась срединной лапаротомией, петли тонкой кишки и большой сальник эвентрировались, прямая кишка смещалась влево и впереди, ретроректальную клетчатку инъецировали. После 45-60 минут выполнялся заднесагиттальный доступ к прямой кишке.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** На 10 трупах была смоделирована операция Duamel J. в модификации Воробьева Г.И., где формирование туннеля в ретроректальной клетчатке должно начинаться непосредственно у стенки прямой кишки, и в модификации Баирова Г.А., где поперечный разрез стенки кишки необходимо выполнить непосредственно под тазовой брюшиной. Направление формируемого туннеля в ретроректальной клетчатке должно соответствовать продольной оси копчика, что предотвращает ятрогенную травму п. sphlanchnici pelvini и полового нерва, расположенного на передней поверхности копчиковой мышцы, участвующих в формировании среднего, нижнего прямокишечного сплетения и сплетения мочевого пузыря.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** При операции проктопластики целесообразно пользоваться заднесагиттальным доступом. При манипуляциях на задней полуокружности прямой кишки, ретроректальной клетчатке и наложении колоректального анастомоза не следует отклоняться от средней линии, что предотвратит ятрогенную травму замыкательного аппарата прямой кишки.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТЛУЧЕВЫХ ВЛАГАЛИЩНО-ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ МЕТОДОМ МИКРОИНЪЕКЦИОННОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ

Терюшкова Ж.И., Васильев В.С.,  
Шишменцев Н.Б., Васильев С.А., Димов Г.П.,  
Маркина Т.Н., Хорушева Е.С.

МБУЗ ГКБ № 8, г. Челябинск, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Лечение постлучевых влагалищно-прямокишечных свищей (ВПС) является сложной медицинской задачей, что связано с развитием нарастающих патологических изменений мягких тканей в зоне облучения. К настоящему времени накоплен солидный клинический опыт успешного использования микроинъекционной аутотрансплантации тканей (МАЖТ) для лечения постлучевых повреждений мягких тканей различных локализаций, что и послужило для нас стимулом использования этой методики в сложной клинической ситуации у больных с постлучевыми ВПС.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Оценить эффективность использования микроинъекционной аутотрансплантации тканей для лечения постлучевых ВПС.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 2013 по 2015 гг. в МБУЗ ГКБ № 8 был накоплен опыт лечения 7 больных с постлучевыми ВПС. Всем пациенткам проведена микроинъекционная аутотрансплантация жировой ткани (МАЖТ) в ректовагинальную перегородку и края свища. Забор жировой ткани осуществлялся с помощью канюль диаметром 2,5 мм путем аспирационной шприцевой липосакции с предварительной инфльтрацией подкожной клетчатки модифицированным раствором Кляйна. В качестве донорских зон использовались области, не подвергавшиеся действию ионизирующего излучения (передняя брюшная стенка, фланговые области, бедра). Полученный липоаспират центрифугировался при ускорении 1250 g в течение 3 минут. Очищенная жировая ткань вводилась в толщу ректовагинальной перегородки через проколы в коже и стенке свища. Время госпитализации составило  $3,1 \pm 1,2$  дней. Клиническая картина в динамике характеризовалась утолщением ректовагинальной перегородки и постепенным уменьшением диаметра ВПС. Через 3-5 месяцев дефект ректовагинальной перегородки полностью эпителизировался.

**ВЫВОДЫ.** Внедрение данного способа в клиническую практику может открыть новые перспективы в реабилитации этой категории больных. МАЖТ, как метод лечения ВПС, может широко использоваться в клинической практике ввиду технической простоты процедуры и ее низкой себестоимости.

## ДОППЛЕРОКОНТРОЛИРУЕМАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ С МУКОПЕКСИЕЙ И ГЕМОРОИДЭКТОМИЯ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ (12 МЕС.)

Титов А.Ю., Абрицова М.В.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний человека. В России удельный вес геморроя в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34 до 41%, а в Европе – от 39% до 64%. В настоящее время отмечается стойкая тенденция к более широкому применению малоинвазивных методов лечения 3 и даже 4 стадии геморроя.

В последние годы, доплероконтролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией, становится операцией выбора при поздних стадиях заболевания. Согласно литературным данным, пациентам с 4 стадией заболевания, достаточно часто рекомендуют выполнять геморроидэктомию (до 30%). Однако, данная операция достаточно травматична и тяжело переносится пациентами. В мировой литературе приведено достаточное количество рандомизированных исследований, направленных на сравнение малоинвазивных хирургических методов лечения геморроя с геморроидэктомией у пациентов с 3 и 4 стадией заболевания. Но, несмотря на весь опубликованный материал, нет убедительных данных по эффективности использования доплероконтролируемой дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с мукопексией у больных с 3 и 4 стадией заболевания по сравнению с геморроидэктомией в отдаленном послеоперационном периоде.

**ЦЕЛЬ.** Сравнение отдаленных результатов лечения геморроя двумя методами.

**МЕТОДЫ.** В проспективное исследование включено 320 пациентов с геморроем 3-4А ст. 206 (60%) – с геморроем 3 ст., 144 (40%) – с геморроем 4А ст. Пациентам первой группы выполнена доплероконтролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией (Допплер-ДМ) (160/320), второй группы – геморроидэктомия гармоническим скальпелем (ГЭ) (160/320).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Длительность операции в группе Допплер-ДМ составила  $17,9 \pm 6,1$  мин., по сравнению с ГЭ –  $34,5 \pm 10,1$  мин. ( $p < 0,01$ ). Уровень боли в послеоперационном периоде был выше во второй группе, и составил, в среднем, 4,8 балла, по сравнению с 2,5 баллами в первой группе ( $p < 0,01$ ). Наркотические анальгетики реже использовались в группе Допплер-ДМ (в среднем, 1,3 дозы), по сравнению с группой ГЭ (в среднем, 6,1 дозы) ( $p < 0,01$ ). Период нетрудоспособности в группе Допплер-ДМ составил  $14,4 \pm 5,2$  дней, по сравнению с  $29,3 \pm 5,4$  днями в группе ГЭ ( $p < 0,01$ ). Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде возникли у 14 (8,7%) пациентов в группе Допплер-ДМ, и у 33 (20,6%) больных во второй группе. Рецидив пролапса внутренних геморроидальных узлов возник в первой группе у 12 пациентов в сроки до 45 дней, и составил 7,5%. Через 12 мес. после операции анализ результатов лечения проведен у 148 пациентов в группе Допплер-ДМ и у 151 оперированных в группе ГЭ. Рецидив кровотечения возник у 21 (14,2%) пациентов в первой группе, и у 27 (17,9%) пациентов во второй группе ( $p > 0,01$ ).

**ВЫВОДЫ.** Допплер-ДМ является надежным, малоинвазивным методом лечения геморроя 3-4А стадии, позволяющим уменьшить уровень боли после операции, и сократить период нетрудоспособности пациентов по сравнению с ГЭ. Допплер-ДМ, сопоставим по эффективности с ГЭ в отдаленном послеоперационном периоде.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПЕРЕВЯЗКИ СВИЩЕВОГО ХОДА В МЕЖСФИНКТЕРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРАНС- И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫМИ СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Титов А.Ю., Костарев И.В.,  
Фоменко О.Ю., Аносов И.С.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ.** На сегодняшний день одним из сфинктеросохраняющих методов, позволяющих избежать травмы мышечных структур сфинктера и развития анальной инконтиненции является метод перевязки свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT). По данным мировой литературы, эффективность его составляет 40-70%, однако в России методика применяется сравнительно недавно, вследствие чего достоверные данные о ее эффективности отсутствуют.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценить эффективность методики LIFT в лечении пациентов с транс- и экстрасфинктерными свищами прямой кишки, изучить влияние операции на функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки (ЗАПК).

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** За период с января 2013 года по декабрь 2015 года в ГНЦК им. А.Н.Рыжих в исследование было включено 40 пациентов со свищами прямой кишки, захватывающими более 30% анального сфинктера. Средний возраст пациентов составил  $42 \pm 10,5$  лет. Мужчин было 28 (70%), женщин – 12 (30%). В предоперационном периоде всем пациентам выполнялось УЗ-исследование ректальным датчиком, так же для оценки состояния функции ЗАПК выполнялась профилометрия. В 29 (72,5%) случаях свищевой ход проходил через поверхностную порцию сфинктера, в 9 (22,5%) – через глубокую. У двоих пациентов (5%) свищевой ход располагался экстрасфинктерно. 5 пациентов ранее уже были оперированы по поводу свища прямой кишки. В послеоперационном периоде пациентам проводилась контрольная профилометрия, субъективная оценка функции держания по кливлендской шкале анальной инконтиненции.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Период наблюдения за пациентами после операции составил от 3 до 36 месяцев ( $Me=16$ ). Заживление свища отмечено у 29 (72,5%) пациентов. Рецидив заболевания возник у 5 (17,3%) из 29 пациентов со свищевым ходом, проходящим через поверхностную порцию, у 5 (55,6%) из 9 больных – через глубокую, и у 1 (50%) из 2 пациентов – с экстрасфинктерным расположением хода. У одного пациента – в раннем послеоперационном периоде развился острый парапроктит. В четырех наблюдениях после операции выявлено формирование подслизистого свищевого хода между раной в межсфинктерном пространстве и внутренним свищевым отверстием. После иссечения свища в просвет кишки отмечено его заживление. Повторная операция не повлияла на функцию анального держания, результат лечения был признан положительным.

По данным Кливлендской шкалы анальной инконтиненции, ни у одного из пациентов не было отмечено ухудшения функции держания. Так же по результатам профилометрического исследования ни в одном случае не выявлено значимого снижения показателей давления в анальном канале после операции.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Применение методики LIFT у пациентов с прямокишечными свищами, захватывающими более 1/3 сфинктера позволяет достичь заживления

свища в 72,5% случаев. Результаты исследования показывают, что данную операцию целесообразно применять у пациентов со свищевым ходом, проходящим через поверхностную порцию сфинктера (заживление – в 82,7%). Предварительные данные свидетельствуют, что при лечении свищей имеющих более глубокое расположение хода результаты значительно хуже, однако, учитывая малые выборки, необходимо дальнейшее накопления опыта применения данной методики.

### ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ПРОЛАПСЕ ТАЗОВОГО ДНА И РЕКТОЦЕЛЕ 2-3 СТЕПЕНИ

Тотиков В.З., Дзанаева Д.Б., Тотиков З.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ, Россия

**ЦЕЛЬ.** Разработка способа, позволяющего произвести восстановление анатомо-топографического дефекта и анатомо-функциональную коррекцию тазового дна в целом.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Исследование основано на результатах лечения 286 женщин с опущением внутренних половых органов 3 степени и ректоцеле 2-3 степени. В зависимости от выполненного вида оперативного лечения, пациентки были разделены на 2 группы. У 94 пациенток первой группы была выполнена влагалищная экстирпация матки. У 192 больных второй группы восстановление тазовой диафрагмы выполнено с использованием сетчатого материала по разработанному в клинике способу.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Непосредственные результаты мы оценивали в течение 3 месяцев. Диспареуния в первой группе выявлена у 3,3%, во второй – ни у одной больной. Грубый послеоперационный рубец в первой группе выявлен у 3,7%, во второй – ни у одной больной. Нарушения эвакуаторной функции прямой кишки в первой группе отмечены у 17,8%, во второй – у 12,2%. Болевой синдром в первой группе имел место у 13,8%, во второй – ни у одной больной. У 14 из 17 больных в первой группе и у 19 из 24 больных второй с нарушением кишечного пассажа в последующем выполнены пластики ректовагинальной перегородки. Отдаленные результаты отслежены у 57 – первой и 86 – второй. Отличные результаты получены у 13,4% первой группы, и 27,3% – второй группы. Хорошие – у 55,1% пациенток первой группы, и 63,5% – второй группы. Удовлетворительные результаты получены у 16,3% – первой группы, и 10,5% второй группы. Неудовлетворительные результаты выявлены у 14,3% больных первой, и во второй группе неудовлетворительных результатов не выявлено.

**ВЫВОДЫ.** При тотальном пролапсе тазового дна, при сочетании ректоцеле 3 степени с осложненными формами ОиВВПО, операцией выбора является восстановление тазовой диафрагмы с использованием синтетического материала. Данный способ позволяет выполнить одновременную фиксацию и репозицию уретровезикального сегмента, стенок влагалища, матки, прямой кишки и одновременную ликвидацию ректоцеле, профилактику развития энтероцеле.

### КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОКЦИГОДИНИИ

Фатхутдинов И.М.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Казань, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Кокцигодия – заболевание, плохо поддающееся лечению и нарушающее качество жизни больных. Существующие на сегодняшний день способы лечения далеко не всегда позволяют помочь больным.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Разработать комплекс диагностических и лечебных мероприятий, позволяющих улучшить результаты лечения больных с кокцигодией.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** За период с 2007 по 2016 гг. в клинике хирургии №1 на базе ГАУЗ «Центральной городской клинической больницы №18» г. Казани и в одном из частных медицинских центров города Йошкар-Ола наблюдалось 25 пациента с кокцигодией: 24 (96%) женщин и 1 (4%) мужчина в возрасте от 24 до 68 лет. Всем больным проводились стандартные проктологические обследования, рентгенография крестцово-копчикового отдела позвоночника в двух проекциях. На рентгенограммах у всех больных была выявлена угловая деформация копчика, а у 96% пациентов обнаружены явления деформирующего остеоартроза крестцово-копчикового сочленения. В 16 случаях при остеоденситометрии обнаружены явления остеопороза. Во всех случаях было проведено комплексное лечение, включающее в себя параартикулярные блокады (лидокаин с траумель С и алфлутоп), прием хондропротекторов, транквилизаторов и препаратов кальция с витамином Д3, иглорефлексотерапия, магнитотерапия.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В двух случаях не отмечалось положительной динамики на фоне проводимой комплексной терапии (при дообследовании диагностированы грыжи межпозвоночных дисков в пояснично-крестцовом отделе позвоночника). Остальные пациенты отмечали положительную динамику после первых блокад курса комплексной терапии. На отдаленных сроках (от 1 года до 6 лет) признаки болезни отсутствовали у 16 больных.

**ВЫВОДЫ.** Таким образом, комплексная терапия боли в копчике, включающая в себя параартикулярные блокады с препаратами Траумель С и Алфлутоп, иглорефлексотерапию, магнитотерапия, прием хондропротекторов, транквилизаторов и препаратов кальция с витамином Д3, позволяла купировать воспалительные процессы и боли в области крестцово-копчикового сочленения, тем самым улучшая качество жизни пациентов.

### ХАРАКТЕР ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ ДЕФЕКАЦИЕЙ

Фоменко О.Ю., Титов А.Ю., Бирюков О.М., Мудров А.А., Белоусова С.В.

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

**ЦЕЛЬ.** Оценить функциональное состояние мышц тазового дна у больных с обструктивной дефекацией.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Включены 147 пациентов с симптомами обструктивной дефекации. Женщин – 137 (93,2%), мужчин – 10 (6,8%), средний возраст – 45,4±18 лет. Выраженность симптомов обструкции оценивалась анкетированием по Шкале запоров ГНЦК. По данным дефекографии, ректоцеле выявлено



у 68 (46,3%), внутренняя ректальная инвагинация – у 25 (17,0%), их сочетание – у 54 (36,7%) пациентов. Функциональное состояние мышц тазового дна в рамках функции эвакуации оценивалось по манометрии высокого разрешения (HRAM): сравнением показателей давления в покое и в тесте с натуживанием. Нарушение эвакуации подтверждалось тестом на выталкивание ректального баллона в положении сидя. Функцию держания оценивали по данным аноректальной манометрии неперфузионным катетером (сфинктерометрии) и исследования проводимости по половому нерву.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** По данным HRAM, функциональные расстройства дефекации (F3, Римские критерии III) выявлены у 114 (77,6%) пациентов, отсутствует – у 33 (22,4%). Диссинергия I типа – у 71 (62,3%), (среднее давление покоя  $69,3 \pm 24,2$  мм рт. ст., при натуживании  $80,2 \pm 27,2$  мм рт. ст., балл обструкции –  $11,3 \pm 3,5$ , эвакуаторная проба отрицательная в 60,0% случаев. Неадекватная пропульсия (II тип) – у 9 (7,9%), балл обструкции  $12 \pm 3,2$ , эвакуаторная проба отрицательная в 78%. Диссинергия III типа – у 34 (29,8%) пациентов (давление покоя  $66,5 \pm 20,3$  мм рт. ст., при натуживании –  $61,2 \pm 19,8$ ), балл обструкции  $10,3 \pm 4,8$ , эвакуаторная проба отрицательная у 15,0%. Среди этих 114 пациентов снижение тонуса и сократительной способности анальных сфинктеров выявлено у 27 (23,7%) (среднее давление в покое –  $37,2 \pm 2,5$  мм рт. ст., при волевом сокращении  $99,9 \pm 7,6$  мм рт. ст.), увеличение проводимости по половому нерву более 2,2 мс зарегистрировано у 54 (47,4%). У больных без диссинергии снижение тонуса и сократительной способности анальных сфинктеров – у 11 (33,3%) больных (давление покоя  $34,4 \pm 3,5$  мм рт. ст., при волевом сокращении –  $84,5 \pm 10,1$  мм рт. ст.). Нарушение проводимости зарегистрировано в 21 (63,6%) случаях.

**ВЫВОДЫ.** У пациентов с обструктивной дефекацией функциональные расстройства дефекации выявлены у 114 (77,6%) пациентов, что сочетается с ослаблением функции держания в 27 (23,7%) случаев.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ И ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА «КОЛЛОСТ»

Фролов С.А., Кузьминов А.М., Минбаев Ш.Т., Королик В.Ю., Богормистров И.С., Черножукова М.О. ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Лечение свищей, охватывающих полностью или проходящих через глубокую порцию наружного сфинктера, остается сложной задачей в колопроктологии. Важным являются не только надежность ликвидации свищевого хода (рецидив заболевания достигает 35%), но и сохранение функции анального сфинктера. Пластические операции, применяемые при подобных свищах прямой кишки, сопровождаются развитием инконтиненции в 5-40% случаев.

**ЦЕЛЬ.** Улучшение результатов лечения экстрасфинктерных и трансфинктерных свищей прямой кишки. **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» накоплен опыт лечения 101 пациента со свищами прямой кишки, оперированных с применением биопластического материала «Коллост», среди них был 70 (69,3%) мужчин и 31 (30,7%) женщина, в возрасте от 22 до 63 года (средний возраст –  $43 \pm 10$  лет). В группе исследования 21 (20,8%) пациент с трансфинктер-

ными свищами и 80 (79,2%) – с экстрасфинктерными свищами.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» разработан (2014 г.) и применяется способ хирургического лечения экстрасфинктерных 1-4 степени и трансфинктерных свищей прямой кишки с применением биопластического материала «Коллост», заключающийся в пластике внутреннего свищевого отверстия коллагеновой мембраной и пломбировке ложа иссеченного свищевого хода биопластическим материалом в форме жгута с последующим введением геля «Коллост». В раннем послеоперационном периоде в 1 (1,0%) случае отмечено кровотечение из послеоперационной раны. В срок от 3 месяцев до 6 лет, прослежены 88 (87,1%) пациентов, медиана наблюдения составила 38 месяцев. Рецидив заболевания выявлен у 7 (8,0%) пациентов. При анальной манометрии, выполненной 39 (44,3%) пациентам, данных за послеоперационную инконтиненцию не выявлено.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Предложенный способ операции позволяет сократить время оперативного пособия, уменьшить травму анального сфинктера, а применение биопластического материала позволяет надежно ликвидировать хронический парапроктит.

## ТРЕХУРОВНЕВАЯ ПЛАСТИКА ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ

Хитарьян А.Г.,<sup>1,3</sup> Дульеров К.А.,<sup>1,3</sup> Стагниева Д.В.,<sup>2</sup> Прокудин С.В.,<sup>3</sup> Ковалев С.А.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> НУЗ «Дорожная клиническая больница» ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД», г. Ростов-на-Дону, Россия  
<sup>2</sup> МБУЗ Городская поликлиника № 16, г. Ростов-на-Дону, Россия

<sup>3</sup> ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Хирургическая анатомия тазового дна весьма сложна для понимания и стала предметом научного спора при разработке реконструктивных операций на тазовом дне в проктологии. С точки зрения понимания 3-х уровневой анатомии тазового дна становится понятным, что тяжелые формы тазовых пролапсов сопряжены с повреждением и недостаточностью связочного аппарата первого и второго уровня. **ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты хирургического лечения ректоцеле.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Клиническую группу составили 49 женщин, страдающих ректоцеле 2-3 степени. Возраст больных колебался от 31 до 70 лет. Пластика ректоцеле заключалась в сакрокардинальной фиксации справа, кольпорафии, дополненной трансанальной «11-часовой» мукопексией на высоту до 5 см от зубчатой линии.

Всем пациенткам проводили предгоспитальное обследование, включающее: клинический осмотр, мануальное гинекологическое и проктологическое исследование, оценку опущения тазового дна по системе POP-Q, эвакуаторную рентгеновскую проктодефектографию, дополнительно проводили тоноперинеометрию в покое и при напряжении, соноэластографию с функциональной пробой при натуживании.

При перинеометрии измеряли силу сокращения мышц промежности по величине прироста давления при напряжении мышц тазовой диафрагмы. При этом уточняли степень недостаточности тонического усилия мышц промежности.

Для оценки симптомов заболевания до и после операции использован опросник PFDI, CRADI, POPDI.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** У исследуемых пациенток (n=49) ректоцеле 2 степени было выявлено у 21 (42,9%), а 3 сте-

пени – у 28 (57,1%).

При перинеометрии умеренная недостаточность мышц тазового дна встречалась у 20 (40,8%), а выраженная – у 29 (59,2%) больных.

Длительность операции составила  $53,8 \pm 1,2$  мин. Объем кровопотери при операции –  $129,1 \pm 5,2$  мл. В ранний послеоперационный период у 2 (4,1%) больных развилась гематома промежности. В исследуемой группе «хороший» результат был отмечен у 37 (75,5%) пациенток, «удовлетворительный» и «неудовлетворительный» – у 11 (22,4%) и 1 (2,0%) пациенток, соответственно.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** При диагностике и лечении ректоцеле и газового пролапса необходимо учитывать уровни поражения тазового дна и, в соответствии с этим, подбирать вид тазовой пластики, для улучшения результатов хирургического лечения ректоцеле.

## СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ И ИНТРОНОДАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ (ИНЛК) ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Хитарьян А.Г.,<sup>1,2</sup> Савченко С.В.,<sup>1</sup> Ковалёв С.А.,<sup>1,2</sup> Ромодан Н.А.,<sup>1</sup> Орехов А.Н.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> НУЗ ДКБ на станции Ростов-Главный ОАО «РЖД», г. Ростов-на-Дону, Россия

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО РостГМУ, кафедра хирургических болезней № 3, г. Ростов-на-Дону, Россия

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

**ЦЕЛЬЮ** нашего исследования было оценить ближайшие и отдаленные результаты лечения внутреннего геморроя 3 степени с использованием отечественного лазера «Полус» и лазерных световодов системы Radial Elves Painless Biolitec (Германия), по сравнению с применением широко известной методики склерозирования геморроидальных узлов 3% раствором этокси-склерола.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Все малоинвазивные операции проводили в амбулаторных условиях в положении больного для камнесечения без общего обезболивания. Склеротерапию выполняли с использованием аноскопа Self light Sapimed с диаметром рабочей части 23 мм, иглы 26G, склерозант вводили в объеме 1,5-2,5 мл в зависимости от объема узла непосредственно выше зубчатой линии.

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

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Все малоинвазивные операции по лечению хронического внутреннего геморроя паци-

енты двух групп перенесли хорошо, не требуя дополнительного обезболивания. У одного пациента в первой группе и у 4 во второй отмечалось кровотечение из места вкола иглы, потребовавшее его прошивания нитью Викрил 3.0. В раннем послеоперационном периоде (до 2 недель) в первой группе ректальных кровотечений не отмечалось, в второй группе – на 6-8-й день отмечались ректальных кровотечения, в одном случае потребовавшие прошивания зоны коагуляции под общим обезболиванием и в 3-х случаях остановленные консервативно. Данные осложнения получены в период освоения методики и связаны с большой энергией лазерного воздействия более 130 Дж, а так же, возможно, с неполным погружением рабочей части лазерного световода в подслизистый слой и последующим развитием его некроза. Болевой синдром в обеих группах был выражен незначительно, и лишь в 10,5 и 15% случаев соответственно, потребовал 1-2-кратного приема обезболивающих препаратов в течении первых трех суток после операции. Тромбозов наружных геморроидальных узлов, острой задержки мочеиспускания в двух группах не отмечалось. С целью оценки отдаленных результатов лечения в сроки до 1 года удалось осмотреть 19 пациентов 1-й группы и 32 пациента 2-й группы. У пациентов после склерозирования хорошие результаты лечения отмечались у 10 пациентов, в то время, как после ИНЛК геморроидальных узлов – у 22 больных. Удовлетворительные результаты были получены у 4 больных первой группы и 6 – 2-й. Так же у больных исследуемой группы почти вдвое уменьшилось количество неудовлетворительных результатов лечения 12,5 при ИНЛК против 26,3%.

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

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

## К ВОПРОСУ ОБ УЛУЧШЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ

Хренов В.Е., Шлыков О.А.

БУЗ ВО «ВГКБ № 3», ВГМУ им. Н.Н.Бурденко, г. Воронеж, Россия

В литературных публикациях нет единого мнения о преимуществах определенного способа лечения эпителиальных копчиковых ходов (ЭКХ).

**ЦЕЛЬЮ** данной работы является усовершенствование методов оперативного лечения больных с ЭКХ путем первичным натяжением, что, на наш взгляд, сводит процент рецидива заболевания к минимуму.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведено обследование и оперативное лечение 100 пациентам с ЭКХ в период с 2010 по 2016 год. Возраст большинства больных составил от 16 до 40 лет.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Всем больным в качестве предоперационной подготовки проводилось тщательное бри-тье волос в области копчика и ануса. Проводилась дооперационная антибактериальная профилактика цефалоспоридами и фторхинолонами в зависимости от результатов бакпосева.

Во избежание избыточного натяжения швов, адаптирующих края раны, иссечение кожного лоскута с первичными и вторичными отверстиями ходов, латеральное межъягодичной складки, проводится экономно по ширине. При этом максимально широко из подкожной клетчатки удаляются все патологически измененные ткани, включая обнаруженные во время операции дополнительные полости и отроги, заполненные контрастным веществом. Тщательный гемостаз достигается при применении электрокоагуляции в режиме «Спейр». Ушивание послеоперационной раны проводится узловыми швами по Донати. При этом для уменьшения объема раневой полости необходимо каждый второй шов формировать как восьмиобразный с захватом подкожной клетчатки над крестцовой фасцией без надкостницы. На всю длину раны в подкожную клетчатку помещается полихлорвиниловый дренаж, выведенный через верхний угол раны с активной аспирацией. Дренаж фиксируется к коже. При затягивании швов раневая полость герметично закрывается. Дренаж с активной аспирацией из раны удаляется на 3-4 сутки после прекращения экссудации. Восмиобразные швы снимаются на 7-8 день, а оставшиеся кожные швы – в сроки от 12 до 16 дней после операции.

**ВЫВОДЫ.** Применение комплекса интраоперационных мероприятий с первичным ушиванием раны позволяет достичь заживления первичным натяжением в срок до 16 суток от проведения радикальной операции. Таким образом, у 89% пациентов достигнуты хорошие функциональные и косметические результаты. У 7% пациентов раны частично заживали вторичным натяжением в области сформировавшихся диастазов кожи. У 4% отмечались рецидивы заболевания.

## ОТКРЫТАЯ ОПЕРАЦИЯ И ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ – НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Черкасов М.Ф., Галашокян К.М., Старцев Ю.М., Черкасов Д.М., Помазков А.А.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) имеет широкое распространение (около 26 случаев на 100 000 населения), заболеваемость у лиц старше 30 лет – меньше. На приеме проктолога больные с ЭКХ составляют не менее 10-12%.

Одним из наиболее давних радикальных способов лечения является иссечение ЭКХ с открытым ведением раны, его существенный недостаток – продолжительный период заживления послеоперационной раны. Поэтому для ускорения заживления раны Duxbury M.S. (2003) впервые предложил использовать вакуум-терапию для лечения ЭКХ после радикального иссечения и оставления раны открытой.

**ЦЕЛЬЮ** исследования является улучшение результатов лечения больных ЭКХ путем разработки эффективного способа лечения с применением вакуум-терапии, который позволяет сократить сроки полного заживления раны, предупредить рецидивы заболевания и развитие послеоперационных осложнений.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включено 39 пациентов с ЭКХ. Больные распределены на основную группу (n=20), в которой после радикального иссечения проводилась вакуум-терапия открытой раны (патент RU 2559936) и контрольную (n=19), где открытая рана лечилась стандартными мазовыми повязками.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В основной группе с открытым ведением раны и применением вакуум-терапии длительность госпитализации составила  $13,9 \pm 2,3$  дней (от 5 до 24), время полного заживления раны –  $31,1 \pm 2,7$  дней (от 15 до 39), осложнений и рецидивов заболевания отмечено не было. В контрольной группе с радикальным иссечением ЭКХ и лечением раны мазовыми повязками время госпитализации составило  $13,7 \pm 2,6$  дней (от 3 до 25), а время полного заживления раны –  $74,0 \pm 5,7$  дней (от 35 до 112), осложнения в послеоперационном периоде возникли у 2 (10,5%) пациентов, рецидив заболевания – у 1 (5,3%).

**ВЫВОДЫ.** Использование оригинального способа вакуум-терапии позволяет улучшить результаты хирургического лечения по сравнению с традиционным открытым методом лечения копчикового хода.

## ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Черкасов М.Ф., Татьянченко В.К., Groшин В.С., Цыганков П.В., Черкасов Д.М., Старцев Ю.М., Меликова С.Г., Галашокян К.М.

ГБОУ ВПО Ростовский Государственный Медицинский Университет Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Свищи прямой кишки представляют собой одно из самых распространенных колопроктологических заболеваний, их частота колеблется от 15 до 30%. Неудовлетворенность результатами используемых методов лечения, значительное количество рецидивов и осложнений заставляет искать новые пути лечения больных с экстрасфинктерными свищами прямой кишки.

**ЦЕЛЬ.** Повышение эффективности хирургического лечения полных экстрасфинктерных ректальных свищей путем предотвращения развития недостаточности анального сфинктера, местных гнойно-воспалительных осложнений и послеоперационных рецидивов заболевания.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Нами был разработан оригинальный способ лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки (патент РФ № 2326604 от 20.06.08). Данный способ основан на использовании несвободного фасциально-мышечного трансплантата на сосудисто-нервной ножке на основе медиальной порции большой ягодичной мышцы с ягодичной фасцией, погружаемого в остаточную полость операционной раны и фиксируемого к фасциальному футляру прямой кишки под углом  $90^\circ$  к горизонтальной оси, при симфизопетальном типе тазовой топографии под углом  $120^\circ$  к горизонтальной оси, при сакропетальном типе тазовой топографии над внутренним отверстием свища, в сочетании иссечения свища с мерами, направленными на ликвидацию остаточной полости, купирование воспаления и реваскуляризацию зоны пластики и закрытием внутреннего отверстия свища.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** По сравнению с традиционными методами, в исследуемой группе отмечена более ранняя активизация больных, снижение интенсивности болевого синдрома, при этом сроки послеоперационного пребывания в стационаре составили от 6 до 9 суток. Нагноительных осложнений в раннем послеоперационном периоде не было. Больным амбулаторно проведено контрольное обследование спустя 1, 3 и 6 месяцев после операции. Рецидивов свища не было, электромиография и сфинктероманометрия не выявили признаков недостаточности замыкательного аппарата.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Данная хирургическая методика позволила улучшить результаты лечения, избежав ранних послеоперационных осложнений, рецидивов заболевания, развития недостаточности анального сфинктера и, как следствие, инконтиненции. При этом сокращаются сроки послеоперационного пребывания больных в стационаре.

## СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ГЕМОРРОЯ И РЕКТОЦЕЛЕ

Чистохин С.Ю., Белоцкая Л.В.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Распространенность ректоцеле очень велика: разные исследователи приводят от 15 до 40% женщин среднего и старшего возраста, более чем у половины из них встречается сочетание ректоцеле с геморроем. Значительное число неудовлетворительных результатов лечения свидетельствует о том, что вопросы выбора рационального объема лечения и хирургической тактики при такой комбинации патологий до настоящего времени окончательно не решены.

**ЦЕЛЬ.** Улучшение результатов лечения больных ректоцеле в сочетании с хроническим геморроем за счет применения симультанных операций.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** За минувшие 3 года (2013-2016) в ДКБ ст. Чита-2 мы наблюдали 88 пациенток с геморроидальной болезнью в сочетании с ректоцеле. 24 из них оперированы по поводу только ректоцеле – леваторопластика (I группа), 44 пациентки – только по поводу геморроя – DHAL-RAR или гибридная операция – DHAL-RAR внутренних компонентов и иссечение наружных компонентов геморроидальных узлов (II группа) и 20 пациенткам выполнена симультанная операция – леваторопластика с DHAL-RAR при геморрое II стадии или гибридной операцией – DHAL-RAR внутренних компонентов и иссечение наружных компонентов геморроидальных узлов при геморрое III-IV стадии (III группа).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В I группе из 24 больных после изолированной леваторопластики у 8 в первые же недели отмечалось обострение геморроидальной болезни в виде отека и выпадения увеличившихся плотных узлов. В течение ближайших месяцев после операции функция опорожнения прямой кишки улучшилась лишь у половины пациенток, у другой половины – запоры оставались на прежнем уровне. В этой группе продолжительность стационарного лечения составила 9 + 2,6 койко-дней, сроки амбулаторной реабилитации – 24 + 5,5 дней.

Почти у всех пациенток (у 42 из 44) II группы после DHAL-RAR или гибридной операции без вмешательства на ректоцеле и в первые недели, и в последующие месяцы сохранялись или нарастали затруднения опорожнения прямой кишки, вплоть до возобновления ручных пособий. Пролабирование прямой кишки в просвет влагалища увеличилось до III степени у 16 (36%) из них. Сроки стационарного лечения составили 4 ± 1,8 койко-дней, длительность амбулаторной реабилитации – 23 ± 4,7 дней (p=0,37).

Пациенткам III группы выполнены симультанные операции – леваторопластика влагалищным доступом и DHAL-RAR при геморрое II стадии (12 больных) или гибридная операция при геморрое III-IV стадии у 8 женщин. У всех больных этой группы констатировано благоприятное течение послеоперационного периода с первичным заживлением ран и быстрым восста-

новлением пассажа кишечного содержимого на 4-7 сутки. В ближайшие и отдаленные сроки наблюдения у всех 20 (p=0,03) заметно улучшилась функция опорожнения прямой кишки. Редкие и непродолжительные запоры легко устранялись диетотерапией. В этой группе продолжительность стационарного лечения составила 12 ± 2,9 койко-дней, сроки амбулаторной реабилитации – 28 ± 5,7 дней (p=0,32).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Изолированные операции при сочетании геморроя и ректоцеле приводят к ухудшению течения «оставленной» патологии. Симультанные операции при сочетанных аноректальных заболеваниях следует считать патогенетически более обоснованными, они позволяют повысить эффективность послеоперационной реабилитации, заметно улучшить качество жизни таких пациенток.

## ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ МЕТОДОМ КЛЕТЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Шахрай С.В., Гаин Ю.М., Гаин М.Ю.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Последнее десятилетие в экспериментальной и клинической медицине большое внимание уделяется разработке лечебных методик с применением клеточной трансплантации и технологий регенеративной медицины для восстановления как функциональных, так и структурных нарушений в организме, что фактически сформировало новое направление в реконструктивно-восстановительной хирургии. Основная задача большинства разработанных методов сводится к моделированию регенераторного тканевого потенциала с целью восстановления структуры и функции тканей, утраченных в результате заболевания или травмы.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Оценить в эксперименте возможность лечения анальной инконтиненции с применением технологии клеточной трансплантации.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В эксперименте использовали 3 группы животных. В первой группе (А, n=32) создавали модель органической формы анального недержания (механическое повреждение). Во второй группе (В, n=32) животных формировали модель функциональной инконтиненции (введение препарата «Диспорт»). Третья группа (С, n=8) была контрольной. Для контроля инконтиненции выполняли оценку удерживающего объема прямой кишки с помощью геля высокой вязкости («Медиагель», 23,0-31,0 Пахс). На 7-е сутки после моделирования сфинктерной недостаточности в каждой из групп А и В были выделены ещё 4 группы (А1, А2, А3, А4, В1, В2, В3, В4) по 8 животных. Для трансплантации использовали аутологичные культуры мезенхимальных стволовых клеток (МСК) жировой ткани (ЖТ), МСК костного мозга (КМ) и гладкомышечные клетки (ГМК). Группам А1 и В1 интра-сфинктерно вводили МСК ЖТ, группам А2 и В2 – МСК КМ, группам А3 и В3 – ГМК. Контрольным группам А4 и В4 проводили инъекцию физиологического раствора. На 21-е сутки после клеточной трансплантации и оценки удерживающего объема кишки выводили животных из эксперимента с изъятием тканей для оценки морфологических изменений.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При оценке удерживающего объема прямой кишки через 3 недели после клеточной ауто-трансплантации выявлены достоверные различия (p<0,005, Манн-Уитни U-тест) между группами, где проводилось лечение анального недержания (А1, А2,

A3, B1, B2, B3) с контрольными группами (A4, B4), где лечение методом клеточной аутотрансплантации не выполнялось. Полное восстановление функции анального удержания наблюдалось в группе A1 у 82% животных, в группе A2 – 85%, A3 – 82%, B1 – 87%, B2 – 80%, B3 – 84%. В группах A4 и B4 восстановления функции не наблюдалось. Морфологические исследования установили у всех животных пролиферацию гладкомышечных клеток в зоне трансплантации с формированием гиперплазированного мышечного слоя, толщина которого, по сравнению с нормой, была на 80-240% больше. Степень гиперплазии зависела от вида клеточного материала. Максимальная гиперплазия отмечена при введении МСК ЖТ.

**ВЫВОДЫ.** Таким образом, можно отметить, что использование стволовых и гладкомышечных клеток при лечении анальной инконтиненции в эксперименте путём инъекционной аутотрансплантации в стенку прямой кишки сопровождается восстановлением утраченной функции за счёт пролиферации гладкомышечных клеток с формированием гиперплазированного мышечного слоя.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЕ

Шахрай С.В., Гаин Ю.М., Гаин М.Ю.

ГУО «Белорусская медицинская академия  
последипломного образования», г. Минск, Республика  
Беларусь

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Анализ литературных данных последних двух десятилетий позволяет выделить чёткую тенденцию, указывающую на прогрессивное развитие малоинвазивных хирургических методик лечения анальной патологии, помогающих врачу решать лечебные задачи, не прибегая к госпитализации пациента или обеспечивая короткие сроки его пребывания в стационаре, исключение не составляет и лечение хронической анальной трещины.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Оценить результаты лечения пациентов с хронической анальной трещиной с использованием комплексных малоинвазивных хирургических технологий.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведена сравнительная оценка результатов оперативного лечения пациентов с хронической анальной трещиной. Первую группу А (контроль) составили 30 пациентов. Им выполнена самая часто применяемая в Республике Беларусь операция (по данным анализа за последние 10 лет) – иссечение анальной трещины со сфинктеротомией. В группу В вошли 29 пациентов, которым применена следующая методика лечения: лазерная вапоризация парафиссуральных тканей в зоне анального канала с фармакологической сфинктерорелаксацией препаратом ботулотоксина, после операции проводили ретроректальные блокады лекарственным средством «Эрбисол». Группу С составили 28 пациентов, которым применяли следующий метод лечения: лазерная вапоризация парафиссуральных тканей в зоне анального канала с фармакологической сфинктерорелаксацией препаратом ботулотоксина, с целью ускорения тканевой репарации в края раневого дефекта интрадермально, субдермально и субмукозно инъекционно вводили суспензию аутологичных мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани (МСК). Лечение в группах В и С проводилось в условиях краткосрочного стационарного пребывания (1-2 суток).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При оценке сроков заживления раневого дефекта в группах установлено, что самым дли-

тельным этот период был в группе А, он превышал сроки эпителизации в группах В и С на 22 и 16 сутки, соответственно ( $p < 0,001$  при сравнительном анализе групп В, С с группой А, Mann-Whitney U Test). Сроки эпителизации раны у пациентов в группе С были меньше, чем в группе В, среднестатистическая разница составила чуть больше недели. На момент проведения исследования медианные сроки отдалённого наблюдения за группами В и С составили 3 года. В течение этого периода только у одного пациента группы В наблюдали рецидив анальной трещины (3,4%), в группе С повторных случаев заболевания в указанные сроки не отмечено. В группе А за 3 года наблюдения выявлено 4 (13,3%) случая рецидивирования хронической анальной трещины.

**ВЫВОДЫ.** Таким образом, лазерная вапоризация парафиссуральных тканей с интрасфинктерным введением препарата ботулотоксина, дополненное применение инъекционного способа аутотрансплантации мезенхимальных стволовых клеток в края раневого дефекта, является эффективной комплексной хирургической методикой лечения хронической анальной трещины. Такой подход позволяет минимизировать болевую реакцию в послеоперационном периоде, проводить лечение пациентов в амбулаторных условиях или в режиме стационара краткосрочного пребывания, ускорить процесс амбулаторной реабилитации.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ

Щербакова О.В., Врублевский С.Г.,  
Ионов А.Л., Козлов М.Ю., Копылов И.В.

ГБУЗ «Морозовская ДГКБ» ДЗМ, ФГБУ «РДКБ» МЗ  
РФ, г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** У детей со свищами прямой кишки, особенно при рецидиве заболевания, сохраняется низкое качество жизни и зачастую возникает необходимость в повторных оперативных вмешательствах, что чревато развитием послеоперационной недостаточности анального сфинктера. В отечественной литературе работы по лечению прямокишечных свищей у детей с использованием лигатурного дренирования и пластики перемещенным лоскутом не представлены.

**ЦЕЛЬ.** Улучшение результатов хирургического лечения детей со свищами прямой кишки, используя этапный подход с лигатурным дренированием перед операцией, и делая выбор в пользу современных методик с перемещением лоскута.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 2009 года в отделении колопроктологии РДКБ и с 2014 года в отделении абдоминальной хирургии МДГКБ оперированы, с использованием современных методик, 30 детей со свищами прямой кишки, из них с периаанальной болезнью Крона – 21, с первичными иммунодефицитами (с ВЗК-подобными проявлениями) – 4 ребенка, с неспецифическим хроническим парапроктитом – 5 больных.

Из пациентов с болезнью Крона (БК) две девочки оперированы по поводу ректо-вестибулярных свищей, у остальных пациентов были диагностированы экстрафинктерные параректальные свищи 2-3 степени сложности. Из 21 пациента с периаанальными поражениями при БК, ранее оперированы 11 (9 – вскрытие острого парапроктита, 2 – иссечение свища), 8 из них – неоднократно. Иссечение свища в просвет кишки выполнено у двоих, наложение отводящей стомы с иссечением свища – у 5, иссечение свища трансперинеальным доступом – у 2 девочек с ректо-вестибулярными свищами. После внедрения современных методик в лечение пациентов со свищами прямой

кишки, первым этапом выполнялось лигатурное дренирование – non-cutting seton (16), затем, после купирования воспалительного процесса в прямой кишке, выполнялось иссечение свища (9) либо сегментарная проктопластика полнослойным лоскутом с иссечением свища (7). Всем пациентам с ВЗК-подобными первичными иммунодефицитами (т. н. моногенными ВЗК) проводилось длительное лигатурное дренирование свищей, позволяющее избежать септических осложнений при проведении трансплантации костного мозга. Детям с хроническими парапроктитами выполнялось иссечение свища в просвет кишки в 1 случае, а 4 пациентам выполнена сегментарная проктопластика полнослойным лоскутом.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При лечении пациентов с параректальными свищами по классическим методикам (иссечение свища в просвет кишки) отмечались послеоперационные рецидивы в 6 наблюдениях, в том числе и после наложения отводящей стомы (4 из 9 – 44%), из них у 2 пациентов с БК в возрасте 20 лет рецидивировали перианальные поражения, что потребовало проведения колпроктэктомии с наложением илеостомы у одного и иссечения свища у другого больного. После сегментарной проктопластики отмечен рецидив через год после операции лишь у одного пациента с болезнью Крона (1 из 11 – 9%). У двоих пациентов с БК лигатура удалена и отмечено заживление свища на фоне биологической терапии. Четверо детей с БК и 1 пациент с иммунодефицитом в настоящее время являются носителями дренирующей лигатуры.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Первые результаты использования лигатурного дренирования и сегментарной проктопластики полнослойным лоскутом у детей со свищами прямой кишки разной этиологии, показывают хорошие результаты и могут являться методом выбора, обладая всеми преимуществами минимально инвазивных вмешательств.

## ЛАТЕКСНОЕ ЛИГИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ: МОЖНО ЛИ ПОВЫСИТЬ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ПРОЦЕДУРЫ?

Эктов В.Н., Сомов К.А.

*Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко, Воронежская областная клиническая больница № 1, г. Воронеж, Россия*

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Латексное лигирование геморроидальных узлов является одним из наиболее распространенных вариантов миниинвазивных хирургических вмешательств в лечении хронического геморроя. Вместе с тем, изучение отдаленных результатов лечения в ряде случаев свидетельствует о снижении результативности данной методики при третьей и четвертой стадии хронического внутреннего геморроя. Таким образом, существующие риски развития рецидивов заболевания делают актуальным поиск возможных путей совершенствования техники выполнения латексного лигирования.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В период с 2006 по 2015 гг. в отделении колопроктологии Воронежской областной клинической больницы № 1 различные варианты латексного лигирования были применены для лечения 468 больных хроническим геморроем с различными стадиями заболевания. Нами использована технология латексного лигирования для нового способа лечения хронического геморроя – лигирования слизистой и подслизистой оболочек нижнеампулярного отдела прямой кишки с перевязкой геморроидальных сосудов, лифтингом и локальной мукопексией (патент

на изобретение № 2565654). Методика заключалась в том, что мягким зажимом по оси выявленного при аноскопии геморроидального узла захватывалась слизистая нижнеампулярного отдела прямой кишки на 4-5 см выше зубчатой линии. Механическим лигатором производили наложение латексной лигатуры на слизистую нижнеампулярного отдела прямой кишки таким образом, чтобы высота лигированного участка слизистой составляла около 1,5 см. При этом в зону лигирования попадал округлой формы участок слизистой и подслизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки диаметром около 3 см с питающими сосудами. Данная манипуляция проводилась в проекции основных геморроидальных узлов, как правило, на 3, 7 и 11 часах по циферблату. Таким образом, предлагаемый метод лечения хронического геморроя позволяет осуществить лигирование «на протяжении» с последующим удалением фрагмента основных и дополнительных артериальных сосудов, кровоснабжающих геморроидальные узлы. Одновременно лигирование участка слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки диаметром около 3 см обеспечивает подтягивание и фиксацию мягких тканей в зоне манипуляции. При различных стадиях и формах хронического геморроя применялись различные варианты латексного лигирования: одномоментное лигирование внутренних геморроидальных узлов, лигирование слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки с лифтингом и мукопексией, комбинированное лигирование внутренних геморроидальных узлов и слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки с лифтингом и мукопексией, сочетание различных вариантов лигирования с иссечением наружного геморроидального узла.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** После применения различных вариантов латексного лигирования в раннем послеоперационном периоде осложнения, не требующие повторных вмешательств, выявлены у 5 пациентов. В отдаленном периоде хорошие результаты отмечены у 87,3% обследованных больных. Статистически значимых различий при сравнительной оценке результатов применения различных вариантов латексного лигирования не отмечено.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Предлагаемые варианты латексного лигирования в лечении хронического геморроя позволяют получить различные лечебные эффекты – лигирование основных и дополнительных геморроидальных сосудов, лифтинг и мукопексию, что обеспечивает комплексное воздействие на патогенетические факторы геморроидальной болезни. При этом сохраняются важные преимущества данной процедуры – миниинвазивность, эффективность, относительная простота и широкая доступность, низкая стоимость. Предлагаемая тактика применения латексного лигирования расширяет диапазон использования данной методики и повышает ее результативность в лечении различных стадий и клинических форм хронического геморроя.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ С ПОМОЩЬЮ ОПЕРАЦИИ HAL-RAR В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ В Г. ПЕТРОПАВЛОВСКЕ-КАМЧАТСКОМ

Юлаев В.Е.

*ООО Медицинский центр «МЕДИТЕКС», г. Петропавловск-Камчатский, Россия*

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Геморроидальная болезнь – широко распространённое заболевание индустриально развитых стран мира. Перспектива выраженного послеопе-

рационного болевого синдрома и длительного реабилитационного периода являются сдерживающим фактором для своевременного обращения пациентов за специализированной помощью. В связи с этим, особо актуально стоит вопрос внедрения малотравматичных, патогенетически (и экономически) обоснованных и вместе с тем радикальных методов лечения геморроидальной болезни на поздних стадиях с возможностью амбулаторного применения. Такой методикой является операция HAL-RAR.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С февраля 2013 по апрель 2016 года в МЦ «Медитекс» операция HAL-RAR выполнена 134 пациентам с хроническим геморроем II-IV стадиями, в возрасте от 25 до 69 лет (средний возраст – 45,5 лет), из них мужчин 90 (67%) и 44 (33%) женщин. II стадия – 43 (31,3%) пациента, III – 78 (58,2%), IV – 13 (9,7%). У отдельных пациентов геморроидальные узлы были на разных стадиях 2-3, 3-4, 2-4, однако отличие в выполнении операции состояло лишь в степени лифтинга слизистой. Лечение проводилось в условиях амбулаторной хирургии с наличием послеоперационной палаты и только пациентам с терапевтическим статусом, относящимся к I-II классу по шкале Американского общества анестезиологов. Операция выполнялась под местной анестезией (раствором Ропивакаина) с использованием аппарата компании А.М.І. (Австрия) с проктоскопом RAR Flexi Probe для выполнения лифтинга и мукопексии. Учитывая характер анестезии, критериями исключения являлись – избыточная масса тела, анатомически удлинённый анальный канал, повышенный тонус сфинктера.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** У 9 (6,7%) пациентов выполнялись комбинированные операции – HAL-RAR + удаление

анального сосочка (6), иссечение наружного геморроидального узла (3). У двух пациентов произведена гибридная операция – HAL-RAR + легирование рубцово-изменённого геморроидального узла. У 6 (4,5%) пациентов производилось «программируемое» удаление увеличенных наружных геморроидальных узлов. Длительность применения анальгетиков, в среднем, составила 4 дня. Осложнения после операции отмечены у 12 (9,0%) пациентов в виде тромбоза наружного геморроидального узла (7), острой трещины (2), эпизодов кровотечения (3). Все осложнения купированы консервативно. Результаты лечения прослежены у 122 пациентов до 3 лет. Хорошие результаты лечения (отсутствие жалоб и признаков внутреннего геморроя) и удовлетворительные (отсутствие жалоб, эпизодическое выделение крови) отмечены у 114 (93,4%) пациентов (110 и 4 пациентов, соответственно). У 8 (6,6%) пациентов отмечено выпадение солитарных геморроидальных узлов, что требует их лигирования. Пациенты с наличием наружного геморроя от удаления бахромок воздерживались, ввиду их уменьшения и нечастого или бессимптомного проявления.

**ВЫВОДЫ.** Операция HAL-RAR – это метод выбора при амбулаторном лечении поздних стадий геморроидальной болезни. HAL-RAR является универсальной операцией на внутренних геморроидальных узлах разных стадий. Местная анестезия при операции HAL-RAR возможна при условии нормального или сниженного тонуса сфинктера, анатомически среднего или укороченного анального канала. Отдалённые результаты свидетельствуют об эффективности данного метода лечения в подавляющем большинстве случаев.

## ГЛАВА 2. ОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

### РОЛЬ ЦИТОРЕДУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ВНУТРИБРЮШНОЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ (ВБХТ) В ЛЕЧЕНИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ (РТК) С ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ КАРЦИНОМАТОЗОМ (ПК)

Ачкасов С.И., Сушков О.И., Шельгин Ю.А.  
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,  
г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** ПК развивается примерно у 10% больных РТК и характеризуется плохим прогнозом для жизни. Так, медиана выживаемости пациентов, оперированных по поводу колоректального рака с ПК на фоне послеоперационной химиотерапии, не превышает 2 лет. Проведение операции, направленной на достижение максимального объема циторедукции, совместно с внутрибрюшной химиотерапией (ВБХТ) существенно повышает шансы больных если не на выздоровление, то на продление жизни.

**ЦЕЛЬ.** Оценить непосредственные результаты лечения и выживаемость пациентов, оперированных по поводу РТК с ПК.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С ноября 2012 по март 2016 года в ГНЦК в проспективное обсервационное исследование включен 71 больной, оперированный по поводу РТК с ПК. Вследствие интра- или экстраабдоминальной распространенности опухолевого процесса у 15 больных оперативные вмешательства носили симптоматический характер или были ограничены explorативной лапаротомией. В анализ включено 56 больных, которым выполнены циторедуктивные операции (ЦО) и ВБХТ по поводу ПК. Потенциально резектабельные метастазы в печень и легкие имели 11 (20%) пациентов. ПК был синхронным у 44 (79%) оперированных больных. Первичная опухоль локализовалась в левой и правой половине ободочной кишки в 28 (50%) и 21 (37%) случаях, соответственно, а также в 7 (13%) наблюдениях – в прямой кишке. pT4-стадия первичной опухоли была диагностирована в 38 (67,5%) наблюдениях, а метастазы в лимфатические узлы обнаружены в 39 (69%) макропрепаратах. Значение перитонеального карциноматозного индекса (ПКИ) у оперированных больных колебалось от 1 до 21. Медиана составила 3 (1;5).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Смертность и частота развития послеоперационных осложнений в 30-дневный период после операции составили 0% и 10,7%, соответственно. Медиана безрецидивной выживаемости (БВ) составила 21 (11;н/д) месяц, а 1-, 2-, 3-летняя безрецидивная выживаемость – 65%, 44%, 36%, соответственно. При многофакторном анализе выявлено, что уровень ПКИ ( $p=0,0007$ ) и наличие внебрюшинных метастазов ( $p=0,0097$ ) являются независимыми прогностическими факторами 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.** ЦО вместе с 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.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ ПО ДАННЫМ МРТ

Березовская Т.П., Невольских А.А.,  
Охтова Д.Х., Гумашвили Л.Р.

Медицинский радиологический научный центр им.  
А.Ф.Цыба, филиал ФГБУ «Национальный медицинский  
исследовательский радиологический центр»  
Министерства здравоохранения РФ, г. Обнинск,  
Россия

Неoadьювантная химиолучевая терапия (НХЛТ) при местнораспространенном раке прямой кишки (РПК) позволяет повысить операбельность и снизить риск локорегионарного рецидивирования после хирургического лечения. Оптимальным методом оценки местной распространенности РПК до и после предоперационной НХЛТ признана МРТ.

**ЦЕЛЬ.** Сравнить результаты МРТ оценки категории Т и состояния потенциальной циркулярной границы резекции (ЦГР) у больных РПК до и после НХЛТ, сопоставив последние с результатами гистологического исследования операционного препарата.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проанализированы результаты проспективного МРТ исследования 67 больных РПК в возрасте от 37 до 78 лет, проведенного в МРНЦ им. А.Ф.Цыба в период с июля 2011 г. по июль 2015 г. включительно, в том числе, верхне- и среднеампулярной локализации – 26 больных (1 группа), нижеампулярной – 41 больной (2 группа). МРТ стандартизировано проводилось при первичном обращении и повторно, через 4-9 недель после окончания НХЛТ, на 1,5 Тл МР томографе с получением T2-ВИ высокого разрешения (ВР). Все пациенты были оперированы в объеме передней резекции прямой кишки (ПРПК) с тотальной мезоректумэктомией (ТМЭ) и последующим гистологическим исследованием операционного препарата. При расстояниях от опухоли до мезоректальной фасции (МРФ) >2 мм ЦГР считали свободной, ≤2 мм – угрожаемой, <1 мм – вовлеченной.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** По данным первичной МРТ, категории T0-1/T2/T3/T4 установлены в 1 группе – в 0/2/17/7, во 2 группе – в 0/3/27/11 случаях, после НХЛТ – в 0/3/19/4 и в 4/5/29/3 случаях, соответственно. По данным гистологического исследования, соответствующие pT категории установлены в 0/3/19/4 (1 группа) и 7/14/18/2 случаев (2 группа); полный ответ установлен только во 2 группе, у 6 (15%) больных. После НХЛТ достоверная МРТ картина полного ответа в 1 группе не определялась, во 2 группе отмечена в 2 из 6 случаев полного ответа; снижение категории Т после НХЛТ в 1 группе определено в 5 (19%), во 2 группе – в 17 (41%) случаях, в том числе, с T4 на T3 – у 3 (11,5%)/8 (19,5%) больных, с T3 на T2 – у 2 (7,5%)/5 (12%) больных, соответственно; повышение категории T2 до T3 отмечено в 1 группе в 1 случае (4%). Общая точность pT оценки в группах составила 77%/51%; точность дифференциации уT0-1-2/уT3-4 – 85/61%, чувствительность – 95/90%, специфичность – 40/33%, соответственно. Свободная ЦГР в 1/2 группах при первичной МРТ определялась у 8 (31%)/16 (39%), при контрольной МРТ – у 11 (42%)/25 (61%) больных, соответственно. МРТ не позволило достоверно разграничивать вовлечение ЦГР за счет опухоли или фиброза. При гистологическом исследовании положительная ЦГР получена у 5 больных (3/2), причем все случаи были прогнозированы при МРТ.

**ВЫВОДЫ.** При оценке эффективности НХЛТ в комбинированном лечении РПК МРТ с использованием



T2ВИ ВР имеет недостаточную точность в определении категории уТ с тенденцией к ее завышению за счет низкой специфичности при оценке регрессии экстрамурального компонента опухоли. После НХЛТ у большинства больных РПК верхне- и среднеампулярной локализации категория Т, по данным МРТ, не изменилась, при нижеампулярном раке снижение категории Т наблюдалось чаще, однако различия статистически не достоверны. Контрольная МРТ после НХЛТ выявила изменение статуса ЦГР с вовлеченной/угрожаемой на свободную в 3 из 17 (17%) случаев при локализации РПК в верхне- и среднеампулярном отделе и 9 из 25 (36%) – при нижеампулярной локализации, что было использовано при планировании хирургического лечения.

## ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАННИМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Васильев С.В., Семёнов А.В., Попов Д.Е., Клименко А.Н., Савичева Е.С.

ПСПБГМУ им. акад. И.П.Павлова. Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии. Городской колопроктологический центр, г. Санкт-Петербург, Россия

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Улучшение результатов лечения больных ранним раком прямой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование было включено 36 пациентов с РПК, оперированных в Санкт-Петербургском городском колопроктологическом центре в период с 2010 по 2015 гг. Критерии включения больных в исследование: лица обоих полов без ограничения возраста, аденокарцинома высокой/умеренной степени дифференцировки, uT1, N0 (MRI, ERUS), M0 (CT). Виды выполненных оперативных вмешательств: ТЭМ – 20 (55%) больных; безгазовая трансанальная эндомиохирургия – 10 (28%) пациентов; трансанальное локальное иссечение опухоли выполнено в 6 (17%) случаях. Всем пациентам проводилась периперационная антибиотикопрофилактика.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Во всех случаях опухоли были удалены полностью, препараты не фрагментированы. Средний размер опухоли – 2,4±0,8 см (1,0-4,0). Негативные края резекции были получены во всех препаратах. Послеоперационных осложнений не отмечено. Средний койко-день – 6,8. Данные предоперационного и окончательного диагнозов совпали во всех случаях. Распределение больных по критерию Т: Tis – 8 (22%), T1sm1 – 10 (28%), T1sm2 – 13 (36%), T1sm3 – 5 (14%). Рецидивов опухоли выявлено не было (медиана наблюдения – 30 (2-60) месяцев).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Полученные результаты определяют перспективность использования малоинвазивных трансанальных операций в лечении больных с ранними формами рака прямой кишки.

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ 2-Х МАРКЕРОВ СКРЫТОЙ КРОВИ В СКРИНИНГЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Васильев С.В., Смирнова Е.В., Попов Д.Е., Семёнов А.В., Седнев А.В.

ПСПБГМУ им. акад. И.П.Павлова. Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии. Городской колопроктологический центр, г. Санкт-Петербург, Россия

**ЦЕЛЬ.** Поиск наиболее эффективных методик скрининга колоректального рака.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Обследовано 300 человек (187 женщин и 113 мужчин). Средний возраст – 61,6 г. 190 пациентов обратились с ранее установленным диагнозом, 110 человек – добровольцы без клинических жалоб. Всем выполнено исследование образцов кала на наличие скрытой крови с использованием FIT-теста («Biohit Colon View», Финляндия). На втором этапе всем добровольцам выполнена тотальная ФКС. При выявлении патологии выполнялась биопсия. Обследованные без патологии толстой кишки вошли в контрольную группу.

В исследовании проведена сравнительная оценка двух маркеров одного теста – определения гемоглобина (Hb) и гемоглобин/гаптоглобинового комплекса (Hb/Hp). При оценке результатов использовались визуальный и автоматизированный методы.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** У 85 человек патологии не выявлено. У 22 пациентов выявлены неопухольевые заболевания. В две основные группы вошли 99 пациентов со злокачественным поражением толстой кишки (группа 1) и 94 пациента с доброкачественными неоплазиями (группа 2).

В первой группе исследуемые маркеры существенных различий в отношении чувствительности и специфичности не показали. У пациентов 2 группы определение Hb/Hp комплекса продемонстрировало более высокие показатели чувствительности и специфичности. Эти различия (увеличение чувствительности на 60%) оказались особенно значимыми при выявлении неопластических заболеваний проксимальных отделов толстой кишки.

Визуальная и автоматизированная интерпретация тестов при сопоставлении была практически идентичной.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Использование в скрининге колоректального рака FIT-теста с определением Hb/Hp комплекса в образцах стула демонстрирует более высокую эффективность в диагностике новообразований толстой кишки по сравнению с методиками определения лишь Hb. С учётом современных тенденций, исследуемая методика представляется весьма перспективной.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ РАКОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Велиев Т.И.

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

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

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

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен динамический анализ группы больных с ранними раками толстой кишки, у которых была выполнена эндоскопическая электроэксцизия в период с 1992 по 2015 гг. Отдаленные результаты оценивались на основании контрольных колоноскопий со взятием биопсий в порядке динамического наблюдения.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Всего под наблюдением находилось 46 больных. Мужчин – 26, женщин – 20. Возраст пациентов составил 60-86 лет. Все больные находились под диспансерным наблюдением в связи с наличием компенсированной и субкомпенсированной форм сердечно-сосудистой патологии, заболеваний органов дыхания. У всех больных была выполнена эндоскопическая электроэксцизия опухолей.

**ВЫВОДЫ.** Эффективность эндоскопической электроэксцизии ранних раков толстой кишки у лиц пожило-

го возраста с сопутствующей патологией составила 100%. Отсутствие рецидивов после эндоскопической электроэксцизии позволило ограничиться эндоскопической операцией у пожилых больных.

## ДИАГНОСТИКА ЭНДОФИТНОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Велиев Т.И., Худoley Д.В.

КГБУЗ «Городская больница № 4», Алтайский колoproктологический центр, г. Барнаул, Россия

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Выявление эндофитного рака.

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Заболеваемость злокачественными новообразованиями ободочной кишки у мужчин составляет 12,6, у женщин – 9,4 на 100 тыс. взрослого населения. Увеличение частоты случаев эндофитного рака толстой кишки с выраженным внутрстеночным компонентом повышает роль ирригоскопии как важного метода в диагностике этой патологии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Исследование пациентов проводили классическим трёхэтапным методом по Фишеру с обязательным применением двойного контрастирования. Для подготовки к ирригоскопии применяли препарат «Фортранс».

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При ирригоскопии эндофитный рак толстой кишки выявлен у 30 пациентов. При этом выявлено неравномерное сужение просвета, неровность контуров, ригидность стенок поражаемого отдела ободочной кишки, злокачественный рельеф слизистой на участке. Важное значение для постановления правильного диагноза имело двойное контрастирование. Оно дало возможность выявить опухоль и в случаях воротничковой инвагинации, когда при тугом наполнении раковой канал перекрывался соседними здоровыми участками кишки (9 пациентов).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Таким образом, ирригоскопия позволила не только выявить опухоль, но и определить протяжённость и границы раковой инфильтрации, что не всегда возможно при колоноскопии.

## ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

Волостников Е.В., Муравьев А.В., Линченко В.И.

ГБУЗ СК «2-я городская клиническая больница», г. Ставрополь, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Более 50% больных раком ободочной кишки имеют осложненное течение заболевания. Онкологическое качество выполнения радикальных операций в urgentных ситуациях представляет определенный интерес.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Проведен анализ радикальности операций в общехирургическом стационаре при осложнённых формах рака ободочной кишки.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Ретроспективный выборочный анализ 32 протоколов операций с осложненным раком ободочной кишки в общехирургическом отделении городского ЛПУ за период 2008-2010 гг.

**РЕЗУЛЬТАТ.** Во всех изученных случаях объем и качество лимфодиссекции был ограниченным. В 25 из 32 протоколов гистологического исследования (78%) количество л/у в препарате было меньше 12, а в 10 (31%) – л/у отсутствовали. В 1 случае наблюдалась резидуальная опухолевая ткань в дистальном крае резекции.

**ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Онкологическое каче-

ство urgentных хирургических операций нуждается в стандартизации.

## ЭКСТРЕННАЯ ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: ПОЛНАЯ МЕЗОКОЛОНЭКТОМИЯ И ЦЕНТРАЛЬНАЯ ПЕРЕВЯЗКА СОСУДОВ

Волостников Е.В., Муравьев А.В., Линченко В.И.

ГБУЗ СК «Городская клиническая больница № 2», г. Ставрополь, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Техника полной мезоколонэктомии (ПМК) с центральной перевязкой сосудов стала стандартом хирургического лечения рака ободочной кишки. Целесообразность этого подхода в экстренной хирургии остается мало изученной.

**ЦЕЛЬ.** Изучить ближайшие результаты ПМК с центральной перевязкой сосудов у больных, оперированных в экстренном порядке.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Анализ 96 больных за период 2010-2015 гг. В ретроспективной группе (n=42 больных) выполнены резекционные вмешательства с вариантами D1-D2 лимфодиссекции. В проспективной группе (n=54) – операции с ПМК и центральной перевязкой сосудов (D3-лимфодиссекция).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Всего в послеоперационном периоде умерли 11 (11,4%) пациентов. В ретроспективной группе умерли 5 (11,9%), в проспективной – 6 (11,1%) больных, p>0,05. Осложнения III-V класса (по Clavien-Dindo) наблюдались у 9 (21,4%) в ретроспективной группе, и у 7 (13%) в проспективной группе. p>0,05.

**ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Техника ПМК с центральной перевязкой сосудов применима в экстренной хирургии осложненного рака ободочной кишки.

## БИОЦЕНОЗ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Гатауллин И.Г., Ильинская О.Н., Сафиуллина Д.Р., Мамедзаде К.Р.

ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия Минздрава РФ, Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Для ряда заболеваний немикробной этиологии обнаружена сложная взаимосвязь между определенными инфекциями и некоторыми формами рака. Показано, что ряд микроорганизмов вызывает хроническую инфекцию или выделяет токсины, что ведет к нарушениям клеточного цикла и неконтролируемому делению клеток.

**ЦЕЛЬЮ** исследования явилось выделение и характеристика культивируемых факультативно аэробных бактерий из биоптатов слизистой толстой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Биоптаты опухоли и неизмененной слизистой ободочной и прямой кишки были взяты у 50 больных колоректальным раком в операционной, сразу же после резекции кишки. В лабораторных условиях проводили суспензирование секционного материала и его посев на накопительные и селективные среды с последующей физиологической биохимической дифференциацией выделенных бактерий.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Анализ микрофлоры биоптатов опухолевой ткани и непораженной слизистой методами классической микробиологии позволил нам выделить доминирующие группы бактерий, характерные для области карциномы, прилежащей к ней зоны и неповрежденного эпителия. Установлено, что для неповрежденного эпителия

характерно преобладание грамположительных палочек (73,3%) и кокков (20,0%), в то время как ткань опухоли была, в основном, обсеменена грамотрицательными палочками (76,2%). Закономерность увеличения численности последних, по сравнению с неповрежденным эпителием, наблюдалась и в области, прилежащей к зоне малигнизации. Отмечено, что грамположительные кокки обнаруживаются только в образцах неповрежденного эпителия. Для непораженного эпителия характерно присутствие бактерий семейств Lactobacillaceae и Enterobacteriaceae, не обладающих антагонистической и гемолитической активностями, но способных продуцировать секретуемые рибонуклеазы. Среди представителей семейства Staphylococcaceae, высеянных только со здорового эпителия, более половины – гемолитики, не проявляющие антагонистическую активность по отношению к Escherichia coli. Доля бактерий с антагонистическими свойствами и гемолитиков семейства Enterobacteriaceae на малигнизированном эпителии значительно выше, чем на неповрежденном.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** На основании результатов изучения особенностей физиологии и распределения микрофлоры в биоптатах опухоли и неизменной слизистой установлено, что в зоне роста колоректальной карциномы наблюдается смена ассоциированных с эпителием интраэпителиальных микробных сообществ. При этом возрастает доля представителей Enterobacteriaceae, обладающих гемолитической, экзорибонуклеазной активностью, и снижается доля лактобацилл. Таким образом, бактериальная микрофлора трансформированной ткани может служить маркером патофизиологических изменений эпителия кишечника при колоректальном раке.

## ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МУТАЦИИ ГЕНА K-RAS У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Гатауллин И.Г., Шакиров Р.К.,  
Гордеев М.Г., Гатауллин Б.И.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Минздрава РФ», Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, г. Казань, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Одной из важнейших соматических мутаций, обнаруженных в опухолях толстой кишки, является мутация в гене KRAS, выявляемая с частотой от 30% до 50%. Мутация в гене KRAS может стать новым фактором прогноза в рамках даже одной и той же стадии заболевания.

**ЦЕЛЬ.** Выявление частоты мутации в гене KRAS у больных колоректальным раком в Республике Татарстан и оценка влияния мутации на течение и прогноз заболевания.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включены 120 больных колоректальным раком, получивших комбинированное лечение в ГАУЗ «РКОД МЗ Республики Татарстан». Пациентам был проведен генетический анализ на наличие мутации в гене KRAS на материале, полученном в результате оперативного вмешательства.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Из 120 пациентов у 35 выявлена мутация в гене KRAS, у 85 пациентов имелся «дикий» тип гена KRAS (частота мутаций составила 26,7%). При этом 25 мутаций обнаружено в 12 и 13 кодонах, 7 мутаций – в 61 кодоне и 3 – в 146 кодоне. Результаты исследования показали, что у русского населения мутантный тип гена KRAS выявляется чаще (в 38,9%), чем у татарского населения (в 21,2%). Данная зави-

симость является статистически значимой ( $p=0,045$ ). Мутация в гене KRAS чаще встречалась у женщин, чем у мужчин (37,7% и 20,3%, соответственно). Данные зависимости значимы ( $p=0,045$ ). Опухоли толстой кишки с мутантным геном KRAS более склонны к лимфогенному метастазированию (в 54,2%), чем опухоли с «диким» типом (в 45,8%), что косвенно свидетельствует о более агрессивном течении опухолевого процесса при мутантном типе гена ( $p = 0,004$ ). Больные с мутантным типом гена чаще имеют отдаленные синхронные метастазы (в 63,6%), чем больные с «диким» типом (в 36,4%). Данная зависимость является статистически значимой ( $p=0,0001$ ). Годичная выживаемость пациентов с «диким» типом гена KRAS составила 96,5%, с мутантным типом гена 88,6% ( $p=0,0012$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Таким образом, опухоль с мутантным типом гена K-RAS обладает агрессивным течением и высоким потенциалом к метастазированию. Мутация гена в опухоли может служить независимым значимым прогностическим признаком для оценки течения и исхода заболевания.

## ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ (5-ЛЕТНИЙ ОПЫТ) ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Дмитриченко В.В., Непомнящая С.Л.,  
Семенов В.А., Погосян Г.Н., Царегородцев А.Е.

ФГБУ «Санкт-Петербургский Многопрофильный Центр» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

Несмотря на успехи лапароскопической хирургии, в других областях, отношение к лапароскопической резекции толстой кишки остается достаточно сдержанным. Это, прежде всего, обусловлено онкологическими концепциями: необходимостью обширной мобилизации толстой кишки; резекции большого ее сегмента с брыжейкой и региональными лимфатическими узлами; невозможностью пальпации и трудностью интраоперационной ревизии лимфатических коллекторов. Эти факторы заставляют тщательно отбирать больных для лапароскопических операций по результатам предоперационного обследования. Кроме того, техническое обеспечение таких операций требует хорошей подготовки хирургов и наличия высококачественного эндовидеохирургического оборудования, электролигирующих инструментов, современных сшивающих аппаратов.

Мы провели анализ 59 радикальных лапароскопических операций на толстой кишке, проведенных в нашем центре за 2011-2015 гг.

Было выполнено 9 правосторонних, 12 левосторонних гемиколэктомий, 23 резекции сигмовидной кишки, 11 резекций прямой кишки, 4 экстирпации прямой кишки.

Среди пациентов была 31 женщина в возрасте от 55 до 85 лет, и 28 мужчин в возрасте от 51 до 80 лет. Средний возраст больных – 64,6 года.

56 больных были оперированы по поводу рака II-III ст. (с показателем Т от 1 до 4, N от 0 до 2, без отдаленных метастазов). 3 операции выполнены по поводу нейроэндокринных опухолей. Средняя продолжительность операций составила 205,5 мин. Причем если в период 2011-2013 гг. средняя длительность операций составляла 231,9 мин, то в 2014-2015 гг. – 165,4 мин.

Конверсия, переход к открытой операции была принята у 5 больных (8,5%). Причинами конверсии в 1 случае оказался выраженный спаечный процесс в брюшной полости, в 4 – местное распространение опухоли с вовлечением соседних органов (желудок, печень, мочеточник, мочевого пузыря).

Интраоперационные осложнения отмечены в 2 случаях – 3,4% (повреждение мочеточника при правосторонней гемиколэктомии – в этом случае было произведено ушивание мочеточника на стенке без конверсии доступа, и повреждение кишки при левосторонней гемиколэктомии, также ушито интраоперационно). Послеоперационный период характеризовался ранним восстановлением функций и активизацией больных. Обезболивающие препараты не требовались уже на 2-3 день, восстановление перистальтики происходило на 2-3 день, Средний послеоперационный койко-день составил 8,2, а при осложнениях – 16,7.

В послеоперационном периоде у 4 больных (3 после резекции прямой кишки и 1 после левосторонней гемиколэктомии) возникла несостоятельность анастомоза. Повторные операции в 3 случаях заключались в наложении разгрузочной колостомы, без разобщения анастомоза и только в 1 – выполнена резекция анастомоза.

К поздним осложнениям относились развившиеся в 2 случаях стриктуры анастомозов. Эти больные в дальнейшем получали эндоскопическое лечение (дилатации стриктур).

Все оперированные нами больные оставались на амбулаторном наблюдении. Эндоскопический контроль выполняли в сроки 3, 6 месяцев, 1 и 2 года после операции. МСКТ через 6 мес., 1 и 2 года после операции.

## КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ – ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ РЕКТАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ (RASHEL): 5-ЛЕТНИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Захарченко А.А., Винник Ю.С., Кириченко А.К., Кузнецов М.Н.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого МЗ РФ», г. Красноярск, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** До сих пор основным методом лечения рака прямой кишки (РПК) остается хирургический. Однако с точки зрения онкологического радикализма его возможности использованы практически полностью. Повышение эффективности лечения возможно только при комбинированном подходе. Дальнейший прогресс в этом направлении – обеспечение максимального подавления агрессии опухоли до начала оперативного лечения.

В настоящее время именно комбинированный метод (с различными вариантами химиолучевой терапии) является приоритетным в лечении больных РПК – позволяет снизить частоту местных рецидивов по сравнению с хирургическим методом. Однако применение лучевой терапии в традиционных режимах фракционирования доз представляется малоэффективной в силу относительно низкой радиочувствительности аденогенного РПК и несет риски лучевых реакций и осложнений. Все это требует новых подходов к созданию программ комбинированного лечения. Современная онкологическая колоректальная хирургия не может себе позволить игнорировать предоставленную ей возможность избирательного эндоваскулярного воздействия на, зачастую как будто «специально» для этого созданную, сосудистую сеть большинства опухолей человека, в том числе, и при РПК.

Известно, что развитие злокачественной опухоли, в первую очередь, определяется ее ангиогенезом. Опухоль начинает бурно расти тогда и там, где она непосредственно контактирует с артериальными сосудами. Следовательно, актуально использование методов эндоваскулярного воздействия на хорошо

кровоснабжаемые отделы опухоли (поверхностные – гиперваскуляризованные), которые и обуславливают основной риск развития локорегионарных рецидивов. Решив эту задачу – предоперационной блокады опухоли, можно с оптимизмом думать о благоприятном прогнозе.

В настоящей публикации представлены результаты нашего опыта комбинированного лечения больных РПК при использовании предоперационной химиоэмболизации ректальных артерий.

**ЦЕЛЬ.** Оценить 5-летние результаты комбинированного лечения рака прямой кишки при использовании в предоперационном периоде масляной химиоэмболизации ректальных артерий (МХЭ РА-процедура RASHEL).

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** Анализированы результаты комбинированного метода лечения у 40 больных резектабельным РПК II и III стадии за период с 2007 по 2012 год. В предоперационном периоде выполняли МХЭ РА 5-фторурацилом (5-ФУ, 1000-2000 мг) на липидоле (8-10 мл). Операционный доступ – трансфеморальный по Сельдингеру. Анестезия – местная, в месте пункции бедренной артерии. Контрасты – Ультравист / Омнипак. Микрокатетры – TERUMO, 4F. Эмболы – гемостатическая губка / спирали Гиантурко. Химиоэмболизацию проводили в бассейне верхней ректальной артерии (ВРА) – при локализации опухоли в верхнеампулярном отделе. При локализации в средней и нижней ампуле – одновременно в бассейне ВРА и внутренних подвздошных артерий (ВПА). Оперировали пациентов через 72 часа после эндоваскулярной процедуры.

До операции оценивали течение постэмболизационного периода (в т. ч., наличие специфических сосудистых осложнений). Изучали интраоперационную микроскопическую диссеминацию раковых комплексов и результаты лечебного (лекарственного) патоморфоза в аденокарциномах (удаленный препарат). Факт присутствия 5-ФУ в ткани опухоли, его концентрацию и скорость элиминации определяли методом флуоресцентной микроскопии и спектрофотометрии. Исследовали степень апоптоза и экспрессии пролиферации (иммуногистохимия), частоту послеоперационной гнойной хирургической инфекции (ГХИ), показатели летальности.

Сфинктеросохраняющие операции (ВБР ПК / БАР ПК) выполнены у 31/40 (77,5%) пациента. Функционально-сохраняющие вмешательства – БПЭ ПК / интерсфинктерная БАР ПК с формированием неоректум, неосфинктера, промежуточного неануса – у 9/40 (22,5%) больных.

Все операции – по технологии ТМЕ.

Отдаленные результаты прослежены у всех больных (100%) – частота местных рецидивов (в течение 3-х лет), общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость. Группа клинического сравнения (ГКС) – хирургическое лечение.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Постэмболизационный период: системных осложнений и реакций МХЭ РА (вазовагальные и аллергические реакции, аритмия и др.) не зарегистрировано. Выраженные явления постэмболизационного болевого синдрома отсутствовали. Местных осложнений (некроз ПК, парапроктит, перитонит, перфорация артерии, аневризма) не было. Гематома в месте пункции бедренной артерии – 1/40 случаев (2,5%).

Флуоресцентная микроскопия и спектрофотометрия: средняя концентрация 5-ФУ в ткани опухоли через 72 часа составила 218,7 мкг/г. При визуализации клеточной фракции опухоли выявлено активное включение 5-ФУ как в цитоплазме, так и в структурах ядра и ДНК – признак разрушения ее структуры и летального или сублетального повреждения клеток опухоли.

Быстрой элиминации химиопрепарата препятствовала окклюзия локального артериального кровотока и липидол.

Микроскопическая диссеминация и морфология опухоли (операционный препарат): частота интраоперационной микроскопической диссеминации составила 15,0% (в ГКС – 27,5%,  $p < 0,05$ ). При этом клетки свободных раковых комплексов были с сублетальными и летальными повреждениями. Лекарственный патоморфоз опухолей III степени выявлен в 33/40 (82,5%) случаях, II степени – в 7/40 (17,5%).

Иммуногистохимия: показатель апоптоза (ИМ TdT) составил  $7,0 \pm 0,2$  (в ГКС –  $0,78 \pm 0,12$ ), пролиферации (ИМ PCNA) –  $39,15 \pm 0,27$  (ГКС –  $82,08 \pm 0,28$ ). МХЭ РА привела к усилению апоптоза в 9 раз, а угнетение пролиферации было эффективнее в 2,1 раза ( $p < 0,01$ ).

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.** ГХИ при использовании МХЭ РА составила 4/40 (10,0%) случаев (в ГКС – 7,5%,  $p > 0,05$ ). Послеоперационная летальность – 1/40 (2,5%) случаев (в ГКС – 2,5%,  $p > 0,05$ ). Частота местного рецидивирования (в течение 3-х лет) – у 1/40 (2,5%) пациента (в ГКС – 13,2%,  $p < 0,01$ ). Общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость (вне зависимости от стадии), соответственно – 36/39 (92,3%) и 34/39 (87,2%). В ГКС, соответственно – 75,7% и 70,2% (Log-Rank Test,  $p = 0,003$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Предоперационная МХЭ РА (процедура RACHEL) в комбинированном лечении больных РПК обладает достаточно высокой туморцидной эффективностью, относительно безопасна, позволяет выполнять сфинктеро- и функционально-сохраняющие вмешательства, не увеличивает риск развития послеоперационной ГХИ и летальности.

В сочетании с технологией ТМЕ обеспечивает значительную абластичность хирургического вмешательства, достаточно низкую частоту местного рецидивирования и высокую 5-летнюю общую и безрецидивную выживаемость и может конкурировать с известными методами предоперационной лучевой терапии в комбинированном лечении рака прямой кишки.

## ВЛИЯНИЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ КОЛОСТОМИИ НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Зитта Д.В., Субботин В.М., Баклашова В.В.

Кафедра факультетской хирургии с курсом урологии, ГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А.Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Превентивная колостомия широко применяется для предупреждения последствий несостоятельности анастомоза после низкой передней резекции прямой кишки. Однако влияние превентивной колостомии на отдаленные функциональные результаты остается малоизученным.

**ЦЕЛЬ.** Оценить влияние превентивной колостомии на отдаленные результаты низких передних резекций прямой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Больные, перенесшие низкую переднюю резекцию прямой кишки с анастомозом в отделении колопроктологии, были осмотрены в сроки от 6 месяцев до 4 лет после операции. 68 больных без превентивной стомы составили основную группу. 78 пациентов, которым была сформирована, а затем закрыта превентивная стома, вошли в группу сравнения. Анализировались такие показатели, как частота стриктур анастомоза и свищей, наличие недержания и количество дефекаций в течение суток.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В основной группе оказалось 4 боль-

ных, у которых возникла несостоятельность анастомоза, была выполнена релапаротомия, трансверзостомия без разобщения анастомоза, затем закрытие колостомы. В группе сравнения несостоятельность анастомоза была выявлена у 7 пациентов, релапаротомия не потребовалась ни в одном случае. В основной группе диаметр анастомоза до 0,5 см был у 4 больных, от 0,5 до 1 см – у 10, от 1 до 2 см – у 36, более 2 см – у 18. В группе сравнения диаметр анастомоза до 0,5 см был у 4 больных, от 0,5 до 1 см – у 27, от 1 до 2 см – у 37, более 2 см – у 10.

У 3 больных основной группы произошло формирование свищей. В группе сравнения свищи с внутренним отверстием в зоне анастомоза выявлены у 7 пациентов.

Клинически значимого недержания кишечного содержимого не было ни в одном случае. В основной группе частота дефекации в сутки до 1 р. имела место у 12 больных, 2-4 р. в сутки – у 26, больше 4 – у 30. В группе сравнения частота дефекации до 1 р в сутки наблюдалась у 10 пациентов, 2-4 р. в сутки – у 31, более 4 – у 37.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Превентивная колостомия не снижает риска развития несостоятельности анастомоза, но позволяет избежать развития тяжелых последствий и повторных операций. Наличие превентивной колостомы не оказывает существенного влияния на отдаленные функциональные результаты низкой передней резекции прямой кишки.

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСРЕКТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

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

РУДН, 24 ГКБ, г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Повышенное внимание к онкологическим заболеваниям, в последнее время, обусловлено устойчивой тенденцией к росту заболеваемости данной патологией.

**ЦЕЛЬ.** Показать возможности трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) прямой кишки с наполнением просвета кишки жидкостью в выявлении объемных образований и распространенности процесса.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Исследования проводились на аппарате Philips iU 22 микроконвексным объемным датчиком с частотой 4-8 МГц и углом обзора 130 градусов. ТРУЗИ проводилось в положении больного лежа на левом боку с подведенными к животу коленями, после введения в прямую кишку около 200 мл жидкости с помощью клизмы. Всего обследовано 105 (100%) пациентов: 36 (34,3%) мужчин и 69 (65,7%) женщин. Возраст обследуемых пациентов колебался от 34 до 87 лет. Средний возраст составил  $61 \pm 9,3$  лет. У всех пациентов имелась гистологическая верификация диагноза. Оценивались следующие параметры объемных образований: размеры, контуры, эхоструктура, наличие инвазии стенки кишки, прорастание в окружающие органы и ткани, наличие увеличенных регионарных лимфатических узлов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В случае аденокарциномы и недифференцированного рака образования визуализировались пониженной эхогенности в 36 (34,3%), умеренной эхогенности – в 27 (25,7%) случаях. Неровность и нечеткость контуров определялись в 63 (60,0%) случаях. Наличие инвазии стенки кишки выявлено у 59 (56,2%) больных, прорастание в окружающие ткани – у 18 (17,1%) пациентов, наличие увеличенных регионарных лимфатических узлов – у 23 (21,9%)

больных. При ворсинчатой аденоме образования определялись как умеренно повышенной экзогенности с четкими, неровными контурами, с гиперваскуляризацией при ЦДК у 42 (97,7%) больных. Совпадение заключения УЗИ с клиническим диагнозом имелось у 103 (98,1%) пациентов.

**ВЫВОДЫ.** 1. Современная методика ТРУЗИ прямой кишки, с наполнением просвета кишки жидкостью, позволяет с высокой вероятностью выявлять объемное образование прямой кишки и определять его размеры.

2. С помощью ТРУЗИ удастся получить достоверную информацию о распространенности опухолевого процесса по прямой кишке и за ее пределы.

## ТРАНСАНАЛЬНАЯ ТОТАЛЬНАЯ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

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

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Трансанальная тотальная мезоректумэктомия – миниинвазивная технология в хирургии рака прямой кишки, разработанная с целью улучшения качества удаляемых препаратов и, соответственно, онкологических результатов у пациентов с узким тазом, висцеральным ожирением, передней локализацией опухоли и неoadъювантной химиолучевой терапией.

**ЦЕЛЬ.** Оценка качества удаленных препаратов и непосредственных результатов при трансанальной эндоскопической тотальной мезоректумэктомии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Пациенты с морфологически верифицированным раком прямой кишки cT2-3N1-2M0-1, с дистальным полюсом опухоли на 7,1±2,2 (3-11) см от края ануса.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** 30 пациентам (19 мужчин) со средним возрастом 60±11,16 (40-76) лет была выполнена трансанальная тотальная мезоректумэктомия с лапароскопической ассистенцией. Средний индекс массы тела составил 24,8±2,6 (19-30) кг/м<sup>2</sup>. Сопутствующие заболевания имелись у 12 (40%) пациентов. Трансанальный этап вмешательства выполнялся с использованием операционного ректоскопа Karl Storz, Tuttlingen, Germany. Двенадцати пациентам была выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки, 16 – низкая передняя резекция прямой кишки, 2 – операция Гартмана. При этом у 27 пациентов был сформирован анастомоз «конец-в-конец», 1 пациентке выполнен резервуаро-ректальный анастомоз по «бок-в-конец».

Интраоперационные осложнения развились в 7 случаях, что потребовало конверсии у 3 пациентов.

Длительность операции колебалась от 210 до 400 мин., в среднем – 294,3±57 минуты. При этом длительность непосредственно трансанального этапа составила 114,3±46,88 (40-200) минуты. Объем кровопотери во всех случаях был минимален.

Частота послеоперационных осложнений, соответствующих III степени по Clavien-Dindo и потребовавших повторного вмешательства, составила 6,6%. Необходимость повторных операций была связана с развитием атонии мочевого пузыря, в связи с чем у 2 пациентов была выполнена троакарная эпицистостомия. Летальности в сроки до 30 дней отмечено не было. Медиана послеоперационного койко-дня составила 10 (7:14) дней. Потребность в применении наркотических анальгетиков была минимальной.

При морфологическом исследовании качество удаленных препаратов в 5 (17%) случаях оценено как Grade 1, в 17 (56%) случаях как Grade 2, в 8 (27%) – как Grade 3 (по Ph. Quirke). Циркулярная граница резекции, в среднем, составила 5,0±4,1 (0,5-15) мм, при этом у 5 пациентов она была позитивной, (в 4 препаратах – по лимфатическому узлу). Дистальная граница резекции во всех случаях была интактной – 25,6±11,4 (13-65) мм. Среднее количество исследованных лимфоузлов составило 24,2±10,0 (11-53) мм, метастатически пораженных – 6,8±7,0 (1-22). В основном, преобладала II-III стадия заболевания – n=23 (76,6%).

19 пациентам из 28 с ранее сформированными анастомозами выполнены восстановительные операции.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Методика трансанальной тотальной мезоректумэктомии требует дальнейшего изучения для оценки ее преимуществ, определения показаний к применению и выявлению группы пациентов, которым ее выполнение будет наиболее целесообразно.

## СИМУЛЬТАННЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ

Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Гасанов А.Г., Муслимов М.И., Муслимов В.И., Раскатова Е.В.

ЦВКГ им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская обл., Россия

МИУВ ГУ ПП, г. Москва, Россия

ГБУЗ «НЦРБ», г. Ногинск, Московская обл., Россия

Оперативные вмешательства, выполняемые по поводу местнораспространенного рака прямой кишки, как правило, дополняются проведением аортоподвздошной или аортоподвздошнотазовой лимфодиссекцией. В последующем это нередко приводит к возникновению стриктур дистальных третей мочеточников с нарушением пассажа мочи по ним и требующим различных методов его восстановления.

В колопроктологическом центре ЦВКГ им. А.А.Вишневого и ЛРКЦ МО РФ в период с 1996 по 2014 годы на лечении находилось 584 пациента по поводу рака прямой кишки, поздние стадии заболевания были у 481 (82,4%).

Поздние стадии рака отмечены: ободочной кишки – 589 (81,0%), прямой кишки – 481 (82,3%) случаев.

Из них местнораспространенные формы рака прямой кишки отмечены у 102 (21,2%) пациентов. В последующем у 23 (22,5%) пациентов в сроки от 6 до 18 месяцев были диагностированы стриктуры дистальных третей мочеточников, сопровождавшиеся нарушением пассажа мочи. В 16 (69,6%) случаях это были стриктуры левого мочеточника, в 3 (13,6%) – правого, и в 4 (17,4%) случаях – обоих мочеточников. У 12 (52,2%) пациентов с ограниченными по протяженности стриктурами восстановление проходимости мочеточников было выполнено с применением малоинвазивных методов. У 11 (47,8%) пациентов декомпенсированные рубцовые стриктуры мочеточников возникли после повторных циторедуктивных оперативных вмешательств типа Гартмана с иссечением тазовой брюшины. Они были протяженными и занимали практически всю дистальную треть мочеточников от места перехлеста их через подвздошные сосуды до юкставезикальных отделов. Последней группе больных в предоперационном периоде были выполнены чрезкожные нефростомии. Симультантные реконструктивно-восстановительные операции проводились в сроки от 9 до 24 месяцев, во всех случаях рецидивов рака толстой кишки обнаружено не было. Всего

выполнено 11 реконструктивно-восстановительных операций на мочевыводящих путях: в 7 случаях левого мочеточника, в 4 случаях обоих мочеточников. Осложнений у данной группы больных не отмечено. Для устранения натяжения мочеточника и профилактики несостоятельности уретероцистоанастомоза, верхняя часть тела мочевого пузыря с верхушкой перемещались в левую или правую подвздошную область. Задняя поверхность тела и верхушка мочевого пузыря фиксировались четырьмя отдельными узловыми швами из длительно рассасывающегося материала № 2/0 к передней поверхности левой большой поясничной мышцы. Через разрез мочевого пузыря в его полость устанавливался катетер, и выводились интубационные трубки мочеточников.

## РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ И ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУРАХ МОЧЕТОЧНИКОВ

Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Муслимов М.И., Муслимов В.И., Гасанов А.Г., Салихов М.Р.

ООО НПО «Инновационные клеточные технологии», г. Москва, Россия  
МИУВ ГУ ПП, г. Москва, Россия  
ГБУЗ «НЦРБ», г. Ногинск, Московская обл., Россия

В последнее время значительно расширены показания к оперативному лечению злокачественных образований таза с дополнением их лимфодиссекцией в объеме до D-3, что неизбежно в отдаленном послеоперационном периоде приводит к увеличению частоты приобретенной органической обструкции мочеточников. Наиболее частой причиной механической обструкции мочеточников являются послеоперационные рубцовые сужения и облитерации, это нередко приводит к возникновению протяженных стриктур дистальных третей мочеточников с нарушением оттока мочи по ним и требующих различных методов его восстановления.

Нами по поводу поздних стадий рака прямой кишки проведено комплексное лечение 589 пациентам, из них у 102 были местнораспространенные формы рака прямой кишки. В последующем у 28 (27,5%) пациентов в сроки от 6 до 18 месяцев диагностированы стриктуры дистальных третей мочеточников, сопровождающиеся нарушением оттока мочи. В 18 (17,7%) случаях это были стриктуры левого мочеточника, в 5 (4,9%) – правого, в 5 (4,9%) случаях – обоих мочеточников. У 12 (42,9%) пациентов с ограниченными по протяженности стриктурами восстановление проходности мочеточников было выполнено с применением малоинвазивных методов. У 16 (57,1%) пациентов рубцовые стриктуры мочеточников возникли после повторных циторедуктивных оперативных вмешательств типа Гартмана и с иссечением пораженной канцероматозом тазовой брюшины. Стриктуры были протяженными и занимали практически всю дистальную треть мочеточников от места перекреста с подвздошными сосудами до мочевого пузыря. Последней группе больных до проведения реконструктивно-восстановительных операций выполнены перкутанные нефростомии. Реконструктивно-восстановительные операции проводились в сроки от 9 до 24 месяцев после первичного оперативного вмешательства на толстой кишке. Выполнено 16 симультантных реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке и мочевыводящих путях: в 11 случаях левого мочеточника, в 5 случаях обоих мочеточников. Осложнений у данной группы больных не было. Для пластики протяженных стриктур нижней трети

мочеточника мы предпочитаем формировать прямой цистоуретероанастомоз по следующей методике. Проводится выполнение левосторонней или правосторонней мобилизации и уретеролиза от лоханки до мочевого пузыря, резекция дистальной трети поврежденного или облитерированного мочеточника в пределах здоровых тканей. Мобилизация передней и задней стенок мочевого пузыря с сохранением правых и левых сосудисто-нервных пучков до шейки. Через отдельный прокол верхушки мочевого пузыря слева или справа в полость мочевого пузыря проводится проксимальный конец мочеточника с избытком до 1,5 см, фиксируется серозно-мышечными швами монофиламентной нитью из длительно рассасывающегося материала к слизистой мочевого пузыря. Выступающий в просвет мочевого пузыря участок мочеточника рассекается продольно до 1,0 см с дополнительной фиксацией слизистой мочеточника к слизистой мочевого пузыря с созданием инвагината мочеточника, выступающего в полость мочевого пузыря. Со стороны брюшной полости стенка мочеточника фиксируется к стенке мочевого пузыря серозно-мышечными швами. Мочеточник интубируется полимерной трубкой с внутренним диаметром 1-2 мм. Для устранения натяжения мочеточника и профилактики несостоятельности созданного цистоуретероанастомоза тело мочевого пузыря с его верхушкой перемещается в левую или правую подвздошную область и фиксируется к передней поверхности большой поясничной мышцы. В мочевой пузырь устанавливается дренажная трубка, которая вместе с мочеточниковыми интубаторами выводится на переднюю брюшную стенку. Выполняется экстраперитонизация тела и верхушки мочевого пузыря с созданным цистоуретероанастомозом перемещенным лоскутом париетальной брюшины подвздошной области со стороны, противоположной стороне фиксации мочевого пузыря к большой поясничной мышце. При двустороннем цистоуретероанастомозе экстраперитонизация с одноименной стороны осуществляется лоскутом париетальной брюшины бокового канала. Экстраперитонизированная подвздошная область с частью тела и верхушкой мочевого пузыря с цистоуретероанастомозом дренируется силиконовой трубкой. Дренажирование полости малого таза проводится с противоположной подвздошной области.

## НИЗКИЕ ЧРЕЗБРЮШНЫЕ РЕЗЕКЦИИ И ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Муслимов В.И., Раскатова Е.В., Гасанов А.Г.

ЦВКГ им. А.А.Вишневого, МО РФ, г. Красногорск, Московская обл., Россия  
МИУВ ГУ ПП, г. Москва, Россия  
ГБУЗ «НЦРБ», г. Ногинск, Московская обл., Россия

Проблема качества жизни и социальной реабилитации после низкой чрезбрюшной резекции и экстирпаций прямой кишки в настоящее время не теряет актуальности. Кроме этого, огромную роль при утрате резервуарной функции прямой кишки играют нарушения психоэмоционального статуса не только пациентов, но и их близких. В настоящее время литературе описано достаточно много методик формирования кишечных резервуаров при низких резекциях прямой кишки (Ривкин В.Л. и соавт. 2004.), однако, их не всегда возможно применить из-за технических сложностей их выполнения, необходимости использования большого участка низводной в полость малого таза ободочной или тонкой кишки.

**ЦЕЛЬ.** Разработать и обосновать новую технически доступную технологию формирования толстокишеч-

ного резервуара и запирающего аппарата низведённой в промежность толстой кишки.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Всего обследовано 15 больных, оперированных по поводу рака средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки в 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого и ФГМУ «Медицинский центр при Спецстрое России» с 2004 по 2011 г. 8 из них выполнена низкая чрезбрюшная резекция, 7 – брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

Все операции выполнялись с тотальной мезоректумэктомией. При чрезбрюшных резекциях накладывались аппаратные (циркулярный степлер «CDH-33») анастомозы «конец-в-конец». В 4-х случаях операция дополнялась наложением превентивной трансверстоми, в одном – илеостоми по Торнболлу. Экстирпации прямой кишки заканчивались формированием промежностной стомы с формированием неосфинктера из серозно-мышечной оболочки, низведённой в промежностную рану ободочной кишки путем создания двойного её инвагината. Методика формирования резервуара заключалась в продольном рассечении толстой кишки по противобрыжечной тени, отступив 3-5 см от анастомоза (верхнего края неосфинктера), с последующим ушиванием образованной раны в поперечном направлении двухрядными узловыми швами. В послеоперационном периоде осложнений, связанных с несостоятельностью швов в области анастомоза и в зоне формирования резервуара не отмечалось. Исследование резервуарной функции проводилось с помощью ирригографии, дефекографии, баллонной проктографии.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Через 1,3 и 5 лет было проведено обследование пациентов. Чрезбрюшная резекция прямой кишки: у 3 человек самостоятельный стул был 2-3 раза в сутки, у 5 – требовалось применение очистительных клизм 1 раз в 2-3 дня. Брюшно-промежностная экстирпация: у 4 пациентов управляемый стул был 2-3 раза в сутки, у 2 – требовалось применение очистительных клизм 2-3 раза в неделю. У одного пациента-мужчины через 18 месяцев наложена двустольная трансверстома.

**ВЫВОДЫ.** При применении нашей методики формирования толстокишечного резервуара и создание неосфинктера из серозно-мышечной оболочки дистальной культи низведённой в промежность ободочной кишки отмечается достоверное снижение проявления синдрома «низкой резекции», а также позволяет значительно улучшить социальную реабилитацию пациентов и качество их жизни.

## ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ХИМИОТЕРАПИИ (ВГХТ)

Китаев А.В., Зубрицкий В.Ф.

ЦВКГ им. А.А.Вишневого, МИУВ ГУ ПП, г. Москва, Россия  
ГБУЗ «НЦРБ», г. Ногинск, Московская обл., Россия

Несмотря на улучшение методов диагностики, среди первых выявленных больных колоректальным раком преобладают поздние формы. В основу наших разработок положен принцип интраоперационной антибластичности, обуславливающий снижение уровня обсеменности внутрибрюшного пространства опухолевыми агентами и уменьшение абсолютного числа митозов раковых клеток.

В исследование включено 859 пациентов, находившихся на лечении в колопроктологическом центре

ЦВКГ им. А.А.Вишневого и ЛРКЦ МО РФ с апреля 1996 по 2015 годы. Мужчин было – 60,0%, женщин – 40,0%. Из них пациентов старше 60 лет было около 56%.

Исследуемый контингент больных был распределен на 4 группы по видам оперативных вмешательств: I группа – 264 (30,7%) человека – радикальные операции с применением метода внутрибрюшной гипертермической химиотерапии (ВГХТ); II группа – 76 (8,5%) человек – циторедуктивные оперативные вмешательства также с использованием ВГХТ; III группа – 346 (40,3%) человек – радикальные операции без гипертермической химиотерапии и IV группа – 173 (20,1%) человек – циторедуктивные операции также без применения ВГХТ. Группы больных сопоставимы по распространенности опухолевого процесса, возрасту и полу.

Из 859 больных у 610 выполнены радикальные операции, в том числе, у 264 (I группа) с применением ВГХТ. 249 пациентам проведены циторедуктивные оперативные вмешательства, в том числе, 76 (II группа) с применением ВГХТ.

Послеоперационная летальность составила 94 (11,0%), из них в I группе радикальных операций с ВГХТ – 12 (4,5%), во II группе циторедуктивных операций также с ВГХТ – 8 (10,5%), в III группе радикальных операций без ВГХТ – 44 (12,7%) и в IV группе циторедуктивных операций также без ВГХТ – 26 (15,6%).

Анализ отдаленных результатов лечения показал, что рецидив колоректального рака в течение 3-х лет во всех группах диагностирован у 128 человек. В I группе (радикальные операции с ВГХТ) до 14 месяцев рецидив не был отмечен. В сроки от 14 до 36 месяцев рецидив развился у 46 (17,4%) больных, в виде внебрюшинных метастазов рака. Следует отметить, что канцероматоз брюшины ни у одного из этих пациентов не был зафиксирован.

Во II группе (циторедуктивные операции с ВГХТ) рецидивы начали наблюдаться после 6 месяцев. Всего они были у 294 (54%) пациента, все эти больные оперированы повторно. Срок возникновения рецидивов колебался от 6 до 30 месяцев. При этом 16 больным были выполнены повторные циторедуктивные операции с использованием ВГХТ, 5 больным такие операции были проведены трижды, а двум пациенткам – пятикратно. При повторных оперативных вмешательствах мы отметили три важные особенности:

Первая: новые очаги рака были единичные, небольших размеров;

Вторая: оставленные при ранее выполненных операциях по разным причинам очаги канцероматоза размерами до 5 мм (при муцинозных аденокарциномах до 10 мм) полностью регрессировали и были замещены рубцовой тканью;

Третья: в брюшной полости мы не наблюдали спаечного процесса.

В III группе (радикальных операций без ВГХТ) прогрессирование заболевания наблюдалось у 84,9% пациентов, при этом у 145 (42%) из них обнаружен канцероматоз брюшины. В IV контрольной группе (циторедуктивные операции без ВГХТ) рецидив диагностирован у 158 (89,7%) случаев. Рецидивы возникали в сроки от 3 до 24 месяцев.

Анализ продолжительности жизни показал, что фактическая 5-летняя выживаемость при проведении радикальных оперативных вмешательств с использованием гипертермической химиотерапии в I группе составила 66,5%, что в 6,9 раза превышает показатели контрольной III группы (9,7%). А при проведении циторедуктивных операций 5-летняя продолжительность жизни во II группе больных (с ВГХТ) составила почти 22%, что в 2,4 раза выше, чем в IV группе (без ВГХТ) – 9,1%.



Кроме фактической выживаемости пациентов мы использовали и методику оценки актуариальной выживаемости. Расчеты актуариальной выживаемости выполнены по Cutler-Edeger (1958), а также по методике Волкова С.М. (1998), которая широко применяется онкологическом научном центре им. Н.Н.Блохина. На основании данных актуариальной выживаемости нами были получены следующие показатели для исследуемых и контрольных групп. У больных, которым были выполнены радикальные операции, 5-летняя актуариальная выживаемость составила: в I группе с ВГХТ – 55,0%, в III группе без ВГХТ – 5,4%.

У больных, перенесших циторедуктивные операции, 5-летняя теоретическая выживаемость была следующей: во II группе с ВГХТ – 40,3%, в IV группе только 6,1%. Достоверность показателей подтверждена Лог ранк тестом (Log rank test).

Сравнительный анализ фактической и актуариальной выживаемости показал, что показатели 5-летней выживаемости при проведении радикальных оперативных вмешательств с использованием внутрибрюшной гипертермической химиотерапии (I группа) в 6,9 раза превышают показатели контрольной группы (III группа), а при проведении циторедуктивных операций – в 2,4 раза (II и IV группы).

Применение внутрибрюшной гипертермической химиотерапии увеличивает безрецидивный период, в среднем, в 2 раза.

**ВЫВОД.** Таким образом, метод внутрибрюшной гипертермической химиотерапии обладает высокой клинической эффективностью и способствует увеличению безрецидивного периода и продолжительности жизни пациентов.

## ИНДУЦИРОВАННАЯ ГИПЕРТЕРМИЯ ПРИ КАНЦЕРОМАТОЗЕ БРЮШИНЫ

Китаев А.В., Зубрицкий В.Ф., Шишло В.К., Раскатова Е.В.

Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская обл., Россия  
МИУВ ГУ ПП, Москва. ГБУЗ «НЦРБ», г. Ногинск, Московская обл., Россия

**ЦЕЛЬ.** Оценить структурные изменения при локальном гипертермическом воздействии ( $t > 42^\circ\text{C}$ ) в опухолевых и мезотелиальных клетках брюшины с использованием гистохимического и электронно-микроскопического методов.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включены 35 человек, находившиеся на лечении в Центральном военном клиническом госпитале им. А.А.Вишневого МО, которым проводили циторедуктивные операции (ЦО) с внутриполостной гипертермической химиотерапией (ВГХТ). Анализ гистологической структуры опухолей показал, что доля аденокарцином составила более 90%, причем низкодифференцированные, умеренно- и высокодифференцированные аденокарциномы встречались, соответственно, в 17,1%, 28,8% и 9,5%. Доля муцинозной карциномы и недифференцированного рака составила 33,8% и 5,4%, соответственно. Для лечения больных с запущенными формами колоректального рака использовали комплексную методику, включающую в себя циторедуктивные операции и ВГХТ. На основании наших исследований мы установили, что глубина проникновения опухолевых клеток в здоровые ткани зависит от распространенности опухолевого процесса по «этажам» брюшной полости. Сонографические данные показали, что наибольшая глубина пенетрации канцероматозных

узлов наблюдается в гипогастральном отделе ( $\geq 10$  мм) и меньшая ( $\leq 5$  мм) – в эпигастральной области. Поэтому, по-нашему мнению, перитонэктомия при наличии канцероматозных очагов в нижнем «этаже» брюшной полости надо проводить обязательно. При исследовании биопсийного материала отмечено, что при использовании метода ВГХТ площадь паренхимы опухолевых клеток уменьшается, а площадь стромы и некроза увеличивается. Следовательно, после проведения ВГХТ уменьшалась наиболее активная часть канцероматозного узла, и она замещалась соединительной и некротической тканью. Кроме того, ВГХТ практически в 2 раза снижает митотическую активность опухолевой ткани.

Таким образом, внутрибрюшная гипертермическая химиотерапия приводит к значительным деструктивным изменениям в опухолевой ткани: уменьшается площадь паренхимы и увеличивается площадь стромы и некроза; снижается митотическая активность; появляются признаки апоптотической дегенерации в ядрах и митохондриях раковых клеток. Митотическая активность клеток опухоли полностью отсутствует на глубине до 3 мм. В более глубоких слоях клеток в 2 раза снижена пролиферативная активность. Индуцированная гипертермия не оказывает деструктивного влияния на клеточные структуры здоровых тканей.

## ВЫБОР ШВА АНАСТОМОЗА У БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЁННЫМ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Коровин А.А., Бочкарёва И.В., Базлов С.Б., Туркин Д.В.  
ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Проблема выбора методики шва анастомоза у больных с осложнённым раком толстой кишки (ОРТК) и сопутствующим сахарным диабетом (СД) остаётся актуальной.

**ЦЕЛЬ.** Сравнить результаты применения однорядного непрерывного шва (ОНШ) и двухрядного шва (ДШ) анастомозов у больных с ОРТК и СД.

**МАТЕРИАЛЫ.** Наблюдали 47 больных с СД и ОРТК. У 23 пациентов применялся ОНШ, у 24 больных ДШ с использованием современных шовных материалов (ШМ). В I группе использовали атравматические абсорбирующиеся ШМ: дексон, викрил, полисорб, ПДС, ПДС-II, максон, биосин; и не абсорбирующиеся ШМ: полиамиды, полипропилены. Во 2 группе использовали полиамиды и полигликолиды (дексон, викрил).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При ДШ частота несостоятельности была в пределах от 2,1 до 28,6%, одинаково встречалась при большинстве операций. При ОНШ частота несостоятельности была от 0 до 8,3%; не отмечено осложнений при обходных анастомозах. Общая летальность составила 6,4%.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Улучшение результатов лечения больных с ОРТК и СД возможно при применении однорядного непрерывного экстремумозного шва атравматическими абсорбирующимися шовными материалами, что обеспечивает наилучшие условия для заживления анастомозов и является оптимальным для избранной категории пациентов.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Коровин А.Я., Бочкарёва И.В., Туркин Д.В., Порожденко Е.Е.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** В 60-80% случаев обтурационная толстокишечная непроходимость (ОТКН) является первым клиническим проявлением онкозаболевания, что актуально для стационаров, оказывающих экстренную хирургическую помощь.

**ЦЕЛЬ.** Обосновать выбор объёма операции и оценить результаты оперативного лечения и реабилитации пациентов.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Ретроспектива лечения ОТКН оценена у 439 больных. Опухоли правой половины толстой кишки отмечены у 22,1% пациентов с ОТКН, левой половины – в 77,9% случаев.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Одномоментные радикальные и условнорадикальные операции выполнены у 35,8% пациентов. Двухмоментные радикальные вмешательства составили 11,8%, а трёхмоментные операции выполнены в 4,1% случаев. Летальность после радикальных операций составила 1,3%. При третьей стадии ОТКН непосредственные результаты операций ухудшались. Летальность после паллиативных операций составила 12,9%, а после условнорадикальных операций с колостомой – 5,3%. Пятилетняя выживаемость составила 35%.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Наблюдения позволяют надеяться на прогресс в лечении ОТКН и констатировать необходимость дальнейшего совершенствования тактических принципов выбора оперативных вмешательств, накопление опыта первично-отсроченных и отсроченных анастомозов.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Коротких Н.Н., Попов Р.В., Воллис Е.А., Казарезов О.В.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Колоректальный рак занимает 3 место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями органов желудочно-кишечного тракта и 45% среди новообразований кишечника и имеет тенденцию к росту. В настоящее время в клинической практике все чаще используются малоинвазивные хирургические технологии в лечении больных раком ободочной и прямой кишки.

**ЦЕЛЬЮ** настоящего исследования является оценка результатов хирургического лечения больных колоректальным раком, прооперированных лапароскопическим и «открытым» доступом на базе отделения колопроктологии БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1» с 2014 по 2015 гг.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** В исследование включили 44 пациента (61,6±2,7 лет) с диагнозом рак ободочной кишки. При гистологическом исследовании превалировала умеренно-дифференцированная аденокарцинома (27 наблюдений), высокодифференцированная форма была выявлена у 13 пациентов, а низкодифференцированная – у 4 пациентов. Во всех случаях опухоль распространялась до висцеральной брюшины,

и отсутствовали метастазы в лимфатических узлах (T2-3 N0 M0). Пациенты были разделены на 2 группы: в первую включено 18 больных, которым выполнены лапароскопические вмешательства, во вторую – 26 пациентов, прооперированных традиционным способом. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела и стадированию опухолевого процесса. Учитывалась интраоперационная кровопотеря, продолжительность операции, потребность в обезболивании, качество мезоколонэктомии и лимфодиссекции, структура и частота развития послеоперационных осложнений, длительность пребывания в стационаре.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В группе пациентов, прооперированных лапароскопическим доступом, средняя кровопотеря составила 118,6±3,4 мл, что достоверно меньше по сравнению с контрольной группой, где этот показатель составил 162,4±2,7 мл (p<0,05). Достоверного различия относительно длительности оперативного вмешательства в обеих группах мы не получили. Интенсивность болевого синдрома (по ВАШ) в послеоперационном периоде в группе наблюдения была достоверно ниже и, соответственно, требовалось менее длительное назначение анальгетиков, в том числе, наркотических (1,5 дня по сравнению с 2,6 в группе контроля). При гистологическом исследовании удаленных препаратов в обеих группах было выявлено не менее 11 регионарных лимфатических узлов. В контрольной группе в послеоперационном периоде у 4 больных наблюдалось нагноение лапаротомной раны, у 1 пациента – эвентрация, потребовавшая повторной операции. В исследуемой группе послеоперационных осложнений не было. Средний койко-день в группе пациентов, перенесших лапароскопические вмешательства, составил 12,6, а в контрольной группе – 18,2 (p<0,05).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Использование лапароскопических технологий в хирургическом лечении больных раком ободочной кишки позволяет оптимизировать интраоперационную кровопотерю, ускорить активизацию пациентов после резекций ободочной кишки и сократить длительность госпитализации, не уступая в радикализме традиционным методам «открытой» хирургии.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОХИРУРГИИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Куликовский В.Ф., Ефремов А.Б.

ОГБУЗ «Областная клиническая больница Святителя Иоасафа», г. Белгород, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Аденомы прямой кишки занимают одно из ведущих место в общей структуре заболеваний этого органа и подвергаются малигнизации в 19,5-90% случаях.

**ЦЕЛЬ.** Анализ накопленного клинического опыта и оценка результатов применения ТЭМ в лечении доброкачественных новообразований прямой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен анализ результатов лечения 52 больных с полипами прямой кишки с использованием метода ТЭМ за период с 2012 по 2015 гг.

В 28 случаях полипы локализовались в нижеампулярном, в 24 случаях – в средне- и верхнеампулярном отделах.

Все операции выполнены в плановом порядке. Использовали операционный проктоскоп с набором инструментов для ТЭМ фирмы Richard Wolf (Германия).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Выполнено 23 оперативных пособия с использованием открытой «безгазовой» ТЭМ под прямым визуальным контролем, у 29-и пациентов применялась классическая методика с инфляцией газа и выведении изображения на монитор (методика Gerhard Buess). Средняя продолжительность ТЭМ составила 52 минуты (42 мин. при безгазовой ТЭМ и 62 мин. при классической).

Интраоперационных осложнений не было, послеоперационные осложнения возникли в 4 наблюдениях (8,2%): у 1 пациента развился острый парапроктит, у 3 пациентов возникло ректальное кровотечение, которое остановлено после диагностической ректоскопии консервативно.

По гистологическому строению: в 8 (15,4%) случаях – железистое строение полипов, 21 (40,4%) случаев – железисто-ворсинчатое и в 23 (44,2%) случаях – ворсинчатое. У 2 пациентов в поверхностных слоях ворсинчатых аденом выявлены очаги высокодифференцированной аденокарциномы; ректоскопический мониторинг рецидива заболевания не выявил.

Отдаленные результаты прослежены за период от 4 месяцев до 3,5 лет. Рецидивы полипов выявлены у 5 (9,6%) пациентов: 4 случая – в группе оперированных безгазовым методом, 1 – классическим.

**ВЫВОДЫ.** 1. Полученные результаты позволяют нам оценить методику ТЭМ как достаточно эффективный способ лечения доброкачественных новообразований прямой кишки.

2. Дифференцированный подход к выбору метода ТЭМ, в зависимости от локализации полипа, может быть использован в ряде случаев как альтернатива традиционному трансанальному иссечению опухоли и трансабдоминальной резекции прямой кишки.

## ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Рубанченко А.С., Сторожиллов Д.А., Ефремов А.Б., Наумов А.В.

*Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа  
Региональный колопроктологический центр,  
г. Белгород, Россия*

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Несмотря на внедрение сшивающих аппаратов, использование новых шовных материалов, совершенствование хирургической техники, частота несостоятельности толстокишечного анастомоза может достигать 25% и выше. Это особенно актуально при выполнении реконструктивно-восстановительных операций, потому что в случае развития несостоятельности анастомоза, не выполняется основная цель операции – ликвидация колостомы.

**ЦЕЛЬ.** Доказать эффективность пенных аэрозолей для профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов в реконструктивно-восстановительной колопроктологии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В Белгородском региональном колопроктологическом центре в период с 1987 по 2015 гг. выполнено 611 реконструктивно-восстановительных операций, из них у 186 больных применены аппараты АКА-2, ЕЕА, СЕЕА, KYGW, ILS с диаметром головки 25-33 мм. Интервал времени, прошедший с момента первой операции до восстановительной, составил от 3 месяцев до 2-х лет. Возраст больных от 18 до 77 лет; женщин – 22%, мужчин – 78%. Для подготовки культи прямой кишки, визуализации ее во время операции, проверки герметичности анастомоза и в послеоперационном периоде мы использовали пен-

ные аэрозоли (Сульфодовизоль, Диоксизоль, Гипозоль, Гипозоль-АН), которые обладают антибактериальным, противовоспалительным действием и стимулируют репаративные процессы. А форма лекарственного препарата в виде пены обладает рядом преимуществ, в частности, при проверке герметичности анастомоза в случае несостоятельности мы четко видим место дефекта, а при попадании пены в брюшную полость не происходит ее инфицирование.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Несостоятельность анастомоза после реконструктивно-восстановительной колопластики возникла у 2-х больных, что потребовало повторной операции и наложения стомы. У одного больного несостоятельность анастомоза, приведшая к развитию перитонита и нарастающей полиорганной недостаточности, явилась причиной летального исхода.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Разработанная нами программа профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов в реконструктивно-восстановительных операциях хорошо зарекомендовала себя и с успехом применяется в отделении с 1987 г.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Солошенко А.В., Сторожиллов Д.А., Николаев С.Б., Наумов А.В.

*Белгородская областная клиническая больница  
Святителя Иоасафа,  
Региональный колопроктологический центр,  
г. Белгород, Россия*

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Удаление метастазов колоректального рака в печени увеличивает продолжительность жизни 35% пациентов на 5 лет. Однако резектабельными являются не более 15% метастазов. По своей эффективности РЧА является основным методом локальной деструкции метастазов печени.

**ЦЕЛЬ.** Изучить частоту послеоперационных осложнений и отдаленные результаты хирургического лечения больных с метастазами колоректального рака в печени.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проанализированы результаты хирургического лечения 121 больных с метастазами колоректального рака в печени, находящихся на лечении в региональном колопроктологическом центре БОКБ Святителя Иоасафа с 2004 по 2015 годы. У 52 больных операция на печени выполнялась одновременно с резекцией толстой кишки, а остальным больным – в разные сроки после удаления первичной опухоли. Одиночный метастаз наблюдался у 80 больных, множественные – у 41 больного. Диаметр очагов колебался от 1 до 20 см. Резекция печени выполнена 37 пациентам с помощью ультразвукового деструктора-аспиратора CUSA. Объем операции распределился следующим образом: левосторонняя гемигепатэктомия – 7, правосторонняя гемигепатэктомия – 17, резекция отдельных сегментов печени – 13. Для РЧА использовали аппарата RADIONICS Cool-tip RF. Всего было пролечено 84 пациента и выполнена абляция 167 узлов. Позиционирование электродов осуществляли с помощью чрескожной пункции метастазов под контролем УЗИ (16 больных), во время лапаротомии (у 63 больных, в том числе, у 51 больного абляцию выполняли одновременно с удалением первичной опухоли) и под контролем лапароскопа (у 5 больных). Эффективность РЧА оценивали интраоперационной сонографией. Изучили частоту послеоперационных осложнений и общую продолжительность жизни.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Послеоперационные осложнения выявлены у 4 больных. В 1 случае после РЧА дренирован абсцесс печени, у двух больных после правосторонней гемигепатэктомии дренированы биломы поддиафрагмального пространства, и у 1 больного дренирован межпечетельный абсцесс. В первый год после РЧА выявлены 4 рецидива метастаза. Кумулятивная 1-, 3- и 5-летняя выживаемость изучена у 88 больных и составила 88,6%, 35,3% и 19,5%, соответственно.

**ВЫВОДЫ.** РЧА является эффективным методом локальной деструкции метастазов, имеет незначительное число послеоперационных осложнений и может быть использована при невозможности выполнить резекцию печени.

## СИНДРОМ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ (ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ)

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

ОГБУЗ БОКБ Святытеля Иоасафа, межрегиональный колопроктологический центр, кафедра госпитальной хирургии НИУ «БелГУ», г. Белгород Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Частая, многомоментная дефекация и недержание кишечного содержимого без ощущения позывов с чувством неполного опорожнения получили название «синдрома низкой передней резекции прямой кишки». Изучение данной проблемы имеет большое для понимания сути физиологических процессов происходящих у пациентов после органосохраняющих операций по поводу рака прямой кишки.

**ЦЕЛЬ.** Изучение функциональных особенностей прямой кишки, её сфинктерного аппарата и мышц тазового дна у больных после органосохраняющих операций по поводу среднеампулярного рака прямой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Для изучения данной проблемы мы проанализировали функциональные результаты лечения у 98 больных после брюшно-анальной резекции и у 82 больных после низкой передней резекции прямой кишки прооперированных в БОКБ Святытеля Иоасафа в период с 1998 по 2015 год. В данном исследовании группы оценены на однородность по полу, возрасту, по гистологическому строению и степени дифференцировки опухолевых клеток, по степени выраженности и распространению онкологического процесса.

Критерии включения: локализация нижнего края опухоли выше 6 см и ниже 12 см по данным жесткой ректоскопии, прохождение предоперационного курса лучевой терапии и наличие 18-ти месяцев безрецидивного течения заболевания. Основные критерий исключения: несостоятельность колоректального анастомоза и гнойно-септические осложнения в тазовой области.

Основной объем исследований осуществлен на полифункциональном лечебно-диагностическом комплексе «Polygraf ID» американской фирмы «Medtronic» с оценкой 34 показателей сократительной, рефлекторной, сенсорной и накопительной функций при проведении аноректальной манометрии, профилометрии анального сфинктера с дополнительной электромиографией.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** После брюшно-анальной резекции снижение сократительной активности наружного сфинктера прослеживается только на ранних сроках послеоперационного периода и через 4-6 месяцев мы не видим достоверной разницы в функциональных показателях между двумя операциями. Нарушения тонической активности внутреннего сфинктера стой-

кие и продолжительные и только к 9-12 месяцам после операции приближаются к показателям после низкой передней резекции, у которых изменения были весьма незначительны – около 2-3% от нормы.

Как после брюшно-анальной, так и после низкой передней резекции ректо-анальный ингибиторный рефлекс отсутствовал у всех больных. Появление нового колоанального ингибиторного рефлекса происходит не ранее 9-12 месяцев вне зависимости от выполненной операции со значительным увеличением порога рефлекса, его латентного периода, и снижением средней амплитуды и продолжительности.

Субъективные пороги чувствительности были существенно снижены без достоверной разницы между двумя операциями. Порог первого ощущения на 22-24%, порог первого позыва к дефекации на 36-39% и максимально терпимого объема на 48-51% с уменьшением диапазона между ними.

В данном исследовании мы не выявили разницы в характеристиках накопительной функции. Как после брюшно-анальной, так и после низкой передней резекции показатели адаптационной способности кишки были одинаково увеличены: величина максимального давления на 33-36%, время адаптации на 43-46% и уровень остаточного давления на 51-54%. Аналогичная ситуация с показателями эластичности: коэффициент эластичности снижен на 32-35% и порог сократительного ответа на 24-26%.

Сенсорная и накопительная функций в двух группах восстанавливаются не ранее 9-12 месяцев, при этом мы не выявили достоверной разницы в показателях между двумя операциями.

Причина худших функциональных результатов брюшно-анальной резекции по сравнению с низкой передней в нарушении тонической активности наружного сфинктера в течении 4-6 месяцев и внутреннего сфинктера в течении 9-12 месяцев после операции.

**ВЫВОД.** Функциональные нарушения, характерные для синдрома низкой передней резекции прямой кишки, обусловлены комплексными изменениями сократительной, рефлекторной, сенсорной и накопительной функций прямой кишки и её сфинктерного аппарата.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Майстренко Н.А., Сазонов А.А.

ВМедА им. С.М.Кирова, клиника факультетской хирургии им. С.П.Федорова, г. Санкт-Петербург, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** На территории России первичный диагноз рака толстой кишки ежегодно устанавливается у 60000 человек, при этом высокие показатели заболеваемости отмечаются и в Северо-Западном регионе. Известно, что встречаемость колоректального рака достигает пиковых значений к 65-70 годам. Отсутствие эффективных методик скрининга не позволяет улучшить показатели ранней диагностики данного заболевания. Как следствие, не снижается удельный вес местнораспространенных форм рака толстой кишки. Высокая частота местнораспространенного рака толстой кишки, наряду с его «старением», свидетельствуют об актуальности вопроса применения комбинированных вмешательств у больных пожилого и старческого возраста.

**ЦЕЛЬ.** Оценить результаты хирургического лечения больных местнораспространенным колоректальным раком пожилого и старческого возраста.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С января 2010 по ноябрь 2014 г. комбинированные и расширенные вмешательства были выполнены 102 пациентам с местнораспространенным раком толстой кишки. Пациенты были разделены на 2 группы по возрастному фактору. Основную группу из 66 человек составили больные пожилого и старческого возраста. Контрольная группа была сформирована из 36 пациентов моложе 60 лет. Преобладающей локализацией первичной опухоли, как в основной, так и в контрольной группе была прямая и сигмовидная кишка. Почти у всех пациентов имелись выраженные паратуморальные осложнения, значительно ухудшавшие их общее состояние.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Послеоперационной летальности удалось избежать в обеих группах. Развитие осложнений в послеоперационном периоде было зафиксировано у 33% больных в основной группе и у 25% – в контрольной. Показатель общей двухлетней выживаемости составил: 73,2% и 78,3%, соответственно. При этом канцер-специфическая смертность в группе больных гериатрического профиля оказалась несколько ниже, чем у пациентов моложе 60 лет. Двухлетняя безрецидивная выживаемость составила 65,9% – в основной группе и 52,2% – в контрольной.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Таким образом, выполнение комбинированных и расширенных операций по поводу местнораспространенного рака толстой кишки у больных старших возрастных групп сопряжено с некоторым увеличением риска развития осложнений в раннем послеоперационном периоде. Однако данная хирургическая тактика приносит обнадеживающие отдаленные результаты, а, следовательно, представляется весьма обоснованной и эффективной.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Мударисов Р.Р., Алиев С.Р., Мнойн А.Х., Мусин А.И.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, ГКБ № 15 им. О.М.Филатова, г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Колоректальный рак занимает одну из основных позиций среди общего количества онкологических больных в РФ, при этом отмечается прогрессивный рост заболеваемости. Значительная часть больных колоректальным раком госпитализируется в общехирургические стационары по экстренным показаниям с осложненным течением болезни. Лечение этих больных является сложной задачей для ургентных хирургов.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С января 2011 г. по декабрь 2015 года в ГБУЗ ГКБ № 15 им. О.М.Филатова ДЗМ оперировано 409 пациентов с осложненным колоректальным раком. Из них 359 (87,8%) больных, с толстокишечной непроходимостью и 50 (12,2%) пациентов с рецидивирующим кишечным кровотечением. Средний возраст больных составил 66 лет (25-101). Соотношение женщин к мужчинам 242/167 (59,2%/40,8%). Лапароскопический доступ применялся в 81 (19,8%) случае (женщин – 49 (60,5%), мужчин – 32 (39,5%).

На фоне консервативной терапии симптомы остро го состояния купированы. При обследовании опухоль правых отделов ободочной кишки выявлена у 11 (13,6%) пациентов, левой половины – у 37 (45,7%) больного, прямой – 33 (40,7%).

Стенозирующий рак диагностирован у 74 (91%) пациентов, кровотечение отмечено у 32 (26%) больных. После предоперационной подготовки, в отсроченном периоде в срок от 3 до 5 дней пациентам выполнены различного характера радикальные операции.

Из них лапароскопические резекции выполнены у 73 пациентов (резекция сигмовидной кишки – 27, из них 4 – обструктивные; передняя резекция – у 25; левосторонняя гемиколэктомия – 6, из них 2 – обструктивные; правосторонних гемиколэктомий – 10; операции Гартмана – 4; резекция п/о кишки – 1. У 4 пациентов выполнена лапароскопически-ассистируемая операция (брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки – 3, резекции сигмовидной кишки – 2). В одном случае выполнена лапароскопическая ревизия брюшной полости с сигмостомией и в двух случаях – трансверзостомия.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Средняя продолжительность операции составила 113 минут (65-160). Интраоперационная кровопотеря минимальная (менее 100 мл). Дренаж из брюшной полости удалялся на следующие сутки и больные активизировались. В послеоперационном периоде уже на 2-е сутки больные не нуждались в наркотическом обезболивании. Восстановление нормальной перистальтики отмечена через 24-48 часов. В послеоперационном периоде из пролеченных пациентов у 4-х сохранялся парез желудочно-кишечного тракта, который разрешился на фоне консервативных мероприятий. Задержка мочеиспускания наблюдалась у 3 пациентов. У 2-х больных отмечена несостоятельность анастомоза на 4-е и 5-е сутки. Смертей не отмечено.

**ВЫВОДЫ.** При лапароскопическом доступе наблюдается малая травматичность, низкая кровопотеря, быстрая активизация больных, снижение болевого синдрома, при этом не увеличивается число послеоперационных осложнений. Применение лапароскопических технологий в общехирургическом стационаре должно стать золотым стандартом хирургического лечения осложненного колоректального рака.

## О ТРАНССЕКЦИИ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Муштафин Р.Д., Есин В.И., Молчанова Ю.Р.

ГБОУ ВПО Астраханский медицинский университет, ГБУЗ АМОКБ, г. Астрахань, Россия

В исследование включены 65 пациентов, оперированных с 2009 по 2015 г. Средний возраст больных составил 65,5 лет. Мужчин было 44, женщин – 21. Выполнено 28 правосторонних гемигепатэктомий, 9 – левосторонних (из них 2 расширенных), 16 секторэктомий и 12 сегментэктомий, включая 3 резекции хвостатой доли. Все резекции печени выполняли так называемым «воротным» способом с идентификацией элементов портальной триады. У 9 пациентов на воротном этапе операции использовали так называемый экстраглиссоновый подход. Для оценки эффективности применявшихся способов транссекции паренхимы печени больные были разделены на три группы: первая группа, в которой применяли метод Kelly-crushing – 29 человек, вторая (с применением аппарата En Seal) – 20 человек, третья (Sony Scision) – 16 человек.

Статистические различия были выявлены нами между первой и третьей группами по объему интраоперационной кровопотери, времени паренхиматозной транссекции и, соответственно, продолжительности применения приема Прингла. В группе с применением метода Kelly, несмотря на достоверно более быстрое рассечение паренхимы, общая продолжительность оперативного вмешательства не отличалась от других групп, поскольку этим пациентам требовалось большее количество дополнительных 8-образных атравматических швов на этапе контроля гемостаза. Клинических различий по течению послеоперацион-

ного периода между группами пациентов нами выявлено не было, по основным клинико-биохимическим параметрам, мы не обнаружили в группах пациентов клинически значимых проявлений печеночной недостаточности.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Все три проанализированные нами способа операции являются эффективными и достаточно безопасными. Вместе с тем, выбор способа разделения паренхимы печени при выполнении ее анатомической резекции остается обсуждаемым вопросом и в большей степени зависит от технического обеспечения учреждения.

## ПОВТОРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Мустафин Р.Д., Есин В.И., Шабеева М.М.

Астраханский государственный медицинский университет, Александро-Мариинская областная клиническая больница, г. Астрахань, Россия

Повторные резекции печени при метастазах колоректального рака являются сложным вмешательством, особенно при возникновении компрессионной или обтурационной желтухи. Приводим наше наблюдение. Больной Х., 62 лет, в 29.10.2012 года оперирован в связи с аденокарциномой прямой кишки Т3N0M0, выполнена низкая передняя резекция. 15.01.2013 – правосторонняя гемигепатэктомия в связи с метастазами в S6-8.

В феврале 2014 г. при КТ-исследовании в IV сегменте печени обнаружен метастаз размерами 3,3×4,5 см с расширением долевого и сегментарных протоков, выполнена ЧЧХ с дренированием левого долевого протока. 29.04.2014 оперирован. Лапаротомия J-образным разрезом. Выраженный спаечный процесс вокруг гипертрофированной культи печени. По верхнему контуру культи S4a имеется плотная округлая опухоль диаметром около 4 см, распространяющаяся по задней поверхности на сохранившиеся элементы печечно-12 перстной связки. На остальном протяжении паренхима печени без признаков опухолевого поражения. Решено выполнить резекцию S4 с формированием гепатикоюноанастомоза. После пересечения дистального отдела холедоха выполнена диссекция гепатодуоденальной связки с отделением ее от хвостатой доли, рассечена воротная пластина, под ней обнаружен свободный от опухоли участок желчного дерева, которое на этом уровне пересечено. Выполнена резекция S4 методом Kelly, идентифицированы и выделены три расположенных «вплотную» друг к другу крупных желчных протока (S4b, S2, S3) – тотчас выше развилки левого долевого протока. Сформировано позадибодочное соустье трех сегментарных протоков с тощей кишкой однорядным прецизионным атравматическим швом («моноплос» 4/0) по Ру. В послеоперационном периоде сформировался наружный желчный свищ, который самостоятельно закрылся через 3 недели. Пациенту было проведено 8 курсов полихимиотерапии по схеме FOLFOX+бевацизумаб (бевацизумаб пациент получал в течение года).

Осмотрен через 2 года. Жалоб не предъявляет, признаков рецидива и прогрессирования заболевания не выявлено, ведет активный образ жизни.

## ТРАНСАНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ LST И РАННИХ ФОРМАХ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Нечай И.А., Афанасьева Е.П., Мальцев Н.П.

Отделение колопроктологии СПб ГБУЗ № 40, кафедра ПДМО СПб ГУ, г. Санкт-Петербург, Россия

**ВВЕДЕНИЕ.** Ворсинчатые стелющиеся опухоли и полипы прямой кишки имеют, как известно, высокий риск малигнизации. Степень этого риска увеличивается с размером образования [Bond, 2000 г.] Наибольшие трудности возникают при выборе оптимального метода лечения злокачественных опухолей ранних стадий, ворсинчатых аденом стелющегося типа роста (LST) и на широком основании. Такие образования могут занимать значительную площадь стенки кишки и иметь разную степень интраэпителиальной неоплазии в отдельных участках. Поэтому способы удаления этих образований должны быть радикальными, безопасными и органосохраняющими.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включен 41 пациент с гистологически подтвержденными ворсинчатыми аденомами прямой кишки, опухолями стелющегося типа роста (LST) и аденокарциномами Tis-T2, проходивший лечение в отделении колопроктологии СПб ГБУЗ ГБ № 40 с 2011 по 2015 гг. В исследовании участвовало 19 (46%) женщин и 22 (54%) мужчины, возраст от 35 до 86 лет.

До операции всем больным проводилось обследование: пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, колоноскопия, МРТ с контрастированием, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография грудной полости, анализы крови и мочи. LST, располагающиеся в нижеампулярном отделе прямой кишки, удаляли путем трансанального иссечения с использованием аноректотомии. Опухоли, локализовавшиеся в средне- и верхнеампулярном отделе, удаляли через операционный проктоскоп фирмы Karl-Storz, с помощью набора специальных инструментов. Всем пациентам выполнено полное иссечение кишечной стенки с опухолью с последующим ушиванием раны. В 1 случае возникло осложнение в виде кровотечения из раны на 9 сутки после операции – остановлено прошиванием сосуда в условиях операционной. У 1 больного с LST на передней стенке верхнеампулярного отдела прямой кишки произошла перфорация кишечной стенки во время иссечения образования. Дефект ушит с использованием техники формирования внутрикишечного шва. Выполнена лапароскопия, проведена воздушная проба, которая была отрицательная. Колостомы не накладывались. Гладкое послеоперационное течение.

Всего удалено 41 образование, в том числе 8 злокачественных опухолей Tis-3; T1-4; T2-1. По результатам патоморфологического исследования удаленных препаратов еще в 2 (4,9%) случаях была определена высокодифференцированная аденокарцинома (1 – T1sm2, 1 – T1sm3), а при исходно биопсийном обследовании – ворсинчатая аденома. Эти пациенты получали адъювантную лучевую терапию и находятся под нашим наблюдением, как и все другие пациенты.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Отдаленные результаты оценены у 35 пациентов, у которых с момента операции прошло не менее 12 месяцев. У 4 (9,7%) пациентов диагностирован рецидив. В одном случае, у пациента через 6 месяцев после ТЭО возник рецидив ворсинчатой опухоли в зоне послеоперационного рубца – 0-Is – выполнена эндоскопическая полипэктомия. У другого пациента диагностирован рецидив через 9 месяцев, ему проведено повторное ТЭО. В третьем случае, рецидив выявлен у пациентки после трансанального иссечения ворсинчатой опухоли нижеампулярного отдела прямой

кишки – 0-Is – повторное трансанальное иссечение. У одной пациентки развился рецидив рака ниже-ампулярного отдела прямой кишки после иссечения опухоли стадии T2. Ей выполнена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

**ВЫВОДЫ.** Трансанальное иссечение опухоли с использованием аноретрактора и операционного проктоскопа на жесткой платформе (ТЭО) являются наиболее эффективными и безопасными методами хирургического лечения крупных ворсинчатых аденом, LST и ранних форм рака прямой кишки. Частота рецидивирования при этом составила 4 (9,7%), послеоперационные осложнения развились в 4,9% случаев.

## КОМПРЕССИОННАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЭЛАСТОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МАЛИГНИЗАЦИИ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Орлова Л.П., Самсонова Т.В., Майновская О.А., Абашина Е.М.

ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии им. А.Н.Рыжих» Минздрава РФ, г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Колоректальный рак примерно в 90% случаев развивается из существующих аденом, которые в свою очередь имеются приблизительно у 25% населения в возрасте старше 50 лет. Несмотря на высокую значимость данного аспекта и активное развитие современных технологий, диагностика малигнизации ворсинчатых опухолей по сей день остается нерешенной проблемой.

**ЦЕЛЬ.** Определить качественные и полуколичественные критерии ультразвуковой эластографии при аденоме и раке прямой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Обследовано 45 больных, находящихся на лечении в ГНЦ колопроктологии с диагнозом опухоль прямой кишки. Всем больным проводилось эндоректальное ультразвуковое исследование с использованием линейного датчика частотой 10 МГц, доплерографии в энергетическом режиме и компрессионной эластографии. У 23 пациентов опухоль локализовалась в ниже-ампулярном отделе прямой кишки, у 21 – в средне-ампулярном и у 1 – в выше-ампулярном. Все больные оперированы. При проведении ультразвукового исследования оценивались локализация опухоли, структура и форма новообразования, наличие и степень инфильтрации кишечной стенки, состояние параректальной клетчатки, наличие увеличенных лимфатических узлов, ангиоархитектоника опухоли, качественные и полуколичественные показатели ультразвуковой эластографии.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При гистологическом исследовании операционных препаратов в 26 случаях выявлены доброкачественные опухоли (12 тубулярно-ворсинчатых и 14 ворсинчатых аденом), в 19 – аденома + аденокарцинома. При проведении доплерографии в энергетическом режиме для доброкачественной аденомы с узловым типом роста характерна древовидная васкуляризация, для стелюющейся – центральный сосуд с элементами древовидности, при малигнизации – ангиоархитектоника опухоли нарушается. При проведении ультразвуковой компрессионной эластографии эластограмму оценивали по цветовой и количественной шкале жесткости. Мягкие ткани картировались оттенками зеленого и красного цвета, более плотные – в оттенки синего цвета. Для ворсинчатой опухоли характерен мозаичный тип картирования – равномерное распределение синих и зеленых участков, для малигнизированной – смешанный тип цветового картирования с преобладанием участков синего цвета –

занимающих более 50% площади всей опухоли – или с преобладанием участков синего цвета и наличием единичных локусов зеленого цвета. Используя методы описательной статистики для количественных показателей, мы получили коэффициент жесткости для доброкачественной опухоли – медиана – 1,42, процентиль – 0,16-5,43, и малигнизированной – медиана 32, процентиль – 10-56,7.

При проведении исследования были выявлены факторы, затрудняющие диагностику. К ним относятся – рецидивные аденомы, развившиеся на фоне рубцовых изменений, выпадающая аденома из анального канала, при микроочаговой инвазии в мышечный слой возможна недооценка глубины инфильтрации кишечной стенки; при повышенной васкуляризации опухоли может быть снижен коэффициент жесткости.

**ВЫВОДЫ.** 1) применение компрессионной ультразвуковой эластографии повышает диагностическую значимость метода – в ряде случаев открываются возможности проводить дифференциальную диагностику доброкачественных аденом прямой кишки и аденом с участками рака «in situ»;

2) дальнейшее изучение этого метода имеет важное значение в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных образований прямой кишки.

## ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Полутарников Е.А., Довбета Е.В., Мерзляков М.В., Хапаева Т.Н.

ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница», г. Кемерово, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** По данным ВОЗ, рак ободочной кишки прочно занимает третье место в структуре злокачественных заболеваний, а как причина онкологической смертности рак толстой кишки уступает лишь раку легкого.

Рак толстой кишки является ведущей причиной кишечной непроходимости (85%). Традиционное лечение обтурационной кишечной непроходимости завершается формированием колостомы.

Использование колоректальных стентов открывает новые возможности лечения тяжелого контингента больных. Эта методика может быть использована как с целью предоперационной подготовки, так и в качестве окончательного способа лечения больных, которым операция не показана вследствие распространенности опухолевого процесса либо из-за тяжести сопутствующих заболеваний.

**ЦЕЛЬ.** Оценить результаты колоректального стентирования на основании первого опыта использования саморасширяющихся нитиноловых стентов.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проанализированы результаты использования стентирования толстой кишки в Клинике хирургии ГАУЗ КОКБ у 12 пациентов. Из них 9 мужчин и 3 женщины. Возраст варьировал от 42 до 86 лет. Все пациенты были госпитализированы в стационар по «скорой помощи» с клинико-рентгенологической картиной. Причинами непроходимости кишечника явились: рак нисходящего отдела ободочной кишки – 3, рак сигмовидной кишки – 4, рак прямой кишки – 3, доброкачественная стриктура зоны анастомоза после ранее выполненных резецирующих вмешательств – 2.

Всем пациентам, в первые сутки госпитализации были установлены саморасправляющиеся стенты SX-ELLA Stent из никелид-титанового сплава.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Технически стентирование выполнено у всех больных. Стул у всех пациентов состоялся

на операционном столе. Полное расправление стентов достигнуто на первые сутки после имплантации. Нормализация стула получена на вторые – третьи сутки.

В одном случае у пациентки с доброкачественной стриктурой возникла перфорация зоны анастомоза, которая была сразу же диагностирована. 9 пациентов радикально оперированы после подготовки кишечника на 4-7 сутки. Пациент с неоперабельным раком прямой кишки после стентирования, в течение первых 6 месяцев дважды обращался в клинику для повторной имплантации стента, вследствие его миграции. Смерть пациента через 5 месяцев. До последнего дня жалоб на нарушения стула не было.

**ВЫВОДЫ.** Установка никелид-титановых саморасправляющихся колоректальных стентов для купирования явлений острой кишечной непроходимости с последующим выполнением радикального вмешательства является оптимальным вариантом хирургической тактики.

Эндопротезирование позволяет улучшить качество жизни пациентов с неоперабельным раком толстой кишки в качестве окончательного способа лечения.

## ЛЕЧЕНИЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ИНВАЗИЕЙ В ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНУЮ КИШКУ

Помазкин В.И.

*Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург, Россия*

Лечение местнораспространенного рака толстой кишки с вовлечением в опухолевый процесс органов панкреатодуоденальной зоны вызывает большие трудности.

Целью работы являлся анализ нашего опыта хирургического лечения рака ободочной кишки при инвазии опухоли в двенадцатиперстную кишку. В исследование включены результаты лечения 7 больных в возрасте от 68 до 76 лет. У 1 пациента была выполнена панкреатодуоденальная резекция с правосторонней гемиколэктомией. У 6 больных правосторонняя гемиколэктомия сочеталась с атипичной резекцией двенадцатиперстной кишки. Для замещения ее дефекта, составляющего от 2/3 до 3/4 окружности, использовали трансплантат, выкроенный из начального отдела тощей кишки с созданием дуоденоюноанастомоза по типу «бок-в-бок». При исследовании маркированных краев удаленной части двенадцатиперстной кишки, у всех больных они оставались интактными от опухолевого роста, что позволяло расценивать радикальность резекции на уровне R0. В раннем послеоперационном периоде летальных исходов не было. Послеоперационные осложнения были: панкреатический свищ (14,3%), спаечная кишечная непроходимость (14,3%), кровотечение из острых язв желудка (14,3%). Ни один из пациентов не требовал повторного оперативного вмешательства. В отдаленном периоде все больные отмечали удовлетворительную функцию работы верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Умер 1 пациент с панкреатодуоденальной резекцией через 6 месяцев при генерализации опухолевого процесса. Среди пациентов с резекцией двенадцатиперстной кишки спустя 3 года после операции не имели отдаленных метастазов или местных рецидивов 5 (83,3%) больных. Комбинированные операции при местнораспространенном раке ободочной кишки с изолированной инвазией в двенадцатиперстную кишку с атипичной ее резекцией имеют хорошие непосредственные и отдаленные результаты. Образовавшийся дефект двенад-

цатиперстной кишки может быть ликвидирован созданием дуоденоюноанастомоза с петлей начального отдела тощей кишки.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ ДВУХЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕВОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Помазкин В.И.

*Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург, Россия*

Единого мнения по вопросам хирургической тактики при обтурационной опухолевой непроходимости левой половины толстой кишки до настоящего времени нет. Целью работы была оценка отдаленных результатов двух вариантов двухэтапного лечения опухолевой толстокишечной непроходимости. В основную группу включено 260 больных с формированием на первом этапе двустольной колостомы и последующей резекции толстой кишки с удалением опухоли и ликвидацией стомы. В контрольную группу включено 192 пациента с выполнением на первом этапе обструктивной резекции кишки и последующей восстановительной операцией. Группы были сопоставимы по возрасту, половому составу, стадии опухоли. Средний срок существования колостомы в основной группе составил 41,2 дня, в контрольной – 196,3. При восстановительной операции отсутствие спаек в брюшной полости было у 45,4% больных основной группы, в контрольной – лишь у 5,2%. В тоже время, выраженный спаечный процесс 3 степени был, соответственно, у 4,5% и 22,4% пациентов. На восстановительном этапе послеоперационная летальность в основной группе составила 1,2%, в контрольной 1,5%. Осложнения после операции наблюдались, соответственно, у 9,2% и у 34 (17,7%) пациентов. Уже на этом этапе в контрольной группе ранний местный рецидив опухолевого процесса был выявлен у 8,8% больных. При оценке качества выполненной первичной операции Гартмана, неудаленная зона регионарного лимфооттока была обнаружена у 25,2% пациентов. После завершающего этапа лечения местные рецидивы выявлены у 5,1% больных основной группы и 13,7% контрольной группы. Соответственно, частота выявленных метастазов составила 7,1% и 16,7%. Кумулятивная выживаемость через 3 года в основной группе была 81,6%, в контрольной – 65,7%, через 5 лет – 69,4% и 50,9%, соответственно. Выполнение разгрузочной колостомы при опухолевой непроходимости левой половины толстой кишки и отсроченной радикальной операции с одномоментным восстановлением целостности кишечного тракта имеет лучшие отдаленные результаты по сравнению с неотложными радикальными обструктивными резекциями толстой кишки и последующим восстановлением пассажа.

## НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ В СТРУКТУРЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Помазков А.А., Черкасов М.Ф., Хиндикайнен А.Ю., Кушнарева О.Э., Федорова К.Ю.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Нейроэндокринные опухоли (НЭО) составляют до 20% новообразований желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). До 89% НЭО ЖКТ локализу-



ются в пределах тонкой и толстой кишки. В большинстве случаев НЭО диагностируются на поздней стадии из-за небольших размеров, медленного роста и полиморфизма клинической симптоматики, что значительно снижает шансы пациентов на выздоровление.

**ЦЕЛЬ.** Изучить распространенность НЭО кишечника среди пациентов хирургического отделения клиники РостГМУ за 10 лет.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Материалом исследования стали 1020 историй болезни пациентов, оперированных по поводу злокачественных опухолей в хирургическом отделении клиники РостГМУ с 2005 по 2014 гг. Выделен 431 случай опухолей ЖКТ, из них – 345 случаев опухолей кишечника, НЭО ЖКТ наблюдались в 69 случаях. НЭО кишечника диагностированы в 51 случае (20 мужчин и 31 женщина), что составило 74% НЭО ЖКТ и 15% всех опухолей кишечника. Средний возраст пациентов составил  $51 \pm 11,2$  год. Гендерные различия не выявлены.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Распределение НЭО кишечника по локализации: ободочная кишка – 45% (сигмовидная кишка – 35%, сочетанное поражение отделов ободочной кишки – 22%, поперечно-ободочная кишка – 17%, восходящий отдел – 13%, селезеночный изгиб – 9%, печеночный изгиб – 4%), прямая кишка – 35%, слепая кишка – 16%, подвздошная кишка – 4%. Распределение по системе TNM: pT4N0M0 – 47%, pT4N1M0 – 25%, pT3N0M0 – 18%, pT4N1M1 – 6%, pT3N1M0 – 4%, что соответствовало следующим стадиям: II стадия – 65%, III – 29%, IV – 6%. По степени злокачественности НЭО распределились следующим образом: G2 – 82%, G3 – 12%, G1 – 2%, сочетания G1-G2 и G2-G3 отмечены в 4% случаев.

**ВЫВОД.** Нейроэндокринный компонент выявлен в 15% (51 из 345) случаев всех опухолей кишечника. НЭО кишечника составляют 74% НЭО ЖКТ и чаще возникают в возрасте  $51 \pm 11,2$  года. Онкологический процесс в большинстве случаев локализуется в ободочной (45%) и прямой (35%) кишках. Наиболее частые характеристики НЭО кишечника по системе TNM: pT4N0M0 (47%), II стадия (65%), G2 (82%).

## ИЗМЕНЕНИЕ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Пугов А.В., Негребов М.Г., Алекперов С.Ф., Александров Л.В., Калачёв О.А.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Опухолевая толстокишечная непроходимость (ОТКН) остается заболеванием с летальностью от 12 до 48% и не всегда обоснованной хирургической тактикой.

**ЦЕЛЬ.** Изучить изменения внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) при ОТКН.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** При компенсированной ОТКН на рентгенограмме выявляли пневматизацию и/или уровни жидкости в тонкой кишке (ТК) и ободочной кишке (ОК). Субкомпенсация проявлялась пневматизацией ОК с уровнями жидкости в ОК и ТК, но без гастростазов. При декомпенсации на рентгенограммах были признаки, как и при субкомпенсации ОТКН, но с гастростазом. При изучении (ВБГ) использовали заключения согласительной конференции Всемирного общества по изучению ВБГ. В послеоперационном периоде ВБГ рассматривали как острую на фоне хронической ВБГ (из-за длительного развития ОТКН) и придерживались классификации Шайна М. ВБГ исследовали у 18 больных в возрасте

между 50 и 60 годами, без сопутствующих заболеваний. Показатели ВБГ при компенсированной ОТКН (5 пациентов) были 15-19 мм рт. ст. ( $17,2 \pm 0,5$ ). При субкомпенсированной ОТКН (7 пациентов) ВБГ 13-18 мм рт. ст. ( $15,3 \pm 0,8$ ), а при декомпенсации ОТКН (6 больных) 14-18 мм рт. ст. ( $16,5 \pm 0,7$ ). ВБГ до операции оставалось постоянной. Таким образом, любая тяжесть ОТКН не влияла на степень ВБГ, которая была умеренной ( $p > 0,05$ ). В зависимости от тактики лечения в I группу включили 7 пациентов, которым операции выполняли путем лапаротомии, а во II группу 11 больных, у которых ОТКН разрешали путем илео- или колостомии из минидоступа.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В I группе развился синдром кишечной недостаточности (СКН) тяжелой степени по илеусному типу с ВБГ средней тяжести, а у пациентов с осложнениями сохранялись проявления тяжелого СКН с присоединением тяжелой ВБГ. Разрешение СКН наступало раньше у пациентов с компенсированной ОТКН. Развитие тяжелой СКН после устранения суб- и декомпенсированной ОТКН у подавляющего большинства больных первой группы требовало продолжительной ИВЛ более 3 суток. У больных II группы с любой степенью компенсации ОТКН, проведение малоинвазивной декомпрессии кишечника сопровождалось быстрым снижением ВБГ в течение 1-2 часов с устранением ВБГ.

**ВЫВОДЫ.** Степень компенсации ОТКН не влияет на ВБГ. Малоинвазивная декомпрессия кишечника при любой степени ОТКН способствует быстрому устранению ВБГ.

## ОЦЕНКА В ПРЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Савушкин А.В., Хачатурова Э.А., Капитанов М.В., Ерошкина Т.Д.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Известно, что распространенность недостаточности питания среди госпитализированных больных пожилого и старческого возраста составляет 25-65%, что усугубляет их выздоровление после операции. В рамках исследования, направленного на выявление факторов, влияющих на оптимизацию периоперационного периода пациентов старшей возрастной группы с колоректальным раком, нами произведена оценка трофологического статуса (ТС).

**ЦЕЛЬ.** Выявить частоту нутритивной недостаточности в преоперационном периоде у пациентов пожилого и старческого возраста с колоректальным раком.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проанализированы результаты оценки трофологического статуса 38 в возрасте 74,7 (СО-5,6) лет пациентов накануне плановой операции по поводу колоректального рака. Использовались соматометрические (индекс массы тела, окружность плеча, толщина кожно-жировой складки) и лабораторные (общий белок сыворотки крови, альбумин, трансферрин, абсолютное число лимфоцитов) методы исследования. Оценка состояния питания по ИМТ производилась согласно рекомендациям ВОЗ.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Недостаточность питания выявлена в 82% случаев (1 показатель был снижен у 34%, 2 – у 29%, 3 – у 11%, 4 – у 5%, 5 – у 3%). Недостаточность питания установлена по абсолютному числу лимфоцитов в 71%, толщине кожно-жировой складки в 50%, по ИМТ только в 5% случаев. У пациентов с избытком массы тела недостаточность питания составила

78%, при ожирении – 80%, у пациентов с нормальным ИМТ – 85%. Отмеченные нами нарушения показателей белкового обмена как соматического пула так и висцерального не носили выраженного характера. В свою очередь, зафиксировано значимое снижение абсолютного числа лимфоцитов до 1,5 тыс. в 1 мкл (СО 0,5,  $p < 0,0001$ ), показателей клеточного иммунитета.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Комплексная оценка соматометрических и лабораторных показателей позволила в полной мере выявить у пациентов с колоректальным раком старшей возрастной группы нутритивную недостаточность в предоперационном периоде.

## НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ: НУЖНЫ ЛИ ДОПОЛНЕНИЯ?

Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И., Гареев Р.Н.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИДПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Послеоперационная летальность среди больных с острой толстокишечной непроходимостью (ОТКН) опухолевой этиологии достигает 44%, а послеоперационные осложнения 40%. Целью работы явилось улучшение результатов лечения больных ОТКН.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Нами пролечено 115 больных ОТКН. Интраабдоминальное давление (ИАД) измерялось путем измерения давления в мочевом пузыре, желудке, прямой кишке. Степень внутрибрюшной ишемии оценивалась по уровню лактата и pH крови.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В 94 (81,7%) случаях ИАД превышало 10 мм рт. ст. У 38 (33%) больных оно находилось в пределах 10-15 мм рт. ст., а уровень лактата и pH крови не превышали показатели нормы. Данные больные оперировались не позже 24 часов от момента поступления. У 36 (31,3%) больных ИАД находилось в пределах 16-25 мм рт. ст., в крови имел место слабо выраженный ацидоз, уровень лактата находился в пределах 2-8 ммоль/л. Из данных больных до операции 11 (9,6%) произведена лазерная реканализация толстой кишки, 12 (10,4%) – зондовая декомпрессия, после чего у 17 (14,8%) больных в течение 6 часов ИАД снизилось на 4,5±0,48 мм рт. ст. При неэффективности дооперационной декомпрессии больные оперировались не позже 12 часов от момента поступления. У 20 (17,4%) больных уровень ИАД превышал 25 мм рт. ст., в крови имели место выраженный ацидоз и повышение уровня лактата более 10 ммоль/л. Эти больные оперировались не позже 2 часов после предоперационной подготовки. Минилапаротомия с колостомией выполнена в 19 (16,5%), лапаротомия с колостомией – в 26 (22,6%), обструктивная резекция толстой кишки – в 15 (13%), резекция кишки с формированием межкишечного анастомоза – в 55 (47,9%) случаях. У 3 (2,6%) больных повышение ИАД явилось индикатором несостоятельности швов анастомоза.

**ВЫВОДЫ.** Измерение ИАД, pH и уровня лактата крови позволяют объективно оценить тяжесть и степень компенсации ОТКН, эффективность консервативного лечения, своевременно выставить показания к тому или иному объему операции и определить сроки ее выполнения. Ввиду всего вышесказанного, считаем необходимым дополнить национальные клинические рекомендации по лечению больных с кишечной непроходимостью опухолевой этиологии обязательным учетом вышеописанных показателей.

## ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Тотиков З.В., Тотиков В.З.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ, Россия

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты лечения больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью путем совершенствования хирургической тактики и создания условий для проведения комбинированных и комплексных методов лечения.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Под нашим наблюдением находился 442 больных, госпитализированных с клиникой острой обтурационной непроходимости.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При 1 стадии (30,8% больных) через 7-10 дней после разрешения непроходимости выполнялись одноэтапные радикальные или паллиативные операции. При 2-3 стадиях эндоскопическая реканализация оказалась успешной у 39 (45,3%) пациентов и им в течение 7-10 дней выполнены одноэтапные операции. Остальные 319 больных оперированы в течение 24 часов при 2 стадии, и в течение 12 часов – при 3 стадии. В том числе, 172 больным наложены двустольные трансверзо- или илеостомы, у 6 пациентов одностольные сигмостомы, у 17 больных – двустольные постоянные колостомы над опухолью, 22 пациентам выполнены первичные правосторонние гемиколэктомии с анастомозом или со стомами. Из 47 (10,7%) больных с 4 стадией у 9 выполнены лапаротомии с наложением двустольных колостом, у 38 больных – резекции со стомами. На втором этапе у 161 больного с двустольными илео- или трансверзостомами выполнены радикальные операции с наложением анастомозов. У 5 больных правосторонняя гемиколэктомия с ликвидацией стом. У 11 больных выполнены экстирпации прямой кишки. И 41 больному после операции Гартмана, Микулича или Лахей – восстановительные операции через 2-3 месяца. 3 этап – закрытие проксимальных стом выполнен у 160 больных, через 2-3 недели у больных с илеостомами, через 2-3 месяца – у больных с трансверзостомами. Перед радикальным этапом у 10 пациентов проведена лучевая или химиолучевая терапия, у 115 интраоперационная внутрибрюшная или внутритазовая химиотерапия. Системная послеоперационная химиотерапия после радикального этапа была проведена 352 больным. В связи с чем, сроки восстановительного 3 этапа зависели от окончания химиотерапии. На всех этапах умерло 22 (5,0%) больных, осложнения выявлены у 80 (18,1%) больных.

**ВЫВОДЫ.** Предложенная классификация и лечебно-диагностический алгоритм позволяют снизить количество летальных исходов и осложнений, создать условия для проведения комплексных методов лечения и избежать тяжелых восстановительных этапов.

## ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАСПРОСТРАНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Тур Г.Е., Тур А.Г., Буралкин Д.А., Поддубный И.К., Алехнович В.Ю.

Минский городской клинический онкологический диспансер, г. Минск, Республика Беларусь

**ВВЕДЕНИЕ.** Хирургический метод является основным в лечении колоректального рака. Прорастание опухоли в смежные органы значительно осложняет

лечебный процесс и оказывает влияние на непосредственные результаты лечения.

**ЦЕЛЬ.** Изучить непосредственные результаты комбинированных операций в лечении местно-распространенного колоректального рака.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 153 пациентов, которым были произведены комбинированные операции за период с 01.01.2008 по 31.12.2010 гг. Среди всех пациентов было 106 женщин и 47 мужчин. Средний возраст пациентов составил  $62,4 \pm 10,54$  (33-88) лет. Первичная опухоль локализовалась в правом фланге ободочной кишки у 24 пациентов, в поперечной ободочной кишке – у 7, в левом фланге – у 15, в сигмовидной кишке – у 53, в области ректо-сигмоидного соединения и в прямой кишке – у 54.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Комбинированная операция предусматривала удаление первичной опухоли с резекцией, либо удалением органа и смежных тканей, вовлеченных в опухолевый процесс. Правосторонняя гемиколэктомия выполнена 23 пациентам, резекция поперечной ободочной кишки – 3, левосторонняя гемиколэктомия – 21, резекция сигмовидной кишки – 47, передняя резекция прямой кишки – 36, экстирпация прямой кишки – 7, операция Гартмана – 13, субтотальная колэктомия – 1, тотальная тазовая экзентерация – 1. При комбинированных операциях резекция тонкой кишки была выполнена 28 пациентам, желудка – 15, двенадцатиперстной кишки – 3, поджелудочной железы – 9, мочевого пузыря – 22, мочеоточника – 11, предстательной железы – 3, брюшной стенки – 10, диафрагмы – 3, гистерэктомия, либо только аднексэктомия – 38, везикулэктомия – 2, нефрэктомия – 2, спленэктомия – 4, краевая резекция печени – 3 пациентам, соответственно. Послеоперационные осложнения, потребовавшие повторных операций и дополнительного лечения, либо приведших к летальному исходу, возникли у 21 (13,7%) пациента. Несостоятельность анастомоза с развитием перитонита была выявлена у 6 пациентов, кишечная непроходимость – у 3, ТЭЛА – у 3, интраабдоминальный абсцесс – у 2, прободная язва – у 1, интраабдоминальное кровотечение – у 1, эвентрация – у 2, обструктивная уропатия – у 3, воспаление послеоперационной раны – у 7, соответственно. Послеоперационная летальность составила 3,27% (5 пациентов).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Показатель осложнений после комбинированных операций составил 13,7%. Послеоперационная летальность составила 3,27%.

## РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАКЕ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ

Фоменко О.Ю., Рыбаков Е.Г.,  
Пикунов Д.Ю., Белоусова С.В.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Частота выполнения брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с формированием постоянной колостомы при раке нижнеампулярного отдела составляет 18-58%. В последнее время разрабатываются хирургические методики, позволяющие сохранить элементы анального жома без снижения онкологической эффективности.

**ЦЕЛЬ.** Улучшение результатов хирургического лечения больных раком нижнеампулярного отдела прямой кишки путем доказательства функциональной целе-

сообразности применения сфинктеросохраняющих операций.

**МЕТОДЫ.** В исследование включены 40 больных раком нижнеампулярного отдела прямой кишки, которым выполнена проктэктомия с частичным сохранением наружного сфинктера, формированием гладкомышечной манжетки и С-образного толстокишечного резервуара. Медиана возраста составила 54 (29-75) года, мужчин было 27 (45%). Всем пациентам выполняли интерференционную ЭМГ и аноректальную манометрию до основной операции, перед закрытием превентивной стомы и через 3, 6, 12 и 24 месяца после ее закрытия. Одним из критериев включения пациентов в исследование являлось отсутствие нарушений функции запирающего аппарата прямой кишки перед началом лечения.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** По данным ЭМГ сохраненных порций наружного сфинктера, отмечен быстрый прирост показателей биоэлектрической активности при волевом сокращении: с  $61,5 \pm 5,1$  мкВ до  $92,3 \pm 12,1$  мкВ (перед закрытием стомы и через 6 месяцев после включения в пассаж нефункционирующих структур запирающего аппарата, соответственно), достигая  $102,4 \pm 24,3$  мкВ к 24 месяцам. Вероятно, при функциональной нагрузке происходит компенсаторная гипертрофия мышечных волокон сохраненных порций наружного сфинктера, что и проявляется увеличением биоэлектрической активности, особенно при волевом сокращении. При аноректальной манометрии показатели среднего давления покоя перед закрытием превентивной стомы составили  $28,4 \pm 9,6$  мм рт. ст., при волевом сокращении –  $106,6 \pm 42,4$  мм рт. ст. После закрытия стомы показатели прогрессивно увеличивались, и через два года прирост составил около 50%, достигая нижних границ физиологической нормы.

**ВЫВОДЫ.** При помощи функциональных методов исследования доказана возможность восстановления физиологических механизмов удержания кишечного содержимого при сфинктеросохраняющих операциях по поводу нижнеампулярного рака прямой кишки.

## ФОРМИРОВАНИЕ АНАСТОМОЗА «БОК-В-КОНЕЦ» – ФУНКЦИОНАЛЬНО ОБОСНОВАННЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ

Фоменко О.Ю., Шелыгин Ю.А., Рыбаков Е.Г.,  
Пикунов Д.Ю., Белоусова С.В., Будтуев А.С.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** При среднеампулярном раке прямой кишки операцией выбора является тотальная мезоректумэктомия с удалением всей ампулы прямой кишки. При этом после операции в большинстве случаев наблюдаются функциональные нарушения в виде синдрома низкой передней резекции (СНПР) прямой кишки. Одним из методов профилактики СНПР может быть формирование колоректального анастомоза «бок-в-конец», аналогично другим предложенным ранее резервуарным методикам.

**ЦЕЛЬ.** Улучшение функциональных результатов хирургического лечения больных раком среднеампулярного отдела прямой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В рандомизированное исследование включены 80 больных раком среднеампулярного отдела прямой кишки, которым выполнена низкая передняя резекция с формированием колоректального анастомоза: у 40 пациентов анастомоз наложен «бок-в-конец» (основная группа), у 40 – «конец-в-конец» (контрольная группа). Медиана воз-

раста в основной группе составила 61 (55-65) лет, в контрольной – 63 (58-69) лет ( $p=0,06$ ), в основной группе мужчин было 12 (30%) человек, в контрольной группе – 20 (50,0%). Все пациенты обследованы методами аноректальной манометрии: профилометрии и исследованием резервуарной функции.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При оценке функции держания статистически значимых различий между группами отмечено не было. Однако, давление покоя через 1 месяц после восстановительной операции в основной группе было несколько выше, чем в контрольной ( $25,6 \pm 6,7$  мм рт. ст. против  $22,8 \pm 6,55$  мм рт. ст.,  $p=0,06$ ). В сроки 3 и 6 месяцев эти показатели выравнивались и увеличивались, в среднем, на 30,0% от исходных. При исследовании резервуарной функции наиболее выраженной была динамика увеличения максимально переносимого объема внутри обеих групп: от  $127,0$  см<sup>3</sup> через 1 месяц после восстановительной операции до  $180,0$  см<sup>3</sup> через 6 месяцев в основной группе ( $p < 0,0001$  ANOVA) и, аналогично, от  $120,0$  см<sup>3</sup> до  $167,0$  см<sup>3</sup> – в контрольной ( $p < 0,0001$  ANOVA).

**ВЫВОДЫ.** При помощи функциональных методов исследования доказана возможность создания механизмов удержания кишечного содержимого при операциях с формированием колоректального анастомоза «бок-в-конец» по поводу среднеампулярного рака прямой кишки, что может служить способом профилактики СНПР.

## РОБОТИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ С ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЕЙ (ТМЕ)

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

Московский клинический научно-практический центр  
Департамента здравоохранения города Москвы,  
г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Известно, что резекция прямой кишки, сопровождающаяся тотальной мезоректумэктимией (ТМЕ), является на настоящий момент основным методом лечения злокачественных новообразований нижне- и среднеампулярного отделов прямой кишки. Такого рода вмешательства традиционно ассоциируются с высоким риском развития урологических осложнений, сексуальных расстройств, анальной инконтиненции. В первую очередь, это обусловлено повреждением элементов вегетативной нервной системы (ВНС) во время операции. Повреждение нервных структур напрямую зависит от качества визуализации операционного поля во время вмешательства, особенно это актуально у пациентов мужского пола с избыточной массой тела (ИМТ более 35), глубоким узким тазом.

**ЦЕЛЬ.** Оценить непосредственные результаты роботических резекций прямой кишки с ТМЕ.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включены 14 пациентов, которым в период с января 2015 года по январь 2016 года проведено комплексное лечение рака прямой кишки (стадии T2-3N0-2M0-1); из них 5 – мужчин, 9 – женщин. Средний возраст пациентов составил  $55,3 \pm 13,0$ . Группу сравнения составили 30 пациентов, перенесших резекцию прямой кишки лапароскопическим и традиционным лапаротомным доступом (12 – лапаротомным; 18 – лапароскопическим).

Во всех случаях выполнена роботическая резекция прямой кишки с ТМЕ и полным сохранением элементов ВНС. До операции и в послеоперационном периоде было выполнено обследование пациентов, включающее оценку по шкале IPSS, позволяющей оценить частоту и степень урологических расстройств (УР)

таких как ишурия, никтурия, поллакиурия, недержание мочи. Работа анального сфинктера оценивалась по опроснику – шкале Векснера. Дополнительно оценивалось качество жизни пациентов по международной шкале QOL. Отдельно морфологами оценивалось качество мезоректумэктомии.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Непосредственные результаты оценены у всех 14 пациентов. После удаления уретрального катетера мочеиспускание восстановилось у 13 пациентов в период до 4 дней после операции (от 2 до 4 дней). У 1 пациента уродинамика восстановлена в течение одного месяца, что потребовало формирования эпизиостомы. Оценка уродинамики после операции по шкале IPSS показала незначительные (не имеющие клинического значения) изменения у 13 пациентов. К моменту выписки у 13 пациентов отмечено некоторое ухудшение показателей по шкале IPSS, которые полностью восстановились в течение 6 недель.

По шкале Векснера отмечено ухудшение показателей в раннем послеоперационном периоде, с восстановлением функций через 6 месяцев после операции.

Качество жизни в послеоперационном периоде оценено 13 пациентами как хорошее и у 1 пациента с эпизиостомой как неудовлетворительное.

Качество удаленного препарата расценено как хорошее (Quarke III) у 13 пациентов, удовлетворительное (Quarke II) – у 1-го.

**ВЫВОДЫ.** Качество выполнения мезоректумэктомии при использовании роботической системы выше в сравнении с открытой и лапароскопической резекцией прямой кишки с ТМЕ; также отмечается улучшение функциональных результатов у пациентов, перенесших роботические операции на прямой кишки с ТМЕ, что обусловлено большей точностью и лучшей визуализацией.

## АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Хачатурова Э.А., Савушкин А.В., Губко А.В.,  
Балыкова Е.В., Ерошкина Т.Д.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** У больных при полостных операциях в колоректальной хирургии риск возникновения венозного тромбоза может быть обусловлен как обширностью, травматичностью оперативного вмешательства, так и наличием сопутствующей патологии. Проведение комбинированных операций (резекции кишки и сегментов печени) может сопровождаться профузным кровотечением или развитием тромботических осложнений. Антикоагулянтная профилактика низкомолекулярными гепаринами является одним из эффективных методов, позволяет снизить риск тромботических осложнений.

**ЦЕЛЬ.** Разработать дифференцированный подход к назначению низкомолекулярных гепаринов больным раком толстой кишки при различных видах хирургического вмешательства.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включено 75 человек, оперированных по поводу колоректального рака. В первую группу включено 27 пациентов с резекцией кишки после химиолучевой терапии (ХЛТ). Во второй группе – 24 пациента, которым проводилось удаление кишки и резекция печени при наличии в ней метастазов. Контрольную группу составили 24 пациента, которым выполнялась только резекция кишки без ХЛТ.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** До операции в трех группах не отме-

чалось значимых изменений плазменного звена гемостаза. Однако, по данным тромбозаграммы, у пациентов после ХЛТ и метастазами рака прямой кишки в печень отмечены явления умеренной гиперкоагуляции. После операции у больных 3 групп наблюдалось удлинение АЧТВ, снижение А-III, увеличение D-димера с достоверным различием в группе с резекцией кишки и печени.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Динамический контроль, включающий тесты скрининговой коагулограммы (АЧТВ, фибриноген, А-III, D-димер), а также данные тромбозаграммы выявили нестабильность системы гемостаза в трех группах. Мониторинг и динамический контроль гемокоагулограммы совместно с тромбозаграммой позволяют проводить целенаправленную антикоагулянтную профилактику, а при необходимости назначать своевременную гемостатическую терапию в периоперационном периоде при раке толстой кишки.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МАНУАЛЬНО-АССИСТИРОВАННЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ ДОСТУП ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ СО СЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИЕЙ

Хитарьян А.Г., Провоторов М.Е., Глумов Е.Э., Велиев К.С., Карпова И.О., Мурлычев А.С.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Рак толстой кишки занимает четвертое место в мире в структуре онкологической заболеваемости. Ежегодно в мире регистрируют более 800000 новых случаев выявления колоректального рака. Заболеваемость колоректальным раком составляет 56,4-58 на 100.000 населения. Пятилетняя выживаемость составляет примерно 60% в развитых странах и менее 40% в государствах с ограниченными ресурсами.

В последние годы стремительно развивается хирургическая колопроктология. При соблюдении онкологических принципов оперирования нет достоверных различий между показателями выживаемости, частоте отдаленных метастазов и качества жизни при лапароскопических и открытых вмешательствах. Многоцентровые исследования демонстрируют эффективность лапароскопических вмешательств сопоставимую с традиционной «открытой» хирургией. Однако не во всех случаях возможно выполнить хирургическое вмешательство лапароскопическим методом. К таким случаям относят: ожирение ИМТ (индекс массы тела)  $>30 \text{ кг/м}^2$ , узкий таз, особенно у мужчин, низкая локализация опухоли – до 10 см от входа в анальный канал, а так же при значительном укорочении брыжейки тонкого и толстого кишечника, высокой фиксации селезеночного изгиба ободочной кишки и интимной фиксации к селезенке, плохой подготовке кишечника при частичной кишечной непроходимости, больших размерах опухоли, при выраженном перифокальном воспалении.

**ЦЕЛЬ.** Разработать оптимальную методику удаления опухолей левой половины ободочной и прямой кишки у пациентов со сложной хирургической анатомией и изучить особенности периоперационного периода.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 2012 по 2014 гг. в хирургическом отделении НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД» по поводу

опухолей левой половины ободочной и прямой кишки со сложной анатомией данной области прооперирован 71 пациент. Им выполнена разработанная в клинике методика лапароскопической мануально-ассистированной операции. Пациенты, в зависимости от ИМТ, разделены на 2 группы до  $30 \text{ кг/м}^2$  – в первой подгруппе и больше  $30 \text{ кг/м}^2$  – во второй. В 1 группе состояло 52 (73,2%) пациента, во 2 группе – 19 (26,8%). Показанием к операции считали: опухоль нисходящей, сигмовидной и прямой кишки Т1-3 N0-2 M0, опухоли средне- и нижеампулярного отдела прямой кишки Т4 M0.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Наибольшая кровопотеря составила 282 мл у пациента с экстирпации прямой кишки. Наименьшая – 70,5 мл, в случае операции на левой половине ободочной и сигмовидной кишке и верхнеампулярном отделе прямой кишки. По времени операции наибольшее потребовалось при экстирпации прямой кишки и составило 321,9 минуты. Наименьшее – 151,2 минуты – при выполнении операции на левой половине ободочной и сигмовидной кишке и верхнеампулярном отделе прямой кишки. Длительность восстановления эвакуаторной функции кишечника (появление самостоятельного стула) достоверно меньше было в первой группе у пациентов не зависимо от ИМТ.

**ВЫВОДЫ.** Представленная техника лапароскопической мануально-ассистированной операции в боковой и спинальной позиции при удалении опухолей левой половины толстого кишечника оптимальна у пациентов со сложной хирургической анатомией. Эффективность предложенной малоинвазивной техники у больных с опухолями левой половины толстого кишечника доказана низкой кровопотерей во время операции, коротким периодом восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника.

## ЧАСТОТА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАРЕЗА ЖКТ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Хомяков Е.А., Рыбаков Е.Г., Шелыгин Ю.А.

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

**ВВЕДЕНИЕ.** Состояние динамической кишечной непроходимости, при котором происходит нарушение нормальной согласованной пропульсивной моторики желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), называется послеоперационный парез ЖКТ. Послеоперационный парез ЖКТ характеризуется невозможностью перорального приема пищи, отсутствием перистальтики, газов и стула через 72 часа после операции. Определение факторов риска позволит выявить группу пациентов, наиболее подверженную возникновению пареза ЖКТ в послеоперационном периоде и разработать алгоритм профилактики данного осложнения.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** С ноября 2015 г. в ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва, проводится проспективное исследование, цель которого – поиск факторов риска и разработка эффективных мер профилактики и лечения послеоперационного пареза ЖКТ. В исследование планируется включить 600 пациентов, оперированных по поводу колоректального рака. Критерий включения: больные колоректальным раком, которым выполнено радикальное оперативное вмешательство. Основной оцениваемый показатель исследования – сроки восстановления кишечной функции.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В настоящий момент в исследование включено 150 человек (78 женщин и 72 мужчин) в возрасте 25-83 лет (медиана 63 года), которым выполнено

полостное хирургическое вмешательство по поводу колоректального рака. Медиана сроков аускультативного восстановления кишечной функции при не осложненном течении послеоперационного периода составила  $18 \pm 9,2$  часов, первого отхождения газов –  $24 \pm 9,9$  часов, стула –  $32 \pm 11,7$  часов.

У 18 (12%) пациентов возник послеоперационный парез ЖКТ. У всех больных диагноз был подтвержден рентгенологически. Медиана аускультативного восстановления кишечной функции в данной группе составила  $84 \pm 20,5$  часов, первого отхождения газов –  $93 \pm 23,7$  часов, стула –  $93 \pm 22,9$  часов.

У 2 пациентов парез возник после экстренного хирургического вмешательства, у 16 – после планового. Из 38 пациентов, перенесших вмешательство на ободочной кишке, парез диагностирован у 5 (13,1%) пациентов. Из 109 пациентов, перенесших вмешательство на прямой кишке, – у 11 (10,1%) человек. Три пациента оперированы в экстренном порядке в связи с осложнениями планового хирургического вмешательства; в данной группе парез возник у двух пациентов; 11 из 18 пациентов с послеоперационным парезом имели ранее в анамнезе хирургическое вмешательство на брюшной полости.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Послеоперационный парез желудочно-кишечного тракта – актуальная проблема хирургии колоректального рака. Данное состояние динамической кишечной непроходимости возникает более чем в 10% случаев после полостных вмешательств, дальнейший набор больных в исследование позволит выявить факторы риска развития данного осложнения.

## СИНДРОМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Черданцев Д.В.,<sup>1</sup> Поздняков А.А.,<sup>1</sup>  
Рябков Ю.В.,<sup>2</sup> Соляников С.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого МЗ России

<sup>2</sup> КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С.Берзона», г. Красноярск, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Рост числа злокачественных новообразований толстой кишки закономерно сопровождается увеличением случаев госпитализации больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью (ОТКН). Это обусловлено скрытым течением заболевания, когда ОТКН становится первой клинической манифестацией злокачественной опухоли толстой кишки. По данным ряда авторов, частота развития ОТКН у больных с опухолями толстой кишки колеблется от 15–49% до 77%, при этом послеоперационная летальность остается крайне высокой, достигая 31–42%. В танатогенез летальных исходов немалый вклад вносит синдром внутрибрюшной гипертензии (ВБГ), развивающийся у больных с ОТКН.

**ЦЕЛЬ.** Исследовать течение синдрома ВБГ у больных, радикально оперированных по поводу злокачественных новообразований толстой кишки, осложненных обтурационной толстокишечной непроходимостью.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включено 62 больных, госпитализированных с клинической картиной ОТКН и полной обтурацией просвета толстой кишки, оперированных экстренно радикально с наложением колостомы. Из них женщин 28 (45%), мужчин 34 (55%). Средний возраст  $67,1 \pm 11,4$ . Больные разделены на три группы в зависимости от степени компенсации ОТКН. Контрольная группа состо-

яла из 30 больных, оперированных по поводу злокачественных опухолей толстой кишки в плановом порядке, операции завершены наложением толстокишечного анастомоза. Средний возраст  $65,9 \pm 10,3$ . Больным выполняли измерение внутрибрюшного давления (ВБД) непрямым методом через мочевого пузыря до операции, на 1-е, 3-и, 5-е, 7-е сутки послеоперационного периода.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** У больных контрольной группы внутрибрюшное давление в день перед операцией находилось в пределах нормы и составило  $5,5 \pm 0,9$  мм рт. ст. В послеоперационном периоде превышений нормального уровня внутрибрюшного давления не зафиксировано. Динамика уровня ВБД в послеоперационном периоде: 1-е сутки –  $9,1 \pm 0,9$  мм рт. ст.; 3-и сутки –  $7,9 \pm 0,8$  мм рт. ст.; 5-е сутки –  $6,5 \pm 0,8$  мм рт. ст.; 7-е сутки –  $5,5 \pm 1,1$  мм рт. ст. В группе больных с компенсированной ОТКН предоперационный уровень ВБД составил  $16,4 \pm 2,9$  мм рт. ст. В послеоперационном периоде динамика ВБГ: 1-е сутки –  $11,5 \pm 2,1$  мм рт. ст.; 3-и сутки –  $9,3 \pm 1,7$  мм рт. ст.; 5-е сутки –  $7,2 \pm 1,0$  мм рт. ст.; 7-е сутки –  $6,3 \pm 1,2$  мм рт. ст. Среди больных с субкомпенсированной ОТКН предоперационный уровень ВБД составил  $22,1 \pm 1,8$  мм рт. ст. В послеоперационном периоде динамика ВБГ: 1-е сутки –  $16,0 \pm 2,5$  мм рт. ст.; 3-и сутки –  $10,7 \pm 1,3$  мм рт. ст.; 5-е сутки –  $8,2 \pm 1,0$  мм рт. ст.; 7-е сутки –  $6,3 \pm 0,3$  мм рт. ст. У больных с декомпенсированной ОТКН в предоперационном периоде зафиксирована ВБГ на уровне  $29,3 \pm 2,8$  мм рт. ст. В послеоперационном периоде динамика ВБГ: 1-е сутки –  $20,1 \pm 3,0$  мм рт. ст.; 3-и сутки –  $13,8 \pm 2,2$  мм рт. ст.; 5-е сутки –  $9,1 \pm 2,1$  мм рт. ст.; 7-е сутки –  $6,8 \pm 0,9$  мм рт. ст.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Течение синдрома ВБГ в послеоперационном периоде зависит от исходного уровня ВБД. Так у больных с ВБГ I-II ст. уже в первые сутки послеоперационного периода уровень ВБД достоверно не отличается от контрольной группы. У больных с ВБГ III ст., уровень ВБД нормализуется к 3-м суткам послеоперационного периода. Наиболее длительно синдром ВБГ сохранялся у больных с ВБГ IV ст., в этой группе нормализация ВБД зафиксирована только к 5-м суткам послеоперационного периода.

## НИЗКИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ БЕЗ ПРЕВЕНТИВНОЙ КОЛОСТОМЫ

Черданцев Д.В.,<sup>1</sup> Поздняков А.А.,<sup>1</sup>  
Тараденко Д.Н.,<sup>2</sup> Шпак В.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого МЗ России

<sup>2</sup> КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С.Берзона», г. Красноярск, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Современные достижения хирургической техники, с применением сшивающих аппаратов, внедрением малоинвазивных методик низкой передней резекции прямой кишки, к сожалению, не исключают возникновения несостоятельности низких колоректальных анастомозов, частота которых колеблется от 3,4–6,0% до 35,0%, по данным разных авторов. Одним из методов профилактики этого осложнения на сегодняшний день считается наложение превентивной разгрузочной колостомы. Ряд авторов отмечают как снижение частоты развития несостоятельности низких анастомозов на фоне превентивной колостомы, так и увеличение числа «консервативно излеченных» несостоятельностей – до 55%. Вместе с тем, существует мнение, что для учета «окончательного результата лечения», следует учитывать и осложнения, связанные с наличием колостомы и осложнения, развивающиеся после ее

устранения. По данным Saha A.K. (2009), осложнения после закрытия петлевых превентивных колостом развились в 22,8% наблюдений, в 10,0% это были несостоятельности наложенных анастомозов, летальность составила 2,5%.

**ЦЕЛЬ.** Проанализировать результаты низких колоректальных анастомозов, наложенных без превентивных колостом.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В отделении колопроктологии КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С.Берзона» г. Красноярска низкие передние резекции традиционно выполняются без наложения превентивной колостомы. Таким образом, выполнен ретроспективный анализ послеоперационного периода у 149 больных после низких передних резекций с наложением колоректального анастомоза без превентивной колостомы за период с 1996 по 2015 гг. Низкими считали анастомозы, локализующиеся не выше 10 см от зубчатой линии. В анализ не включены больные после брюшно-анальных резекций и экстирпаций прямой кишки с низведениями толстой кишки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Из 149 больных женщин – 103 (69,1%), мужчин – 46 (30,9%). Преобладали больные в возрасте от 51 до 70 лет (59,1%). У 129 (86,6%) больных причиной резекции прямой кишки была злокачественная опухоль. У 113 (75,9%) больных анастомоз наложен сшивающими аппаратами, у 26 (17,4%) наложен позадипрямокишечный анастомоз с избытком, у 10 (6,7%) – низкий ручной однорядный анастомоз. Осложнения, потребовавшие релапаротомий, развились у 14 (9,4%) больных, в группе с осложнениями мужчины и женщины распределились поровну 7 и 7. При этом частота осложнений среди женщин составила 6,8%, а среди мужчин – 15,2%, подтверждающая мужской пол в качестве неблагоприятного фактора развития послеоперационных осложнений. Число несостоятельности анастомозов – 8 (5,4%), все несостоятельности развились после операции по поводу злокачественных новообразований. Из 8 больных с несостоятельностью у 7 наложены аппаратные колоректальные анастомозы и у 1 – ручной колоректальный анастомоз. Умерло 2 больных из 149 прооперированных (летальность – 1,3%), в обоих случаях смерть наступила на фоне прогрессирующего перитонита, ассоциированного с несостоятельностью колоректального анастомоза.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Проведенный ретроспективный анализ свидетельствует о том, что частота осложнений и летальность после низких колоректальных анастомозов, наложенных без превентивных колостом, не превышает суммарных данных по осложнениям и летальности после низких передних резекций с превентивной колостомией и последующих реконструктивно-восстановительных вмешательств.

## ВНУТРИБРЮШНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК КРИТЕРИЙ ТЯЖЕСТИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Черданцев Д.В.,<sup>1</sup> Поздняков А.А.,<sup>1</sup>  
Шпак В.В.,<sup>2</sup> Рябков Ю.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого МЗ России

<sup>2</sup> КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С.Берзона», г. Красноярск, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Обтурационная толстокишечная непроходимость (ОТКН) считается многогранной патологией, клиническая картина которой зависит от локализации препятствия (правая или левая половина), от выраженности нарушения пассажа (полная

или частичная) и, что очень важно для выбора лечебной тактики, степени компенсации (присоединение тонкокишечной непроходимости, развитие органических дисфункций). В связи с этим, клиническая классификация ОТКН многократно видоизменялась и дополнялась. В актуальных клинических рекомендациях по колопроктологии, под редакцией Шелыгина Ю.А. (2015), рекомендована для клинического применения классификация, основанная на работе проф. Ачкасова Е.Е. (2009), в основу которой положена рентгенологическая семиотика тяжести ОТКН. В этой классификации выделяют два уровня непроходимости (высокая и низкая), две степени нарушения пассажа (полную и частичную), три степени компенсации (компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную).

**ЦЕЛЬ.** Оценить уровень ВБГ, как дополнительный простой диагностический критерий определения степени компенсации ОТКН, основанный на непрямом измерении внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) через мочевого пузыря.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Методика непрямого измерения ВБГ через мочевого пузыря технически проста и доступна в любом лечебном учреждении. Нами проведено исследование уровня ВБГ при различных степенях тяжести ОТКН. Уровень ОТКН определяли при ирригоскопии. В исследование включено 60 больных, экстренно госпитализированных с клинической картиной ОТКН и полной обтурацией просвета толстой кишки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** У 16 больных диагностирована компенсированная ОТКН, у 24 – субкомпенсированная ОТКН и у 20 – декомпенсированная ОТКН. Всем больным при поступлении рутинно, в процессе предоперационной подготовки, выполняли измерение уровня ВБГ.

В результате исследования, установлено, что у больных с компенсированной высокой и низкой ОТКН уровень ВБГ не превышал 20 мм рт. ст. составляя, в среднем, 16,4±2,8 мм рт. ст. При субкомпенсированной высокой и низкой ОТКН уровень ВБГ составил 22,1±1,8 мм рт. ст., не превышая 25-26 мм рт. ст. Декомпенсированная ОТКН сопровождалась повышением уровня ВБГ выше 25 мм рт. ст., составляя, в среднем, 28,8±2,7 мм рт. ст.

Таким образом, компенсированная ОТКН сопровождается ВБГ I-II ст. тяжести по классификации WSACS, субкомпенсированная ОТКН соответствует III ст. тяжести ВБГ, а при декомпенсации ОТКН у всех больных наблюдается IV ст. тяжести ВБГ.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Величина ВБГ в предоперационном периоде может служить дополнительным критерием, позволяющим определить степень компенсации ОТКН, независимо от уровня непроходимости. Может служить дополнительным критерием при трудностях постановки диагноза на основании рентгенологической картины или временного фактора.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Черкасов М.Ф., Грошили В.С., Дмитриев А.В.,  
Помазков А.А., Перескоков С.В.

ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России,  
Кафедра хирургических болезней ФПК и ППС,  
Кафедра хирургических болезней № 2,  
г. Ростов-на-Дону, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Проблема хирургического лечения метастатического колоректального рака приобретает все большее социальное значение. Многочисленные публикации авторов, как в отечественной, так и в зару-

бежной литературе указывают на то, что отсутствует единый взгляд и подход к лечению столь тяжелой категории больных, что, несомненно, является поводом для проведения дальнейших исследований.

**ЦЕЛЬ.** Оптимизировать хирургическое лечение больных колоректальным раком с метастатическим поражением печени.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 2005 по 2015 гг. на лечении находились 535 больных. У 171 (31,9%) человека диагностированы внутрипеченочные метастазы. У 132 (77,2%) больных диагностировано билобарное поражение печени. Этим пациентам выполнены циторедуктивные операции. 39 (22,8%) пациентам выполнены сочетанные операции: 22 больным проведена РЧТА метастазов в моноварианте, 9 – резекции печени, и еще у 8 – резекции с локальной деструкцией оставшихся узлов. Общее количество узлов, подвергнутых РЧТА, составило 63. В 12 случаях с нерезектабельными опухолевыми поражениями печени и близостью их расположения к крупным протоковым и сосудистым структурам проводились сеансы селективной трансартериальной химиоэмболизации 5-фторурацилом. В данной группе пациентов диаметр узлов составлял от 78,0 до 134,3 мм.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Осложнения после операций выявлены у 18 (10,5%) больных. 30-дневная летальность отмечена в 5 (2,9%) наблюдениях. Безрецидивный период после операций на печени составил  $12,4 \pm 3,2$  мес. Отдаленные результаты лечения прослежены у части пациентов с метастатическим поражением печени (38%). 3-летняя выживаемость у пациентов с сочетанными операциями составила 39%, при медиане жизни в 38,5 месяцев. Основная причина летальных исходов связана с рецидивом и прогрессированием метастатического поражения печени (69%) и наличием неблагоприятных факторов. Медиана жизни у пациентов после ТАСЕ составила 15,5 месяцев. У остальных пациентов 3-летней выживаемости не отмечено. Не выявлено и 3-летней выживаемости у пациентов после циторедуктивных операций на фоне проведения системной химиотерапии.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Объем операций при колоректальном раке должен основываться на оценке первичной опухоли, состояния регионарных лимфоузлов, лимфоузлов гепато-дуоденальной связки, количества метастазов в печени и объема поражения, расстояния от края опухоли до линии резекции не менее 1 см.

## ОБОСНОВАНИЕ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В.,  
Помазков А.А., Старцев Ю.М.

ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России,  
Кафедра хирургических болезней ФПК и ППС,  
Кафедра хирургических болезней № 2,  
г. Ростов-на-Дону, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Циторедуктивные операции при колоректальном раке занимают особую роль. Объясняется это не только ростом количества больных с диссеминированными формами данного заболевания, но и увеличением продолжительности жизни и снижением послеоперационной летальности на фоне применения современных схем системной химиотерапии и таргетных препаратов.

**ЦЕЛЬ.** Изучение и обоснование результатов циторедуктивных операций при метастатическом колоректальном раке.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 2005 по 2015 гг. на

лечении находились 535 больных. У 171 (31,9%) человека диагностированы внутрипеченочные метастазы. У 132 (77,2%) больных диагностировано билобарное поражение печени. 98 пациентам выполнены циторедуктивные операции с удалением первичного опухолевого очага. У 34 больных выполнены паллиативные вмешательства в объеме наложения обходных анастомозов, обструктивных резекций, двухствольных колостомий. В 12 случаях с нерезектабельными опухолевыми поражениями правой доли печени и близостью их расположения к крупным протоковым и сосудистым структурам проводились сеансы селективной трансартериальной химиоэмболизации 5-фторурацилом. Всем пациентам проводились курсы системной химиотерапии.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В послеоперационном периоде осложнения возникли у 12 (9,0%) больных: гнойные осложнения – 6, несостоятельность анастомоза – 5, тромбоэмболия легочной артерии – 1. Умерло 4 больных. Причины смерти: тромбоэмболия легочной артерии – 1, разлитой перитонит – 2, ДВС-синдром – 1. Послеоперационная 30-дневная летальность составила 3,0%. Медиана жизни у пациентов после ТАСЕ составила 15,5 месяцев. 360-дневная выживаемость в общей группе пациентов составила 34%. 3-летней выживаемости не отмечено.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Относительно низкий уровень послеоперационных осложнений и летальности после паллиативных и циторедуктивных операций свидетельствует о возможности и целесообразности их выполнения у больных с метастатическим колоректальным раком, что позволяет не только улучшить качество жизни пациентов, но и дает возможность проведения полных курсов адъювантной химиотерапии. В каждом конкретном случае объем операции выбирается индивидуально, однако всегда следует стремиться к максимально полному удалению опухолевой ткани. Только в случае невозможности удаления опухоли следует прибегать к выполнению паллиативной операции, направленной на ликвидацию осложнений опухолевого процесса.

## ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ VEGF И EGFR КАК ПРЕДИКТОРОВ ОТВЕТА НА ХИМИОЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ У БОЛЬНЫХ НИЖНЕАМПУЛЯРНЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Черниченко М.А., Сидоров Д.В., Бойко А.В.,  
Завалишина Л.Э.\* , Ложкин М.В., Петров Л.О.

МНИОИ им. П.А.Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ»  
Минздрава России,

\* ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва,  
Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Одной из нерешенных проблем современной лучевой терапии остается возможность индивидуального прогноза радиочувствительности и/или радиорезистентности опухоли. Прогнозирование ответа опухоли на предоперационную химиолучевую терапию (ХЛТ) является одним из актуальных вопросов при выборе лечебной тактики у больных раком нижнеампулярного отдела прямой кишки.

**ЦЕЛЬ.** Улучшение результатов комбинированного лечения больных раком нижнеампулярного отдела прямой кишки при определении предикторов химиолучевой терапии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** 32 больным нижнеампулярным раком прямой кишки проведено комбинированное лечение с предоперационной ХЛТ до СОД 47 Гр и операцией через 7 недель. Лечебный патоморфоз (по



Лавниковой Г.А.) (ЛП) IV степени – «полный эффект» отмечен у 8 больных, I-III – «неполный эффект» – у 24. До начала лечения выполнили иммуногистохимическое исследование с использованием антител к EGFR и VEGF. Положительной реакцией для VEGF и EGFR мы считали экспрессию  $\geq 20\%$ , отрицательной – экспрессию  $< 20\%$ .

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Анализ показал, что наибольшая вероятность получения IV степени ЛП наблюдается при отрицательной иммуногистохимической экспрессии VEGF и положительной экспрессии EGFR ( $p < 0,05$ ). В то же время, при отрицательном значении обоих показателей наиболее вероятно I-III степень ЛП ( $p < 0,05$ ). Также мы получили увеличение вероятности «радиорезистентности» при положительном VEGF и отрицательном EGFR ( $p < 0,05$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Сегодня уже до начала лечения можно предположить, что при отрицательных значениях обоих показателей VEGF и EGFR опухоль, скорее всего, окажется радиорезистентной и, возможно, следует воздержаться от проведения предоперационной химиолучевой терапии с подведением СОД-47Гр и будет доказана целесообразность только хирургического лечения. В то же время, при отрицательной иммуногистохимической экспрессии VEGF и положительной иммуногистохимической экспрессии EGFR, возможно будет отказаться от оперативного вмешательства или, по крайней мере, шире обсуждать реализацию органосохраняющих вмешательств.

## КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКСТРЕННОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ КОПРОСТАЗЕ

Шапошников В.И.

НОЧУ ВПО Кубанский медицинский институт,  
г. Краснодар, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Рак прямой кишки обычно сопровождается копростазом, который может стать непосредственной причиной ОКН, которая подтверждается во время лапаротомии. Операбельность опухоли предполагает возможность выполнения радикальной операции с наложением первичного анастомоза, но копростаз препятствует этому, и хирург вынужден прибегать к колостоме. И производить восстановительную операцию через несколько месяцев, обрекая пациента на выраженный дискомфорт.

**ЦЕЛЬ.** Определить возможность выполнения первичной радикальной операции в виде передней резекции при раке прямой кишки при наличии сопутствующего копростаз.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Наблюдали 265 больных в возрасте от 49 до 83 лет с острой обтурационной кишечной непроходимостью, обусловленной раком прямой кишки. Во время операции у всех у них был выявлен выраженный копростаз. У 145 (54,7%) человек выполнена операция Гартмана, у 100 (37,7%) – наложена петлевая колостома, у 8 (3%) – операция Соаве (Soave) (брюшно-анальная резекция с проведением культи ободочной кишки через анальный канал), у 12 (4,6%) – передняя резекция с наложением первичного инвагинационного анастомоза при помощи погружного кольца (патент № 2088157 от 2 августа 1993 года).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Исходы перечисленных оперативных вмешательств были типичными и не представляют особого интереса, за исключением 12 пациентов, у которых были выполнены передние резекции прямой кишки. У 11 из них при мобилизации левой половины толстой кишки в анатомический препарат вошли все

плотные каловые массы. Послеоперационное течение у них протекало без осложнений. Погружное кольцо из просвета анального канала было извлечено на 8-10 сутки. У 12-го же пациента часть каловых масс была оставлена в слепой кишке. На 3 день после операции произошла их естественная миграция в сторону ануса, что сопровождалось ОКН за счет обтурации кольца. Была произведена релапаротомия с наложением концевой колостомы. У больной развился ДВС-синдром, и она погибла.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** При наличии копростаз каловые массы даже в малом объеме являются противопоказанием для выполнения экстренной передней резекции прямой кишки.

## КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ КОПРОСТАЗ И КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК

Шемеровский К.А.

ФГБНУ «Институт Экспериментальной Медицины»,  
г. Санкт-Петербург, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Колоректальный рак (КРР) является одной из актуальных проблем колопроктологии. Нужны новые подходы к его профилактике.

**ЦЕЛЬЮ** работы являлось доказательство преимуществ новой (хронобиологической) стратегии скрининга и профилактики КРР по сравнению со старым подходом (по крови в стуле и колоноскопии).

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Обследовано 2500 человек (24-75 лет) методом хроноэнтерографии. Учтены ятрогенные перфорации толстой кишки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Установлено, что физиологически нормальным ритмом дефекации является ее циркадианный ритм с утренней акрофазой при частоте стула не менее 7 раз в неделю. Эуэнтерия (нормальный ритм кишечника) выявлена у 56% обследованных, брадиэнтерия (колоректальный копростаз) – у 44% работающих лиц. Предложена частотная классификация стадий тяжести брадиэнтерии (запора): I стадия (5-6 раз/нд) – легкая; II стадия (3-4 раза/нд) – умеренная; III стадия (1-2 раза/нд) – тяжелая. Легкая стадия запора (колоректального копростаз) имела место у 61% лиц, умеренная – у 30%, тяжелая – у 9%. Запор повышает риск возникновения КРР, в среднем, в 2,5 раза (Kojima M., 2004, Watanabe T., 2004, Talley N., 2009). По данным Damore L. (1996), ятрогенные перфорации толстой кишки наблюдаются почти в 1% случаев при диагностической колоноскопии и до 3% случаев при лечебной полипэктомии. Около 30 тыс. колоноскопий осложнились 35 перфорациями и 3-мя смертельными случаями (Luning T., 2005). На 97 тыс. колоноскопий выявлено 82 случая перфораций толстой кишки и 7 смертельных исходов (Rabeneck L., 2008). Показано, что 95% больных оперированы на III-IV стадии КРР, а 5% – на II стадии. КРР наиболее часто диагностирован в возрасте 70-79 лет, а максимум колоректального копростаз как предиктора КРР – в 40-49 лет. Предложена новая стратегия раннего (с 20 лет) скрининга предиктора КРР – брадиэнтерии – с помощью неинвазивного метода хроноэнтерографии.

**ВЫВОДЫ.** Неинвазивность хроноэнтерографии позволяет избежать ятрогенных осложнений колоноскопии. Хроноэнтерография способствует диагностике функционального предиктора КРР – брадиэнтерии – еще до появления крови в стуле и позволяет выявлять функциональную патологию толстой кишки в возрасте около 20 лет.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Щаева С.Н., Нарезкин Д.В., Соловьев В.И.

ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет», г. Смоленск, Россия

**ВВЕДЕНИЕ.** В России сохраняется высокий удельный вес впервые диагностированного колоректального рака (КРР) III-IV стадий, который составляет 81-90% от всех случаев рака толстой кишки, причем процент пациентов с III стадией составляет 41-66%.

**ЦЕЛЬ.** Исследовать параметры, определяющие зависимость между полом, возрастом пациентов, тяжестью общего состояния, наличием основных клинических симптомов, сопутствующей патологией и urgentными осложнениями КРР.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проанализированы основные параметры, характеризующие клиническую картину 1098 больных с urgentными осложнениями КРР, пролеченных с 2001 по 2013 гг. на территории Смоленска и области.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Среди больных КРР, поступившим по экстренным показаниям в стационары общей лечебной сети, в большинстве были женщины – 54,4%, мужчины составили 45,6% ( $p < 0,001$ ). Причем среди больных старше 50 лет было 96,2% женщин и 91,6% мужчин ( $p < 0,05$ ). Такие осложнения как перфорация опухоли, перифокальное воспаление, а также сочетанные осложнения достоверно чаще наблюдались у пациентов старше 70 лет. Основные клинические проявления заболевания с одинаковой распространенностью наблюдались как у мужчин, так и у женщин. При анализе клинической симптоматики не удалось установить влияние возраста на частоту встречаемости тех или иных симптомов. Боли в животе отмечались в 91,6% у пациентов до 50 лет и 89,2% – старше 50 лет. Вздутие живота и отсутствие отхождения стула и газов диагностировались у 68,1% до 50 лет и у 67,3% старше 50 лет. Тошнота и рвота зафиксирована у 86,4% пациентов до 50 лет и у 84,5% старше 50 лет. Пальпируемая опухоль определялась у 4,2% до 50 лет и у 4,3% после 50 лет ( $p > 0,05$ ). Пациенты, поступившие в сроки позже 24 часов с момента развития urgentного осложнения, имели прогрессирование таких симптомов, как вздутие живота, задержку отхождения стула и газов. В одинаковом числе случаев сопутствующие заболевания наблюдались как у мужчин, так и у женщин. Тяжелые сердечно-сосудистые заболевания зафиксированы у 94,7% мужчин и 92,5% женщин.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** В связи с поздним обращением пациентов за медицинской помощью и наличием частых диагностических ошибок, большая часть больных поступали в поздние сроки от момента развития осложнений, в тяжелом состоянии и с распространенными формами злокачественного новообразования.

## КРИТЕРИИ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОКАЗАНИИ ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Щаева С.Н., Нарезкин Д.В., Соловьев В.И.

ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет», г. Смоленск, Россия

**ВВЕДЕНИЕ.** По данным статистики, ежегодно в мире регистрируется до 1360600 новых случаев колоректального рака (КРР). За последние 10 лет в России наблюдается неуклонный рост КРР.

**ЦЕЛЬ.** Определить критерии, влияющие на выбор объема оперативного вмешательства при urgentных осложнениях КРР.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Изучены данные о 1098 больных с urgentными формами КРР, пролеченных с 2001 по 2013 гг. на территории Смоленска и области. Проведена оценка зависимости объема оперативного лечения от ряда критериев.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Хирургические операции в объеме одноэтапных вмешательств выполнены у 78,4% больных до 50 лет, 62% – от 50 до 59 лет, 63,8% – от 60 до 69 лет, 53,4% – от 70 до 79 лет и 31,2% старше 80 лет,  $p < 0,05$ . Удаление опухоли на первом этапе проведено 71,1% больным, госпитализированным до 24 часов и 49,6% – позднее 24 часов от момента развития осложнения КРР. Большой процент симптоматических операций при поступлении больных в тяжелом и крайне тяжелом состоянии (25,0% и 58,2%) связан с наличием местнораспространенного злокачественного процесса и присутствием отдаленных метастазов. При наличии сопутствующей патологии одноэтапные хирургические вмешательства производились в 54,3% наблюдений, при отсутствии в 83,6% случаев. Процент операций с удалением опухоли на первом этапе был гораздо меньше при раке прямой кишки по сравнению с другими отделами. При отсутствии регионарных метастазов хирургические вмешательства с удалением опухоли на первом этапе выполнены у 86,7% пациентов, при наличии только в 51,3% ( $p < 0,05$ ). При наличии кишечного кровотечения и перифокального воспаления зафиксирован больший процент одноэтапных операций, соответственно, в 85,4% и 48,2% наблюдений ( $p < 0,05$ ), при перфорации опухоли чаще выполнялись многоэтапные операции с удалением опухоли на первом этапе – 74,1%.

**ВЫВОДЫ.** Процент операций с удалением опухоли на первом этапе уменьшался: у больных пожилого и старческого возраста; с увеличением сроков поступления в стационар; у больных в тяжелом и крайне тяжелом состоянии; в случае тяжелой сопутствующей патологии; при локализации злокачественного новообразования в прямой кишке; при выраженном местном распространении опухоли; при наличии регионарных метастазов рака; при острой кишечной непроходимости опухоли и сочетанных осложнениях КРР.

## ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ: ВАРИАНТЫ ПЕРВИЧНЫХ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Этков В.Н.,<sup>1</sup> Попов Р.В.,<sup>2</sup> Куркин А.В.,<sup>2</sup> Музальков В.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко,

<sup>2</sup> Воронежская областная клиническая больница № 1, г. Воронеж, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Многоэтапные вмешательства являются наиболее распространенным способом хирургического лечения обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии, использование которых, вместе с тем, ухудшает показатели общей выживаемости пациентов. Данная проблема делает актуальным поиск результативных вариантов применения первичных межкишечных анастомозов в неотложной хирургии рака толстой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В колопроктологическом отделении Воронежской областной клинической больницы № 1 накоплен опыт использования первичных межкишечных анастомозов в лечении 63 больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью. При выполнении данного типа оперативных вмешательств применялись различные технические приемы – субтотальная колэктомия с илеосигмоидным анастомозом (3 больных), наложение У-образных межкишечных анастомозов (36 больных) и колоректальных анастомозов по Дюамелю (4 больных), интраоперационный кишечный лаваж (20 больных). При локализации опухолей в правой половине толстой кишки предпочтению отдавали хирургическим вмешательствам на основе трех различных вариантов У-образных илеотрансверзоанастомозов. Данная оперативная методика позволяет осуществить интраоперационный лаваж кишечника, обеспечить послеоперационную зондовую декомпрессию межкишечного анастомоза и восстановить естественный транзит кишечного содержимого. При локализации опухолей в левой половине толстой кишки, наряду с У-образными анастомозами, использовали методику интраоперационного лаважа через временную аппендикостому с последующим наложением первичного межкишечного анастомоза.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Различные послеоперационные осложнения выявлены у 14 (22,2%) больных. Умерли 5 (7,9%) больных, у 3 пациентов летальный исход был связан с несостоятельностью межкишечного анастомоза. Послеоперационная летальность при правосторонней локализации опухолевого процесса составила 7,4%, при левосторонней локализации – 8,3%.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** При обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии в условиях специализированных стационаров возможно применение операций с первичным восстановлением непрерывности кишечника. Эффективными вариантами подобного типа операций могут являться хирургические вмешательства с использованием интраоперационного лаважа кишечника и применением У-образных межкишечных анастомозов.

## ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ СИНДРОМЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Яновой В.В., Симоненко А.А., Ходус С.В.

Амурский центр колопроктологии, г. Благовещенск, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Наличие рака толстой кишки (РТК), нарушение кишечной непроходимости, угнетение иммунитета приводят к развитию перифокального воспаления, синдрому эндогенной интоксикации (СЭИ), сопровождающемуся нарушением гемостаза, гемодинамическими нарушениями.

**ЦЕЛЬ.** Оценить эффективность применения комбинированного препарата Цитофлавин® на этапе предоперационной подготовки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Оперировано 68 пациентов по поводу рака толстой кишки различной локализации, средний возраст 68 лет, стадия процесса Т2-Т3, средний возраст 63 года. Подгруппа «А» подготовка по схеме (патент РФ на изобретение № 2526828 от 30.04.2014 г.) включающей применение комбинированного препарата (Цитофлавин®). Пациентам подгруппы «Б» проводилась стандартная предоперационная подготовка в объеме, не отличающемся от объема инфузии у пациентов подгруппы «А». Всем пациентам выполнены радикальные операции в стандартном объеме. Контроль проводили путем оценки показателей гематологических индексов интоксикации (Лии Кальф-Калифа, гематологический показатель интоксикации (ГИИ) и др.) перед операцией, через сутки, на третьи сутки. Показатели кислородного статуса (парциальное давление кислорода в артериальной крови) изучены перед операцией, после экстубации. Изменение гематологических показателей интоксикации и кислотного состава периферической крови в предоперационном периоде свидетельствовали о положительном влиянии предложенного метода подготовки больных РТК, осложнившимся СЭИ, на выраженность последнего.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Использование предложенного метода предоперационной подготовки больных раком толстой кишки, осложнившимся СЭИ, позволило снизить выраженность дыхательных расстройств со второй до первой стадии дыхательной недостаточности (классификация Кассиль В.Л. 1997 г.), уменьшить уровень медианы показателя потребления кислорода тканями на 13,36, коэффициент утилизации кислорода тканями на 11,3%.

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СУБКОМПЕНСИРОВАННОЙ И ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Ярмушов И.Н., Абызов И.Н., Агафонкин С.А., Казаков А.А., Ануоров С.А., Родин П.В., Гладков В.И., Нардин С.В., Игнатъев Р.О.

БУ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗ ЧР,  
БУ «Республиканская клиническая больница» МЗ ЧР,  
БУ «Городская клиническая больница № 1» МЗ ЧР,  
г. Чебоксары, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Количество пациентов с опухолями колоректальной зоны в Чувашской Республике (ЧР) составляет 20,0 на 100 тыс. жителей и 6,1% от общего количества больных с ЗНО, смертность – 8,5 на 100

тыс. населения. Осложнение в виде непроходимости имеют до 35% пациентов с впервые выявленным колоректальным раком. Эти пациенты оперируются по неотложным показаниям в общехирургических отделениях.

**ЦЕЛЬ.** Обеспечить радикальность и соблюдение онкологических принципов ведения пациентов с колоректальным раком, осложненным толстокишечной непроходимостью.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В ЧР с 2015 г. используется протокол лечения пациентов с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза, согласно рекомендациям Ассоциации колопроктологов России, Ассоциации онкологов России, Российского общества хирургов. На первом этапе, в условиях хирургического стационара рекомендована к выполнению дренирующая операция, при отсутствии осложнений в виде перфорации и (или) кровотечения. Нормализация состояния пациента позволяла через 4-6 нед. выполнить радикальную операцию в условиях специализированного стационара. Подобная тактика позволяет повысить радикальность оперативного лечения, снизить число осложнений, количество пожизненно стомированных пациентов. В 2015 г. впервые выявлено 457 пациентов с ЗНО колоректальной зоны. Полностью завершили лечение, согласно протоколам и стандартам ведения, 318 больных, при ЗНО прямой кишки – 66,4%, при ЗНО ободочной кишки – 73,0%. Летальность в течение первого года после установления диагноза составила для ЗНО прямой кишки 24,0%, ЗНО ободочной кишки – 15,3%.

**ВЫВОДЫ.** Совместный подход и отсутствие среди хирургов, онкологов и колопроктологов конкуренции в лечении колоректального рака, осложненного толстокишечной непроходимостью, позволяет улучшить качество лечения и качество жизни пациента.

## ГЛАВА 3. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

### ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ ПЛАНОВОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Ачкасов С.И., Москалёв А.И.,  
Сенашенко С.А., Шельгин Ю.А.

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

**ЦЕЛЬ.** Оценка эффективности применения лапароскопического метода в плановом хирургическом лечении осложненной дивертикулярной болезни.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** В проспективное сравнительное исследование включены 136 пациентов с хроническими осложнениями дивертикулярной болезни, оперированных в плановом порядке в ГНЦК в 2007-2015 гг. Из исследования исключены пациенты с ранее перенесёнными операциями на толстой кишке, с признаками выраженного и распространённого воспалительного процесса с обширным вовлечением других органов брюшной полости и малого таза ( $\geq 10$  см в Д), индексом массы тела  $\geq 35$  кг/м<sup>2</sup>, а также противопоказаниями к пневмоперитонеуму. Основную группу составили 75 пациентов, которым были выполнены лапароскопически-ассистируемые вмешательства. В контрольную группу вошел 61 пациент, оперированный традиционным доступом. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, индексу массы тела и распространённости воспалительного процесса.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В основной группе конверсии были выполнены у 9 (12,0%) пациентов. У 3 (4,0%) – вследствие выраженного висцерального ожирения и невозможности адекватной визуализации необходимых анатомических ориентиров. У остальных 6 (8,0%) больных причиной конверсии было распространение воспалительного процесса на стенки таза и обусловленная этим невозможность безопасного лапароскопического выделения ободочной кишки из хронического инфильтрата. Превентивная кишечная стома была сформирована 10 (13,3%) пациентам основной и 14 (22,9%) – контрольной группы ( $p=0,50$ ). В основной группе длительность операции составила  $227,1 \pm 11,6$  мин., в контрольной –  $232,3 \pm 12,2$  мин. ( $p=0,09$ ). Ранние послеоперационные осложнения имели место у 8 (10,7%) пациентов основной группы и у 9 (14,7%) – контрольной ( $p=0,60$ ). Послеоперационной летальности в обеих группах не отмечено. Срок послеоперационного пребывания в стационаре был достоверно короче в основной группе –  $9,5 \pm 0,4$  против  $12,9 \pm 0,6$  – в контрольной;  $p < 0,0001$ ). Отдалённые результаты лечения в сроки от 1 до 9 лет (в среднем, 3,8 лет) прослежены у 97 (71,3%) больных: в основной группе у 57 (76,0%), в контрольной – у 40 (65,6%) ( $p=0,19$ ). Установлено, что частота формирования послеоперационных вентральных грыж достоверно выше после открытых вмешательств: 2 (3,2%) в основной группе и 7 (17,5%) – в контрольной ( $p=0,04$ ). В сроки от 1 до 9 лет негативная оценка больными результата хирургического лечения после открытых вмешательств отмечена в 11 (27,5%) наблюдениях, после лапароскопических – 5 (8,7%) ( $p=0,03$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** При плановом хирургическом лечении дивертикулярной болезни лапароскопически-ассистируемые и открытые вмешательства сопоставимы по длительности, частоте формирования проксимальных кишечных стом, частоте развития ранних послеоперационных осложнений. После лапа-

роскопически-ассистируемых вмешательств более благоприятно протекает послеоперационный период с достоверно меньшим койко-днём, меньшей частотой формирования послеоперационных грыж и большей удовлетворённостью перенесённой операцией.

### ПОЭТАПНАЯ ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКАЯ МУКОЭКТОМИЯ КУЛЬТЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Борота А.В., Борота А.А.,  
Плахотников И.А., Кухто А.П.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Оставление слизистой в минимальной культе прямой кишки, сохраненной для формирования анастомоза, при колпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, всегда несет угрозу обострения резидуального язвенного колита с необходимостью постоянной противорецидивной терапии.

**ЦЕЛЬЮ** работы явилась разработка способа мукоэктомии культуры прямой кишки при реконструктивно-восстановительном хирургическом лечении язвенного колита, снижающего риск возникновения резидуального культита.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 2013 года 13 пациентов были прооперированы по следующей методике. Выполняли колпроктэктомию с нервосохраняющим вариантом мобилизации прямой кишки до тазового дна, оставляя мезоректальную фасцию на стенке таза. Прямую кишку пересекали на уровне среднеампулярного отдела линейным сшивающим аппаратом. Стандартно формировали J-образный илеальный резервуар протяженностью 15 см. Со стороны промежности ректальным зеркалом разводили анальный канал и с помощью зажимов Алиса захватывали верхушку культуры прямой кишки, выворачивали её наружу слизистой оболочкой. Для выполнения поэтапной высокочастотной электротермической мукоэктомии культуры прямой кишки использовали инструмент Liga Sure Precise Plus. Культю дополнительно прошивали линейным сшивающим аппаратом в 2-3 см от зубчатой линии и погружали в полость малого таза.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Разницы между структурой и количеством послеоперационных осложнений у пациентов, в сравнении со стандартным видом реконструктивной операции, не было. За время динамического наблюдения явлений культита у данных пациентов не возникло.

**ВЫВОДЫ.** Предложенный новый вариант хирургического лечения язвенного колита, заключающийся в колпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара и илео-анального анастомоза, поэтапной высокочастотной электротермической мукоэктомией культуры прямой кишки и анального канала и протективной илеостомией позволяет полностью удалить слизистую оболочку культуры прямой кишки, что исключает риск возникновения культита, как проявлений резидуального язвенного колита, как в ближайшем, так и в отдалённом послеоперационном периоде. Функциональные результаты при этом не ухудшаются.

## МРТ ТАЗА В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ИЛЕАЛЬНОГО РЕЗЕРВУАРА И КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Борота А.В., Борота А.А., Ютовец Т.С.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Несмотря на то, что колпроктэктомия с формированием J-образного тонкокишечного резервуара и илеоанального анастомоза и протективной илеостомии существенно улучшает качество жизни пациентов, оперированных по поводу язвенного колита, в зоне сформированного илеоанального анастомоза возникает ряд воспалительных осложнений, среди которых резервуарит, культит, синдром раздраженного резервуара, болезнь Крона илеального резервуара. МР-энтерография, по современным данным, является высокочувствительным методом, используемым в диагностическом комплексе выявления осложнений, связанных с илеальным резервуаром.

**ЦЕЛЬЮ** работы явилась оценка возможности применения МРТ таза в диагностическом комплексе оценки состояния и осложнений, связанных культей прямой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Исследования были выполнены на МР-томографе GE Signa EXCITEHD мощностью 1,5 Тл 5 пациентам, перенесшим реконструктивно-восстановительное лечение по поводу язвенного колита. Сканирование производится в положении пациента на спине, с опорожненным кишечником. Дополнительно оценивали возможность и целесообразность использования эндоректального контрастирования водой в объеме 200–300 мл, что могло способствовать расправлению стенок тонкокишечного резервуара и культи прямой кишки. Полученные данные исследования сопоставляли с эндоскопической и клинической картиной.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Клинические проявления культита при соответствующей эндоскопической картине с морфологическим подтверждением при МР исследовании сопровождались утолщением стенки культи прямой кишки до 12–15 мм с нарушением её структуры вследствие отёка.

**ВЫВОДЫ.** Таким образом, метод МРТ позволяет оценить толщину и структуру стенки культи прямой кишки у пациентов, перенесших реконструктивно-восстановительное вмешательство по поводу язвенного колита. Эндоректальное контрастирование водой у данных пациентов не показало своей диагностической ценности в связи с невозможностью тугого заполнения вследствие быстрого позыва к дефекации.

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ПОЭТАПНОЙ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКОЙ МУКОЭКТОМИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Борота А.В., Василенко И.В., Борота А.А., Базиян-Кухто Н.К.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** С целью профилактики резидуального культита при колпроктэктомии с формированием J-образного тонкокишечного резервуара, илеоанального анастомоза, протективной илеостомии выполня-

ли поэтапную высокочастотную электротермическую мукоэктомию культи прямой кишки.

**ЦЕЛЬЮ** работы явилось морфологическое исследование динамики изменений тканей стенки культи прямой кишки после выполнения её поэтапной высокочастотной мукоэктомии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С целью динамического патогистологического исследования состояния стенки культи прямой кишки всем пациентам проводили этапную биопсию. Первую биопсию – непосредственно после поэтапной высокочастотной электротермической мукоэктомии культи прямой кишки. Состояние прямой кишки также исследовали через 1 и 2 недели после выполнения вмешательства. Затем плановую биопсию производили через 12 недель и в каждый последующий визит через 6 месяцев в рамках программы динамического наблюдения.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Уже в первые дни после операции мукоэктомии гнойный экссудат помогает отторжению поврежденного эпителия и очищению раны. В первые месяцы после операции, происходит выраженная пролиферация многослойного плоского эпителия анального канала для закрытия дефекта слизистой оболочки и одновременная перестройка его с появлением несвойственной ему функции продукции муцина, с формированием в пласте многослойного плоского эпителия, подобия кишечных крипт с большим числом бокаловидных клеток. Через 1–1,5 года кишечные крипты толстокишечного типа появляются вне пласта многослойного плоского эпителия среди созревающей грануляционной ткани. Во вновь сформированных толстокишечных криптах нет признаков язвенного колита: они отличаются обильной продукцией муцина, как нейтрального PAS-положительного, так и кислого с альцианофилией при pH 2,5.

**ВЫВОДЫ.** Таким образом, поэтапная высокочастотная электротермическая мукоэктомия культи прямой кишки позволяет полностью удалить слизистую оболочку культи прямой кишки, что исключает риск возникновения культита, как проявлений резидуального язвенного колита, как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде.

## ВОЗМОЖНОСТИ ПОДВЗДОШНО-РЕЗЕРВУАРНО-АНАЛЬНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ

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

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Хирургическое лечение болезни Крона (БК) – проблема, которая волновала хирургов всего мира долгое время. Причин этому несколько: увеличение количества случаев заболеваний, отсутствие единого мнения в вопросах хирургической тактики, качество жизни больных после операции.

**ЦЕЛЬ.** На основании имеющихся случаев выполнения пластических операций при БК доказать возможность использования подвздошно-резервуарно-анальной реконструкции у данной категории больных.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 2012 по 2015 гг. в клинике общей хирургии ДонНМУ на базе колопроктологического центра Донецкого клинического территориального медицинского объединения было прооперировано 47 пациентов по поводу язвенного колита (ЯК), тотального поражения, тяжелого, либо осложненного течения, которым выполнена колпроктэктомия, формирование J-образного илеального резервуара, иле-

оанального анастомоза и протективной илеостомы. При этом, у 3 пациентов, лечившихся ранее по поводу гистологически верифицированного ЯК и оперированных по данной методике, послеоперационное гистологическое заключение показало наличие БК толстой кишки. Наблюдение за течением послеоперационного периода не выявило каких-либо отличий от остальных пациентов с подобными операциями. Это позволило нам в последующем, в 3 случаях у пациентов с верифицированным диагнозом БК толстой кишки, выполнить аналогичные оперативные вмешательства.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В послеоперационном периоде пациенты получали инфузионную, детоксикационную, метаболическую, гормональную терапию. Ушивание илеостомы производилось в сроки от 6 до 8 недель после первого вмешательства. Перед этим проводили резервуарографию, во время которой исследовалась целостность резервуара и резервуаро-анального анастомоза, пальцевое исследование анастомоза, резервуароскопию с помощью детского ректоскопа, этапную биопсию.

В 2 случаях имел место паучит, который был успешно разрешен консервативными мероприятиями. Дальнейшее динамическое наблюдение и исследования показали отсутствие осложнений, вынуждающих повторно возвращаться к вопросу хирургического лечения. Функциональные результаты удовлетворительные.

**ВЫВОДЫ.** По данным динамического наблюдения, отдаленные результаты и качество жизни пациентов с БК существенно не отличались от группы пациентов с язвенным колитом, что позволяет нам дальнейшее выполнение пластических операций.

## ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И ВЛИЯНИЕ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АССОЦИИРОВАННЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПАЗАРИТАРНОЙ ИНФЕКЦИИ

Борота А.В., Полуни Г.Е., Косарь Н.В., Танасов И.А., Герасименко Е.А., Лыков В.А., Коктышев И.В.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Из 7,3 миллиардов населения земли около 20% являются носителями патогенных штаммов *Entamoeba histolytica*, вызывающих амебиаз, причем у 10% из них развивается колит. Лямблии «носят» в себе примерно 3-10% взрослых по всему миру. Указанные паразитарные болезни, в период обострения, трудно отличить клинически от неспецифических воспалительных заболеваний толстой кишки (НВЗТК): острое начало, схваткообразные боли в животе, тенезмы, жидкий стул с кровью и слизью, повышение температуры тела, боли в суставах, слабость, повышенную утомляемость. В настоящее время в литературе нет четких данных о частоте выявления и влияние на результаты лечения ассоциированных с язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК) различных видов паразитарной инфекции.

**ЦЕЛЬ.** Изучить частоту выявления и влияние на результаты лечения ассоциированных с ЯК и БК носительства патогенных штаммов амев и лямблий.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Изучены истории болезней 522 пациентов с НВЗТК, получивших лечение в проктологическом центре клиники общей хирургии № 1 Донецкого медицинского университета за 7 лет. У 368 (70,5%) диагностирован ЯК и у 154 (29,5%) – БК. Диагнозы ЯК и БК были подтверждены гистологически, при этом исключены специфические виды возбу-

дителей. В исследуемую группу (ИГ) вошли 132 (25,3%) больных, у которых выявили ассоциацию НВЗТК с простейшими. Носительство цист амев наблюдали у 52 (10,0%), лямблий – у 51 (9,8%), сочетание амев и лямблий – у 29 (5,6%). Из 522 по абсолютным показателям оперировано 189 (36,2%), консервативное лечение получили 333 (63,8%) пациента.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В группе с ЯК простейшие выявлены у 114 (31,0±2,4%), в группе с БК – у 18 (11,7±2,6%) ( $p<0,01$ ). Количество случаев носительства амев у пациентов с ЯК было значительно выше, чем при БК – 47 (12,8±1,7%) и 5 (3,2±1,4%) ( $p<0,01$ ), так же достоверно чаще при ЯК выявляли лямблии – 42 (11,4±1,7%) и 9 (5,8±1,9%) ( $p<0,05$ ) и сочетание этих простейших, соответственно, 25 (6,8±1,3%), и 4 (2,6±1,3%) ( $p<0,05$ ). В ИГ оперировано 43 (32,6%), 30 – с ЯК, 13 – с БК, консервативное лечение получили 89 (67,4%) пациентов. Из 94 оперированных в группе ЯК носительство амев выявлено у 11 (11,7%±3,3), а из 95 в группе с БК – у 4 (4,2%±2,1) ( $p<0,05$ ). Среди оперированных имеет место тенденция к увеличению случаев выявления лямблий при ЯК – 10 (10,6%±3,2) в сравнении с БК – 6 (6,3%±2,5) и при сочетании этих патологий – 9 (9,6%±3,0) и 3 (1,9%±0,9) ( $p>0,05$ ).

Среди 30 оперированных пациентов с ЯК в ИГ количество ранних послеоперационных осложнений составило 7 (23,3±7,7%), поздних – 3 (10,0±5,5%), у 13 – с БК, соответственно, 3 (23,1±11,7%) и 1 (7,7±7,4%) ( $p>0,05$ ). Среди оставшихся 64 оперированных пациентов с ЯК имеет место тенденция у снижению показателей послеоперационных осложнений: ранних – 11 (17,2±4,7%), поздних – 5 (7,8±3,4%), у 82 – с БК, соответственно, 10 (12,2±3,6%) и 6 (7,3±2,9%) ( $p>0,05$ ).

**ВЫВОДЫ.** Ассоциированное с НВЗТК носительство паразитарной инфекции наблюдали у 25,3% пациентов: гораздо выше в группе с ЯК – у 114 (31,0±2,4%), при БК – у 18 (11,7±2,6%) ( $p<0,01$ ). Среди оперированных пациентов эти показатели составили, соответственно, 30 (31,9±4,8%) и 13 (13,7±3,5%) ( $p<0,01$ ). Носительство различных видов паразитарной инфекции у пациентов с ЯК и БК является отягощающим фактором, влияющим на результаты консервативного и оперативного лечения.

## РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

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

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Республиканский онкологический центр им. проф. Г.В.Бондаря, г. Донецк

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** По данным отчета Американской Ассоциации Раковых заболеваний, 10% людей после 45 лет имеют полипы толстой кишки (ТК), из которых 1% переходит в колоректальный рак. В настоящее время в литературе нет четкого описания частоты возникновения, клиники и тактики лечения полипов ТК ассоциированных с неспецифическими воспалительными заболеваниями (НВЗТК).

**ЦЕЛЬ.** Оценить риск и частоту возникновения полипов толстой кишки ассоциированных с язвенным колитом и болезнью Крона

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен анализ лечения 1020 больных НВЗТК: 690 (67,6%) с язвенным колитом (ЯК) и 330 (32,4%) с болезнью Крона (БК). Диагнозы ЯК и БК были подтверждены гистологически. У пациентов ЯК исключены специфические виды возбудителей.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Различные виды полипов ТК наблюдали у 245 (24,0±1,3%) от общего количества пациентов. В 179 (25,9±1,7%) случаях полипы наблюдали в группе пациентов с ЯК и в 66 (20,0±2,2%) – с БК ( $p<0,05$ ). Различные виды аденоматозных полипов (АП) наблюдали у 35 (3,4±0,6%) пациентов, в том числе 27 (3,9±0,7%) в группе больных ЯК и 8 (2,4±0,8%) – в группе больных БК ( $p>0,05$ ). Воспалительные полипы (ВП) наблюдали у 210 (20,6±1,3%) пациентов, в том числе 152 (22,0±1,6%) в группе больных ЯК и 58 (17,6±2,1%) – в группе больных БК ( $p>0,05$ ).

Возраст дебюта НВЗТК в группе пациентов с АП, в среднем, составил 44,0 года (37,9 – для БК и 45,9 – для ЯК), в группе с ВП – 36,4 лет (39,3 – для БК и 35,5 – для ЯК). Время, прошедшее от дебюта НВЗТК до диагностики полипов в группе пациентов с АП, в среднем, составило 5,5 лет (8,0 – для БК и 4,8 – для ЯК), в группе с ВП – 4,6 лет (3,9 – для БК и 4,8 – для ЯК). Возраст больных колебался от 15 до 77 лет, в среднем – 41,8 лет (49,1 у пациентов с АП и 40,6 у пациентов с ВП). Из 35 пациентов с АП 29 (82,9±6,4%) были оперированы (8 (27,6±8,3%) – с БК, 21 (72,4±8,3%) – с ЯК). 4 пациента с ЯК от предложенного оперативного лечения отказались, 2 больным операция не выполнена в связи с тяжестью общего состояния. Из 210 пациентов с ВП были оперированы 108 (51,4±3,4%), 39 (36,1±4,6%) – с БК, 69 (63,9±4,6%) – с ЯК.

В группе пациентов с АП дисплазия выявлена в 51,4±8,4% случаев, в том числе, у 14 (51,9±9,6%) при ЯК и 4 (50,0±17,7%) – с БК ( $p>0,05$ ). В группе пациентов с ВП дисплазия выявлена в 22,9±2,9% случаев, в том числе – у 28 (18,4±3,1%) с ЯК и 20 (34,5±6,2%) – с БК ( $p<0,05$ ). Таким образом, общая частота выявленных случаев дисплазии у пациентов с различными видами полипов ТК при БК (36,4±5,9%) достоверно выше, чем при ЯК (23,5±3,2%) ( $p<0,05$ ).

**ВЫВОДЫ.** Наличие у 51,4±8,4% больных с АП и 22,9±2,9 с ВП ассоциированным с ЯК и БК, различной степени дисплазии слизистой оболочки за пределами границы образования позволяет утверждать, что это тяжелое осложнение НВЗТК является облигатным предраком, требующим обязательного хирургического вмешательства с учетом онкологических принципов. ВП являются признаком возможного начала развития тяжелых осложнений НВЗТК, что указывает на необходимость проведения более активной хирургической тактики в этой группе пациентов.

## ФАКТОРЫ РИСКА ВТОРИЧНОГО ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Варданян А.В., Ачкасов С.И., Кашников В.Н.  
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

**ЦЕЛЬ.** Выявить факторы риска вторичного заживления ран у больных, оперированных по поводу язвенного колита.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** 143 пациента оперированы по поводу тяжелой формы язвенного колита в период времени с 2007 по 2013 год. Колэктомия с сохраненной прямой кишкой была выполнена в 100 (69,9%) случаях. Одномоментная колпроктэктомия с формированием тонкокишечного наданального илеоректального анастомоза была выполнена у 43 (30,1%) пациентов. Открытые операции были выполнены в 117 (81,8%) случаях, лапароскопические – в 26 (18,2%). В послеоперационном периоде было отмечено 52 осложнения у 32 (22,4%) больных. В данное исследование было

включено 25 (17,5%) наблюдений с вторичным заживлением ран.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Наличие внутривенной высокодозной (более 2 мг/кг) гормональной терапии ОР 8,5 (95% CI 3,2-23) ( $p<0,0001$ ), частый, до 6 и более раз в день, жидкий стул с кровью ОР 7,01 (95% CI 0,9-54,4) ( $p=0,04$ ), назначение метотрексата ОР 3,8 (95% CI 1,22-12) ( $p=0,02$ ), а также открытые операции ОР 8,5 (95% CI 3,19-22,9) ( $p<0,0001$ ) увеличивают риск вторичного заживления ран в послеоперационном периоде.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Гормональная терапия, сохраняющийся частый жидкий стул с кровью, применение метотрексата и открытая операция являются факторами риска вторичного заживления ран у больных, оперированных по поводу язвенного колита. Использование лапароскопических технологий позволяет значительно уменьшить частоту осложнений.

## ПРОФИЛАКТИКА ПЕРФОРАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ

Велиев Т.И.

КГБУЗ «Городская больница № 4», Алтайский колoproктологический центр, г. Барнаул, Россия

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

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

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 1999 по 2015 год у 335 больных в возрасте от 60 до 87 лет с ворсинчатыми опухолями толстой кишки применялся метод создания водяной «подушки» перед эндоскопической электрорезекцией слизистой оболочки вместе с опухолью. Водяная «подушка» создавалась путем введения инжектором 0,9%-ного физиологического раствора между подслизистой оболочкой и опухолью. У всех больных гистологически имела ворсинчатая аденома с дисплазией II и III степени. Размеры опухоли были от 2 и более см в диаметре.

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

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

## ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ТРАНСАНАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ

Велиев Т.И.

КГБУЗ «Городская больница № 4», Алтайский колoproктологический центр, г. Барнаул, Россия

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

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

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проанализировано 2 груп-



пы больных по 17 человек, у которых трансанально были удалены ворсинчатые опухоли прямой кишки. В первую группу вошли больные, которым после трансанального удаления ворсинчатых опухолей прямой кишки проводилась обработка ложа 2%-ным раствором протаргола. Во вторую группу вошли больные, которым эта обработка не проводилась.

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

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

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ УДАЛЕНИИ АДЕНОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ С МАЛИГНИЗАЦИЕЙ

Велиев Т.И.

КГБУЗ «Городская больница № 4», Алтайский коллопроктологический центр, г. Барнаул, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Возникновение кишечных кровотечений после эндоскопических операций у лиц пожилого возраста, по данным различных авторов, имеет тенденцию к увеличению.

**ЦЕЛЬ.** Изучение эффективности эндоскопических методов остановки кровотечения при удалении малигнизированных новообразований толстой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** При артериальном кровотечении из ножки удалённого новообразования производился повторный захват и коагуляция ножки петлевым электродом на малых режимах коагулирующего тока с последующим её отсечением. Если ножка короткая и её не удаётся захватить петлёй, с целью гемостаза использовалось подслизистое введение этилового спирта через игльчатый инъектор. При умеренной интенсивности венозных кровотечений применялась монополярная коагуляция или гидротермокоагуляция. При паренхиматозных кровотечениях использовалась гидротермокоагуляция и лазерная фотокоагуляция.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** С использованием этих методик удалось остановить кровотечение сразу после его возникновения у 10 больных. У 2 человек с интенсивными артериальными кровотечениями после проведения эндоскопических мероприятий была проведена кровезамещающая терапия, очистительные клизмы холодной водой, но кровотечение не было остановлено. Предпринято повторное эндоскопическое вмешательство, в результате которого кровотечение остановлено.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Таким образом, для остановки кровотечений, возникающих при удалении аденом с малигнизацией толстой кишки различной анатомической формы, комплекс эндоскопических методов эффективен у всех пациентов.

## ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛИТА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Войнов М.А., Газыев Н.С., Мальцева А.С.

ПМГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России, г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Дивертикулярная болезнь является распространенным заболеванием толстой кишки. Её осложнения встречаются у 1-4% больных, а наиболее частым из них является дивертикулит. При этом лечебная тактика до сих пор остается спорной. Необходимость госпитализации пациента ставится под сомнение, а по данным некоторых авторов, применение антибиотиков не уменьшает частоту рецидива.

**ЦЕЛЬ.** Изучить результаты лечения дивертикулита ободочной кишки

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проанализировано 126 историй болезни пациентов с дивертикулитом ободочной кишки, находившихся в клинике общей хирургии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова с 2012 по 2015 гг. Средний возраст больных 62,1±15,4 лет, женщин было в 1,52 раза больше мужчин (76 и 50). Статистический анализ был выполнен с использованием стандартного пакета статистических программ SPSS 20.0 for Windows.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Срок госпитализации составил 10,4±3,6 сут., во время лечения прогрессирования заболевания не отмечено ни у одного из пациентов. Антибиотики применялись у 76 (60,3%) больных, у 68 (53,9%) использовали комбинацию препаратов. Назначение антибиотиков не оказало влияния на срок госпитализации ( $p>0,05$ ). При оценке отдаленных результатов лечения через 29,9±7,1 мес. повторное развитие осложнений дивертикулярной болезни возникло у 42 (33,3%) больных, у 6 (4,8%) потребовалась операция. При сравнении частоты повторного развития осложнений различий между пациентами с предшествующей антибактериальной терапией и без неё не выявлено ( $p>0,05$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Применение антибиотиков при дивертикулите не влияет на результат лечения и не определяет дальнейшее течение заболевания.

## ТРАНСАНАЛЬНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ И ВНУТРИПРОСВЕТНАЯ САНАЦИЯ ЗОНЫ МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА, КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Грошин В.С., Цыганков П.В., Султанмурадов М.И., Харагезов А.Д.  
РостГМУ, г. Ростов-на-Дону, Россия

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты восстановительных операций после obstructивных резекций толстой кишки (операций типа Гартмана) путем разработки, обоснования и клинического использования методов профилактики послеоперационных осложнений, определения оптимального срока восстановления непрерывности толстой кишки.

**МЕТОДЫ.** Проведён анализ данных обследования и результатов восстановительных операций у 63 пациентов в сроки от 1,5 до 17 месяцев после операции типа Гартмана. Средний возраст 54,2 года. Пациенты распределены на две группы клинических наблюдений. У 30 пациентов основной группы применены методы профилактики несостоятельности анастомоза по оригинальной методике (2 патента РФ). В контроль-

ной группе из 33 пациентов – стандартное послеоперационное ведение. Помимо общеклинических, эндоскопических и морфологических исследований, изучена микрофлора приводящей и отключенной кишки. Сроки наблюдения – не менее 6 месяцев.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** По данным эндоскопического обследования, с биопсией слизистой культи кишки у 57 (90,4%) пациентов, 28 основной и 29 контрольной группы, выявлен диверсионный колит.

При проведении профилактики несостоятельности анастомоза предложенными способами, у 29 (96,7%) пациентов основной группы отмечены хорошие результаты. В одном случае (3,3%), спустя 4 месяца, проявился анастомозит, купированный консервативно. Послеоперационный койко-день – 7,43.

У 30 (90,0%) пациентов контрольной группы отмечены хорошие результаты. В 3 (10%) случаях развилась несостоятельность анастомоза – 12,1%, одна из которых – с формированием свища, «закрывшегося» позднее консервативно, а в 2-х наблюдениях потребовалось дезанастомозирование. Послеоперационный койко-день – 9,49.

**ВЫВОДЫ.** Разработанный метод трансанальной декомпрессии и внутрипросветной санации зоны толстокишечного анастомоза увеличивает эффективность профилактики несостоятельности анастомоза при реконструктивных вмешательствах при наличии диверсионного колита. Метод может быть использован в клинической практике при реконструктивных операциях на дистальных отделах толстой кишки

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НАРУЖНЫХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Додай В.А., Борисов Д.Л., Терюшкова Ж.И.

Кафедра госпитальной хирургии Южно-Уральского государственного медицинского университета, МБУЗ ГКБ № 8, г. Челябинск, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Лечение пациентов с несформированными кишечными свищами (НКС) до сих пор остается актуальной проблемой современной хирургии. НКС составляют 1%-2% от всех послеоперационных осложнений. До настоящего времени летальность при НКС, особенно, высоких тонкокишечных, достигает 20-90%.

**ЦЕЛЬ.** Проанализировать опыт применения вакуумной терапии (NPWT) в лечении НКС.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Применен метод локального отрицательного давления у 15 больных с НКС, после различных оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Возраст пациентов варьировал в пределах от 18 до 81 лет и составил, в среднем, 52,1 года. Преобладали женщины – 67%.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Применение метода NPWT у пациентов с наружными НКС позволяет купировать гнойно-воспалительные осложнения в сравнении с другими методами в 2-3 раза быстрее; увеличивает возможность самостоятельного закрытия кишечного свища, либо сокращает сроки трансформации в сформированный трубчатый свищ с меньшим объемом потерь в сравнении с другими методами (в 1,5-2 раза).

**ВЫВОДЫ.** Метод NPWT в лечении НКС позволяет в короткие сроки купировать гнойно-воспалительные осложнения, усиливает репаративный потенциал окружающих свищ тканей, стимулирует рост грануляционного вала, за счет чего увеличивает вероятность консервативного закрытия НКС.

## ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Дрожжина Н.П., Жудылина Н.В., Дул И.Д., Илькинич А.Я.

БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут, Россия

**ЦЕЛЬ.** Оценить эффективность биологической терапии у больных с воспалительными заболеваниями кишечника.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** На базе «Сургутской окружной клинической больницы» создан регистр больных с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), который включил в себя 190 пациентов, из которых 123 (64,7%) больных – язвенный колитом (ЯК) и 67 (35,3%) – болезнью Крона (БК). Показаниями к назначению биологической терапии были не только тяжесть и распространенность воспалительного процесса, но и отсутствие клинического и эндоскопического эффекта от применения препаратов 5-АСК, тиопуринов. В эту же группу были включены пациенты с гормонозависимыми и гормонорезистентными формами заболевания. В настоящее время биологическая терапия инициирована и проводится 13 (6,8%) больным: 7 (3,7%) с ЯК и 5 (2,6%) – с БК. При лечении ЯК использован инфликсимаб: 5 мг/кг для индукции (0, 2 и 6 недель) и поддерживающая доза 5 мг/кг (каждые 8 недель). При БК применяется адалимумаб: 80 мг в первый день, 80 мг во второй день для индукции и поддерживающая доза по 40 мг (каждые 2 недели).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Клиническая ремиссия наблюдалась уже на первой неделе лечения генно-инженерными препаратами у 6 (3,1%) больных с ЯК и 5 (2,6%) больных с БК. Эндоскопическая ремиссия была достигнута через 12 недель у 3 (1,6%) пациентов с ЯК и у 2 (1,04%) с БК. Пациенты отмечали значительное улучшение состояния, в виде купирования болевого синдрома, устранения диспепсических явлений, нормализации лабораторных показателей, основными из которых были СРБ и фекальный кальпротектин. У 1 пациента с ЯК клиническая ремиссия была достигнута к 8 неделе лечения, тем не менее сменившаяся в последующем ухудшением состояния. Увеличение дозы препарата до 10 мг/кг не привело к ожидаемому эффекту, в связи с чем пациент переведен на другой препарат – голимумаб: индукционный курс (п/к 200 мг и через 2 недели п/к 100 мг), с последующей поддерживающей терапией п/к 100 мг каждые 4 недели. После третьей инфузии получен положительный клинический эффект.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Биологическая терапия является методом выбора при высокой активности заболевания, непрерывно рецидивирующем течении, осложненных формах, при отсутствии эффекта от применения глюкокортикоидов, препаратов 5-АСК, тиопуринов; снижает риск развития осложнений, требующих оперативного вмешательства, и, значительно улучшает качество жизни пациентов.

## ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКИХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ СВИЩЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПУТЁМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДРЕНАЖА АКТИВНОЙ АСПИРАЦИИ С ОДНОВРЕМЕННЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ ОБТУРАТОРА ИЗ ПЕНОПОЛИУРЕТАНА

Екимов А.В., Шестопалов С.С., Рышков И.Л.

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, ГБУЗ ЧОКБ, г. Челябинск, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Лечение больных с несформированными свищами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) остаётся очень серьёзной проблемой в абдоминальной хирургии. Накопленный нами опыт, позволил провести анализ результатов лечения пациентов с использованием данной системы активной аспирации.

**ЦЕЛЬ.** Улучшение результатов лечения и оптимизация алгоритма ведения пациентов с высокими несформированными свищами ЖКТ путём применения дренажа активной аспирации с насадкой из пенополиуретана.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 2003 по 2013 гг. в отделении гнойной хирургии Челябинской областной клинической больницы пролечено 70 больных с высокими свищами ЖКТ различной локализации. Мужчин было – 43, женщин – 27. Возраст больных от 17 до 77 лет. Сроки госпитализации – от 3-х до 20 суток от начала заболевания. Наиболее частые причины появления высоких свищей ЖКТ: разлитой гнойный перитонит, острая кишечная непроходимость, панкреонекроз, несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки, травма органов брюшной полости. Состояние больных при поступлении было тяжелым или очень тяжелым. У 56 больных подтвержден клинически и лабораторно сепсис с явлениями полиорганной недостаточности (ПОН). В день поступления или на следующие сутки проводилась ревизия раны с целью определить размеры свища, его отношение к окружающим тканям, полный свищ или неполный, сообщение его со свободной брюшной полостью. Пациентам проводилась инфузионная, антибактериальная терапия, ревизия раны под наркозом, сбор и возврат потерь из свища. Лечение кишечных свищей начинали с консервативной терапии с применением дренажно-поролоновой системы с активной аспирацией. В обязательном порядке всем больным установлен зонд в тощую кишку для возврата потерь из свища и энтерального питания.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При потерях из кишечного свища до 1000 мл в сутки у 17 (24,2%) больных удалось купировать явления ПОН и добиться формирования трубчатого, либо губовидного свища. Эти пациенты оперированы через два-четыре месяца в плановом порядке. Послеоперационной летальности не было. У 44 (62,9%) больных, где потери были от 1000 до 2000 мл в сутки, консервативная терапия оказалась мало эффективной. Больные истощались, явления ПОН не купировались. Все они прооперированы после краткосрочной подготовки. После операций умерло 9 (20,4%) больных. Основная причина смерти – несостоятельность швов, гнойный перитонит. И 9 (12,9%) больных не оперированы. Это была самая тяжелая группа с суточными потерями свыше 2000 мл в сутки. Несмотря, на проводимую интенсивную терапию, все больные умерли.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** 1. Тактика ведения больных зависит от их состояния при поступлении и от объёма потерь по свищу. Если потери не превышает 1000 мл в сутки и полностью возвращаются можно добиться формирования трубчатого или губовидного свища и опери-

ровать больных в плановом порядке с наименьшей летальностью. При потерях свыше 1000 мл за сутки и прогрессивном истощении больного, оперативное лечение показано после интенсивной подготовки, которая не должна превышать 7-10 дней. Если потери более 2000 мл в сутки, выражены явления ПОН, вопрос о тактике лечения представляет сложнейшую задачу. На наш взгляд, единственным шансом на выздоровление является оперативное лечение.

2. Применение активной аспирации с обтуратором из пенополиуретана способствует более быстрому формированию свищей в условиях обширных гнойных ран и перитонита.

3. Предлагаемый нами способ является методом выбора при лечении данной патологии.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Жигаев Г.Ф., Кривигина Е.В.

Бурятский государственный университет, медицинский институт, кафедра госпитальной хирургии, г. Улан-Удэ, Россия

**ВВЕДЕНИЕ.** Несмотря на внедрение новых технологий, расширение показаний к сложным оперативным вмешательствам, и сегодня нередко возникают послеоперационные осложнения. Особое место в абдоминальной хирургии среди них занимают кишечные свищи, возникающие как следствие расхождения, несостоятельности швов анастомоза или в результате развившегося гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости. Особые сложности возникают при лечении несформированных кишечных свищей, летальность при этом достигает 20-71,1%, при высоких тонкокишечных свищах на фоне перитонита – 82-90,1%. Предложены различные методы консервативного и оперативного лечения наружных кишечных свищей, однако не снижающаяся летальность свидетельствует о том, что эта проблема далека от разрешения.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен анализ результатов лечения 33 больных с наружными кишечными свищами: мужчин было 21 (65%), женщин – 12 (35%). Средний возраст – 39,2±5,3 года. Методы исследования этих пациентов включали: обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей, контрастное исследование желудочно-кишечного тракта с досмотром через 18-24 часа, применение «бариевой» клизмы с досмотром через 9-18 часов, фистулография, УЗИ плевральной и брюшной полостей, общий и биохимический анализ крови, мочи.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Мы придерживались тактики двухэтапного лечения: на первом этапе – выведение больного из тяжелого состояния, восстановление энтерального питания; на втором – проведение хирургического лечения в оптимальные сроки в условиях разрешения перитонита и нормализации гомеостаза. Консервативное лечение заключалось в компенсации обменных процессов, применении обтурирующих устройств, адекватной санации раны (с применением препарата Тизоль), энтеральном питании, восполнении потерь по свищу. Оперативное лечение было возможно после интенсивной терапии и компенсации водно-электролитных, белковых потерь. Операция заключалась в «выключении» свища из пассажа пищи. Умерло 3 (8,8%) больных, причиной летального исхода явилось гнойно-раневое истощение, полиорганная дисфункция.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Соблюдение предлагаемого алгоритма диагностики и лечения больных с наружными кишечными свищами позволило значительно улучшить результаты лечения этой группы пациентов.

## ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКИХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Жигаев Г.Ф., Кривигина Е.В.

Бурятский государственный университет, медицинский институт, кафедра госпитальной хирургии, г. Улан-Удэ, Россия

Кишечные свищи приводят к быстрому истощению, декомпенсации, приносят пациентам не только тяжелые физические, но и моральные страдания, резко ухудшают качество жизни. Образование кишечных свищей связано с прогрессирующим гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости, по поводу которого была проведена операция, или когда свищ развился в результате возникшей несостоятельности швов анастомоза. Неудовлетворительными остаются результаты лечения больных при высоких тонкокишечных свищах на фоне перитонита и сепсиса – 82-100%. Тяжесть осложнений, высокая летальность, отсутствие единого подхода к лечению несформированных кишечных свищей определяют актуальность данной проблемы.

Значительные потери кишечного содержимого, а вместе с ними электролитов и ферментов быстро приводят к резкому нарушению метаболических процессов (при высоких несформированных кишечных свищах потери кишечного содержимого составляют 4-6 л в сутки, а ежедневная потеря массы тела до 1-2 кг). В этой связи, первоочередной задачей при лечении данных свищей является прекращение потерь содержимого. С целью ускорения самостоятельного заживления свищей внутрикишечная терапия включает применение антиферментов поджелудочной железы, 13% раствор глюкозы, белковые питательные смеси. Мы дополнительно вводили через ирригатор обтуратора 50 мл суспензии препарата Тизоль. При высоких несформированных кишечных свищах проводилось выключение кишечной петли, несущей свищ, с формированием обходного анастомоза; на втором этапе операции ликвидировали кишечный свищ путем резекции несущей его петли кишки. Летальность при несформированных кишечных свищах составила 15,3%.

**ВЫВОДЫ.** Внутрикишечная терапия, энтеральное питание через ирригатор обтуратора ускоряет заживление кишечных свищей. Активная хирургическая тактика при высоких несформированных кишечных свищах позволяет улучшить результаты лечения этой категории больных.

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ДИВЕРСИОННОГО КОЛИТА

Жигаев Г.Ф., Кривигина Е.В., Багишев Р.А.

Бурятский государственный университет, медицинский институт, кафедра госпитальной хирургии, г. Улан-Удэ, Россия

**ВВЕДЕНИЕ.** Стабильно высокой остается частота осложнений раннего послеоперационного периода при восстановительном лечении: нагноение лапаротомной раны – 26-31%; постколостомической раны – 3,8-11,9%; несостоятельность швов толстокишечного анастомоза – 5-27%; а также летальность, связанная с развитием осложнений – 6,7%. Многие авторы считают, что ведущими факторами развития данных проблем являются диверсионный колит и выраженные дисбиотические изменения микрофлоры, как отключенного, так и стомированного участка, нуждающихся в санации, коррекции микробиоценоза и моторно-эвакуаторной активности кишечника.

В настоящее время активно используется возможность применения металлокомплексных соединений (препарат Тизоль) в фармакотерапии диверсионного колита. Цель – раннее восстановление непрерывности толстой кишки после операции типа Гартмана.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен анализ 23 больных с диверсионным колитом, развившимся после операции типа Гартмана. Причинами для проведения оперативного вмешательства были: рак прямой и сигмовидной кишки – 16 (69,3%), дивертикулярная болезнь толстой кишки – 2 (8,6%), травма кишечника – 4 (17,2%), заворот сигмовидной кишки – 1 (4,3%). С целью лечения и профилактики диверсионного колита на фоне базисной фармакотерапии, проводилась внутрипросветная санация отключенных отделов толстой кишки препаратом Тизоль (10 г препарата смешивали с 500 мл воды комнатной температуры, и полученную суспензию с помощью микроклизм, объемом 50 мл вводили в просвет кишечных стом, 2 раза в день). Перед указанной процедурой назначалась очистительная клизма, объемом 150 мл, один раз в день.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Применение препарата Тизоль на фоне базисной фармакотерапии позволило избежать ранних гнойно-септических осложнений после восстановительных операций. Однако у 1 оперированного больного отмечено нагноение лапаротомной раны. Таким образом, основной мерой профилактики колита отключенной кишки, ее нефункционирующих отделов, является внутрипросветная санация препаратом Тизоль, коррекция нарушений состава микрофлоры в постколостомической культе.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Применение рекомендованного алгоритма лечения диверсионного колита позволило снизить процент осложнений реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке.

## ОСОБЕННОСТИ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Ибатуллин А.А.,<sup>1</sup> Тимербулатов М.В.,<sup>1</sup> Гайнутдинов Ф.М.,<sup>1</sup> Куляпин А.В.,<sup>2</sup> Аитова Л.Р.,<sup>1</sup> Суфияров Р.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Башкирский государственный медицинский университет

<sup>2</sup> Городская клиническая больница № 21, г. Уфа, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** В последние годы отмечается быстрый рост заболеваемости язвенным колитом. Назначение больших доз гормональных препаратов при тяжелых формах далеко не всегда дает положительный эффект, в связи с чем пациентам применяется хирургическое лечение. Травматичность вмешательства отягощает течение послеоперационного периода.

**ЦЕЛЬ.** Оценить эффективность эндоскопических вмешательств в хирургии язвенного колита.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В отделении колопроктологии ГКБ № 21 оперировано 18 больных язвенным колитом с применением лапароскопической техники. Во всех случаях первым этапом выполнялась лапароскопическая колэктомия с выведением одноствольной илеостомы по Бруку. После стабилизации состояния в плановом порядке вторым этапом выполнялась лапароскопическая брюшно-анальная резекция прямой кишки с формированием J-образного тонкокишечного резервуара и резервуаро-анальным анастомозом с прерентивной илеостомой по Торнболлу (14 больных). Третий этап хирургического лечения включал внутрибрюшное закрытие стомы (9 больных).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Средняя продолжительность пер-

вого этапа хирургического лечения составила 185±18 минут, конверсий не было. В послеоперационном периоде отмечено два осложнения. В одном случае отмечен некроз пряди сальника, что потребовало проведение повторного эндоскопического вмешательства и его удаления. В другом случае развилось нагноение парастомальной раны. Продолжительность операции второго этапа хирургического лечения составила 171±23 минуты. Конверсий не было. Осложнений не отмечено. Летальных исходов не было. Пациенты, перенесшие эндоскопическое вмешательство, отмечали менее выраженный болевой синдром, быстрее восстанавливались. Третий этап внутрибрюшного закрытия илеостомы выполнялся с применением одноконтинуального непрерывного кишечного шва. Несостоятельностью анастомоза не было.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Первый опыт эндоскопических вмешательств показал высокую эффективность и перспективность данного направления в хирургии язвенного колита.

## ЭНДОХИРУРГИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА, АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ

Ибатуллин А.А.,<sup>1</sup> Тимербулатов М.В.,<sup>1</sup>  
Гайнутдинов Ф.М.,<sup>1</sup> Куляпин А.В.,<sup>2</sup>  
Аитова Л.Р.,<sup>1</sup> Суфиев Р.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Башкирский государственный медицинский университет

<sup>2</sup> Городская клиническая больница № 21, г. Уфа, Россия

**ЦЕЛЬ.** Провести анализ осложнений лапароскопических операций в хирургии язвенного колита.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В отделении колопроктологии ГКБ № 21 г. Уфы за последние 3,5 года оперировано 18 больных язвенным колитом с применением лапароскопической техники. Среди больных было 6 (33,3%) мужчин и 12 (66,7%) женщин.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При анализе результатов лапароскопических операций при язвенном колите отмечено 4 (22,2%) осложнения, все осложнения после 1 этапа. 3 осложнения развились у больных первых 5-и лапароскопических операций. В двух случаях (11%) были гнойно-воспалительные осложнения. В одном случае, вследствие нагноения парастомальной раны, развилась ретракция стомы с перитонитом, что потребовало лапаротомии, санации дренирования брюшной полости, реилеостомии. У одного больного, вследствие негерметичности аппаратного шва из-за выраженных воспалительных изменений в области ректосигмоидного отдела толстой кишки, в послеоперационном периоде развился абсцесс культи прямой кишки, потребовавший выполнения вскрытия и санации гнойника из местного доступа. У одной больной развился заворот пряди сохраненного большого сальника с некрозом, потребовавший релапароскопии, лапароскопической резекции сальника. В одном случае развился заворот тонкой кишки вокруг одноствольной илеостомы с кишечной непроходимостью. Устранить заворот лапароскопически не представлялось возможным, непроходимость устранена при лапаротомии. Летальных исходов не было.

**ВЫВОДЫ.** Показания к хирургическому лечению при язвенном колите должны выставляться своевременно при строгом соблюдении протокола клинических рекомендаций.

Оптимальным методом хирургического лечения язвенного колита должны быть лапароскопические вмешательства.

Послеоперационные осложнения отмечены у 4 (22,2%) больных после первого этапа хирургического лечения

язвенного колита.

Техника выполнения лапароскопических операций при язвенном колите имеет свои особенности, требующие накопления необходимого опыта.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Ионов А.Л., Сулавко Я.П.

ФГБУ РДКБ МЗ РФ, НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И.Пирогова, кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова, г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Болезнь Гиршпрунга – наиболее частая причина хронических запоров в детском возрасте, требующая оперативной коррекции. В настоящее время предложен целый ряд способов хирургического лечения. Однако, неудовлетворительные результаты лечения, а также тяжелые осложнения, требующие порой многократных и сложных реконструктивных вмешательств, требуют всестороннего рассмотрения целесообразности и эффективности того или иного метода лечения.

**ЦЕЛЬ.** Представить многолетний опыт лечения пациентов с болезнью Гиршпрунга в детском возрасте.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В РДКБ в течение 27 лет наблюдалось 406 детей с диагнозом Болезнь Гиршпрунга. Основным видом оперативной помощи в нашей работе является операция Соаве при первичном поступлении пациентов с данной патологией. За указанный период выполнено 332 хирургических вмешательства по данной методике. Небольшое количество пациентов (10) оперировано с тотальным поражением толстой кишки, во всех случаях выполнено формирование илеоректального анастомоза. Необходимо указать на тот факт, что после выполнения миотомии внутреннего анального сфинктера у 38 пациентов с болезнью Гиршпрунга, ни одного положительного результата нами не получено. Поэтому последние 15 лет данный метод коррекции аганглиоза толстой кишки мы не применяем.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** У 11 пациентов, оперированных в клинике (в 3% случаев), отмечено развитие стеноза прямой кишки, что потребовало проведение рассечения или иссечение стеноза. В 5 случаях выполнена повторная проктопластика в связи с выявленной деформацией низведенной кишки. 4 пациента оперированы по поводу остаточной зоны а/гипоганглиоза. В 3 случаях течение послеоперационного периода осложнилось некрозом низведенной кишки, что также потребовало проведения повторного хирургического вмешательства. Оценить результаты проведения операций по методикам Дюамеля-Баирова и Свенсона, а также трансанального низведения не представляется возможным, из-за минимального количества наблюдаемых больных (4 пациента). Однако достаточно большое число больных (32) поступило к нам из различных регионов РФ с различными осложнениями после операций по указанным методикам. В 16 случаях, в связи с сохраняющимися запорами, после миотомии внутреннего анального сфинктера проведена операция Соаве-Ленюшкина, в одном случае – иссечение параректального свища.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Считаем брюшно-промежностную проктопластику по Соаве-Ленюшкину эффективной, менее травматичной, так как этап демукозации исключает травматизацию тканей за пределами кишечной трубки в области малого таза. Технически демукозация проводится легко у детей младшей возрастной группы. Проведение двухэтапной операции по Соаве исключает осложнения, связанные с несостоятельностью анастомоза (что имеет место при

всех остальных способах хирургического лечения). Как правило, подобные осложнения требуют проведения многократной, этапной оперативной коррекции. В настоящее время приоритетным направлением в лечении болезни Гиршпрунга является трансанальная и лапароскопические методики, тогда как повторные операции целесообразно выполнять «открытым» способом.

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Ионов А.Л., Сулавко Я.П., Гогина А.А.  
ФГБУ РДКБ МЗ РФ,  
НИИ хирургии детского возраста РНИМУ  
им. Н.И.Пирогова,  
кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова,  
г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Обширный ряд осложнений после оперативного лечения болезни Гиршпрунга указывает на сложность выполнения хирургических операций по поводу данного заболевания. В тоже время вопросы повторных операций в лечении болезни Гиршпрунга разноречивы и недостаточно освещены в медицинской литературе.

**ЦЕЛЬ.** Представить многолетний опыт лечения осложнений, возникших после хирургической коррекции болезни Гиршпрунга в детском возрасте.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** По нашим наблюдениям в течение 28 лет, в РДКБ обратились за медицинской помощью 128 детей, перенесших хирургическое лечение болезни Гиршпрунга в различных регионах нашей страны, с использованием различных методик. После проведения двух операций госпитализировано 12 больных, трех – 9, более трех – 2 пациента. Стоит отметить, что в ряде случаев, определить вид первичного оперативного пособия по анамнестическим данным было затруднительно (46 пациентов). Выявлено, что спектр осложнений и способы коррекции различны у пациентов, оперированных распространенными методами (операции Соаве-Ленюшкина (37 наблюдений), Свенсона-Хиата-Исакова (12 наблюдений) и Дюамеля-Баирова (16 наблюдений), Ребейна (13 наблюдений), вмешательства лапароскопически ассистированного эндоректального низведения и одноэтапного трансанального эндоректального низведения пораженной толстой кишки (4 пациента).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Превалирующим осложнением после операции Соаве и Ребейна является остаточная зона а/гипоганглиоза – у 21 пациента, также данное состояние выявлено у 11 больных без четких указаний на метод проведенного ранее лечения. Во всех случаях для коррекции выявленных осложнений использовалась повторная брюшно-промежностная проктопластика по Соаве в модификации с сохранением, частичным иссечением по задней поверхности или полным иссечением до зубчатой линии ранее сформированного серозно-мышечного цилиндра. В 2 случаях после операции Соаве отмечено развитие протяженного стеноза, у 1 пациента – параректального свища в результате ретракции низведенной толстой кишки. В случаях ранее выполненных операций по методу Дюамеля, Свенсона, трансанального и лапароскопически ассистированного низведения толстой кишки у 10 пациентов в ходе обследования выявлен протяженный стеноз прямой кишки, в 5 случаях – наличие прямокишечных свищей. С целью коррекции выявленных осложнений использовались брюшно-промежностные проктопластики, у одного пациента – брюшно-сакральная прок-

топластика. В 7 наблюдениях потребовалось этапное оперативное лечение.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** По нашему опыту, наиболее сложными проблемами, требующими многократных реконструктивных вмешательств, считаем протяженные стенозы прямой кишки и различные прямокишечные свищи, возникающие в результате некроза, ретракции и несостоятельности первичных анастомозов низведенной кишки. Принципиально важным является соблюдение всех нюансов оперативной техники и послеоперационного ведения, позволяющих исключить подобные осложнения. Считаем целесообразным использование операции Соаве-Ленюшкина как для коррекции болезни Гиршпрунга при первичном обращении, так и в ряде случаев при повторных реконструктивных вмешательствах по поводу осложнений оперативного лечения данного заболевания.

## РЕЗИСТЕНТНЫЕ ФОРМЫ КОЛОГЕННОГО ЗАПОРА: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Карпухин О.Ю.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГАУЗ «Республиканская клиника больницы» Минздрава Татарстана, г. Казань, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Хронический запор (ХЗ) – распространенная гетерогенная патология, при декомпенсированных формах которой качество жизни резко снижается, а сам запор становится причиной развития разнообразных заболеваний. Алгоритм диагностики и лечебной тактики при данной патологии на современном этапе остается до конца неразрешенной проблемой в связи с отсутствием единого подхода.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Анализ диагностического алгоритма и лечебной тактики при резистентных формах хронического констипационного синдрома.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен анализ лечения 610 больных с ХЗ неопухолового генеза, находившихся на стационарном лечении за период 1999-2016 гг. в отделении колопроктологии РКБ МЗ РТ – клинической базе кафедры хирургии № 1 КГМУ.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Диагностический алгоритм включал в себя догоспитальный и госпитальный этапы. На первом этапе: в группе риска по онкологии проводили стандартный набор исследований. На втором этапе: при исключении онкологии устанавливали степень тяжести запора по Wexner(y), а по результатам ирригоскопии – тип аномалии строения или расположения толстой кишки в брюшной полости, проводили консультацию смежных специалистов, назначали комплексное лечение. В стационаре уточняли анатомо-функциональные особенности толстой кишки: проводили компьютерно-томографическую колонографию с построением 3-D модели толстой кишки, изучали пассаж рентгеноконтрастных маркеров и радиоизотопов по кишечнику, а также уровень эндотоксинемии с помощью гель-тромб теста, определяли ректоанальный ингибиторный рефлекс методом сонографии. Хирургическое вмешательство выполнено у 97 (14,9%) больных. Показаниями к оперативному лечению ХЗ были: некупируемый болевой синдром, хроническая интоксикация, приступы толстокишечной непроходимости, заворот сигмовидной кишки при поступлении или в анамнезе; отсутствие эффекта от многократных курсов консервативной терапии с прогрессивным нарастанием симптомов заболевания. Объем оперативного вмешательства зависел от вида аномалии, локализации и протяженности задержки продвижения маркеров и изотопов, состояния прямой кишки.

**ВЫВОДЫ.** Анализ ближайших и отдаленных резуль-

татов показал, что хирургия ХЗ при тщательном отборе пациентов и взвешенном подходе к выбору объема вмешательства демонстрирует достаточную эффективность.

## ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ – КОНСЕРВАТИВНОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Каторкин С.Е., Андреев П.С., Исаев В.Р.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», кафедра госпитальной хирургии, г. Самара, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** В настоящее время отмечается высокая распространенность язвенного колита (ЯК). Оперативные вмешательства необходимы у 10-20% пациентов.

**ЦЕЛЬ.** Улучшение результатов лечения больных с язвенным колитом.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Проанализированы результаты консервативного и оперативного лечения 211 больных язвенным колитом (мужчин – 101, женщин – 110) в возрасте от 19 до 80 лет, находившихся на лечении в колопроктологическом отделении клиники госпитальной хирургии СамГМУ с 2011 по 2015 гг.

Легкая форма язвенного колита была выявлена у 27 пациентов, среднетяжелая – у 126, тяжелая – у 58. Дистальный колит выявлен у 71 пациента, левосторонний – у 73, субтотальный – у 24, тотальный – у 43 больных. Ранее 41 пациент был оперирован. Внекишечные проявления язвенного колита отмечены у 42 больных. Осложнения наблюдали у 11 пациентов с язвенным колитом, а сопутствующие заболевания выявлены у 56.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Консервативное лечение оказалось эффективным у 187 пациентов и включало базисные и дополнительные препараты: при среднетяжелой и тяжелой формах – антибиотики широкого спектра действия и метронидазол. При среднетяжелой и тяжелой формах ЯК, а также при осложнениях назначали инфузионную терапию, симптоматическое лечение, в отдельных случаях проведение экстракорпоральной детоксикации. У 8 пациентов комплексное лечение дополняли прямой эндолимфатической терапией. Оперативное лечение считали показанным при тяжелых формах язвенного колита, если эффект от комплексной консервативной терапии в течение 3 недель отсутствовал. Однако в каждом конкретном случае требовался индивидуальный подход. Оперировано 24 пациента, из них 8 – экстренно. При тяжелых распространенных формах язвенного колита выполняли различные варианты колопроктэктомии с формированием илеостомы. Умерло 2 пациента (множественные перфорации толстой кишки).

**ВЫВОДЫ.** 1. При тяжелых, распространенных формах ЯК необходима своевременная активная хирургическая тактика до развития осложнений.

2. При тяжелой форме ЯК и тотальном поражении оптимальным объемом следует считать колопроктэктомию с формированием илеостомы.

## ЛАКСАВИТАР В ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Гасанов А.Г., Кахкцян Х.С., Салихов М.Р.

ООО НПО «Инновационные клеточные технологии», г. Москва, Россия  
МИУВ ГУ ПП, г. Москва, Россия  
ГБУЗ «НЦРБ», г. Ногинск, Московская обл., Россия

Образование кишечных свищей наблюдается после вскрытия и дренирования абсцессов брюшной полости вследствие перфоративных неоперабельных злокачественных опухолей, запущенных форм острого аппендицита с нарастающей инфильтрацией, а иногда деструкцией купола слепой кишки. В таких случаях хирург опасается образования в послеоперационном периоде кишечного свища, но, несмотря на это, он даже способствует иногда его формированию, туго тампонируя илеоцекальную область, например, при кровотечении после аппендэктомии в стадии инфильтрации.

Во время Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. и в ближайшие годы после нее преобладали кишечные свищи огнестрельного происхождения [Баженова А.П., 1947]. В настоящее время отмечается увеличение частоты возникновения кишечных свищей после различных абдоминальных хирургических вмешательств, и контингент больных с данной патологией существенно изменился. Относительное и абсолютное увеличение числа пациентов с послеоперационными свищами кишечника связано с ростом обширных и, вследствие этого, травматичных операций.

Во всех случаях наружные кишечные свищи самопроизвольно образуются лишь при условии, если пораженная петля кишки до прободения оказалась уже отграниченной от свободной брюшной полости и при дальнейшем развитии процесса содержимое кишки находит себе выход наружу через брешь в стенку.

**ЦЕЛЬ.** Оценить эффективность концентрированной композиционной среды «Лаксавитар» в лечении кишечных и параректальных свищей после абдоминальных операций.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Мы располагаем опытом успешного лечения несформированных кишечных свищей аппендикулярного происхождения у 19 пациентов, тонко- и толстокишечных свищей – у 12, а также радикальных оперативных вмешательств по поводу экстрасфинктерных свищей прямой кишки IV степени сложности – 18 человек. Возраст пациентов варьировал от 23 до 56 лет. После санации ран и формирования грануляционного вала проводили обкалывание раствором препарата Лаксавитар инсулиновым шприцем под грануляционный вал по ходу формирующегося наружного свищевого хода в дозе 0,1-0,4 мл на 2,0 см<sup>2</sup> поверхности раны, формирующийся свищевой ход рыхло тампонируют фибриновой губкой, пропитанной раствором Лаксавитара. Обкалывание ран проводили с интервалом в 3-7 суток. Во всех случаях наступила полная облитерация раневых поверхностей и ликвидация свищевых ходов. Сроки заживления составили, в зависимости от размеров ран, от 21 до 36 суток.

Кроме того, мы применяли обкалывание ран промежуточно при радикальных оперативных вмешательствах по поводу экстрасфинктерных свищей прямой кишки. После иссечения свищевых ходов и ликвидации первичного гнойного хода и внутреннего отверстия свища хода, мы также проводили обкалывание раствором препарата Лаксавитар инсулиновым шприцем в

дозе 0,1 мл на 2,0-3,0 см<sup>2</sup> поверхности операционной раны. Во всех случаях наступило заживление ран. При наблюдении за пациентами в течение трёх лет рецидивов свищей не отмечено.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Препарат Лаксавитар является высокоэффективным биостимулятором репаративных процессов в тканях организма человека.

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАКСАВИТАРА В ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНЫХ И ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Лившиц С.А.,  
Гасанов А.Г., Кахкцян Х.С., Салихов М.Р.

ООО НПО «Инновационные клеточные технологии»,  
г. Москва, Россия  
МИУВ ГУ ПП, г. Москва, Россия  
ГБУЗ «НЦРБ», г. Ногинск, Московская обл., Россия

Послеоперационные кишечные свищи могут возникнуть после любых хирургических вмешательств на органах брюшной полости. Эта группа осложнений имеет в настоящее время наибольшее практическое значение. Процент послеоперационных свищей среди всех кишечных свищей составляет 66,9 (Грицман Ю.Я., 1972). Наиболее часто кишечные свищи возникают после аппендэктомии. На 6-м Всероссийском съезде хирургов отмечено наличие значительного числа наблюдений наружных кишечных свищей аппендикулярного происхождения, что может быть расценено как свидетельство неадекватного использования тампонов, длительного нахождения дренажных трубок из малосовместимых с биологическими тканями материалов и погрешностей хирургической техники.

Богницкая Т.Н. (1977) выделяет две ведущие причины: первая – наличие в брюшной полости к моменту операции гнойно-воспалительного процесса, вызванного либо нарушением кровообращения в кишечной стенке, либо воспалительным процессом в ней; вторая – тактические и технические ошибки, допускаемые как при хирургическом вмешательстве, так и в ведении пациентов в послеоперационном периоде.

**ЦЕЛЬ.** Оценить эффективность концентрированной композиционной среды «Лаксавитар» в лечении кишечных и параректальных свищей.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Мы располагаем опытом успешного лечения рецидивных экстрасфинктерных свищей прямой кишки IV степени сложности у 14 человек. Возраст пациентов варьировал от 23 до 66 лет. Мы применяли обкалывание ран промежности при радикальных оперативных вмешательствах по поводу экстрасфинктерных свищей прямой кишки. После иссечения свищевых ходов и внутреннего отверстия свища хода, мы проводили обкалывание раствором препарата Лаксавитар инсулиновым шприцем в дозе 0,1 мл на 2,0-3,0 см<sup>2</sup> поверхности операционной раны. Операционную рану ушивали до перианальной кожи, поверхностную рану рыхло тампонировали фибриновой губкой, пропитанной раствором Лаксавитара. После формирования грануляционного вала повторно проводили обкалывание раствором препарата Лаксавитар инсулиновым шприцем каждой раны в дозе 0,1-0,4 мл на 2,0 см<sup>2</sup> поверхности раны. Во всех случаях наступило заживление ран. При наблюдении за пациентами в течение пяти лет рецидивов свищей не отмечено.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Препарат Лаксавитар является высокоэффективным биостимулятором репаративных процессов в тканях организма человека.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ТАЗА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Китаев А.В., Столярж А.Б., Айрапетян А.Т.,  
Муслимов М.И., Муслимов В.И.

ЦВКГ им. А.А.Вишневого, г. Красногорск,  
Московская обл., Россия  
МИУВ ГУ ПП, г. Москва, Россия  
ГБУЗ «НЦРБ», г. Ногинск, Московская обл., Россия

Повреждения прямой кишки относятся к категории крайне тяжёлых ранений, а их лечение – одно из самых трудоемких. Это обусловлено целым рядом особенностей, характерных для огнестрельных ранений таза с повреждением прямой кишки. Часто подобные ранения возникают при минновзрывных травмах, сопровождающихся обширными разрушениями прямой кишки, тяжёлым шоком и массивной кровопотерей, трудностью и сложностью диагностики и выбора метода оперативного вмешательства, грозными осложнениями и высокой летальностью, достигающей 41,9-43,9%. Нередко, в итоге окончательного лечения эти раненые остаются с различными видами колостом. Часто восстановление непрерывности толстой кишки невозможно выполнить из-за обширного незаживающего дефекта прямой кишки и остеомиелита костей таза. Поэтому закрытие подобных дефектов внебрюшинного отдела прямой кишки является сложной и актуальной задачей в целях реабилитации раненых как физически, так и социально.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В нашем госпитале находилось на лечении 72 раненых с повреждением толстой кишки, из них 23 – с повреждением прямой кишки: в том числе, 16 – с внебрюшинным и 7 – с внутрибрюшинным.

Одним из эффективных методов, позволяющих добиться положительного результата в лечении данной категории раненых, является мышечная пластика раневых дефектов прямой кишки и таза. С этой целью используется пластика ягодичной мышцей или нежной мышцей бедра. Мы имеем опыт успешного лечения 7 пациентов с обширными огнестрельными повреждениями прямой кишки с применением вышеуказанной техники.

Клинический пример: Военнослужащий М., 23 лет, в ходе боевых действий в 2002 г. получил сквозное пулевое проникающее ранение живота и таза с повреждением тонкой и прямой кишок; огнестрельный дырчатый перелом 2-3 крестцовых позвонков, контузию крестцового нервного сплетения.

Через 38 дней после ранения выполнена операция: Некрсквестрэктомия. Транспозиция фрагмента правой большой ягодичной мышцы в позицию дефекта тканей крестца и пресакрального пространства с тампонадой раны прямой кишки. Рана ушита наглухо с оставлением силиконовых дренажей в ложе мобилизованной части ягодичной мышцы и пресакральном пространстве. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 4 месяца после представленной пластической операции раненому выполнен заключительный этап хирургического лечения – реконструктивно-восстановительная операция по восстановлению непрерывности толстой кишки с наложением аппаратного сигмо-ректоанастомоза «конец-в-бок».

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Таким образом, создание хорошо кровоснабжаемой «мышечной прокладки» снижает риск инфекционных осложнений, активизирует репаративные процессы в тканях и позволяет сохранить такой функционально важный орган, как прямая кишка. И в целом полностью физически и социально реабилитировать раненого и вернуть его к активной, полноценной жизни.



## КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК И ИНФЛИКСИМАБА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ (ЛЮМИНАЛЬНОЙ) ФОРМЕ БОЛЕЗНИ КРОНА

Князев О.

Московский клинический научно-практический центр,  
г. Москва, Россия

Антицитокриновая терапия анти-ФНО- $\alpha$  препаратами способствует достижению глубокой ремиссии болезни Крона (БК). В настоящее время еще нет валидированного определения «глубокой ремиссии». Ремиссия БК должна определяться как состояние, при котором отсутствуют биологические и гистологические признаки воспаления – «remission beyond symptoms». В настоящее время для лечения БК используют мезенхимальные стволовые клетки (МСК). Одновременно с МСК, больные получают сопутствующую иммуносупрессивную терапию. Установлено, что иммуномодулирующие препараты (азатиоприн, метотрексат, 6-меркаптопурин, инфликсимаб), независимо от концентрации, не влияют на жизнеспособность, дифференцировку, фенотип и способность МСК подавлять пролиферацию мононуклеарных клеток периферической крови. Эти результаты важны для возможности клинического применения МСК в комбинации с иммуносупрессивными и анти-ФНО- $\alpha$  препаратами. В настоящее время не изучена клиническая эффективность комбинированного применения МСК и анти-ФНО- $\alpha$  препаратов при лечении больных БК.

**ЦЕЛЬ.** Изучить эффективность комбинированной терапии мезенхимальными стромальными клетками (МСК) костного мозга и инфликсимаба (ИФЛ) на достижение иммунобиологической и гистологической ремиссии у больных болезнью Крона.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** 67 больных БК в форме колита и илеоколита разделили на три группы. Первая группа больных в возрасте от 19 до 58 лет (Me-29) (n=21) получала стандартную противовоспалительную терапию препаратами 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК), глюкокортикостероидами (ГКС) и иммуносупрессорами (ИС) + культура МСК. Вторая группа больных БК (n=30) в возрасте от 20 до 68 лет (Me-32), получала антицитокриновую терапию ИФЛ по схеме. Третья группа больных БК (n=16) в возрасте от 20 до 62 лет (Me-28) получала антицитокриновую терапию ИФЛ + культура МСК.

Иммунобиологическую эффективность терапии оценивали по уровню С-РБ и фекальному кальпротектину (ФКП). Патоморфологическую оценку осуществляли по индексу Гебса.

Оценку эффективности терапии осуществляли через 2, 12 и 24 месяца от начала терапии.

Исходный уровень С-РБ в период обострения заболевания в 1-й группе составил  $24,0 \pm 1,9$  мг/л, во 2-й –  $22,5 \pm 2,1$  мг/л (p=0,37), в 3-й –  $23,0 \pm 2,4$  мг/л (p=0,47).

Исходный уровень ФКП в 1-й группе составил  $804,8 \pm 88,8$  мкг/гр, во 2-й –  $848,3 \pm 83,9$  мкг/гр (p=0,09), в 3-й –  $937,5 \pm 125,6$  мкг/гр (p=0,006).

Исходный индекс Гебса в 1-й группе составил  $4,4 \pm 0,2$  балла, во 2-й –  $4,35 \pm 0,2$  балла (p=0,11), в 3-й –  $4,6 \pm 0,3$  балла (p=0,002).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Через 2 месяца уровень С-РБ у больных в 1-й группе составил  $9,8 \pm 1,1$  мг/л, во 2-й –  $8,4 \pm 1,3$  мг/л (p=0,14), в 3-й –  $7,9 \pm 0,9$  мг/л (p=0,18).

Уровень ФКП у больных в 1-й группе составил  $88,8 \pm 5,3$  мкг/гр, во 2-й –  $90,6 \pm 6,8$  мкг/гр (p=0,001), в 3-й –  $68,8 \pm 3,3$  мкг/гр (p<0,001).

Индекс Гебса в 1-й группе составил  $0,7 \pm 0,1$  баллов (p<0,17), во 2-й –  $0,66 \pm 0,1$  баллов, в 3-й –  $0,5 \pm 0,06$  баллов (p<0,001).

Через 12 месяцев уровень С-РБ у больных в 1-й группе составил  $7,95 \pm 0,2$  мг/л, во 2-й –  $8,0 \pm 0,2$  мг/л (p=0,39), в 3-й –  $8,1 \pm 0,2$  мг/л (p<0,11).

Уровень ФКП у больных в 1-й группе составил  $85 \pm 5,0$  мкг/гр, во 2-й –  $95 \pm 3,5$  мкг/гр (p<0,001), в 3-й группе –  $75 \pm 5,0$  мкг/гр (p<0,001).

Индекс Гебса в 1-й группе составил  $0,9 \pm 0,1$  баллов, во 2-й –  $1,1 \pm 0,1$  баллов (p<0,001), в 3-й группе –  $0,8 \pm 0,1$  баллов (p<0,001).

Через 24 месяца средний уровень С-РБ у больных в 1-й группе составил  $9,6 \pm 2,2$  мг/л, во 2-й –  $9,4 \pm 1,1$  мг/л (p=0,67), в 3-й –  $7,9 \pm 0,9$  мг/л (p=0,004).

Уровень ФКП у больных в 1-й группе составил  $118,0 \pm 5,2$  мкг/гр, во 2-й –  $116,0 \pm 4,8$  мкг/гр (p=0,17), в 3-й группе –  $80,0 \pm 5,0$  мкг/гр (p<0,001).

Индекс Гебса в 1-й группе составил  $1,1 \pm 0,2$  баллов, во 2-й –  $1,1 \pm 0,1$  баллов (p=1,0), в 3-й группе –  $0,8 \pm 0,1$  баллов (p<0,001).

**ВЫВОД.** Комбинированная клеточная и антицитокриновая противовоспалительная терапия БК достоверно способствует достижению более глубокой иммунобиологической и гистологической ремиссии БК.

## ПЕРВИЧНЫЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Колядко В.П., Набиуллин И.Р., Сатинов А.В.,  
Буторин К.К., Карпачев Г.В.

БУ ХМАО-Югры «Нижневартовская окружная  
клиническая больница», Ханты-Мансийский  
автономный округ – Югра, г. Нижневартовск, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Количество пациентов в общехирургических стационарах с осложненным течением дивертикулярной болезни неуклонно растет. Вопросы тактики, сроков и объемов оперативного вмешательства, по-прежнему, являются актуальными.

**ЦЕЛЬ.** Ретроспективный анализ оказания медицинской помощи пациентам с дивертикулярной болезнью в многопрофильной больнице.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В течении 5 лет (2010-2015 гг.) в отделении неотложной и плановой хирургии оперированы 44 (100%) пациента с дивертикулярной болезнью. Мужчин 19 (43%), женщин 25 (57%). Средний возраст – составил 51 год. Самому молодому было 32 года, самому пожилому 72 года. В плановом порядке оперировано 14 (32%) больных. В эту группу вошли пациенты с рецидивирующим дивертикулитом (Hansen-Stock 3). У 3 пациентов из этой группы диагностированы свищи: сигмо-мочепузырные – 2, на коже паховой области – 1.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Выполнены следующие оперативные вмешательства: «Гемиколэктомия слева» – 8 (57%), «Гемиколэктомия с протективной илеостомией» – 2 (14%), «Видеоассистированная резекция сигмовидной кишки» – 4 (29%). Расширение объема операции до гемиколэктомии связано с особенностями анатомии сосудистых аркад и рубцовым укорочением брыжейки ободочной кишки. У 3 пациентов, перенесших гемиколэктомию, выполнены симультанные вмешательства. В 2 случаях пластика передней брюшной стенки сетчатым протезом в режиме Inlay, в 1 случае операция Ramires. В экстренном порядке оперировано 30 (68%) пациентов. Прикрытая перфорация и паракolicеские абсцессы (Hansen-Stock 2b) выявлены у 12 (40%). Перфорация в свободную брюшную полость и перитонит (Hansen-Stock 2c) – у 18 (60%) пациентов. Выполнены следующие оперативные вмешательства:

ства: «Резекция сегмента сигмовидной кишки с одноствольной сигмостомией» – 17 (57%), «Гемиколэктомия слева с трансверзостомией» – 6 (20%), «Резекция сигмы с десцендостомией» – 3 (10%), «Субтотальная колэктомия» – 1 (3%), «Колостомия по Майдлю» – 3 (10%). Реконструктивно-восстановительные операции предприняты у 30 пациентов с толстокишечными стомами в сроки от 3 до 12 месяцев, и у 2 пациентов с протективными илеостомами в сроки 4-6 недель. Технические трудности при восстановлении непрерывности кишечной трубки возникли практически у половины пациентов – 14, причина – массивный рубцово-спаечный процесс в брюшной полости. У 3 пациентов диагностирован так называемый «панцирный» живот, что заставило отказаться от восстановительной операции. Повторная попытка предпринята через один год, у 2 пациентов оказалась успешной. В одном случае операция так и не завершена реконструкцией. Формирование толстокишечного анастомоза у 20 пациентов дополнено: резекцией сигмовидной кишки – 17, гемиколэктомией – 3. Видеоассистированное снятие сигмостомы и восстановление непрерывности ободочной кишки выполнено у 3 (10%) больных. Трансректальный циркулярный степлерный шов применен у 22 (69%) пациентов, различные варианты ручного шва осуществлены у 10 (31%) пациентов. Среднее время операции составило 118 (±60) минут. Послеоперационный период осложнился у 7 (16%) пациентов, из них нагноение послеоперационной раны – 4, пневмония – 2. В одном случае (2%) у пациента 66 лет, после трансверзоректостомии в условиях массивного рубцово-спаечного процесса, наступила несостоятельность кишечного анастомоза, на 5 сутки после операции. Развился каловый перитонит, эвентерация, флегмона передней брюшной стенки. Летальный исход на 24 сутки.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Лечение осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки является сложной и актуальной проблемой. Существуют многочисленные способы проведения срочного хирургического вмешательства при остром дивертикулите и его осложнениях. Правильный выбор объема резекции толстой кишки при дивертикулярной болезни – ведущий фактор достижения хороших результатов лечения.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНФИЛЬТРАТАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ: БОЛЕЗНЬ КРОНА, БОЛЕЗНЬ ОРМОНДА, ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ, АППЕНДИЦИТ?

Костенко Н.В., Гвоздюк А.И., Кчибеков Э.А., Разувайлова А.Г.

ГБОУ ВПО Астраханский ГМУ Минздрава России, ГБУЗ АО «Городская клиническая больница № 3», г. Астрахань, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Заболевания органов брюшной полости, осложненные формированием инфильтрата в правой подвздошной области, представляют значительные трудности как в диагностике, так в выборе адекватной лечебной тактики в условиях ургентного хирургического стационара.

**ЦЕЛЬ.** Проанализировать проявления инфильтративных осложнений ургентных заболеваний кишечника, определить дифференциально-диагностические критерии и варианты лечебной тактики.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** За период январь 2012 – декабрь 2015 гг. в ГБУЗ АО ГКБ № 3 наблюдали 42 пациента с инфильтратом правой подвздошной обла-

сти. Среди них аппендикулярный инфильтрат – 17, терминальный илеит (болезнь Крона) – 6, дивертикулярная болезнь ободочной кишки – 2, злокачественное новообразование слепой и восходящей кишки – 11, злокачественный забрюшинный фиброз – 2 случая, перфорация тонкой или толстой кишки – 4. Проведен анализ клинических и лабораторных данных, КТ, УЗИ, лапароскопии, интраоперационной ревизии, а в случаях оперативного лечения – послеоперационного периода. Выполнено 33 операции, в том числе, 12 экстренных по поводу отграниченного и распространенного перитонита и 21 отсроченная после купирования инфильтрата.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Выявлено два фенотипических варианта развития инфильтрата. Первый, «агрессивный», наблюдался при развитии деструкции стенки органа, перфорации, формирования абсцессов либо внутренних неполных свищей, второй – реактивный – без деструкции кишечной стенки. Достоверными критериями деструктивных изменений при инфильтратах являются наличие газа вне просвета полого органа, жидкостных полостей по данным УЗИ и КТ, а также трансмуральное поражение стенки органов при морфологическом изучении удаленных препаратов. Агрессивный вариант развития инфильтрата является показанием к оперативному лечению, в том числе, после стихания клинических проявлений ввиду высокого риска рецидива и абсцедирования. Невозможность исключить злокачественный характер опухоли также является показанием к операции.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Основой выбора адекватной лечебной тактики при заболеваниях, осложненных инфильтратом в правой подвздошной области, является определение деструктивных изменений кишечной стенки и наличие перфораций. Экстренное вмешательство показано при развитии кишечной непроходимости и абсцедировании, отсроченное оперативное лечение – при инструментальном подтверждении нарушения целостности кишечной стенки как достоверного критерия последующих рецидивов, а также при невозможности исключить злокачественное новообразование.

## ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛАБЛЕННОЙ ФОРМОЙ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Кузьминов А.М., Вышегородцев А.М., Савельева Т.А., Поспехова Н.И., Цуканов А.С.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Группа пациентов с ослабленной формой семейного аденоматоза толстой кишки (ОФ САТК) составляет 3% от всех пациентов с САТК. Для ОФ САТК характерно появление жалоб после 35 лет, наличие менее 100 полипов, их малигнизация после 50 лет, наличие семейного анамнеза. В эту группу включены больные с наличием хотя бы 2 критериев. Общей точки зрения на выбор лечебной тактики у этих пациентов не выработано.

**ЦЕЛЬ.** Разработать лечебную тактику у пациентов с ОФ САТК.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В ГНЦК наблюдалось 36 пациентов с ОФ САТК. Из них 28 пациентов генетически тестированы: APC-мутация выявлена у 4 (14,3%) пациентов и MYN-мутация – у 7 (25%). Семейный анамнез прослеживается у 14 (38,8%) пациентов. Средний возраст обращения 49,1 год. Рак выявлен у 23 (63,8%) пациентов в возрасте 59,4±11 лет. Среди оперированных 27 (75%) пациентов 10 носите-

лей мутации. Остальным 9 пациентам, не имеющим семейного анамнеза и мутации, выполнялись полипэктомии в сроки 6-32 лет (15,9 лет). Выполнены следующие операции: 10 колэктомий с илеоректальным анастомозом (КЭ с ИРА); 6 колэктомий (КЭ) с резекцией прямой кишки и тонкокишечным резервуаром; 10 резекций ободочной кишки; 1 колпроктэктомия; 2 трансанальные эндомикрохирургические удаления опухоли прямой кишки (ТЭО).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** После КЭ с ИРА 1 пациенту потребовалось выполнение ТЭО спустя 26 лет, другому пациенту спустя 6 лет – выполнение полипэктомии. После КЭ с формированием резервуара в оставшейся части прямой кишки в сроки 1-5 лет роста полипов не выявлено. После резекции ободочной кишки 1 пациенту потребовалась повторная операция через 4 года в связи с развитием рака, а остальным производились полипэктомии из оставшихся отделов толстой кишки.

**ВЫВОДЫ.** Полипэктомия возможна у пациентов с отсутствием мутации, семейного анамнеза, наличием полипов с низкой и средней степенью дисплазии эпителия. КЭ с ИРА является операцией выбора. При выявлении полипов в прямой кишке целесообразно выполнение КЭ с резекцией прямой кишки и формированием тонкокишечного резервуара. Резекция ободочной кишки не оправдана у пациентов с ОФ САТК.

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННОГО ПРОЦЕССА КУЛЬТЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ

Наврззов Б.С., Пазылова Д.У., Эгамбердиева Э.Х.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан

**ЦЕЛЬЮ** настоящей работы было изучить состояние микробиоценоза толстой кишки у больных с язвенным колитом, а также влияние терапии, направленной на коррекцию микрофлоры кишечника с использованием пробиотических препаратов на течение заболевания, частоту развития рецидивов и стойкость клинической ремиссии язвенного колита.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включены 115 больных с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), госпитализированных в Научный Центр Колопроктологии МЗРУз за период с 2005 по 2014 гг. Всем больным проведены тотальная колэктомия с формированием культи прямой кишки и наложением илеостомы. Больные были распределены на 2 группы:

– Основную группу составили 62 больных, получавших в послеоперационный период базисную (сульфасалазин, салофальк, кортикостероиды) и общеукрепляющую терапию и пробиотики (Лактобактерин, Бифидумбактерин, Колибактерин и Бификол) + Лазеротерапия.

– Контрольная группа состояла из 53 больных, получавших только базисную и общеукрепляющую терапию.

Пробиотики назначали каждые 3 мес., в течение не менее 30 дней, вводя их перорально и per rectum. Перорально использовали Lactobacterium siccum и Bifidoli siccum по 5 доз, соответственно, 3 раза в день, Bifidoli siccum применяли ежедневно днем однократно per rectum. Кроме того, per rectum 1 раз в день вводили препарат «бакстимс». Проводили лазеротерапию.

Эффективность лечения оценивали по клиническим показателям, количеству отделяемого из прямой кишки, срокам эпителизации, появлению грануляций и т. д. Эффективность классифицировали по трем сте-

пеням: 1 – хороший результат – исчезновение или значительное уменьшение выделений из прямой кишки (кровь, слизь и т. д.), болевого синдрома, улучшение общего состояния и эндоскопической картины, улучшение качественного и количественного состава микрофлоры; 2 – удовлетворительное – уменьшение выделений, частичное восстановление эпителизации, уменьшение болевого синдрома и т. д.; 3 – неудовлетворительное – отсутствие эффекта.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В основной группе из 62 больных хорошие результаты были достигнуты у 40 (64,5±6,0%), удовлетворительные – у 22 (35,4±6,0) больных. Неудовлетворительные результаты не отмечались. Иную картину наблюдали в контрольной группе: хорошие результаты отмечали у 21 (39,6±6,7%), удовлетворительные – 29 (54,7±6,8%), неудовлетворительные – у 3 (5,6%) больных.

Хорошие результаты у больных обеих групп во всех случаях сопровождались нормализацией структуры слизистой (по данным эндоскопии, цитологического и гистологического исследования), улучшением общего состояния, уменьшением выделений из культи прямой кишки. После восстановительных операций послеоперационный период протекал гладко, без осложнений.

Таким образом, длительный прием пробиотиков у больных ВЗК в до- и послеоперационном периодах приводил к значительному улучшению клинических и лабораторных показателей, что, по-видимому, связано с их противовоспалительными и адаптивными свойствами и роли дисбактериоза в иммунопатологических процессах. Рекомендуется включение длительных курсов пробиотиков в комплексную терапию ВЗК, а также для подготовки культи прямой кишки к восстановительным операциям.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННОГО ПРОЦЕССА КУЛЬТЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ

Наврззов Б.С., Пазылова Д.У., Эгамбердиева Э.Х.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан

Современные клинические и экспериментальные исследования подтверждают важную роль кишечной микрофлоры в патогенезе воспалительных заболеваний кишки. Так, изменение микробных популяций в кишечных биотопах у лиц с генетической предрасположенностью вызывает срыв регуляторных механизмов, сдерживающих иммунные реакции на кишечные бактерии. В результате, при воспалительных заболеваниях кишечника формируется аберрантный иммунный ответ на внутрипросветные антигены, например, на резидентные кишечные бактерии с потерей толерантности макроорганизма к нормальной кишечной флоре. Об иммунологических нарушениях при язвенном колите свидетельствуют высокие титры антител к кишечным бактериям и белкам кишечного эпителия, что, при условии потери толерантности к нормальной микрофлоре, может способствовать развитию аутоиммунной ответной реакции, направленной против слизистой оболочки кишечника.

**ЦЕЛЬ.** Разработка оптимальных терапевтических схем, направленных на восстановление количественного и качественного состава кишечной микрофлоры с использованием пробиотиков и повышение эффективности комплексных методов лечения культи прямой кишки при язвенных колитах после тотальной колэктомии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В Республиканском Научном Центре Колопроктологии с 2005 по 2014 гг. по поводу воспалительно-язвенных заболеваний толстой кишки проведено обследование и лечение 573 больных 15-76 лет (335 мужчин и 238 женщин), из них у 449 (78,3%) установлен НЯК, у 124 (21,7%) – болезнь Крона толстой кишки. В связи с неэффективностью консервативного лечения оперативные вмешательства выполнены у 332 (58%) пациентов, в том числе, у 103 (18%) из-за тяжелого состояния первым этапом произведена тотальная колэктомия с формированием одноствольной илеостомы и ушиванием культи прямой кишки. В зависимости от вида лечения в послеоперационном периоде эти больные распределены на 2 группы:

- Основную группу составили 50 (48,6%) больных, получавших в послеоперационный период базисную (сульфосалазин, салофальк, кортикостероиды) и общеукрепляющую терапию и пробиотики, лечебные микроклизмы (бакстимс, настой ромашки с гидрокортизоном) + Лазеротерапия.
- Контрольная группа состояла из 53 (51,4%) больных, получавших только базисную и общеукрепляющую терапию.

Больные обследованы до начала основного курса терапии, а также через 2 и 6 мес. после его проведение. Эффективность лечения оценивали по клиническим показателям, количеству отделяемого из прямой кишки, срокам эпителизации и появления грануляций с учетом данных цито- и гистологического исследования, бактериологических, клинико-лабораторных и функциональных методов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** До лечения у всех больных имелись выраженные нарушения состава кишечной микрофлоры с наличием условно-патогенных бактерий (дисбактериоз II, III степени). В большинстве случаев дисбиотические изменения сопровождались снижением количества бифидо- и лактобактерий и лактозопозитивной кишечной палочки, а также увеличением количества представителей условно-патогенной флоры. Наблюдалось изменение соотношения анаэробной и аэробной флоры в сторону увеличения последней. Через 2 мес. и 6 мес. после завершения основного курса терапии наблюдались наиболее значимые различия в состоянии кишечного микробиоценоза. Так, во второй группе состояние кишечной микрофлоры в культе прямой кишки нормализовалось или выраженность дисбиоза уменьшилась до I степени у 33 пациентов. В первой группе дисбиоз II, III степени отмечался у 30 больных. При сопоставлении результатов ректоскопии слизистой оболочки культи прямой кишки и микробиологического анализа кишечного содержимого выявлена прямая зависимость между выраженностью нарушений кишечной микрофлоры и степенью активности воспалительного процесса. Так, через 6 мес. основного курса терапии во второй группе наблюдалось более значительное снижение воспалительной активности, чем в первой. На основании этих данных можно предположить, что сочетание базисной терапии с пробиотиками позволяет добиться уменьшения воспалительной активности в культе прямой кишки и, естественно, уменьшить сроки подготовки к восстановительной операции.

## ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Павленко В.В., Есенева Г.А., Кораблина Н.В., Александрова С.Б., Павленко А.Ф.

Государственный медицинский университет, г. Ставрополь, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Несмотря на достигнутые успехи в изучении патофизиологии язвенного колита (ЯК), причина заболевания остается неизвестной. Состояние медиаторов иммунного ответа, в частности, продукции иммунными клетками провоспалительных цитокинов характеризует важные метаболические процессы в толстом кишечнике и, в конечном счёте, определяет темпы развития воспалительно-деструктивных изменений.

**ЦЕЛЬ.** Изучить особенностей продукции цитокинов ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-8, ФНО- $\alpha$  в слизистой оболочке толстой кишки (СОТК) больных ЯК и определить их информативность, как предикторов эффективности фармако-терапии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Наблюдали 30 больных с активным ЯК. Больные получали терапию в соответствии с тяжестью и распространенностью ЯК. Биоптаты СОТК, полученные во время эндоскопии, взвешивали, помещали в питательную среду RPMI-1640, культивировали в течение 24 часов при температуре 37°C в атмосфере 5% CO<sub>2</sub> без стимулятора (спонтанный синтез) и в присутствии ЛПС-10 мкг/мл (стимулированный синтез). Ткань гомогенизировали, центрифугировали при 200 g. В супернатанте определяли цитокины методом ИФА, результаты выражали в пг/мл сырой ткани.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Спонтанный и индуцированный ЛПС уровень провоспалительных цитокинов в СОТК в период обострения ЯК повышен. Формирование клинико-эндоскопической ремиссии под влиянием проводимой терапии у больных с различными формами заболевания было сопряжено с определенной динамикой цитокинов в СОТК.

**ВЫВОДЫ.** Уровень продукции провоспалительных цитокинов клетками воспаления СОТК может использоваться в качестве вспомогательных критериев активности воспалительного процесса и для прогноза результатов проводимой терапии.

## АПОПТОЗ И ФАКТОР РОСТА ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Павленко В.В., Есенева Г.А., Урусова Ф.И., Александрова С.Б., Кораблина Н.В.

Государственный медицинский университет, г. Ставрополь, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Персистенция иммунновоспалительного процесса в толстой кишке при ЯК может быть связана с избыточной продукцией провоспалительных цитокинов в результате нарушений в механизмах апоптоза и регенерации.

**ЦЕЛЬ.** Изучить некоторые показатели апоптоза и инсулиноподобного фактора роста – 1 в периферической крови больных с ЯК динамике лечения.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Обследовано 40 пациентов в динамике лечения (в среднем, 8 недель). Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц. Экспрессию маркеров апоптоза CD-95-L и Bcl-2 лимфоцитами периферической крови исследовали на проточном цитометре Facs Calibur (USA). Количество лимфоцитов, экспрессирующих CD-95-L

в контрольной группе, составило  $11,05 \pm 0,7\%$ ,  $Vcl-2 - 55,87 \pm 4,9\%$ . Содержание инсулиноподобного фактора роста-1 исследовали в периферической крови иммуноферментным методом (Mediagnost). Количество IGF-1 в контрольной группе составило  $140,01 \pm 17,7$  нмоль/л. **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** Установлено, что в период выраженной активности ЯК исходное количество лимфоцитов, экспрессирующих  $Vcl-2$  ( $71,8 \pm 1,9\%$ ,  $P < 0,05$  с контролем) повышено, а экспрессия  $CD-95-L$  ( $5,9 \pm 1,9\%$ ,  $P < 0,05$  с контролем), наоборот, снижена. В случае положительного ответа на базисную терапию отмечалось снижение количества лимфоцитов, экспрессирующих  $Vcl-2$  и повышение экспрессии  $CD-95-L$ , что знаменовало нарастание апоптотической готовности иммуноцитов и начало формирования клинической ремиссии. В тоже время исходное количество IGF-1 было снижено ( $15,16 \pm 0,35$  нмоль/л,  $p < 0,05$  с контролем), а в динамике лечения уровень IGF-1 повысился, но контрольных значений не достиг ( $94,125 \pm 28,18$  нмоль/л,  $p < 0,05$  до лечения и с контролем), что свидетельствует о позитивных регенераторных процессах в слизистой оболочке толстой кишки. **ВЫВОДЫ.** При обострении ЯК количество лимфоцитов, экспрессирующих  $Vcl-2$ , повышено, экспрессия  $CD-95-L$  и уровень IGF-1 снижены, а в период формирования клинической ремиссии отмечается снижение количества активных лимфоцитов, экспрессирующих  $Vcl-2$  и повышение экспрессии  $CD-95-L$ , а также IGF-1.

## ВЛИЯНИЕ ИНФЛИКСИМАБА НА КОСТНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Павленко В.В., Казакова Л.М., Павленко А.Ф., Павленко А.И., Мещерякова Е.А.

Государственный медицинский университет, г. Ставрополь, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Проблема ремоделирования костной ткани является актуальной среди внекишечных проявлений воспалительных заболеваний кишечника ввиду возможных остеопоротических переломов.

**ЦЕЛЬ.** Оценить влияние инфликсимаба на костное ремоделирование у больных с тяжелым язвенным колитом (ЯК).

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Обследовано 44 пациента с тяжелой формой ЯК и наличием остеопенического синдрома. 22 пациента (1-я группа) получили 3 инъекции Ремикейда по известной схеме в комплексе с базисными препаратами (глюкокортикоиды, иммуносупрессоры) и антиостеопоретическими средствами (карбоната кальция, витамин Д, миакальцик). Группу сравнения (2-я группа) составили 22 больных ЯК, находившихся только на базисной терапии в сочетании с антиостеопоретическими средствами. Контрольную группу составляли 10 здоровых пациентов без патологии костной ткани. Костный метаболизм оценивался с помощью денситометрии пяточной, лучевой кости, количественной компьютерной томографии L2-L4, маркеров ремоделирования кости (дезоксипиридинолина мочи, остеокальцина крови). Прирост костной ткани оценивали, в среднем, через 12 месяцев лечения.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В динамике лечения маркер резорбции кости (дезоксипиридинолин мочи) в 1-й группе больных снизился с  $20,6 \pm 1,6$  до  $16,6 \pm 0,8$  нМ ДПД/мМ ( $p < 0,05$  в сравнении со 2-й группой и контролем). Остеокальцин, как показатель напряженности костного метаболизма, снизился с  $22,2 \pm 1,1$  до  $15,4 \pm 1,3$  нг/мл ( $p < 0,05$  в сравнении со 2-й группой и контролем). По данным остеоденситометрии, Т-критерий снизился с  $-2,7 \pm 0,4$  до  $-1,8 \pm 0,3$ , отражая прирост минеральной плотности костной ткани. Во 2-й группе

дезоксипиридинолин мочи снизился менее заметно – с  $14,36 \pm 0,8$  до  $13,38 \pm 1,2$  нМ ДПД/мМ, а остеокальцин уменьшился с  $18,95 \pm 0,7$  до  $11,41 \pm 0,7$  нг/мл, ( $p < 0,05$ ). Т-критерий сократился с  $-2,8 \pm 0,3$  до  $-1,95 \pm 0,5$ .

**ВЫВОДЫ.** Использование инфликсимаба в комплексной терапии ЯК оказывает позитивное влияние на костный метаболизм, в том числе и за счет супрессии эффектов ФНО- $\alpha$  в локальной и системной резорбции костной ткани.

## СИНДРОМ АНЕМИИ И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Павленко В.В., Кораблина Н.В., Есенева Г.А., Александрова С.Б.

Государственный медицинский университет, г. Ставрополь, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Известно несколько механизмов в развитии анемий: хроническая кровопотеря с развитием железодефицитной анемии (ЖДА) и анемия хронических заболеваний (АХЗ) вследствие длительного повышения уровня провоспалительных цитокинов.

**ЦЕЛЬ.** Определить частоту и типы анемий у пациентов с ЯК и установить возможную взаимосвязь с уровнем синтеза ИЛ-1 $\beta$  и ФНО- $\alpha$  мононуклеарами крови.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Обследовано 139 пациентов с ЯК. Анемию определяли при уровне гемоглобина для мужчин  $< 13,0$  г/дл и для женщин  $< 12,0$  г/дл. ЖДА диагностировали при уровне сывороточного железа  $< 12,5$  мкмоль/л, ферритина  $< 12,0$  мкг/л, общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС)  $> 64,4$  мкмоль/л, СРБ  $< 5,0$  мг/л. АХЗ устанавливали при нормальном или повышенном уровне ферритина ( $> 150$  мкг/л), нормальном или сниженном уровне железа и ОЖСС, СРБ  $> 5$  мг/л. Анемию смешанного генеза – при уровне ферритина  $< 20$  мкг/л, нормальном или пониженном уровне сывороточного железа, СРБ  $> 5$  мг/л. Синтез цитокинов ИЛ-1 $\beta$  и ФНО- $\alpha$  мононуклеарами крови исследовали методом ИФА.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При активном ЯК анемия выявлена у 38,12% пациентов, преимущественно, с тотальным и левосторонним поражением на фоне повышенного синтеза цитокинов. ЖДА присутствовала в 45,28% случаев, анемия хронического воспаления – в 22,64%, у 26,41% больных анемия была смешанного типа. ЖДА чаще диагностировалась у пациентов с длительностью ЯК более года. АХЗ регистрировался при тяжелом течении ЯК и высокой активности воспаления, причем степень выраженности АХЗ коррелировала с уровнем ФНО- $\alpha$  ( $R=0,52$ ) и, в большей степени, с ИЛ-1 $\beta$  ( $R=0,61$ ). В фазе ремиссии ЯК анемия расценивалась как железодефицитная или смешанного типа и не зависела от уровня ИЛ-1 $\beta$  и ФНО- $\alpha$ .

**ВЫВОДЫ.** При ЯК железодефицитное состояние является основной причиной анемии, что отчасти связано с длительной кровопотерей. Индуцированные цитокинами хронический иммуновоспалительный процесс в толстой кишке, дисрегуляция гомеостаза железа – дополнительные механизмы анемического синдрома при ЯК.

## СИНТЕЗ НЕКОТОРЫХ ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ, НЕ ОТВЕТИВШИХ НА ИНДУКЦИОННЫЙ КУРС ИНФЛИКСИМАБОМ

Павленко В.В., Кораблина Н.В., Есенева Г.А., Александрова С.Б., Урусова Ф.И.

Государственный медицинский университет, г. Ставрополь, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Инфликсимаб совершил революцию в лечении больных ЯК и позволил контролировать заболевание у пациентов с непереносимостью и/или неэффективностью традиционной терапии. Однако, часть пациентов не реагируют на анти-ФНО терапию.

**ЦЕЛЬ.** Изучить синтез цитокинов – ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-8, ФНО- $\alpha$  мононуклеарными клетками (МНК) в группе больных ЯК, не ответивших на индукционный курс инфликсимабом.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Обследовано 7 пациентов с гормонорезистентной тяжелой формой ЯК, не ответивших на 3-х кратную инфузию инфликсимаба (Ремикейда) в стандартной дозировке. МНК выделяли из гепаринизированной крови, отмывали, стандартизировали, инкубировали в присутствии липополисахарида E-coli-10 мкг/мл (ЛПС). Спонтанный и стимулированный синтез ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-8, ФНО- $\alpha$  определяли в клеточных супернатантах методом ИФА. Контрольную группу составили 10 практически здоровых людей. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием программ SPSS 13.0.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Установлено, что исходный спонтанный и стимулированный синтез ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-8, ФНО- $\alpha$  МНК в этой группе больных зависел прямопропорционально от клинико-эндоскопической активности ЯК и был повышен, в среднем, в 3,5 раза. После 3-х кратной инфузии Ремикейда продукция ФНО- $\alpha$  МНК снизилась (не до нормы), а синтез ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-8 иммуноцитами крови оставался повышенным ( $P > 0,05$  с исходным уровнем), причем, как в спонтанных, так и в стимулированных ЛПС условиях.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Успех биологической терапии, видимо, во многом зависит от индивидуальных патогенетических особенностей ЯК и способности конкретного биологического препарата к селективной блокаде молекул, участвующих в механизмах воспаления (таргетная терапия).

## ЭНДОТЕЛИН-1 – ВОЗМОЖНЫЙ БИОМАРКЕР ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Павленко В.В., Мещерякова Е.А., Абакина М.С., Павленко А.Ф.

Государственный медицинский университет, г. Ставрополь, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Эндотелин-1 – представитель семейства эндотелинов, продуцируется эндотелиальными и гладкомышечными клетками сосудов слизистой оболочки ЖКТ. Чрезмерная продукция эндотелина-1 сосудистым эндотелием способствует вазоконстрикции, развитию ишемии, некрозов и хронического воспаления в кишечнике.

**ЦЕЛЬ.** Изучить содержание эндотелина-1 (ЭТ-1) в плазме крови больных язвенным колитом (ЯК) с различной распространенностью поражения толстой кишки.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Обследовано 35 пациен-

тов активным ЯК в динамике лечения. Локализацию поражения толстого кишечника определяли при рентгенологическом и эндоскопическом исследовании по общепринятым критериям. У 9 пациентов установлен тотальный колит, у 15 – левосторонний, у 11 – дистальный. Контрольную группу составили 10 здоровых добровольцев. ЭТ-1 определяли в плазме методом ИФА с помощью реактивов «BioMedica Gruppe, Австрия».

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В фазу обострения ЯК уровень ЭТ-1 в плазме больных был повышен и составил  $5,55 \pm 0,06$  фмоль/мл ( $P < 0,05$  с контролем). При тотальном колите уровень пептида в плазме был выше ( $4,27 \pm 0,07$  фмоль/мл,  $P < 0,05$ ), чем при левосторонней и дистальной локализации процесса ( $3,26 \pm 0,05$  и  $2,17 \pm 0,03$  фмоль/мл, соответственно). В период формирования клинической ремиссии уровень ЭТ-1 заметно снизился при левостороннем и дистальном колите ( $2,08 \pm 0,15$  и  $1,25 \pm 0,01$  фмоль/мл,  $P < 0,05$  с обострением, соответственно). У больных с панколитом формирование клинико-эндоскопической ремиссии сопровождалось незначительным ( $P > 0,05$  в сравнении с исходным уровнем) снижением содержания ЭТ-1 в плазме.

**ВЫВОДЫ.** Установлена зависимость содержания ЭТ-1 в плазме крови больных ЯК от распространенности патологического процесса в толстой кишке. Уровень ЭТ-1 в плазме крови может отражать эндотелиальную дисфункцию и использоваться в качестве маркера клинической активности ЯК.

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ МЕСАЛАЗИНА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Погосян А.А., Григорян Л.М., Митюрин М.С., Терпугов А.Л.

МБУЗ Городская больница № 6, г. Ростов-на-Дону, Россия

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты лечения пациентов с дивертикулярной болезнью, осложнённой кровотечением, за счет снижения риска рецидивов кровотечений.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В МБУЗ Городская больница № 6 г. Ростова-на-Дону с 2005 по 2015 гг. на лечение находилось 1107 пациента с диагнозом дивертикулярная болезнь, осложнённая кровотечением. Все больные были госпитализированы в порядке скорой медицинской помощи. С момента госпитализации назначалась традиционная гемостатическая терапия. На фоне проводимого лечения, рецидивы кровотечения были отмечены у 208 (18,8%) пациентов. Причем у 109 (9,9%) больных были неоднократные эпизоды рецидивов кровотечения, что в значительной мере удлиняло сроки нахождения в стационаре. За отчетный период 133 (12,1%) человек неоднократно госпитализировались в стационар по поводу рецидивирующих толстокишечных кровотечений дивертикулярной этиологии. Оперативное лечение выполнено 14 больным, 9 – по экстренным показаниям. Умерло 5 человек. Неудовлетворенность результатами лечения дивертикулярной болезни, осложнённой кровотечением, заставило нас пересмотреть подходы к консервативному лечению этой категории больных. С 2011 года в комплексе консервативных мероприятий стали применяться различные формы месалазина. Применяемая форма препарата (таблетки, гранулы, свечи, клизмы, пена) зависела от места локализации дивертикулов. Препарат назначался с момента поступления и до выписки больных из стационара в комплексе с традиционной гемостатической терапией. По данной методике нами пролечено 56 человек. Рецидив кровотечения отмечен у 1 пациентки на фоне

гипертонического криза, который был купирован консервативными мероприятиями. Летальных исходов отмечено не было.

**ВЫВОДЫ.** Вариабельный выбор форм месалазина у больных с дивертикулярной болезнью, осложнённой кровотечением в комплексе с традиционным лечением толстокишечных кровотечений, позволил улучшить результаты лечения пациентов за счет снижения количества рецидивов кровотечений. Месалазин является препаратом выбора в комплексном лечении данных пациентов за счет репаративного воздействия на слизистую толстой кишки, ведущего к снижению количества рецидивов кровотечений.

## ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСАНАЛЬНОЙ МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ

Погосян А.А., Штогрин С.М., Григорян Л.М., Терлугов А.Л.

МБУЗ Городская больница № 6, г. Ростов-на-Дону, Россия

**ЦЕЛЬ.** Повышение эффективности хирургического лечения новообразований ампулярного отдела прямой кишки путем внедрения технологий трансанальной эндоскопической микрохирургии.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Выполнен анализ результатов хирургического лечения 64 больных с новообразованиями ампулярного отдела прямой кишки, оперированных с использованием метода трансанальной эндомикрохирургии (ТЭМХ) в условиях колопроктологического стационара. Удаление опухолей прямой кишки производили с помощью операционного проктоскопа производства фирмы «Karl Storz», адаптированного к стандартной лапароскопической стойке.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Проведенные исследования показали технические преимущества и возможность получения стабильных непосредственных и отдаленных результатов за счет внедрения указанной методики. У 10 больных опухоль локализовалась в нижеампулярном отделе, у 38 – в средне-, у 13 – в верхнеампулярном отделе прямой кишки. У 3 пациентов опухоль локализовалась на расстоянии свыше 18 см, удаление опухоли производилось с помощью ассистированной видеолапароскопии. Морфологические исследования: у 62 пациентов диагностированы доброкачественные эпителиальные опухоли (у 34 – ворсинчатые опухоли (аденомы), в 2 наблюдениях – лейомиома. Кроме того, однократно установлен диагноз рака прямой кишки *in situ* (высокодифференцированная аденокарцинома). Отмечен выраженный фармакологический эффект применяемой технологии – сокращение потребности в анальгетиках, НПВС, ранняя активизация больных. Средний послеоперационный койко-день составил 4,5. В одном наблюдении отмечено локальное выделение крови по дренажу, при ревизии источник визуализирован, выполнен гемостаз точечной электрокоагуляцией. Других осложнений не отмечено.

**ВЫВОДЫ.** Применение технологии ТЭМХ позволяет улучшить результаты оперативного лечения доброкачественных новообразований прямой кишки за счет четкого оптического контроля за манипуляциями, хорошей визуализации мелких объектов и, как следствие, меньшей травматичности вмешательств.

## ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ МЕТОДОМ ДЕАРТЕРИАЛИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ С ЛИФТИНГОМ И МУКОПЕКСИЕЙ

Погосян Г.Н., Непомнящая С.Л., Давлетшина В.В.

ФГБУ «Санкт-Петербургский Многопрофильный Центр» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Геморроидальная болезнь является одним из самых частых заболеваний прямой кишки. Ее распространенность составляет 118-120 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34 до 41%. Самая распространенная операция направлена на иссечение трех геморроидальных узлов, предложенная Миллиганом Е. и Морганом Г. еще в 1937 г. Основными недостатками данной операции являются наличие интенсивного болевого синдрома в послеоперационном периоде и длительный период реабилитации. Средние сроки нетрудоспособности составляют от 4 до 6 недель.

**ЦЕЛЬ.** Оценка результатов лечения геморроя с использованием метода деартериализации под доплерографическим контролем с лифтингом и мукопексией.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** За период с 01.01.2013 по 15.02.2016 гг. в нашем центре данная методика вмешательства была применена у 117 больных в возрасте от 18 до 78 лет. Средний возраст – 41 год. Большая часть пациентов приходилась на возрастные группы 31-40 и 41-50 лет, 29,9% (35 из 117) и 26,5% (31 из 117), соответственно. В возрастной группы от 31 до 50 лет незначительно преобладали женщины 51,5% (34 из 66). Среди пациентов более молодого и более старшего возраста преобладали мужчины. Среди всех больных мужчины составили 52,9% – 62 из 117.

В 66,7% случаев (78 из 117) лечение выполнялось пациентам с III и IV стадиями заболевания: 36 (46,2%) и 21 (26,9%), соответственно. Осложненное течение геморроидальной болезни было в 15 (12,8%) случаях. Среди осложнений преобладали кровотечения (9 из 15), у 7 больных ранее возникали тромбозы геморроидальных узлов. 3 больных были оперированы при рецидиве заболевания после лигирования узлов латексными кольцами. Кроме того, у 13 больных имелась сопутствующая патология: полип анального канала (8), хроническая анальная трещина – (3).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Оперативное лечение выполнялось под общей или спинальной анестезией. Доплерографический контроль осуществлялся аппаратом компании А.М.І. со специальной насадкой для лигирования и лифтинга слизистой. Средняя продолжительность операции составила 39 минут (с 17 до 80 минут). При этом выполнялось лигирование артерий в 7-9 точках и лифтинг выпадающих узлов. При наличии сочетанной патологии операция дополнялась удалением полипа или иссечением хронической анальной трещины. У 3 пациентов с IV стадией заболевания выполнено лигирование артерий с удалением наиболее крупного узла.

Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде не требовал назначения сильнодействующих анальгетических препаратов. В 3 случаях на 1 сутки после операции отмечалась рефлекторная задержка мочи, потребовавшая терапии спазмолитиками. Среднее послеоперационное пребывание пациентов в стационаре составило 2,2 дня. В 1 случае отмечено послеоперационное осложнение – тромбоз наружного геморроидального узла, потребовавшее его удаления. Сроки амбулаторного лечения до восстановления трудоспособности составляли от 1 до 3 недель, в зависи-

мости от характера работы пациента.

**ВЫВОДЫ.** Таким образом, деартериализация геморроидальных артерий под доплерографическим контролем с лифтингом и мукопексией является достаточно эффективной и менее инвазивной альтернативной традиционному хирургическому лечению.

## ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Поддубный И.В., Врублевский С.Г., Алиева Э.И., Козлов М.Ю., Трунов В.О., Щербак О.В., Горохов Д.В., Кравчук С.В., Мордвин П.А., Куренков И.В.

ГБУЗ «Морозовская ДГКБ» ДЗМ, кафедра детской хирургии ИГМСУ им. А.И.Евдокимова, кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова, г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Интенсивное развитие эндоскопической хирургии способствует активному внедрению лапароскопических технологий в колопроктологическую практику. В последние годы в зарубежной литературе появилось большое количество работ, посвященное лапароскопическим вмешательствам при болезни Крона у детей. При этом в отечественной литературе отсутствуют публикации о выполнении лапароскопических резекций кишечника у детей с болезнью Крона.

**ЦЕЛЬЮ** работы являлся анализ результатов лечения осложненной болезни Крона у детей с использованием малоинвазивных эндоскопических методик.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 2005 по декабрь 2015 год в Измайловской и Морозовской больницах оперировано 19 детей с болезнью Крона лапароскопическим доступом. Наибольшее количество детей вошло в возрастную группу от 10 до 17 лет, один ребенок был оперирован в возрасте 4 лет. Первичное обследование проводилось в отделении гастроэнтерологии, где устанавливался диагноз болезни Крона и определялись показания к операции. Основными показаниями к хирургическому вмешательству было наличие непроходимых для эндоскопа стенозов ЖКТ, задержка контрастного вещества в зоне супрастенотического расширения. У 16 (84%) детей отмечался болевой синдром и синдром пальпируемой опухоли в правой параумбиликальной и подвздошной области, у 15 (78%) – разжиженный многократный стул, а у 11 (57,8%) отмечалось значительное истощение вследствие потери веса, задержки роста. Локализация стриктуры была у большинства пациентов (16) в дистальном отделе подвздошной кишки (84%), в 3 (16%) случаях в проксимальных отделах тонкой кишки. У одного ребенка 13 лет было выявлено 2 стеноза (5,2% от общего числа наблюдений) – в дистальном отделе подвздошной кишки и в восходящей ободочной кишке.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Все дети были оперированы с применением лапароскопического доступа, дающего возможности полноценной ревизии брюшной полости, разделения инфильтрата, в случае его наличия, и точного определения границ поражения сегмента кишечника и объема резекции. Мобилизация кишки выполнялась с помощью аппарата Force Triad Coviden, совмещающего в себе возможности коагуляции сосудов в режиме Ligation и пересечения коагулированных тканей. Следующим этапом проводилось пересечение резецируемой кишки с помощью линейного сшивающего аппарата 45 или 60 мм Echelon™ ENDOPATH® в зависимости от диаметра пересекаемой

кишки. Затем накладывался анастомоз сшивающим аппаратом по типу «бок-в-бок». Восстановление пассажа по ЖКТ отмечено на 4-5 сутки после операции. Длительность госпитализации во всех случаях не превышала 10 дней.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Осложненная болезнь Крона у детей с поражением различных отделов кишечника не является ограничением или противопоказанием для выполнения лапароскопических резекций тонкой и толстой кишки, и представляет перспективную технологию, позволяющую свести к минимуму последствия и осложнения, связанные с применением лапаротомного доступа.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СТРИКТУР ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Самсонова Т.В., Орлова Л.П., Варданян А.В.  
ФГБУ «ГНЦК А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Болезнь Крона (БК) может осложняться развитием стриктур. Недостаточно изученной является УЗ-семиотика как фиброзных, так и воспалительных стриктур, осложняющих течение болезни Крона.

**ЦЕЛЬ.** Изучить возможности ультразвуковой компрессионной эластографии (УКЭ) в диагностике стриктур при болезни Крона.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Обследовано 20 пациента в возрасте 20-73 года, из них у 4 больных стриктура локализовалась в ободочной кишке и 16 больных в тонкой кишке. 12 больных оперированы, 11 – проведено патоморфологическое исследование удаленного сегмента кишечника. Всем больным проводилось чрескожное УЗИ кишечника линейным и конвексным датчиками частотой 7,5 и 3,5 МГц, с использованием доплерографии в энергетическом режиме. 12 пациентам выполнена ультразвуковая компрессионная эластография (УКЭ) с целью дифференциальной диагностики воспалительных и рубцовых стриктур.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Для стриктуры при ультразвуковом исследовании характерно локальное сужение просвета кишки до 2 мм (1-5 мм) (медиана, 2,5-97,5 перцентили) протяженностью 4 см (1,35-5 см), утолщение стенки 5,5 мм (4-8 мм) с наличием язвенных дефектов. В случае декомпенсации возникали признаки нарушения пассажа кишечного содержимого выше уровня препятствия в 47,3% наблюдений. При проведении УКЭ для диагностики воспалительных и рубцовых стриктур коэффициент жесткости 2,44 (1,06-3,2) и 5,36 (4,25-5,7) (медиана, 2,5-97,5 перцентили), соответственно. При воспалительных стриктурах, по данным патоморфологического исследования, преобладает трансмуральная воспалительная инфильтрация, при рубцовых идет склероз подслизистой основы местами с распространением на мышечный слой. Данные УЗИ и патоморфологического исследования сопоставимы.

**ВЫВОДЫ.** Разработанная УЗ-семиотика осложненного течения БК позволяет на дооперационном этапе проводить диагностику и дифференциальную диагностику стриктур, помогает в выборе хирургической тактики. При использовании УКЭ возможна дифференциальная диагностика рубцовых и воспалительных стриктур.



## ВОЗМОЖНОСТИ ТРАДИЦИОННОЙ КОЛОНОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФИЛЬТРАТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Скридловский С.Н., Веселов В.В., Москалев А.И.  
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,  
г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Диагностические возможности традиционной колоноскопии в выявлении осложнений при хроническом течении дивертикулярной болезни ободочной кишки считаются ограниченными риском перфорации кишки и техническими трудностями.

**ЦЕЛЬ.** Определить возможности традиционной колоноскопии в диагностике инфильтратов при хроническом осложненном течении дивертикулярной болезни ободочной кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен анализ результатов традиционной колоноскопии и эндоУЗИ 23 оперированных больных (хронические инфильтраты, хронический дивертикулит) и морфологически подтвержденным диагнозом.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Традиционная колоноскопия была выполнена до купола слепой кишки в 12 (52,2%) случаях. Причиной прекращения процедуры в 4 (17,4%) случаях была жесткая фиксация кишки и/или сужение ее просвета, в 7 (30,4%) случаях – протяженное сдавление кишки извне, которое было выявлено только у пациентов с хроническими инфильтратами. Сравнительный анализ подтвердил, что протяженное сдавление кишки извне является достоверным признаком хронического инфильтрата, и вероятность хронического инфильтрата при выявлении этого признака составляет 100%.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Выявление достоверного эндоскопического признака воспалительного инфильтрата (протяженное сдавление кишки извне) у больных с хроническим течением дивертикулярной болезни ободочной кишки требует прекращения исследования в связи с высоким риском осложнений и свидетельствует о возможности постановки диагноза хронического инфильтрата.

## МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФИКСИРУЮЩЕГО АППАРАТА ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕМ МЕГАДОЛИХОКОЛОН

Татьянченко В.К., Богданов В.Л.,  
Андреев Е.В., Красенков Ю.В.

Государственный медицинский университет,  
г. Ростов-на-Дону, Россия

**ЦЕЛЬ.** Изучение динамики морфологических изменений, происходящих в фиксирующем аппарате ободочной кишки при формировании идиопатического левостороннего мегадолихоколон.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Интраоперационно обследовано 24 больных с клиническим диагнозом идиопатический мегадолихоколон и 40 трупов взрослых людей. Проведены измерения морфологических параметров и структур ободочной кишки (Федеральный патент РФ № 2271740).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В фазе компенсации идиопатического левостороннего мегадолихоколон ободочно-диафрагмальная и ободочно-селезеночная связки повержены гипертрофии вследствие длительного растяжения в продольном направлении. Однако их длина не пре-

вышает 5 см ( $4,7 \pm 0,6$ ), верхняя и нижняя сигмовидные связки так же подвержены гипертрофии. Если длина сигмовидной кишки превышает 55 см ( $52 \pm 3,3$ ), и кишка образует несколько петель в левой подвздошной области, то между петлями возникают короткие непостоянные связки. Однако из-за низкой устойчивости к растяжению данные связки значимо не влияют на перистальтику. Кроме того, при исследовании секционного материала в 21% наблюдений выявлены дополнительные связки, принимающие участие в фиксации чрезмерно подвижной ободочной кишки.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Полученные данные легли в основу разработанного способа реконструктивной пластики.

## ОБОСНОВАНИЕ К РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАДОЛИХОКОЛОН

Татьянченко В.К., Богданов В.Л.,  
Сухая Ю.В., Красенков Ю.В.

Государственный медицинский университет,  
г. Ростов-на-Дону, Россия

**ЦЕЛЬ.** Обоснование хирургического лечения идиопатического мегадолихоколон по разработанной методике.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Оперировано 16 больных (средний возраст  $58,4 \pm 4,2$  лет) с декомпенсированным толстокишечным стазом по оригинальной методике (Федеральный патент № 2250082).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Способ осуществляли следующим образом: после лапаротомии и ревизии брюшной полости подтверждали анатомическую форму и клиническую стадию мегадолихоколон, определяли участок поперечной ободочной кишки, диаметр которого не превышал 5,5 см, а гаустрация имела правильный, симметричный вид. После мобилизации ободочной кишки выполняли левостороннюю гемиколэктомию с передней резекцией прямой кишки, колоректальный анастомоз накладывали циркулярным швизающим аппаратом. На уровне вершин изгибов ободочной кишки выкраивали пряди большого сальника. В париетальной брюшине и позадибрыжеечном фасциальном узле справа и слева выполняли два туннеля, через последние фиксировали пряди большого сальника. Поперечный сегмент кишки низводили через окно в брыжейке тонкой кишки. Правый и левый изгибы ободочной кишки были представлены плавной дугой с кривизной  $120^\circ$ , поперечный сегмент приобретал форму равномерной, нисходящей дуги.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Разработанный способ хирургического лечения идиопатического мегаколон эффективен в 72,8% случаев.

## МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ДИВЕРТИКУЛЕЗЕ

Татьянченко В.К., Богданов В.Л.,  
Фирсов М.С., Ковалёв Б.В.

Государственный медицинский университет,  
г. Ростов-на-Дону, Россия

**ЦЕЛЬ.** Изучение динамики изменений пристеночной ангиоархитектоники в эксперименте на разных стадиях развития дивертикулеза толстой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** На 60 белых крысах воспроизведена экспериментальная модель дивертикулеза толстой кишки по оригинальной методике

(Федеральный патент РФ № 2087943). В сроки от 30 до 180 дней регистрировали диаметр сосудов, количество прямых сосудов и диаметр анастомотических ветвей.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** На основании предшествующего гистологического изучения участков толстой кишки, было выделено четыре стадии развития экспериментального дивертикулеза толстой кишки. I – стадия первичных структурно-функциональных сдвигов, II – стадия адаптации, III – стадия деструктивных и дистрофических изменений, IV – стадия декомпенсации и формирования дивертикулярных выпячиваний.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** По мере развития дивертикулеза происходит перестройка пристеночного русла по эвриарияльному (широкоосудистому) типу, снижение емкости артериального русла и образования бессосудистых зон, что укладывается в картину феномена фрагментации сосудистого русла толстой кишки. Нарушения внутривенозного кровотока имеют место не только в зоне дивертикулообразования (III-IV стадии), но и в более проксимальных отделах кишки, где дивертикулы не обнаруживаются.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Тимербулатов В.М., Тимербулатов Ш.В.,  
Гайнуллина Э.Н., Тимербулатов М.В.

*Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИДПО,  
кафедра факультетской хирургии с курсом  
колопроктологии Башкирского государственного  
медицинского университета, г. Уфа, Россия*

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Дивертикулярная болезнь ободочной кишки (ДБОК) встречается у 30% и более среди всей популяции, у лиц старше 70 лет – 40% и более. Среди госпитализированных больных на долю ДБОК приходится 8,4%. Частота осложнений достигает 10-60%, смертность – 1,3-2,3%, при перфоративном дивертикулите – до 35%.

**ЦЕЛЬ.** Провести анализ результатов лечения ДБОК, оценить эффективность консервативного и хирургического методов лечения.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Дизайн исследования – проспективное нерандомизированное исследование. Анализу подвергнуты 2640 больных, госпитализированных в экстренном порядке в клинику хирургии ИДПО и факультетской хирургии с курсом колопроктологии Башкирского государственного медицинского университета. Среди больных мужчин было 35%, женщин – 65%, до 40 лет – 6,8%, 41-60 лет – 42,6%, от 61 до 70 лет – 30,3%, старше 70 лет – 20,1%. В обследовании использованы рутинные клинико-лабораторные, рентгенологические (СКТ, МРТ, ирригография, инвазивная ангиография), УЗИ, эндоскопические (ФКС, лапароскопия), мониторинг интраабдоминального давления.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** 82,6% больных проведено консервативное лечение (n=2182), 458 (17,34%) – хирургическое лечение. В сомнительных случаях (n=126 – 7,95%) при остром дивертикулите, после УЗИ выполнялась лапароскопия. В последние 5 лет преимущество отдаётся спиральной компьютерной томографии (СКТ). При перидивертикулярном инфильтрате (n=314), абсцессах (n=1187), наиболее информативны УЗИ и СКТ (чувствительность и специфичность 88%, 78% и 92%, 88%, соответственно). В этих ситуациях лапароскопия использовалась при предполагаемых оперативных вмешательствах или исключения другой острой абдоминальной патологии. Использовалась класси-

фикация Hinchey E.J. (1978), в соответствии с которой I степень перфоративного дивертикулита была у 76 больных, II степень у 111, III степень – 103 и IV степень – у 26 больных. Кровотечения только в 9,8% носили массивный характер с развитием геморрагического шока, в диагностике приходится использовать весь арсенал диагностических методов, включая СКТ-ангиографию и инвазивную ангиографию брыжеечных артерий, ФКС, нативную КТ, примерно у 25% больных при установленном дивертикулите источник не удаётся установить.

При осложнённом остром дивертикулите проводили внутривенную антибиотикотерапию, пероральный приём жидкости не ограничивали, в 7,9% консервативная терапия была безуспешной, 26% больных этой группы в течение 18 месяцев госпитализировали повторно с рецидивом, но с более тяжёлыми осложнениями. Из 314 больных с перидивертикулярным инфильтратом 11 (3,5%) ввиду безуспешности консервативной терапии выполнено оперативное лечение (сигмоэктомия, гемиколэктомия). При перфоративном дивертикулите I степени проводили вскрытие абсцесса (лапароскопическим (31), лапаротомным (39), пункционным способом (9)), II степени – чаще лапаротомным, реже поясничным доступом (забрюшинные абсцессы (18)), пункционно (14) под контролем УЗИ, при III и IV степенях – экстериоризация (52), операция Гартмана (69), первичная резекция в 10 случаях (III степень).

Срочные резекции ободочной кишки при кровотечениях выполнены у 86 (21,6%) больных, консервативная терапия была эффективной в 78,4%. В конечном итоге, в большинстве случаев (78,8%) выполнены двухэтапные операции. Послеоперационная летальность составила 8,95%, общая – 1,55%.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Больные с неосложнённым острым дивертикулитом, 96,5% с перидивертикулярным инфильтратом поддаются консервативной терапии. Классификация Hinchey рациональна для определения типа, степени тяжести перфоративного дивертикулита и выбора рациональной тактики. Высокий процент рецидивов (26%) в течение ближайших 18 месяцев, позволяет допускать необходимость более активной плановой хирургии.

## ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ УЗИ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРАНИЦ РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Трубачева Ю.Л., Шельгин Ю.А.,  
Орлова Л.П., Москалев А.И.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** При осложненном течении дивертикулярной болезни (ДБ) особо важное значение придается определению границ резекции кишки с целью уменьшения риска развития несостоятельности толстокишечного анастомоза в раннем послеоперационном периоде, а в отдаленном – развития рецидива заболевания.

**ЦЕЛЬ.** Изучить возможности интраоперационного УЗИ в оценке состояния стенки ободочной кишки для определения границ резекции при ДБ.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Выполнено 76 интраоперационных УЗИ у пациентов с хроническими воспалительными осложнениями ДБ. Хирургические вмешательства традиционным лапаротомным доступом выполнены у 63 (82,9%) пациентов, лапароскопически-ассистированные – у 13 (17,1%). При проведе-

нии УЗИ оценивали степень деформации и толщину мышечного слоя, наличие дивертикулов по линиям предполагаемой резекции, состоянию гаустр, ширине просвета кишки, вовлеченность в воспалительный процесс других органов и тканей.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При ДБ в стенке ободочной кишки развиваются специфические изменения мышечного слоя в виде его утолщения, но не за счет гипертрофии, а вследствие деформации в виде «мехов гармошки», а вследствие деформации в виде «мехов гармошки». Величина толщины мышечного слоя кишечной стенки достоверно коррелировала с распространенностью воспалительных изменений ( $r=0,33$ ;  $p=0,041$ ). Эти изменения всегда были максимально выражены в области воспаленного и разрушенного дивертикула и постепенно убывали по мере удаления от источника воспаления. По линии проксимальной и дистальной границ резекции ни в одном из наблюдений не были выявлены ни макро-, ни микроскопические признаки воспаления, кишечная стенка была мягкой и эластичной при толщине мышечного слоя не более 1,8-2,0 мм и отсутствии его деформации.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Интраоперационное УЗИ – метод объективной оценки состояния кишечной стенки при выборе объема резекции ободочной кишки при хирургическом лечении хронических осложнений ДБ. Наибольшую значимость этот метод приобретает при лапароскопических вмешательствах. Точность получаемой при этом картины полностью соответствует результатам морфологического исследования.

## ЧАСТОТА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОРАЖЕНИЙ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Хусаинова Г.М.,<sup>1</sup> Долгушина А.И.,<sup>1</sup> Кононец В.А.,<sup>2</sup> Василенко А.Г.,<sup>2</sup> Несмеянова О.Б.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Южно-Уральский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup> Челябинская областная клиническая больница, г. Челябинск, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** В настоящее время воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) рассматривают как системные аутоиммунные заболевания с преимущественным поражением кишечника. Частота внекишечных проявлений, по данным различных исследований, варьирует в широких пределах – от 25 до 60%. При этом поражения других органов, в том числе опорно-двигательного аппарата, у пациентов с ВЗК нередко являются не диагностированными и представляют серьезную проблему, влияющую на качество жизни и эффективность терапии.

**ЦЕЛЬ.** Оценить частоту клинических проявлений артропатий у больных язвенным колитом и болезнью Крона на амбулаторном приеме в гастроэнтерологическом кабинете Челябинской областной клинической больницы в период с октября 2015 г. по январь 2016 г.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Клинико-лабораторное и инструментальное обследование пациентов дополнено анкетой, выявляющей внекишечные проявления, включая оценочные данные ASAS (The Assessment of Spondylo Arthritis international Society, 2009).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Было обследовано 56 пациентов с ВЗК. Язвенным колитом (ЯК) страдали 48 (85,7%) человек, болезнью Крона 8 (14,3%) пациентов. Средний возраст составил  $44,1 \pm 13,5$  года. Среди пациентов, включенных в исследование, преобладали женщины и городские жители. Средняя длительность заболевания составила  $7,46 \pm 7,0$  лет. Внекишечные проявления выявлены у 26 (46,4%) обследованных. Среди больных

ЯК внекишечные проявления присутствовали в 45,8% случаев, что не отличалось достоверно от соответствующего показателя при болезни Крона – 50%. Клинические признаки серонегативного спондилоартрита присутствовали у 6 больных (23,1%); периферического артрита – у 17 (65,2%) пациентов; энтезиты отмечены у 12 (46,2%) обследованных. Симптомы одностороннего сакроилеита выявлены у 10 (38,5%) пациентов, среди них у 4 (15,3%) больных сакроилеит рентгенологически подтвержден.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Более чем у трети пациентов с ВЗК выявлены внекишечные проявления, наиболее часто присутствовали признаки поражения суставов. С большей частотой диагностировано поражение периферических суставов, у 23,1% выявлены клинические признаки спондилоартрита. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости привлечения ревматолога к ведению данной категории больных.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Черданцев Д.В.,<sup>1</sup> Поздняков А.А.,<sup>1</sup> Шпак В.В.,<sup>2</sup> Рябков Ю.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого МЗ России

<sup>2</sup> КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С.Берзона», г. Красноярск, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Развитие послеоперационных осложнений у больных после резекции толстой кишки и наложения толстокишечного анастомоза по-прежнему остается одной из острых проблем колоректальной хирургии. Частота релапаротомий, направленных на устранение этих осложнений, сохраняется на достаточно высоком уровне, достигая 8,5%. Особенную остроту проблеме придает высокая летальность после релапаротомий, достигающая 30,8%. Несостоятельность толстокишечного анастомоза – одно из наиболее грозных осложнений, нередко ведущее к развитию послеоперационного перитонита и необходимости разобщения анастомоза с наложением колостомы. На сегодняшний день ведется активный поиск лабораторных предикторов несостоятельности толстокишечного анастомоза, одним из таких предикторов считается С-реактивный белок (CRP). Однако применение этого критерия у больных со злокачественными опухолями толстой кишки может быть затруднено из-за естественного роста CRP на фоне опухолевого процесса.

**ЦЕЛЬ.** Оценить эффективность мониторинга изменений С-реактивного белка в послеоперационном периоде для ранней диагностики несостоятельности толстокишечного анастомоза.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен ретроспективный анализ послеоперационных осложнений после абдоминальных вмешательств на толстой кишке и проспективное исследование динамики уровня CRP в послеоперационном периоде у больных после радикальных операций по поводу рака толстой кишки, законченных наложением анастомоза.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В ретроспективный анализ было включено 2703 больных, планово оперированных на толстой кишке за период с 1995 по 2013 года. Абдоминальные осложнения, потребовавшие выполнения релапаротомии, развились у 146 (5,4%) больных. Удельный вес несостоятельности толстокишеч-

ного анастомоза составил 46 (31,5%) больных с послеоперационной летальностью 17,4%. Некроз низведенной кишки, который может быть расценен как несостоятельность колоанального анастомоза, развился у 26 (17,8%) больных с летальностью 23,1%.

В проспективном анализе включено 64 больных, радикально оперированных по поводу рака толстой кишки. Несостоятельность анастомоза развилась в 2 случаях, некроз низведенной кишки у 1 больного. При проспективном исследовании оценена роль CRP в диагностике несостоятельности анастомоза. До операции у больных регистрировали повышенное значение CRP –  $43,5 \pm 16,1$  мг/л. Динамика показателя в 1-3 сутки у больных с неосложненным течением составила:  $97,4 \pm 29,1$ ;  $105,0 \pm 18,8$ ;  $98,3 \pm 20,8$  мг/л. У больных с несостоятельностью анастомоза и некрозом низведенной кишки динамика CRP была:  $34,7 \pm 12,9$ ;  $74,6 \pm 11,4$ ;  $91,9 \pm 9,3$  мг/л, при исходном уровне  $17,0 \pm 6,1$  мг/л.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Таким образом, абсолютные значения величины CRP не могут быть критерием развития осложнения. Однако, если предоперационный уровень CRP принять за единицу, а последующие изменения считать в долях от исходного, то динамика показателя принимает совершенно иной характер. При неосложненном течении 1-е сутки 2,4; 2-е сутки 2,5; 3-и сутки 2,3 с последующим снижением. При развитии несостоятельности анастомоза – 1-е сутки 2,1; 2-е сутки 4,8; 3-и сутки 5,9.

## АПРОБАЦИЯ МЕТОДА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА

Черкашина М.И., Карлукхин О.Ю., Юсупова А.Ф.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Татарстана, г. Казань, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Острые формы болезни Крона (БК) и её рецидивы требуют своевременной диагностики и постоянного динамического наблюдения за пациентом для коррекции терапии и выявления осложнений. Основными методами диагностики заболеваний кишечника в настоящее время остаются илеоколоноскопия и пассаж бария по ЖКТ, имеющие некоторые ограничения и даже противопоказания при БК. Среди новых диагностических методов привлекает внимание метод рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) в связи с неинвазивностью и возможностью визуализировать всю тонкую и толстую кишки.

**ЦЕЛЬ.** Апробация метода РКТ в диагностике болезни Крона.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследуемую группу вошли 10 пациентов с клинической картиной осложненных форм БК. До операции всем больным было проведено РКТ и УЗИ органов брюшной полости, 5 пациентам – илеоколоноскопия и пассаж бария по желудочно-кишечному тракту (ЖКТ). Окончательный диагноз установлен на основании интраоперационных находок и гистологического исследования резецированных препаратов. Исследование проводилось на 64-срезовом компьютерном томографе «Philips Brilliance 64» с внутривенным болюсным введением 100 мл низкоосмолярного йодсодержащего контрастного препарата. Предварительная подготовка: голод за 6 часов до исследования и приём 1500 мл перорального водорастворимого контрастного вещества в течение 40-60 мин.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Получены обнадеживающие результа-

ты пилотного исследования РКТ, позволившей установить диагноз БК ободочной кишки в 7 наблюдениях, в трёх других – аденокарциномы (1), дивертикулярной болезни, осложненной дивертикулитом (2). Характерными РКТ признаками БК были: сочетание утолщения стенки кишки с сужением ее просвета, наличием проходящих через все слои стенки кишки дефектов слизистой оболочки, уплотнение паракольной клетчатки, мезентериальной лимфоаденопатией. При этом РКТ позволяет достаточно точно локализовать поражение и установить его протяженность.

**ВЫВОДЫ.** РКТ является перспективным методом исследования ЖКТ, расширяющим диапазон диагностических методик при БК и способствующим правильному выбору варианта лечения. В перспективе метод можно рассматривать в качестве альтернативы рентгеноконтрастным методам исследования кишечника.

## ОБЪЕМ РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА

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

Клиника и кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

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

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты лечения пациентов с резистентными формами хронического запора.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Первый (обязательный) этап обследования включает в себя выполнение эндоскопических методов обследования, ирригографию. Второй этап обследования включает в себя ряд специальных методов: оценка моторно-эвакуационной функции толстой кишки и времени транзита по толстой кишке, манометрия и проктография. С 2007 по 2016 гг. в колопроктологическом отделении клиники госпитальной хирургии проходило лечение 56 пациентов с хроническим медленно транзитным запором. Хирургическое лечение проведено 26 (46,4%) пациентам. По объему резекции выполнены следующие оперативные вмешательства: передняя резекция прямой кишки – 2; резекция сигмовидной кишки – 2; расширенная левосторонняя гемиколэктомия – 12; субтотальная колэктомия – 10.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Из 26 прооперированных нами больных, отдаленные результаты лечения прослежены у 24 (92,3%) пациентов. Хорошие результаты лечения отмечены у 14 (53,8%) прооперированных больных. У 8 (30,8%) человек, перенесших операции, результаты лечения оценены нами, как удовлетворительные. У 4 (15,4%) оперированных пациентов выполненное хирургическое вмешательство не принесло ожидаемого эффекта. Эти пациентки были повторно оперированы. Осложнения: кровотечение из линии анастомоза – 2; рубцовая стриктура анастомоза – 4.

**ВЫВОД.** По нашему мнению, субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илео-сигмоидного анастомоза приносит наиболее благоприятные отдаленные результаты в хирургическом лечении хронического запора. Основной причиной неудач в хирургии хронического колостазов является неправильный выбор объема резекции толстой кишки.

## ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ КРОНА

Щукина О.Б., Собко В.Ю., Горбачева Д.Ш., Григорян В.В., Васильев С.В.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова, ФГБУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой», ГКБ № 31, ПСГМУ им. акад. И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Болезнь Крона (БК) – хроническое заболевание, при котором со временем большинство больных будут нуждаться в хирургическом вмешательстве. Основанием для оперативного лечения является развитие пенетрирующих и/или стриктурирующих осложнений. Однако нередко нелегким решением является определение показаний для отсроченной операции у амбулаторного пациента. Магнитно-резонансная энтерография (МРЭ) представляется перспективным методом в комплексной оценке осложненного течения заболевания.

**ЦЕЛЬ.** Уточнить показания к хирургическому лечению болезни Крона.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведено проспективное наблюдение (в среднем, 54,2 мес.) больных БК, в ходе которого проводились общеклинические исследования, колоноскопия и МРЭ, включавшая оценку каждого сегмента тонкой и толстой кишки, МРЭ-индекса тяжести (MaRIA). Тяжесть эндоскопических поражений оценивалась Простым Эндоскопическим Индексом Тяжести БК (SES-CD). Фенотип БК соответствовал Монреальской классификации. При анализе показаний к хирургическому лечению для сравнения выделялись две подгруппы больных – подвергавшиеся операции и без хирургического вмешательства. Показания и тип операции датированы в течение наблюдения временным масштабом. В ходе статистического анализа использовались методы параметрической и непараметрической статистики. Для изучения независимости категориальных переменных и дихотомических переменных проводилось построение таблиц сопряженности с подсчетом статистики Пирсона  $\chi^2$ . Для изучения независимости дихотомических и интервальных переменных использовался U-критерий Манна-Уитни.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Было включено 210 больных (91 мужчина), средний возраст – 36,8 лет. За весь период наблюдения прооперировано 77 (37%) больных, из них 23 (11%) повторно.

Достоверно чаще хирургическое вмешательство выполнялось при осложненной форме БК. Показаниями к операции при постановке диагноза были абдоминальный инфильтрат ( $p < 0,01$ ; OR 2,80–14,83), абсцесс ( $p < 0,01$ ; OR 2,44–64,51), стриктура(ы) ( $p < 0,01$ ; OR 2,4–64,51), кишечная непроходимость ( $p < 0,01$ ; OR 2,66–10,84). При отсутствии ответа на индукционную терапию также показанием к хирургическому вмешательству, помимо воспалительного инфильтрата ( $p < 0,01$ ; OR 1,78–5,03), абсцесса ( $p < 0,01$ ; OR 3,58–87,84) и кишечной непроходимости ( $p = 0,02$ ; OR 1,39–14,41), было наличие межкишечных свищей ( $p = 0,02$ ; OR 1,39–14,41). Тяжесть эндоскопических поражений при постановке диагноза, оцениваемая SES CD, не коррелировала с потребностью в операции ( $t$ -test=0,032), тогда как верификация МРЭ-признаков поражения тощей кишки ( $p = 0,02$ ; OR 0,01–0,93), наличие стеноза ( $p < 0,01$ ; OR 2,37–76,82) и супрастенотического расширения ( $p < 0,01$ ; OR 0,01–0,75), с усилением сигнала от всех слоев стенки кишки на T2 ВИ ( $p = 0,01$ ; OR 2,75–395,59), наличие воспалительного инфильтрата ( $p < 0,01$ ; OR 2,12–307,27), тонко-тонкокишечных

свищей ( $p = 0,01$ ; OR 2,27–602,68), ограничения подвижности кишки ( $p < 0,05$ ; OR 1,36–24,39), а также локального усиления кровотока в дистальных сосудах брыжейки ( $p < 0,05$ ; OR 1,42–180,90) коррелировали с потребностью в хирургическом лечении.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Лечебная тактика в отношении пациентов с подтвержденным диагнозом осложненной болезни Крона должна обсуждаться мультидисциплинарной командой, состоящей из гастроэнтеролога, эндоскописта, колопроктолога и рентгенолога. Показанием к хирургическому лечению является отсутствие ответа на терапию осложненной формы болезни Крона. Проведение МРЭ необходимо для верификации воспалительного инфильтрата, абсцесса, свищей, а также локализации, протяженности и степени воспалительного компонента стриктуры, так как это влияет на выбор лечебной тактики.

## ГЛАВА 4. СТОМЫ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

### РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ТИПА ГАРТМАНА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Гатауллин И.Г., Халиков М.М.  
ГАУЗ «РКОД МЗ РТ», ГБОУ ДПО «КГМА» МЗ РФ,  
г. Казань, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Более 60 тысяч человек ежегодно заболевают колоректальным раком в РФ. Сохраняется рост колоректального рака с осложненными формами заболевания. Поэтому хирурги вынуждены прибегать к многоэтапным методам хирургического лечения, наиболее рациональным из которых признаны операции типа Гартмана.

**ЦЕЛЬ.** Улучшение результатов лечения реконструктивно-восстановительных операций у больных осложненным колоректальным раком

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Работа основана на клиническом материале лечения 107 пациентов, которым выполнена операция типа Гартмана в отделениях неотложной хирургии по поводу осложненного колоректального рака. Реконструктивно-восстановительный этап проведен в специализированном онкологическом отделении.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В 52 случаях наложен анастомоз по типу «конец-в-конец» инвагинационным способом, в 15 случаях – «конец-в-конец» аппаратным способом и в 40 случаях – «бок-в-бок». Послеоперационные осложнения зафиксированы у 22 (20,5%) пациентов: гнойно-воспалительные осложнения со стороны колостомической раны – у 14 (13,1%) больных и у 8 (7,4%) пациентов выявлены экстраабдоминальные осложнения. У 85 (79,4%) пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. При морфологическом исследовании препаратов после реконструктивного этапа в 88 (82,2%) случаях опухолевый рост не обнаружен, у 2 (1,9%) пациентов – рост рака в области колостомы, у 3 (2,8%) – рост рака в дистальной культе, у 7 (6,5%) – метастазы в л/у остаточной брыжейки кишки, у 2 (1,9%) – рост рака в области колостомы и дистальной культы кишки, у 5 (4,7%) – метастазы в печени. По показаниям в п/о периоде 31 пациенту проводилась адьювантная химиотерапия, 7-м пациентам адьювантная лучевая терапия

**ВЫВОДЫ.** Все вышеизложенное дает основание считать, что реконструктивный этап операции у пациентов, ранее перенесших операцию типа Гартмана по поводу осложненного рака левой половины ободочной кишки, должен проводиться в онкологических учреждениях в связи с необходимостью проведения специализированного хирургического, лучевого и лекарственного лечения.

## ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С КОНЦЕВЫМИ КОЛОСТОМАМИ В РЕГИОНАЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

Гиберт Б.К., Хасия Д.Т., Матвеев И.А.,  
Матвеев А.И., Калиниченко А.П.  
ГБУЗ ТО «ОКБ № 1», г. Тюмень, Россия

В связи с внедрением в клинику эндоскопической модификаций восстановительных вмешательств у больных с концевыми колостомами и для улучшения результатов лечения, является актуальным изучение организации помощи этой категории пациентов.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Изучить особенности организации лапароскопических восстановительных вмешательств в региональной больнице при отсутствии специализированного отделения.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В клинике с 2013 по 2015 гг. выполнены 72 восстановительные операции, из них лапароскопическим способом – 46 (63,88%) вмешательств. В 2013 году (период внедрения) оперировано 15 пациентов, в 2014 г. – 14 пациентов, контрольная группа и основная – представлена 17 больными, оперированными в 2015 г.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В период внедрения методики 3 пациентам по поводу внутрибрюшных осложнений выполнены релапаротомии, в контрольной группе была 1 повторная операция без конверсии доступа, и у пациентов основной группы внутрибрюшных осложнений не было.

Полученные результаты вмешательств в значительной степени обусловлены созданием организационных условий оказания помощи этой группе пациентов, которые заключались в концентрации больных после обструктивных резекций, выполненных в различных ЛПУ области, в одной клинике. Ее выбор связан с накопленным в ней опытом проведения эндоскопических абдоминальных операций, а также ее оснащением эндоскопическим оборудованием. Существенным условием организации помощи является выполнение вмешательств одним, наиболее опытным лапароскопическим хирургом.

Таким образом, лапароскопические восстановительные операции у больных с концевыми свищами, при отсутствии специализированного отделения, целесообразно выполнять с соблюдением принципов оказания специализированной помощи: концентрация больных в одной клинике, выполнение вмешательств одним хирургом, что способствует более быстрому накоплению опыта в лапароскопической реконструктивной хирургии толстой кишки, снижению уровня послеоперационных осложнений.

## ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С КОНЦЕВЫМИ КОЛОСТОМАМИ

Гиберт Б.К., Хасия Д.Т., Матвеев И.А.,  
Матвеев А.И., Калиниченко А.П.  
ГБУЗ ТО «ОКБ № 1», г. Тюмень, Россия

Лапароскопические восстановительные операции являются сложными вмешательствами, в связи с чем является актуальным изучение периода освоения этой методики и влияния опыта хирурга на полученные результаты.

**ЦЕЛЬ.** Изучить влияние количества выполненных лапароскопических восстановительных операций одним хирургом на особенности их проведения и полученные результаты.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В клинике с 2013 по 2015 гг. выполнены 72 восстановительные операции, лапароскопическим способом – 46 (63,88%) вмешательств. В 2013 году (период внедрения) оперировано 15 пациентов, контрольную группу составили 14 пациентов, оперированных в 2014 г. и основную – 17 больных, оперированных в 2015 г. Все операции выполнены одним лапароскопическим абдоминальным хирургом.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В период освоения методики 3 пациентам по поводу внутрибрюшных осложнений выполнены релапаротомии, в контрольной группе была 1 повторная операция без конверсии доступа, и у пациентов основной группы внутрибрюшных осложнений не было.

По мере увеличения количества выполненных хирургом восстановительных операций расширяются показания к выполнению более сложных вмешательств, у пациентов в основной группе впервые выполнены колопластические операции. Совершенствуется техника проведения вмешательств, у пациентов основной группы в сравнении с контрольной и периодом освоения метода уменьшилась продолжительность операции, размеры стомальной раны, операционная кровопотеря.

**ВЫВОД.** Опыт хирурга при проведении восстановительных лапароскопических операций у больных с концевыми колостомами зависит от числа выполненных им операций. По мере их увеличения расширяются показания применения лапароскопического способа восстановления непрерывности толстого кишечника, в тоже время сокращается время проведения вмешательства, уменьшаются размеры операционной раны, объем кровопотери, снижается частота внутрибрюшных осложнений.

## ОПТИМИЗАЦИЯ СРОКОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Васильев В.В., Лысак М.М., Бубович Е.В.

ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры», БУ ХМАО-Югры «Сургутская ОКБ», г. Сургут, Россия

**ЦЕЛЬ.** Провести анализ результатов лечения больных с колостомами в зависимости от сроков выполнения восстановительных операций.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проанализированы результаты лечения 128 стомированных пациентов. Первично оперированы по поводу обструктивного рака толстой кишки – 67 (52,3%) пациентов, с осложненными формами доброкачественных заболеваний и травмами – 61 (47,7%). Ранние восстановительные операции (от 7 до 10 суток после первичной операции) выполнены – 36 (28,1%) больным (основная группа); поздние – 92 (71,9%) (контрольная группа). Критерии проведения ранних восстановительных операций: возраст менее 65 лет, стадия опухоли T1-3N0M0, отсутствие ранних осложнений и тяжелой сопутствующей патологии. Для определения возможности выполнения ранних восстановительных операций проведены функциональные и морфологические исследования. Динамика внутрикишечного давления показала хороший декомпрессионный эффект концевой стомы: с 3-4 послеоперационных суток имел место его физио-

логический уровень. Морфологическое исследование свидетельствовало о подостром течении воспаления в раннем послеоперационном периоде. Преобладание в воспалительном инфильтрате лимфоцитарно-моноцитарных и фибробластических элементов свидетельствовало в пользу текущих репаративных процессов, к 10 сут. отмечено выраженное снижение активности воспалительной реакции стенки толстой кишки и восстановление лимфогистиоцитарного слоя слизистой. Это было объективным аргументом в пользу возможности выполнения ранних восстановительных операций.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В основной группе частота послеоперационных осложнений составила 13,9% (5); несостоятельность анастомоза – у 1 (2,8%), анастомозит – у 1 (2,8%); инфекционные осложнения области хирургического вмешательства (ИОХВ) – у 3 (7,9%). В контрольной группе частота осложнений – 15,2% (14); несостоятельность швов анастомоза – у 3 (3,2%), анастомозит – у 1 (1,3%), острая спаечная кишечная непроходимость – у 2 (2,5%), ИОХВ – у 8 (10%). Общая продолжительность нетрудоспособности в основной группе составила 58±5 дней; в контрольной – 186±30.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Проведенный многофакторный анализ показал, что у ограниченной по определенным параметрам части стомированных больных возможно выполнение ранних восстановительных операций в срок 7-10 суток без риска увеличения частоты осложнений.

## О СРОКАХ ЛИКВИДАЦИИ КИШЕЧНЫХ СТОМ

Есин В.И., Халов В.Ю., Юнусов А.Ш., Бондаренко А.А.  
ГБУЗ АО АМОКБ, г. Астрахань, Россия

За период с 2000 по 2015 гг. было оперировано 187 пациентов, перенесших обструктивные резекции толстой кишки (по поводу опухоли левой половины – 121 (64,7%) больной, в связи с неопухолевыми заболеваниями – 66 (35,2%)). Мужчин было 101 (54,0%), женщин – 86 (45,9%). Средний возраст составил 67 лет.

Внутрибрюшное расположение дистальной культы толстой кишки было у 120 (64,1%) больных, забрюшинное – у 67 (35,8%). Перед выполнением реконструктивно-восстановительных операций проводились эндоскопическое и рентгенологическое исследование приводящего и отводящего отделов толстой кишки, а также КТ органов брюшной и грудной полости. У больных, ранее оперированных по поводу злокачественной опухоли, учитывалась необходимость проведения комбинированного лечения, что увеличивало сроки восстановительной операции от 3-х до 6 месяцев. У больных с неопухолевой патологией сроки восстановительной операции зависели, в основном, от наличия перенесенных осложнений после первой операции, при отсутствии таковых восстановительную операцию выполняли через 3 месяца.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При короткой дистальной культе в большинстве случаев (у 51 пациента – 76,1%) формировались аппаратные колоректальные анастомозы, при внутрибрюшном расположении дистальной культы толстой кишки 120 (64,1%) создавали ручные однорядные толстокишечные анастомозы («конеч-в-конеч»). Ранние послеоперационные осложнения различного характера отмечены у 19 (10,1%) больных. У 4 (2,1%) больных потребовалась релапаротомия в связи с несостоятельностью сформированного анастомоза, у двоих из них (1%) наступил летальный исход вследствие перитонита. В отделенном послеоперационном периоде в сроки от 6 месяцев до 12 лет качество жизни большинства больных при отсутствии прогрессирования опухоли расценено как хорошее.

**ВЫВОДЫ.** Наряду с оптимальным выбором сроков восстановительной операции и тщательной предоперационной подготовкой, одним из существенных факторов, способствующих оптимизации результатов лечения данной категории пациентов, остается выполнение таких операций бригадой специалистов, имеющих достаточный опыт в данном разделе хирургии.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ КОЛОСТОМ В УСЛОВИЯХ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Задильский Р.П., Юданов А.В., Ганичева И.А., Говорков Р.В., Токмаков И.А.

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», г. Новосибирск, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** В плановой колоректальной хирургии способ формирования колостомы на уровне кожи не вызывает сомнений, однако при наличии кишечной непроходимости (КН) до настоящего времени нет единого подхода к методике выведения ободочной кишки. Частота осложнений колостом, сформированных при КН выше, чем при вмешательствах, выполненных на подготовленной кишке – результат парастомальных гнойно-воспалительных процессов, ретракции и краевого некроза стенки кишки в раннем послеоперационном периоде. Колостома, как известно, серьезно влияет на качество жизни пациента и, зачастую, сложности по уходу за ней, в случае наличия осложнений, могут превалировать над недугами, обусловленными основной патологией.

**ЦЕЛЬ.** Оценить отдаленные результаты применения наружной фиксации колостом в условиях КН.

**МАТЕРИАЛЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ.** В клинике разработан метод наружной фиксации стомированной кишки с помощью силиконовой манжеты (ФИПС № 2015.128.476 от 13.07.2015). Он заключается в формировании бесшовной колостомы: кишка после выведения на брюшную стенку удерживается только с помощью муфты из медицинского силикона. Швов между стенкой кишки и тканями брюшной стенки не накладываем. По данному методу, в условиях КН, сформирована 31 колостома. Наружная фиксация занимала 3-5 минут. Удерживающая манжета снималась на 6-10 суток. Ранних стомальных осложнений не было. Все больные были осмотрены через 1-1,5 месяца, проведено анкетирование с помощью специфического опросника Stoma QoL. Выявлены осложнения: дерматит – у 4, парастомальные грыжи – у 2 больных. Качество жизни, в среднем, составило 62 балла (из 80 возможных). Анализируя вышеуказанные парастомальные осложнения, можно с уверенностью говорить о том, что возникновение последних не связано с определенным способом формирования колостом. Собственно стомальных (ретракция, стриктура, рубцовая деформация, парастомальный свищ) осложнений не выявлено.

**ВЫВОДЫ.** Применение наружной фиксации стомированной кишки и создание бесшовной стомы при операциях на фоне КН характеризуется простотой и скоростью исполнения, минимальным количеством осложнений.

## ВЫБОР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ТОЛСТОКИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ

Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Краснов Е.А., Васильев В.В., Воронин Ю.С.

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»,  
БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут, Россия

**ЦЕЛЬ.** Сравнительная оценка результатов открытых и лапароскопических восстановительных хирургических вмешательств у больных с толстокишечными свищами.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Проведен анализ лечения 34 пациентов с концевой толстокишечной стомой. Причиной наложения стомы были: злокачественные новообразования – у 23 (67,6%) больных, осложнения дивертикулярной болезни – у 6 (17,6%), некроз стенки сигмовидной кишки при тубоовариальном абсцессе – у 1 (2,9%), заворот сигмовидной кишки с некрозом – у 2 (5,9%), травматическое повреждение сигмовидной кишки – у 2 (5,9%) пациента. Средний возраст оперированных составил 54,9±12,1 год. Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения при выполнении восстановления непрерывности пищеварительного тракта из срединной лапаротомии и при лапароскопии.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Средняя длительность ношения стомы составила 54,3±111,9 недель. Попытка лапароскопического восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта предпринята у 26 больных. В 10 (29,4%) наблюдениях при проведении лапароскопии выполнена конверсия. Отказом от продолжения лапароскопии была невозможность безопасного адгезиолиза. Среднее время выполнения операций из лапаротомного доступа составила 108,8±44,6 мин., лапароскопического вмешательства – 136,4±47,4 мин. Длительность пребывания в отделении анестезиологии и реанимации после открытой операции – 1,0±0,7 сут. после лапароскопической – 0,9±0,8 сут.; восстановление перистальтики на – 1,3±0,5 и на 1,7±0,5 сут., соответственно. Длительность пребывания в стационаре составила 16,6±8,6 сут. после лапаротомии и 11,5±6,3 сут. после лапароскопии. Осложнения развились у 3 (8,8%) пациентов: после лапароскопии – у 1 (2,9%) несостоятельность толстокишечного анастомоза; после открытой операции нагноение послеоперационной раны – у 1 (2,9%) и ранняя спаечная кишечная непроходимость – у 1 (2,9%).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Видеолапароскопический метод восстановления непрерывности кишечника у стомированных больных обеспечивает раннюю активизацию больных, сокращение длительности пребывания в стационаре.

## АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОДНОСТВОЛЬНЫМИ КОЛОСТОМАМИ

Каганов О.И.,<sup>1</sup> Кривошеков Е.П.,<sup>1</sup> Мешков А.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ

<sup>2</sup> ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер, г. Самара, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Одной из актуальных задач хирургического лечения больных с диагнозом рак прямой кишки нижеампулярной локализации в объеме удаления первичной опухоли с формированием одноствольной колостомы, наряду с решением проблем



онкологического радикализма, является улучшение показателей качества жизни (КЖ) пациентов.

**ЦЕЛЬ.** Улучшение результатов хирургического лечения и КЖ стомированных больных путем внедрения нового способа формирования одностольной колостомы при брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки (БПЭПК).

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Проведен сравнительный анализ результатов лечения больных контрольной группы (n=61), которым формировалась внутрибрюшная одностольная колостома по различным, ранее принятым, методикам и основной группы (n=75), у которых применен способ формирования одностольной забрюшинной колостомы (патент РФ на изобретение № 2374995 от 10.12.2009.). Качество жизни больных было исследовано с применением шкалы FACT-S в течение первого года после операции в сроки 3,6,9,12 месяцев.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При использовании внутрибрюшинного способа формирования одностольной постоянной концевой колостомы в контрольной группе число послеоперационных осложнений со стороны стомы (нагноение параколостомической клетчатки, концевой некроз и ретракция колостомы) возникло у 17 (27,9%) больных, в основной – у 3 (4%) человек (p=0,000). В течение 12 месяцев после операции параколостомические грыжи и рубцовые стенозы колостомы, требующие хирургической коррекции в контрольной группе, диагностированы у 15 (24,6%) пациентов, в основной – у 2 (2,7%) больных (p=0,000). Проведен сравнительный анализ КЖ по шкале FACT-S. КЖ по шкалам FACT-G и FACT-S до оперативного вмешательства у пациентов в группах исследования было сопоставимо и снижено в два раза по сравнению с максимально возможным значением, что было обусловлено проявлениями симптомов колоректального рака. После проведенного хирургического лечения в группах исследования показатели КЖ в динамике по шкале FACT-G, FACT-S и ТОИ имели тенденцию к улучшению, однако через 3, 6, 9 и 12 месяцев после операции по шкале FACT-G КЖ в основной группе во всех точках исследования было значимо выше по сравнению с контрольной (p=0,04, p=0,02, p=0,02, p=0,01, соответственно), по шкале FACT-S p=0,03, p=0,03, p=0,01 и p=0,02, соответственно, по шкале ТОИ p=0,03, p=0,03, p=0,02 и p=0,02, соответственно. Это было обусловлено функциональностью колостомы, сформированной по предложенной методике.

**ВЫВОДЫ.** Применение нового способа формирования одностольной колостомы при выполнении БПЭПК у пациентов с диагнозом рак прямой кишки нижеампулярной локализации позволило значимо улучшить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения и КЖ по сравнению с группой больных после внутрибрюшинного формирования колостомы по ранее принятым методикам.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ

Калашникова И.А., Попова Е.А., Фадеева С.А.  
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,  
г. Москва, Россия

Развитие осложнений кишечной стомы делает жизнь пациента невыносимой, создает непреодолимые препятствия к социальной адаптации, значительно удорожает лечение. Частота гнойно-септических осложнений в области стомы составляет от 2 до 14,8%. В отечественной литературе сообщения о современ-

ных методах лечения парастомальных ран носят единичный характер.

**ЦЕЛЬ.** Оценка безопасности и эффективности применения современных методов консервативного лечения гнойно-воспалительных осложнений у пациентов с кишечной стомой.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проанализирован опыт применения инновационных методов консервативного лечения у 55 пациентов с гнойно-воспалительными осложнениями кишечных стом: расхождение кожно-кишечного шва – у 27 пациентов, ретракция стомы – у 7 пациентов, парастомальный абсцесс у – 8 пациентов, флегмона у – 4 пациентов, гангренозная пиодермия у – 9 пациентов. Большая часть больных оперирована по поводу рака толстой кишки – 28 пациентов, 19 больным проведено оперативное лечение по поводу воспалительных заболеваний толстой кишки (язвенный колит, болезнь Крона), 8 больных – по поводу осложненного дивертикулита ободочной кишки.

При расхождении кожно-кишечного шва, ретракции стомы применение двухкомпонентных систем, пасты-герметик и современных перевязочных средств (серебросодержащих гидрофайбер- и альгинатных повязок, ранозаживляющих порошков) позволило устранить такого рода осложнения, изолируя раны от попадания кишечного содержимого, контролируя течение раневого процесса, при этом, не нарушая комфорта пациентов.

При локализации гнойно-воспалительного очага в области стомы в тканях брюшной стенки до уровня апоневроза после пункции, вскрытия и дренирования через кожу передней брюшной стенки вне области фиксации калоприёмника при лечении парастомальных ран применяли серебросодержащие и гидроколлоидные раневые покрытия.

Местное лечение гангренозной пиодермии включало хирургическую обработку раны (пустулы, язвы) под местной анестезией, локальное применение стероидных препаратов или иммунодепрессивных средств (такролимус, протопик) в сочетании с гидрофайбер- и альгинатными повязками с серебром, использование гидроколлоидных повязок, 2-х компонентные системы калоприёмников.

При обширных ранах после вскрытия парастомальных абсцессов, флегмон и циркулярной ретракции стомы применяли метод локального отрицательного давления. Использование вакуумной терапии в сроки до 3-5 дней способствовало очищению раны, уменьшению размеров раны и эпителизации в течение 7-10 дней. Вакуум-ассистированная повязка, создавая эффект жесткой поддержки в парастомальной ране, позволяла применять калоприёмник, что значительно улучшило условия ухода и качество жизни пациентов с кишечной стомой.

Ни в одном наблюдении при использовании вакуумной терапии не потребовалось повторной экстренной операции или рестомии.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Современные методы консервативного лечения гнойно-воспалительных осложнений в области кишечной стомы позволяют эффективно оказывать медицинскую помощь стомированным пациентам. Использование современных раневых покрытий и вакуумной терапии для лечения сложных гнойно-воспалительных ран у пациентов с кишечной стомой является безопасным и эффективным методом.

## ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Костенко Н.В., Есин В.И., Титова Ю.П.  
ГБУЗ АО АМОКБ, г. Астрахань, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Число оперативных вмешательств с формированием кишечной стомы за последние годы растет, ввиду увеличения распространенности колоректальных заболеваний. Возрастает также потребность в медицинской и социальной реабилитации стомированных пациентов, которой препятствует значительное число возникающих осложнений, требующих своевременного лечения и профилактики.

**ЦЕЛЬ.** Сравнительная оценка результатов реабилитации в зависимости от применения индивидуализированных программ лечения больных.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Материалом послужили 60 пациентов, оперированных с формированием кишечной стомы и сохранением дистального отдела прямой кишки по поводу злокачественного новообразования левых отделов ободочной и прямой кишок (n=46), дивертикулярной болезни (n=14). Мужчин было 34, женщин – 26. Средний возраст составил 67,2±1,2 года. Операции были выполнены экстренно, по поводу осложнений (нарушение кишечной проходимости, перфорация) в urgentных хирургических клиниках. Пациенты находились под наблюдением кабинета реабилитации стомированных больных в срок с 01.2014 по 12.2015 гг. Основные проведенные операции: операция Гартмана (n=32), левосторонняя гемиколэктомия (n=21), передняя резекция прямой кишки с превентивной стомой (n=7). Критериями исключения были: возраст старше 80 лет, наличие отдаленных метастазов при ЗНО. Для подготовки к реконструктивной операции в 30 случаях (основная группа) была применена разработанная индивидуализированная программа реабилитации стомированных больных, включающая пошаговые алгоритмы по уходу за стомой, профилактике и лечению различных парастомальных осложнений на электронном носителе. В контрольной группе (30 пациентов) ведение больных проводилось без использования указанной электронной программы. Группы были сравнимы по полу, возрасту, характеру патологии и сопутствующим заболеваниям.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** У 28 из 60 больных отмечались различной выраженности парастомальные осложнения. В частности, перистомальный дерматит у 36,7%, парастомальная грыжа у 15%, парастомальные свищи у 10%, эвагинации стомы у 8,33%. Осложнения были достоверно (p<0,05) связаны с такими факторами, как отсутствие предоперационной разметки места формирования стомы, сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, ожирение 2-3 ст., хронический колит, хронический запор), ношение бандажа, отсутствие обучения уходу за стомой. Распределение осложнений было сходным в обеих группах наблюдавшихся больных. Применение разработанной индивидуализированной программы реабилитации стомированных пациентов позволило быстрее купировать указанные осложнения, избежать развития новых осложнений (4 случая в контрольной группе), адекватно подготовить пациента к реконструктивной операции. Реконструктивные операции были выполнены в основной группе в более ранние сроки (через 4,5 месяцев – в основной и 6,8 мес. – в контрольной группе). При наблюдении больных после повторных операций в срок от 6 до 14 месяцев была отмечена меньшая частота осложнений после реконструкции (6,6% – в основной и 13,4% – в контрольной группе).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Применение индивидуализирован-

ной программы реабилитации позволяет уменьшить число парастомальных осложнений, быстрее подготовить больного к реконструктивной операции, уменьшить процент осложнений после повторных вмешательств. Большое значение применение программы приобретает у пациентов с отягощающими факторами, способствующими развитию осложнений (отсутствие маркировки места формирования стомы и сопутствующие заболевания: сахарный диабет, ожирение 2-3 ст., хронический запор).

## КАБИНЕТ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ: ОПЫТ РАБОТЫ

Курбанов С.С., Ильканич А.Я

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»

БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут, Россия

**ЦЕЛЬ.** Улучшение результатов оказания медицинской помощи пациентам с колостомами.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведен анализ реабилитации больных, получивших медицинскую помощь в кабинете стомированного пациента Окружного Центра колопроктологии г. Сургута с 2012 по 2015 гг. Отмечается ежегодный прирост числа пациентов, хирургическое лечение у которых закончилось формированием стомы. За анализируемый период число первичных больных, обратившихся в кабинет стомированного пациента, составило 226. Все пациенты в зависимости от выполняемой программы реабилитации были разделены на 3 группы. В первую группу включены пациенты, наблюдавшиеся с раннего послеоперационного периода в кабинете стомированного пациента (n=126). Вторая группа – пациенты, оперированные в других ЛПУ и нерегулярно наблюдавшиеся у стоматерапевта (n=32). Третья группа – стомированные пациенты не наблюдавшиеся в кабинете стомированного пациента (n=68). Проведена сравнительная оценка частоты парастомических осложнений в зависимости от проведенных реабилитационных мероприятий.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Паракостомические осложнения наблюдались у 96 (42,5%) больных. В первой группе осложнения выявлены у 18 (14,2%) пациентов: гипергрануляции – у 1 (0,8%), стеноз устья стомы – у 8 (6,3%), парастомическая грыжа – у 6 (4,7%), пролапс стомы – у 2 (1,6%), эвагинация – у 1 (0,8%). Во второй группе осложнения отмечены у 15 (46,9%): дерматит – у 5 (15,7%), пиодермия в области стомы – у 1 (3,1%), гипергрануляции – у 4 (12,4%), сужение стомы – у 2 (6,2%), парастомическая грыжа – у 2 (6,2%), пролапс стомы – у 1 (3,1%). В третьей группе осложнения встретились у 63 (92,6%): дерматит – у 18 (26,4%), пиодермия – у 6 (8,8%), абсцесс – у 3 (4,4%), гипергрануляции – у 9 (13,2%), свищи – у 3 (4,4%), сужение стомы – у 6 (8,8%), парастомическая грыжа – у 12 (17,7%), пролапс стомы – у 4 (5,9%), эвагинация – у 2 (3%) больных.

**ВЫВОДЫ.** Целенаправленная и скоординированная работа кабинета стомированного пациента позволяет снизить частоту парастомических осложнений.

## ВЫБОР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОРОТКИХ ПРАВЫХ ОТДЕЛАХ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Помазкин В.И.

*Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург, Россия*

Показания к расширенным резекциям левой половины толстой кишки могут возникать достаточно часто. В этих случаях могут возникать затруднения при формировании колоректального анастомоза, вследствие большого расстояния между оставшимися частями толстой кишки. Целью исследования являлась оценка результатов различных вариантов восстановления пассажа по толстой кишке при коротких оставшихся ее правых отделах. В работу вошли результаты лечения 41 пациента. Первичная расширенная левосторонняя гемиколэктомия выполнена у 21 больного, восстановительные операции при одностольной асцендо- или трансверзостоме – у 20. В 1 группе (12 больных) правые отделы кишки низводились в малый таз для наложения колоректального анастомоза через окно в брыжейке подвздошной кишки. В 2 группе (14 больных) выполнялась операция Deloyers, включающая поворот на 180° правой части ободочной кишки. В 3 группе (15 больных) производили ограниченную мобилизацию оставшихся правых отделов ободочной кишки с ушиванием ее дистальной части и наложением антиперистальтического цекоректоанастомоза. Условиями выполнения операции в 1 и 2 группе являлись достаточная длина и мобильность оставшихся отделов ободочной кишки при сохранении их кровоснабжения. Выполнение 3 варианта операции удавалось во всех ситуациях при отсутствии условий для других способов восстановления целостности толстой кишки. Осложнения в 1 группе возникли у 16,6% больных, во второй группе у 21,4%, в 3 группе у 13,3% пациентов. Средняя частота дефекации была 2,3 раза в сутки в 1 группе, во 2 группе 3,8 и в 3 группе 3,9. Гастроинтестинальный индекс качества жизни в отдаленный период составил, соответственно, 118,3, 93,2 и 105,2 баллов. Худший функциональный результат во 2 группе был связан с периодическими диспепсическими расстройствами. В сложных ситуациях при невозможности низведения правых отделов ободочной кишки в малый таз с созданием прямого колоректального анастомоза возможна их ограниченная мобилизация с наложением антиперистальтического цекоректоанастомоза, функциональные результаты наложения которого сопоставимы с изоперистальтическим колоректальным анастомозом.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАСТОМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Помазкин В.И.

*Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург, Россия*

Парастомальные грыжи являются наиболее распространенным осложнением кишечных стом. Целью работы была оценка результатов предложенного способа хирургического лечения парастомальных грыж с оставлением стомы на месте. В исследование включены результаты лечения 26 пациентов с постоянными сигмостомами, осложненными парастомальными грыжами. Средний возраст пациентов составил 66,3 лет. Мужчин было 14, женщин – 12. Средний размер грыжевого дефекта составил 124,6 см<sup>2</sup>. Стомированную кишку высвобождали из брюшной

стенки и спаек брюшной полости, затем пересекали с удалением избыточной ее части. Из этого же разреза производили отсепаровку брюшины по латеральному краю раны с созданием забрюшинного канала, доходя до переходной складки брюшины левого бокового канала, где формировали внутреннее отверстие достаточной величины для свободного проведения в него стомированной кишки. Последнюю в созданном забрюшинном канале проводили с выведением на брюшную стенку. Целостность брюшины восстанавливали по медиальному краю раны брюшной стенки. Дефект апоневроза суживали отдельными швами до адекватного размера. В положении on-lay к апоневрозу фиксировали сетчатый эндопротез с округлым отверстием в центре для стомируемой кишки. Фактически мобилизованный верхний край раны в виде кожно-жирового лоскута низводили книзу. В верхней части его вырезали округлое отверстие, соответствующее размеру стомируемой кишки, в котором последнюю фиксировали, формируя вновь созданную плоскую колостому с ровной кожной площадкой. Ниже ее после иссечения избытков кожи и подкожной клетчатки нижнего края раны, образующийся дефект ушивали в поперечном направлении. Эта рана, находящаяся ниже стомы, располагалась на достаточном расстоянии от ее краев, не подвергаясь инфицированию. В послеоперационном периоде летальных исходов не было. У двух больных были ограниченные скопления серозного экссудата в ране. При этом случаев инфекционных раневых осложнений не наблюдалось. При оценке отдаленных результатов рецидива парастомальной грыжи не было отмечено ни в одном случае. Все больные отмечали хорошее удерживание калоприемников. Использование комбинации перевода стомированной кишки в забрюшинное пространство и синтетического сетчатого эндопротеза для укрепления брюшной стенки при лечении парастомальных грыж безопасно и имеет хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОДНОСТВОЛЬНЫХ КОЛОСТОМАХ

Помазкин В.И.

*Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург, Россия*

Ликвидация одностольной колостомы считается одной из сложных операций, сопровождаемая частыми осложнениями. Целью работы был анализ послеоперационных осложнений при восстановительных операциях на толстой кишке после операции Гартмана, выполненной по поводу обтурационной опухолевой непроходимости левой половины толстой кишки. В исследование включены результаты 192 больных. Средний возраст пациентов составил 65,2 лет. Мужчин было 85, женщин – 107. Основным интраоперационным осложнением являлось повреждение тонкой кишки при выполнении висцеролиза, отмеченное у 47 (24,5%) пациентов, что потребовало ее резекции у 6 (3,1%) больных. Послеоперационная летальность составила 1%. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 18 (9,4%) больных. Несостоятельность сигморектоанастомоза наблюдалась у 2 (1,5%) больных, отсроченная перфорация тонкой кишки – у 3 (1,5%), внутрибрюшное кровотечение – у 2 (1,0%) пациентов. Самым частым осложнением являлся длительный парез кишечника, отмеченный у 10 (5,2%) больных. Нагноение послеоперационной раны отмечено у 4 (2,1%). При факторном анализе риска возникновения осложнений наличие у больного ХОБЛ увеличивало их вероятность

возникновения в 1,7 раза ( $p=0,044$ ), наличие гнойных осложнений на предыдущем этапе лечения – в 4,3 раза ( $p=0,011$ ). 3 степень выраженности спаечного процесса (плотные, нерастяжимые васкуляризованные плоскостные сращения, требующие только острого разделения) в сравнении с 1 степенью (мягкие пленчатые эластичные спайки, легко поддающиеся растяжению) увеличивало риск осложнений в 9,7 раз ( $p=0,001$ ). При мультивариантном анализе эти факторы сохраняли значительную связь с возникновением осложнений. Отношение рисков при осложнениях на предыдущем этапе лечения составило 4,3 ( $p=0,021$ ), а при 3 степени спаечного процесса – 7,5 ( $p=0,001$ ). Восстановительные операции на толстой кишке после обструктивной ее резекции при опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости имеют достаточно большое число осложнений, связанных с выраженностью спаечного процесса брюшной полости и перенесенных гнойно-воспалительных осложнений при первичном вмешательстве.

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ТИПА ГАРТМАНА БЕЗ РЕЛАПАРОТОМИИ

Помазков А.А., Черкасов М.Ф., Хиндикайнен А.Ю.  
ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Острая обтурационная кишечная непроходимость является одной из важнейших проблем неотложной хирургии. Явления непроходимости и перитонита ставят под сомнение состоятельность первичного анастомоза, в связи с чем, ряд преимуществ имеет операция типа Гартмана. Перспективными являются методы выполнения на первом этапе оперативных вмешательств, исключающих сложные повторные реконструктивные операции.

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты лечения острой обтурационной кишечной непроходимости путем разработки способа восстановления целостности кишечной трубки без релапаротомии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Первым этапом производилась резекция пораженного участка, серозные поверхности стомированной кишки и культи частично десерозировались, после чего фиксировались «бок-в-бок». Вторым этапом для световой визуализации зоны анастомоза со стороны прямой кишки вводился колоноскоп; через колостому аппаратом LigaSure в намеченной зоне формировался толсто-толстокишечный анастомоз «бок-в-бок» без лапаротомии, противоестественный задний проход ушивался. По предложенной методике прооперировано 48 больных. 52-м больным контрольной группы на втором этапе выполнялась релапаротомия.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Достоверных отличий в динамике показателей после первого этапа операции не выявлено. Средняя длительность второго этапа составила  $124,12 \pm 16,54$  мин., интраоперационная кровопотеря составила  $77,3 \pm 22,4$  мл, объем введенных в послеоперационном периоде ненаркотических анальгетиков составил  $15,28 \pm 2,93$  мл, наркотических –  $1,43 \pm 0,3$  мл (при традиционной методике длительность составила  $300,78 \pm 23,8$  мин., интраоперационная кровопотеря –  $310,3 \pm 52,5$  мл, объем ненаркотических анальгетиков –  $38,16 \pm 4,3$  мл, наркотических –  $3,25 \pm 0,54$  мл).

**ВЫВОДЫ.** Разработанная методика позволяет избежать релапаротомии, уменьшить продолжительность и травматичность операций, снизить объем

интраоперационной кровопотери, количество применяемых наркотических и ненаркотических анальгетиков, исключить риск развития несостоятельности анастомоза и сократить сроки лечения больных в стационаре.

## ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНЫХ СТОМ

Токмаков И.А., Юданов А.В., Ганичева И.А.,  
Гворков Р.В., Задильский Р.П.

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», г. Новосибирск, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Несмотря на то, что первая успешная колостомия была выполнена в 1793 году, в настоящее время проблемы послеоперационных осложнений, связанных со стомой, не потеряли своего значения. По данным различных источников, осложнения после коло или илеостомий встречаются от 5,4% до 90,9%.

**ЦЕЛЬ.** Провести анализ осложнений и разработать алгоритм их профилактики.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В 2012-2016 гг. в областном колопроктологическом центре проанализировано 512 историй болезни стомированных пациентов, оперированных в экстренном и плановом порядке. В последующем 146 (28,5%) больным проведены реконструктивно-восстановительные операции. 315 (61,5%) пациентам вмешательства выполнены по поводу злокачественных новообразований, 122 (23,8%) – при осложненной дивертикулярной болезни, 60 (11,7%) – при повреждениях толстой кишки в результате травм, 15 (2,9%) – при ХВЗК.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В 263 наблюдениях зафиксированы следующие парастомические осложнения: контактный дерматит – 118 (44,7%), параколостомические грыжи – 68 (25,9%), лигатурные свищи и гранулемы – 34 (12,9%), стриктуры – 20 (7,6%), пролапс – 16 (6%), аллергический дерматит – 7 (2,7%).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Очевидными причинами возникновения парастомических осложнений являются: нарушение техники коло/илеостомии, отсутствие контроля за стомой на амбулаторном этапе, не информированность пациента в вопросах ухода, индивидуальные особенности пациентов.

**ВЫВОДЫ.** Анализируя наш опыт наблюдения и лечения стомированных пациентов, выделяем два основных принципа, соблюдение которых позволяет сократить число параколостомических осложнений: единый подход к технике выведения сегмента кишки на переднюю брюшную стенку (не ссылаясь на старые литературные источники, а так же, не пренебрегая вариантами внешней фиксации кишки в ургентной ситуации); оптимизация работы с пациентом на всех этапах, включая весь периоперационный период, вплоть до момента реконструктивно-восстановительной операции. Несоблюдение простых требований приводит к социальной дезадаптации, а так же увеличению сроков до реконструктивно-восстановительных вмешательств.

## МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ

Айрапетян А.Т., Китаев А.В., Турлай Д.М.

Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Россия  
МИУВ ГУ ПП, г. Москва, Россия  
ГБУЗ «НЦРБ», г. Ногинск, Московская обл., Россия

При выполнении повторных оперативных вмешательств по поводу злокачественных новообразований ЖКТ с применением внутриполостной гипертермической химиотерапии (ВГХТ) мы наблюдали низкий уровень адгезивных процессов, либо полное их отсутствие в брюшной полости. Опыта применения 5-фторурацила (5-FU) для уменьшения адгезивных процессов в брюшной полости в доступной литературе нами не найдено, но имеются сообщения об успешном применении 5-FU для уменьшения процессов рубцевания в офтальмологии, нейрохирургии и пластической хирургии.

**ЦЕЛЬ.** Провести ретроспективный анализ антиадгезивного действия 5-FU при операциях на органах брюшной полости по поводу злокачественных новообразований с применением в раннем послеоперационном периоде локальной пролонгированной внутрибрюшной химиотерапии (ЛПВХ).

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** В исследование включены 145 пациентов, оперированных ранее по поводу различных заболеваний органов брюшной полости и малого таза, находившихся на лечении в Центральном военном клиническом госпитале им. А.А.Вишневого и ФГМУ «Медицинский центр при Спецстрое России» в 1996-2012 гг. Мужчин было 74 (51,1%), женщин – 71 (48,9%). Все пациенты были разделены на 4 группы: группа I – 34 (23,5%) человека, составили пациенты, которым были проведены операции с применением метода ЛПВХ (5-FU), и в последующем выполнялись повторные циторедуктивные операции (Second look-1, 2, 3 и более), во время которых кроме распространенности злокачественного процесса оценивался также качественный и количественный характер спайкообразования; группа II – 28 (19,3%) пациентов, которым были проведены операции с применением метода ЛПВХ 5-FU однократно, группа III – 33 (22,7%) пациента, которым после радикальных и циторедуктивных операции без ЛПВХ 5-FU выполнялись повторные операции. Группа IV – 50 (34,5%) пациентов, которым были проведены повторные операции без применения метода ЛПВХ 5-FU однократно. В возрасте 20-28 лет 3 (2,1%) человек, 30-39 лет было – 11 (7,6%) человек, 40-49 лет – 19 (13,1%) человека, 50-59 лет – 45 (31,0%) человек; 60-69 лет – 41 (28,3%) пациента, старше 70 лет – 26 (17,9%) человек. Всем пациентам опытных групп в послеоперационном периоде от 1 до 5 суток проводилась ЛПВХ раствором 5-FU по разработанной нами методике. Нами отмечено отсутствие спаечных процессов на висцеральной и париетальной брюшине, и, кроме того, полная репарация париетальной брюшины после перитонэктомии в I группе, несмотря на кратность выполняемых оперативных вмешательств. При обследовании I и II групп в отдаленном послеоперационном периоде у всех пациентов также отмечено отсутствие признаков адгезиогенеза в брюшной полости. У больных без применения ЛПВХ (5-FU) признаки спаечной болезни брюшины наблюдали в 56% случаев.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** Таким образом, кроме основного противоопухолевого свойства ЛПВХ

выявлен и достоверно подтвержден противоспаечный эффект раствора 5-FU.

**ВЫВОДЫ.** Таким образом, помимо основного цитостатического эффекта, инстиляция внутрибрюшинно достаточного объема раствора 5-FU является эффективным методом профилактики и лечения спаечной болезни брюшины.

## БЕЗОПАСНОСТЬ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Балыкова Е.В., Хачатурова Э.А., Савушкин А.В.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Наибольшие сложности в оказании анестезиологического сопровождения лапароскопических операций в колоректальной хирургии встречаются у лиц пожилого и старческого возраста. Требования, предъявляемые к анестезии достаточно высоки, компенсаторные возможности организма снижены. Необходимо обеспечить больного адекватным обезболиванием, седацией, миорелаксацией при минимально возможных отклонениях гемодинамики, обеспечить комфортную и безопасную посленаркозную реабилитацию. Поэтому оптимизация существующих методик анестезии является основной задачей анестезиологии на современном этапе развития.

**ЦЕЛЬ.** Повышение безопасности анестезии при лапароскопических колоректальных операциях у пациентов пожилого и старческого возраста.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включено 129 больных в возрасте от 66 до 88 лет, средний возраст – 72,1±5,4 лет, II и III степени риска по ASA. Проведено сравнение 3 методик анестезии: тотальной внутривенной (ТВА) и двух вариантов сочетанной эпидуральной анестезии – с внутривенным потенцированием пропофолом и ингаляционной седацией севораном.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Установлено, что сочетанные варианты эпидуральной анестезии в большей степени, чем ТВА позволяют уменьшить отрицательные эффекты карбоксиперитонеума, характеризуются наименьшими отклонениями параметров гемодинамики, быстрой посленаркозной реабилитацией, отсутствием необходимости продленной ИВЛ в 90%, ранней экстубацией, минимальным количеством постнаркозных осложнений. Сочетанная анестезия с потенцированием севораном уступает сочетанной анестезии с применением пропофола, так как она вызывает более выраженные изменения гемодинамики (снижение ОПСС, АД), требующие применения вазопрессорной поддержки, увеличения инфузионной терапии с преобладанием количества коллоидных растворов и характеризуется более частым возникновением когнитивных нарушений и послеоперационной рвоты.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** При проведении лапароскопических колоректальных операций доказаны преимущества и безопасность сочетанной эпидуральной анестезии с внутривенным потенцированием пропофолом.

## СЕЛЕКТИВНАЯ СПИННОМОЗГОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОБЩЕПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Блинова О.В., Хачатурова Э.А.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Общепроктологические операции составляют 68% хирургических вмешательств, проводимых в нашем стационаре. Они непродолжительны по времени, но сопровождаются интенсивной ноцицептивной стимуляцией. Поэтому анестезия должна быть глубокой и легко управляемой.

**ЦЕЛЬ.** Проанализировать течение анестезии у пациентов при общепроктологических операциях.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Обследовано 954 пациента, перенесших общепроктологические операции, в условиях селективной спинномозговой анестезии. Всем пациентам была выполнена спинномозговая анестезия иглой Sprotte 24-26 G. Спинномозговую пункцию выполняли в положении сидя на уровне L4-L5 или L5-S1. Анестетик – маркаин спинал хэви 0,5% 4-8 мг. После введения анестетика пациенты оставались в положении сидя в течение 7-10 минут для формирования селективного спинального блока, после чего их укладывали в литотомическое положение. Премедикация: 2 мг тавегила, 4 мг дексаметазона. Седация: бензодиазепины (элзепам, фенозепам) 0,01 мг/кг и пропофол 1 мг/кг внутривенно. Инфузия полиионных растворов 5 мл/кг. Интраоперационный мониторинг витальных функций включал регистрацию SpO<sub>2</sub>, ЧСС, АД.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Выполнение СМА ни в одном случае не сопровождалось непреодолимыми техническими трудностями. Сенсорный блок у всех пациентов был адекватен и не превышал уровня L4. Моторный блок нижних конечностей ни в одном случае не превышал 1 балла по шкале Bromage. У 94 (9,9%) пациентов были отмечены т. н. синкопальные реакции в положении сидя, которые корректировались в/в введением 1 мг атропина и переводом пациента в положение лёжа. Качество интраоперационной анестезии всеми пациентами расценивалось как хорошо выраженный эффект, сохранение только тактильных ощущений. Ни у одного пациента снижение АД не превысило 20% от исходного уровня. Необходимость в послеоперационной катетеризации мочевого пузыря составила 27 (2,8%) случаев.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Селективная спинномозговая анестезия является оптимальной методикой интраоперационного сопровождения оперативных вмешательств, выполняемых на дистальном отделе прямой кишки и в области промежности.

## СИМУЛЬТАННЫЕ И КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ И ДРУГИХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭКСПЕРТНОЙ СИСТЕМЫ ПРОГНОЗА ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

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

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

**ВСТУПЛЕНИЕ.** Как показывают исследования отечественных и зарубежных ученых, значительного повышения эффективности лечебно-оздоровительных процедур при лечении различных заболеваний можно ожидать за счёт использования различных методов анализа и терапии, находящихся под управлением современных информационных технологий, в частности, экспертных систем и систем поддержки принятия решений.

**ЦЕЛЬ.** 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 пациентам с патологией толстой кишки. На основании разработанной экспертной системы прогноза операционного риска (ЭСПОР) у 127 (12,8%) пациентов с ЗТК, имеющих сочетанную абдоминальную патологию ОБП, которым выполнены СОВ, а также 187 (18,9%), которым выполнены КОВ спрогнозированы показания и разработаны аспекты хирургической тактики при сочетанном или комбинированном оперативном вмешательстве (в режиме планирования и реального времени), а также определен объем интенсивной терапии в послеоперационном периоде.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** ЭСПОР является гибридной динамической экспертной системой, применение которой позволило повысить эффективность процессов оценки тяжести течения основного заболевания с учётом сопутствующей патологии; прогноза степени риска интраоперационных осложнений в режиме планирования и реального времени; рекомендации хирургической тактики при сочетанном или комбинированном оперативном вмешательстве; прогноза степени риска послеоперационных осложнений; определения объема интенсивной терапии в послеоперационном периоде.

**ВЫВОДЫ.** Впервые доказано, что разработка ЭСПОР интра- и послеоперационных осложнений может служить критериями определения степени риска оперативного вмешательства, а также прогнозирования оценки эффективности выполнения оперативного вмешательства у данной группы пациентов, что позволяет принять решение о возможности выполнения оптимальной операции или отказаться от нее, тем самым улучшить непосредственные результаты лечения и качество жизни пациентов.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖИРОВЫХ ПОДВЕСКОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Лобанов Д.С., Климova Н.В., Девяткина Т.В.

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры» БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут, Россия

**ЦЕЛЬ.** Улучшить результаты лечения больных с острой патологией жировых подвесок ободочной кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проанализированы результаты лечения 26 больных с острой патологией жировых подвесок (ЖП): мужчин – 14 (53,8%), женщин – 12 (46,2%). Средний возраст составил 37,1±3,5 лет. При установленном предварительном диагнозе острой патологии ЖП в анализируемой группе применен разработанный пошаговый маршрут обследования и лечения. Первым этапом в 100% наблюдений проводили скрининговое исследование – УЗИ брюшной полости. Вторым этапом применены специальные методы диагностики: компьютерная томография – 18 (69,2%) больным, лапароскопия – 13 (50%). В 5 (19,2%) наблюдениях назначалась консервативная терапия. Оперирован 21 (80,8%) пациент.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** 23 (88,5%) больных госпитализированы более чем через сутки от начала заболевания. Избыточный вес и ожирение отмечены у подавляющего большинства – у 21 (80,8%). У 84,2% пациентов в анамнезе нарушения дефекации. Пальпаторно у 5 (19,2%) поступивших в проекции патологического очага определялся болезненный инфильтрат. Лейкоцитоз выявлен у 16 (61,5%), гипертермия – у 11 (42,3%) пациентов. При УЗИ: ограниченный инфильтрат обнаружен у 5 (19,2%), ограниченное скопление жидкости – у 4 (15,4%), снижение перистальтики и утолщение стенки толстой кишки в области патологического очага – у 8 (30,8%) больных. При КТ 3 (11,5%) наблюдениях выявлено поражение жировой ткани в проекции края толстой кишки овальной формы с двойным наружным контуром и гиподенсивным центром. Лапароскопия проведена – 13 (50%) пациентам, при этом резекция некротизированного подвеска – в 9 (34,6%) наблюдениях. Конверсия потребовалась у 4 (15,4%) оперированных в связи с перитонитом – у 2 (7,7%) больных, невозможность установить причину заболевания – у 2 (7,7%). Лапаротомным доступом оперированы 8 (30,8%) больных: нижняя срединная лапаротомия – у 3 (11,5%) больных, минидоступ – у 5 (19,2%). Послеоперационные осложнения – ранняя спаечная кишечная непроходимость – 1 (7,1%) наблюдение.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Диагностика острой патологии жировых подвесок представляет значительные трудности. В большинстве наблюдений наиболее информативным диагностическим мероприятием является лапароскопия.

## NOTES-АССИСТИРОВАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Ибатуллин А.А.,<sup>1</sup> Тимербулатов М.В.,<sup>1</sup> Гайнутдинов Ф.М.,<sup>1</sup> Куляпин А.В.,<sup>2</sup> Аитова Л.Р.,<sup>1</sup> Суфияров Р.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Башкирский государственный медицинский университет

<sup>2</sup> Городская клиническая больница № 21, г. Уфа, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Развитие эндоскопических вмешательств в колоректальной хирургии продемонстрировало свои преимущества перед традиционными операциями. В настоящее время все больше с успехом применяются однопортовые (SILS) и транслюминарные (NOTES) операции. Данные виды вмешательств требуют применения специальных устройств и навыка хирурга, а также являются дорогостоящими. В связи с чем, многие авторы неоднозначно оценивают результаты данных операций. К разновидностям данных операций относятся NOTES-ассистированные вмешательства.

**ЦЕЛЬ.** Оценить возможность выполнения лапароскопической левосторонней гемиколэктомии с трансвагинальной NOTES-ассистенцией.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В клинике факультетской хирургии с курсом колопроктологии БГМУ на базе ГКБ № 21 г. Уфы выполнены три лапароскопических левосторонних гемиколэктомии с трансвагинальной NOTES-ассистенцией при долихоколон у женщин.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В настоящее время в клинике накоплен опыт более 100 лапароскопических операций при долихоколон. Недостатком этих вмешательств является необходимость выполнения минилапаротомии для извлечения макропрепарата и формирования экстракорпорального межкишечного анастомоза, что обуславливает более выраженный болевой синдром и худший косметический результат. Нивелировать данные недостатки позволило внедрение в практику трансвагинальной NOTES-ассистенции при лапароскопической гемиколэктомии. Продолжительность данных операций не превысила продолжительности традиционных лапароскопических операций при данной патологии. В послеоперационном периоде отмечено одно осложнение: кровотечение из межкишечного аппаратного анастомоза, потребовавшее выполнения эндоскопического клипширования линии скобочных швов. Течение послеоперационного периода отличалось невыраженным болевым синдромом и ранней активизацией больных.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Оценка первых результатов лапароскопической левосторонней гемиколэктомии с трансвагинальной NOTES-ассистенцией показало преимущества данного вида вмешательств перед традиционными лапароскопическими операциями и требует накопления необходимого опыта для проведения более детального анализа.

## ПРЕИМУЩЕСТВА ОДНОРЯДНОГО КИШЕЧНОГО ШВА В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Ибатуллин А.А.,<sup>1</sup> Тимербулатов М.В.,<sup>1</sup>  
Гайнутдинов Ф.М.,<sup>1</sup> Куляпин А.В.,<sup>2</sup>  
Аитова Л.Р.,<sup>1</sup> Суфияров Р.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Башкирский государственный медицинский университет

<sup>2</sup> Городская клиническая больница № 21, г. Уфа, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Долгое время однорядный шов в хирургии кишечника не находил широкого применения на практике. В первую очередь, это было обусловлено несовершенством производимого на тот момент шовного материала. С появлением резорбируемых атравматичных нитей однорядный непрерывный шов стал использоваться многими хирургами. По результатам многочисленных научных исследований доказано преимущество однорядного шва перед двухрядным. Тем не менее, большинство отечественных хирургов в своей практике используют двухрядный шов.

**ЦЕЛЬ.** Внедрить в хирургическую практику колоректальных хирургов однорядный кишечный шов и оценить результаты.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В основную группу пациентов, которым был использован однорядный непрерывный кишечный шов, вошли 54 пациента. Группу сравнения составили 232 пациента, которым был сформирован двухрядный узловый анастомоз. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и заболеваниям. В группе пациентов с однорядным швом 7 пациентам однорядный шов был сформирован лапароскопически.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Несостоятельность анастомоза в основной группе отмечена в 1 (1,85%) случае, на 6 сутки после лапароскопической гемиколэктомии по поводу рака сигмовидной кишки, что потребовало проведения релапаротомии, вскрытия абсцесса и петлевой трансверзостомии. В группе сравнения несостоятельность анастомоза развилась в 12 (5,17%) случаях.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Первый опыт применения однорядного непрерывного кишечного шва в колоректальной хирургии показал его преимущества перед двухрядным, что позволяет рекомендовать его использование как метод выбора при формировании толстокишечных анастомозов.

## СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ БРЮШИНЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Турлай Д.М.

ЛРКЦ МО РФ, г. Москва, Россия  
ГБУЗ «НЦРБ», г. Ногинск, Московская обл., Россия

Спаечная болезнь брюшины (СББ) – широко известное и часто встречаемое тяжелое заболевание, как правило, у пациентов молодого и трудоспособного возраста, стремящихся вести активный образ жизни. Актуальность спаечной болезни брюшины в настоящее время уже ни у кого не вызывает сомнений. Эта проблема по-прежнему постоянно привлекает внимание хирургов, кардинального ее решения, несмотря на усилия современной науки и техники, до сих пор не найдено. По нашему мнению, поиск методов профилактики и лечения СББ должен быть направлен на патогенетические механизмы адгезивных процессов.

**ЦЕЛЬ.** Изучить антиадгезивные свойства 5-FU при формировании спаечного процесса органов брюшной полости у лабораторных животных.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Работа выполнена на 60 взрослых белых крысах линии Vistar, весом 200-240 г. Все животные были разделены на 5 групп. Первая группа (10 крыс): интактный контроль. 50-ти животным под эфирным наркозом проводилась срединная лапаротомия. СББ моделировалась несколькими способами: 1 группа (10 крыс) иссечением париетальной брюшины передней брюшной стенки, 2. обработка париетальной и висцеральной брюшины 96% р-ром этилового спирта, 3. высушивание воздухом при температуре 24-26°C в течение 10 мин. тонкой и толстой кишок, 4,5. комбинация указанных способов. Рана брюшной стенки ушивалась наглухо. Животным трех опытных групп (по 10 крыс в каждой) во время операции с 1 по 5 сутки в послеоперационном периоде внутрибрюшинно вводилось 5 мл 5% раствора глюкозы с 5-FU из расчета 0,5 г/м<sup>2</sup> поверхности тела. В первой группе раствор вводился только интраоперационно, второй группе интраоперационно и на 1,2 сутки, третьей группе интраоперационно 1-5-е сутки после операции. 20 животных – контрольная группа (5 FU не вводился). Отмечена летальность в контрольной группе (6 крыс – 4, 7, 12 сутки), при аутопсии причина смерти: спаечная кишечная непроходимость, перитонит. На втором этапе, через 14 суток, производилась релапаротомия и разделение спаек с использованием микрохирургической техники под увеличением операционного микроскопа (ОМ-2) различными способами. Распространенность спаечного процесса оценивалось по этажам брюшной полости. В контрольной группе обнаружен спаечный процесс у всех животных разной степени выраженности с деформацией брыжейки – у 40% крыс. В 1-й опытной группе спаечный процесс с деформацией брыжейки тонкой кишки развился у 40% крыс. Во 2-й опытной группе – отмечены единичные межкишечные спайки и деформация брыжейки тонкой кишки у 40% крыс. 3-я опытная гр. – то же только у двух крыс (20%). Также оценивался неонатогенез в брюшине у оперированных крыс, отмечена минимальная инъецированность висцеральной и париетальной брюшины сосудами у 2-й и 3-й группы. 28 крыс с выявленным спаечным процессом взяты на 2-й этап исследования. 14 крыс – оперированный контроль (после релапаротомии и адгезиолизиса). Другие 14 крыс – опытная группа, которой произведена процедура внутрибрюшинного введения 5 мл раствора 5% глюкозы с 5-FU из расчета 0,5 г/м<sup>2</sup> поверхности тела интраоперационно и в послеоперационном периоде на протяжении 1-4 суток. Животные выводились из эксперимента на 28 сутки путем передозировки эфирного наркоза и подвергались аутопсии. Выявленность спаечного процесса оценивалась визуально. У всех животных контрольной группы выявлен спаечный процесс разной степени выраженности. В опытной серии спаечный процесс был наименее выраженным, отмечена только видимая умеренная деформация брыжейки.

**РЕЗУЛЬТАТ.** Таким образом, обнаружен статистически достоверный противоспаечный эффект 5-FU в опытных группах, при 3-х – 5-ти кратном введении раствора (p<0,05).

**ВЫВОДЫ.** Таким образом, на основании проведенного исследования установлено, что инстилляцией внутрибрюшинно большого объема раствора 5-FU является эффективным методом профилактики и лечения спаечной болезни брюшины.



## ТЕРМОРЕГУЛЯЦИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Китаев А.В., Зубрицкий В.Ф., Айрапетян А.Т., Раскатова Е.В., Вихрев С.В., Куликов В.А., Гасанов А.Г.  
ЦВКГ им. А.А.Вишневского МО, МИУВ ГУ ПП,  
г. Москва, Россия  
ГБУЗ «НЦРБ», г. Ногинск, Московская обл., Россия

**ЦЕЛЬ.** Оценить влияние нарушений терморегуляции организма пациента при проведении длительных операций на органах брюшной полости в условиях общей комбинированной анестезии с ИВЛ на количество осложнений и исходы заболевания в раннем послеоперационном периоде.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включены 516 пациента, находившихся на лечении в ЦВКГ им. А.А.Вишневского и ЛРКЦ МО РФ в 2005-2014 годах по поводу распространенного колоректального рака, в возрасте 45-75 лет, риск ASA – II-III. Все исследуемые больные были объединены в группы по следующим признакам:

Первую опытную группу (группа I) составили лица в количестве 270 (52,3%) человек, которым были проведены операции с применением физических и медикаментозных методов терморегуляции; вторую контрольную группу (группа II) составили лица в количестве 246 (47,7%) человек, которым были проведены оперативные вмешательства без применения физических методов терморегуляции.

В процессе исследований изучались изменения температуры тела (Т) пациентов в динамике в течение всего оперативного вмешательства. Измерения Т проводились в 5 зонах: наружное ухо, подмышечная впадина, брюшная полость, пищевод и прямая кишка.

Сравнивались оперативные вмешательства продолжительностью от 2 до 5 и более часов. Все оперативные вмешательства осуществлялись из срединного лапаротомного доступа в условиях общей комбинированной анестезии с ИВЛ. Всем пациентам интраоперационно проводились физические методы согревания. Температура воздуха в операционной 24-26°C. ИВЛ – аппаратом Blease-Focus, с системой согревания газовой смеси.

Адекватность анестезиологического пособия оценивалась по наличию периоперационных критических инцидентов (ПКИ): 1) нестабильность гемодинамики (СДД 100-130, ЧСС 100-140); 2) снижения сатурации (SpO<sub>2</sub> ниже 95%); 3) эпизоды интраоперационного пробуждения; 4) послеоперационный озноб; 5) послеоперационные когнитивные расстройства.

Температура тела фиксировалась в течение всего периода оперативного вмешательства и первые сутки послеоперационного периода. В I группе были следующие результаты: Т в среднем ухе и п/м впадине (начало, середина, конец операции) – 36,5±0,2 – 36,2±0,1 – 36,3±0,2; в пищеводе, брюшной полости и прямой кишке 37,5±0,3 – 35,8±0,2 – 35,6±0,1. В среднем ухе и подмышечной впадине отмечается достаточно ровная динамика Т с небольшой тенденцией к незначительному снижению. А в пищеводе и прямой кишке отмечена тенденция к повышению Т, что свидетельствует об оптимизации микроциркуляции вследствие адекватности анестезиологической защиты.

Во 2 группе динамика изменения Т была следующей: Т в среднем ухе и п/м впадине: 34,5±0,2 – 33,1±0,3 – 34,8±0,2, в пищеводе и прямой кишке: 35,4±0,4 – 33,4±0,2 – 33,4±0,4. Необходимо подчеркнуть, что завершающий этап операции сопровождался пониженной Т, несмотря на принимаемые меры по ее повышению.

В I группе мы не наблюдали осложнений со стороны ЦНС, сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Основной объем осложнений во II группе приходился на обострения дисциркуляторной энцефалопатии (23,9%), осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы составили 22,4% и желудочно-кишечного тракта 20,9%. Доля инфекционных осложнений составила 7,9%, осложнения дыхательной системы составили 5,3%. На несостоятельность межкишечных анастомозов и ретракцию стом приходилось 14,5%.

В процессе исследований мы не отмечали высокого уровня инфекционных осложнений у лиц I группы. Кроме того, количество осложнений общесоматического характера в I группе было снижено, по сравнению со II группой. По нашему мнению, основополагающим фактором этого является собственно метод физической коррекции температурного режима организма в течение всего периода времени оперативного вмешательства, что является одним из ключевых моментов в профилактике инфекционных и гемодинамических осложнений.

Общая летальность исследуемого контингента составила 48 человек (9,3%), из них в I группе – 13 пациентов (4,8%), во II группе – 12 человек (14,3%).

Согласно полученным данным, одним из частых видов послеоперационных осложнений при проведении расширенных многочасовых операций на органах брюшной полости (особенно у пациентов контрольных групп) является развитие послеоперационной дисциркуляторной энцефалопатии. Известно, что общая площадь брюшины, в целом, соизмерима с площадью кожных покровов тела, поэтому полостная операция посредством широкой лапаротомии является одной из основных причин массивных теплопотерь, приводящих к гипоксии мозга, как ответной реакцией организма на снижении общей температуры тела.

Применяемые в анестезиологической практике миорелаксанты, анестетики и другие специальные средства провоцируют развитие метаболических нарушений, заключающихся в снижении процессов терморегуляции, приводящих к вторичному спазму сосудов, и как следствие, также к гипоксии мозга.

По нашему опыту, даже при использовании стандартных физических согревающих процедур, не всегда удается поддерживать общую температуру тела выше 35°C. Чувство сильного озноба после прекращения действия миорелаксантов при выходе больного из наркоза – «обычное явление» раннего послеоперационного периода, принимаемое реаниматологами как неизбежные издержки операции, в действительности же является проявлением общей гипотермии тела.

### ВЫВОДЫ.

1) Интраоперационные изменения Т тела пациента могут служить дополнительным критерием адекватности проводимого анестезиологического пособия.

2) Неадекватная общая анестезия без эпидуральной защиты, вызывая активизацию БАВ, приводит к нарушению тонуса сосудов микроциркуляторного русла, повреждая физиологические механизмы терморегуляции.

3) Снижение внутренней и наружной (кожной) температуры тела ниже 30-40°C практически всегда приводит к развитию в раннем послеоперационном периоде как воспалительных, так и соматических осложнений.

4) Снижение внутренней и наружной температуры тела ниже 60°C является критической и часто приводит, к сожалению, к трагическому исходу заболевания в ближайшем послеоперационном периоде.

## ДЕСМОИДНЫЕ ОПУХОЛИ ПРИ СЕМЕЙНОМ АДЕНОМАТОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В.,  
Королик В.Ю., Савельева Т.А.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Согласно классификации ВОЗ от 2013 года десмоидные опухоли (ДО) отнесены к мифибробластическим опухолям и находятся в промежуточном положении между доброкачественными и злокачественными. Проявляют локально агрессивные свойства. Риск развития ДО при семейном аденоматозе толстой кишки (САТК) в 1000 раз выше, чем в популяции. Хирургическое лечение ДО сопряжено с нерезектабельностью опухолей и большим числом рецидивов.

**ЦЕЛЬ.** Улучшение результатов лечения ДО при САТК.  
**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В ГНЦ колопроктологии с 2005 по 2015 гг. находилось под наблюдением 40 пациентов с ДО, ассоциированных с САТК, что составило 10,2% от общего числа больных САТК за этот период. ДО при САТК в 7 раз чаще встречались у женщин. Средний возраст – 31,8. Абдоминальная локализация ДО – 10 (25%) пациентов, интраабдоминальная – 14 (35%), мультифокальная – 16 (40%). Основными методами диагностики являются МРТ, КТ и УЗИ.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** У подавляющего большинства пациентов ДО возникла в течение первых 2 лет после хирургической операции по поводу САТК (медиана – 12 месяцев). ДО больших размеров нередко являются причиной развития кишечной непроходимости, сдавления мочеточников с развитием гидронефроза. ДО никогда не прорастают в сосуды и соседние органы. Отсутствует злокачественная трансформация и метастазирование. 14 пациентам хирургическое лечение не проводилось ввиду нерезектабельности опухоли. Еще у 7 пациентов опухоли были признаны нерезектабельными после интраоперационной ревизии. Причинами отказа от удаления опухоли стали: расположение опухоли в корне брыжейки тонкой кишки или забрюшинном пространстве, предполагаемый объем резекции тонкой кишки более 1 метра, ДО передней брюшной стенки более 20 см в диаметре, расположение ДО в проекции магистральных кровеносных сосудов. Радикальные операции выполнены 26 (65%) пациентам. Рецидив опухоли развился у 7 пациентов. Все рецидивы опухоли были признаны нерезектабельными, что было обусловлено ее мультифокальным расположением.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Несмотря на то, что ДО при САТК не имеют злокачественной трансформации и метастазирования, они нередко являются причиной летального исхода. Для повышения эффективности лечения ДО необходима ранняя диагностика, что позволит увеличить частоту резектабельности опухоли и снизить число рецидивов.

## НОВАЯ МЕТОДИКА ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕН КРЕСТЦОВОГО СПЛЕТЕНИЯ

Павленко С.Г., Агаджанян Д.З., Физулин М.М.

НОЧУ ВПО «Кубанский медицинский институт»  
Минобразования и науки РФ, г. Краснодар, Россия

Кровотечение, его последствия, методы первой помощи и лечения изучают с момента зарождения медицины, ряд вопросов до сих пор полностью не разре-

шен, что нередко ограничивает возможности хирургического способа лечения и может служить причиной смерти больного от острого малокровия при обширных и тяжелых оперативных вмешательствах.

За последние годы существенно изменились подходы к лечению больных раком прямой кишки. Но основным, по-прежнему, остается хирургическое удаление опухоли. Выбор операции зависит от многих факторов, важнейшие из которых – локализация опухоли в прямой кишке, степень распространения опухолевого процесса и наличия осложнений. При этом любое оперативное вмешательство имеет определенный риск возникновения осложнения в виде кровотечения, которое существенным образом может повлиять на исход лечения и качество жизни, а также является одной из главных причин летального исхода.

Проблема кровотечения из вен крестцового сплетения актуальна и связана не только с выполнением операций на прямой кишке, но и с травмой мирного и военного времени, вследствие чего при выполнении остановки кровотечения возникают осложнения в виде острого малокровия при обширных и тяжелых оперативных вмешательствах, что приводит в 2,2% случаев к летальному исходу, в 22,8% к различным осложнениям, а в 12,8% случаев возникает необходимость повторного оперативного вмешательства (Васильев С.В. и соавт., 2007).

Нами разработан метод остановки кровотечения из вен крестцового сплетения, позволяющий исключить осложнения в послеоперационном периоде без повторного оперативного вмешательства и риска нового кровотечения. При возникновении кровотечения из вен крестцового сплетения место кровотечения временно останавливают прижатием салфеткой или пальцевым прижатием. Толстой атравматической иглой осуществляется прошивание места кровотечения с условием захвата костной ткани крестца, затем одним из концов нити с иглой захватывают иглой свободный лоскут биологической ткани, подтягивают её к месту кровотечения и мгновенно пальцевое прижатие замещают прижатием лоскута, после чего той же нитью краниально мягкие ткани окончательно прошивают через костную ткань крестца, затягивают нити крестообразно и фиксируют их концы над дефектом сосуда и лоскутом (патент РФ на изобретение № 2456939, 2012 г.).

Способ с успехом применен у 12 больных раком прямой кишки.

## CLOSTRIDIUM DIFFICILE АССОЦИИРОВАННАЯ ИНФЕКЦИЯ

Сухина М.А., Сафин А.Л.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** С 1989 года как основной возбудитель антибиотикассоциированной диареи рассматривается *Clostridium difficile*, благодаря, по крайней мере, двум обстоятельствам: наличие токсина А и/или В, и способности к спорообразованию, позволяющему *C. difficile* сохраняться во внешней среде. В настоящее время наблюдается переход к представлению о микробных сообществах как целостных структурах, регулирующих свои поведенческие реакции в зависимости от изменения условий обитания. Экспрессия продукции токсинов А и/или В происходит в лог-фазе и стационарной фазе роста вегетирующих форм в ответ на различные сигналы окружающей среды. Точный характер сигналов окружающей среды, модулирующих экспрессию токсина, остается неясным.

Целью исследования явилось изучение распространенности *Clostridium difficile*, изучение факторов пато-

генности, оценка резистентности к антибактериальным препаратам изолированных штаммов *Clostridium difficile*.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В качестве материала исследования были использованы: 143 штамма *Clostridium difficile* из кишечного биоценоза, изолированные из 250 образцов фекалий пациентов. Изолирование и изучение патогенных свойств *Clostridium difficile* проводилось в условиях бескислородной атмосферы с использованием анаэробной рабочей станции Bactron (Sheldon Manufacturing Inc., США). Все изолированные штаммы тестировались на способность к адгезии, образованию биопленки, гемолитической активности, резистентности к антианаэробным препаратам и способности к продукции токсинов А и В.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Из 250 клинических образцов проветренных фекалий токсин А и/или В *Clostridium difficile* определялись у 143 (57,2%) пациентов. При бактериологическом исследовании выделено 143 культуры *Clostridium difficile*, 92,3% изолировались в титре выше  $10^6$  КОЕ/г. В 71,7% случаях определялся только токсин В, 16,2% токсин Аи В и токсин А был определен у 12,1% образцов. Все изоляты *Clostridium difficile*, были резистентны к цефалоспорином, 83,3% – к клиндамицину, 66,7% – к хлорамфениколу, 15% штаммов резистентны к метронидазолу и 1,5% – к ванкомицину. Образование биопленки было изучено у 57 штаммов *Clostridium difficile*. 69,2% свежее выделенных культур продемонстрировали высокую интенсивность биопленкообразования на стеклянном носителе. Существование в биопленке обеспечивает дополнительную защиту от воздействия кислорода, способствует выживаемости анаэробов и их распространению; усиливает защиту от фагоцитоза, ультрафиолетового излучения, вирусов и дегидратации, от антибиотиков и факторов иммунной защиты макроорганизма. Все изолированные культуры обладали продукцией гемолизина, токсинов, повреждающих плазматические мембраны хозяина и формирующие в ней трансмембранные поры, приводящие клетку к лизису.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Продукция токсинов сильно варьирует у разных токсигенных штаммов, и находится под сильным влиянием условий окружающей среды. Синтез токсинов возрастает по мере вхождения бактериальных клеток в стационарную фазу роста и стимулируется или подавляется различными аминокислотами, стимулируется масляной кислотой, ингибируется бутанолом, индуцируется некоторыми антибиотиками. Выделяемые из клинических образцов штаммы *Clostridium difficile* могут различаться по количеству синтезируемых токсинов и их биологической активности. Патоморфологические изменения, выявляемые в слизистой оболочке толстой кишки, характеризуются развитием выраженного воспаления, которое, вероятно, находится в зависимости от выраженности факторов патогенности *Clostridium difficile*. В популяции пациентов центра ведущий фактор патогенности *Clostridium difficile* продукция токсина В. Современная ситуация характеризуется сменой циркулирующих клонов *Clostridium difficile* с широким распространением штаммов, не продуцирующих один из ведущих факторов патогенности, а именно токсин А.

## МЕХАНИЧЕСКИЕ АНАСТОМОЗЫ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

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

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке сопряжены высоким риском развития послеоперационных осложнений, ведущим среди которых является несостоятельность анастомоза, приводящая к развитию перитонита в 30-40%. При низких резекциях прямой кишки (<7 см), рубцовоспаячном процессе наложение ручного анастомоза является проблематичным, сопровождается частыми осложнениями. Известно, что после механического шва несостоятельность анастомоза возникает в 5% случаев, нарушение герметичности в 7%.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С 2010 по 2015 гг. в БСМП г. Уфы оперировано 270 больных с патологией толстой кишки: 96 (35,6%) мужчин и 174 (64,4%) женщин. Большинство больных (81,8%) старше 60 лет. 158 (58,5%) оперировано экстренно, 112 (41,5%) – в плановом порядке. Летальность составила 10,7% (29 больных). У 56 (20,7%) больных ввиду нерезектабельности или тяжести состояния выполнена колостомия. 214 (79,3%) проведены радикальные операции.

У 118 (43,7%) больных при наложении межкишечного анастомоза использовались циркулярные сшивающие аппараты (ЦСА). Из них 76 (64,4%) больных оперировано в плановом, 42 (35,6%) – в экстренном порядке. Левосторонняя гемиколэктомия выполнена 27 (22,9%), правосторонняя – 19 (16,1%), резекция сигмовидной кишки – 38 (32,2%), прямой кишки – 34 (28,8%) больным. При кишечной непроходимости операция дополнялась превентивной двухствольной колостомией.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Использование ЦСА привело к уменьшению времени наложения анастомоза (с 25 до 10 мин.) и трудоемкости наложения низких ректальных анастомозов.

У 18 (15,2%) больных после операций с использованием ЦСА возникли осложнения. Чаще развивалось нагноение раны – 9 (7,6%), пневмония – 4 (3,4%), абсцесс брюшной полости – 2 (1,7%), ТЭЛА – 3 (2,5%), несостоятельность анастомоза – 4 (3,9%). Количество осложнений в группе с ручным швом составило 20,4%, из них несостоятельность анастомоза возникла в 5,2% (ОШ-0,653; 95% ДИ: 0,17-2,5).

**ВЫВОДЫ.** Использование ЦСА для наложения межкишечного анастомоза при операциях на толстой кишке приводит к сокращению времени операции, уменьшению количества послеоперационных осложнений, в том числе, несостоятельности анастомоза.

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УСКОРЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (FAST TRACK) В ДЕТСКОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Щербакова О.В., Врублевский С.Г., Козлов М.Ю.,  
Трунов В.О., Шмыров О.С., Горохов Д.В., Кравчук С.В.  
ГБУЗ «Морозовская ДГКБ» ДЗМ, отделение неотложной и абдоминальной хирургии, кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова, г. Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Концепция ускоренного восстановления больных после операций, сокращенно Fast Track

или ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), в последние годы активно внедряется во взрослой колопроктологии. Введение в практику современных протоколов ускоренной реабилитации пациентов после операций приводит к снижению числа осложнений с уменьшением сроков лечения. В детской колопроктологии оптимизирующие методики применяются с осторожностью и до настоящего времени не представлены в доступной литературе.

**ЦЕЛЬЮ** работы являлось улучшение результатов колопроктологических операций у детей при внедрении элементов протокола Fast Track.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** С октября 2014 по март 2016 гг. в отделении неотложной и абдоминальной хирургии МДГКБ были прооперированы 48 детей с врожденной и приобретенной патологией толстой кишки, в возрасте от 6 месяцев до 17 лет, которые были включены в программу оптимизированного подхода. Из них – 21 пациент с болезнью Крона, 6 – с язвенным колитом, 16 – с болезнью Гиршпрунга, 4 – с аноректальной атрезией и 1 – с семейным аденоматозным синдромом. Использовались основные важные пункты концепции Fast Track – многокомпонентная мультимодальная сбалансированная анестезия (с эпидуральным блоком), обезболивание пациентов с минимальным применением наркотических анальгетиков, профилактика послеоперационной тошноты и рвоты, ранний перевод из реанимации в палату интенсивной терапии отделения, а также максимально раннее начало энтерального кормления. Интраоперационно поддерживалась нормотермия и нормоволемия; минимизирована кровопотеря. Ограниченно применялись абдоминальные дренажи и кратковременно использовались назогастральные зонды после операций, стимуляция кишечника проводилась с 1-х суток. В послеоперационном периоде обеспечивалась ранняя мобилизация больных (начиная с первых суток после операции), рано удалялся уретральный катетер. Кроме того, минимизировалось время пребывания в стационаре перед операцией.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Проведено 22 лапароскопических операции и 26 открытых операций с минилапаротомным доступом. Ранние послеоперационные осложнения отмечены у 2 пациентов, из них у 1 с болезнью Гиршпрунга – спаечная кишечная непроходимость и у 1 ребенка с болезнью Крона – наружные кишечные свищи, в обоих случаях осложнения купированы консервативными мероприятиями. У 2 детей с язвенным колитом после колэктомии, наложения терминальной илеостомы, отмечался парез кишечника в раннем послеоперационном периоде, что потребовало проведения консервативной стимулирующей терапии.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** На основании проведенного анализа доказана возможность безопасного внедрения оптимизированного протокола ведения пациентов в плановой детской колопроктологии. Переход к подобному ускоренному периоперационному ведению пациентов требует понимания основ концепции и серьезного изменения рутинной врачебной практики. Возможно поэтапное внедрение элементов концепции Fast Track у определенной группы пациентов с колопроктологической патологией, что позволяет сократить сроки пребывания детей в стационаре, сохраняя эффективность лечения.

## ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАВИГАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Этков В.Н., Соколов А.Н., Мельников Ю.Ю.,  
Попов Р.В., Антоньев А.А.

Воронежский государственный медицинский  
университет им. Н.Н.Бурденко, Воронежская  
областная клиническая больница № 1, г. Воронеж,  
Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Постоянно расширяющиеся объемы миниинвазивных вмешательств с использованием навигационных технологий делают актуальной проблему внедрения этих методов лечения в колоректальную хирургию.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Мы располагаем опытом лечения 59 больных, которым были выполнены пункционные и дренирующие вмешательства с использованием навигационных технологий. Показаниями к выполнению миниинвазивных вмешательств были различные гнойно-септические заболевания и послеоперационные осложнения. Всем больным были произведены чрезкожные вмешательства под контролем ультразвука или спиральной компьютерной томографии. При наличии небольших образований (диаметром до 3 см и объемом до 15 мл) использовали пункционный метод лечения гнойников под ультразвуковым контролем. При средних размерах абсцессов (диаметром 3-6 см или объемом до 100 мл) применялось одномоментное дренирование абсцессов брюшной полости одним дренажом. При больших размерах абсцессов (объемом более 100 мл) проводилось одномоментное дренирование полости двумя дренажами. При локализации абсцессов в гипогастральной области 3 пациентам выполнены хирургические вмешательства с использованием пассивной локализирующей системы на основе метода 2D КТ-флюороскопии.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В раннем послеоперационном периоде осложнений, связанных с выполнением миниинвазивных вмешательств, не отмечено. При выявлении дополнительных очагов гнойного воспаления у 3 пациентов произведены повторные миниинвазивные вмешательства. Продолжительность дренирования составляла от 7 до 35 дней.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Миниинвазивные чрезкожные вмешательства с использованием различных методов навигации являются эффективным методом лечения отграниченных гнойно-воспалительных заболеваний или осложнений в колоректальной хирургии. Выбор операционного доступа и варианта дренирования зависит от локализации, размеров и особенностей конфигурации полости абсцесса. Подобного рода дренирующие операции целесообразно осуществлять врачам-хирургам, имеющим подготовку по лучевой диагностике.



ПРЕЗИДЕНТ  
Ассоциации колопроктологов России  
профессор Юрий Анатольевич Шельгин

Общероссийская общественная организация  
"Ассоциация колопроктологов России", созданная 3 октября 1991г.  
по инициативе врачей-колопроктологов РФ, является уникальной  
в своей сфере и одной из старейших общественных медицинских  
ассоциаций. На данный момент в Ассоциации состоит более 800  
колопроктологов, практически из всех субъектов РФ

## ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОРГАНИЗАЦИИ

- совершенствование и улучшение лечебно-диагностической помощи больным с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности;
- профессиональная подготовка, специализация, сертификация и усовершенствование врачей колопроктологов и повышение их профессионального, научного и интеллектуального уровня;
- защита профессиональных и личных интересов врачей-колопроктологов в государственных, общественных и иных организациях в РФ и за рубежом;
- разработка и внедрение новых организационных и лечебно-диагностических технологий и более рациональных форм организации помощи колопроктологическим больным в практику работы региональных колопроктологических центров, отделений и кабинетов;
- издание научно-практического медицинского журнала "Колопроктология", входящего в перечень рецензируемых журналов и изданий ВАК Министерства образования и науки РФ;
- международное сотрудничество с организациями и объединениями колопроктологов и врачей смежных специальностей, участие в организации и работе различных зарубежных конференций;
- организация и проведение Всероссийских Съездов колопроктологов, а также общероссийских межрегиональных и региональных конференций, симпозиумов и семинаров по актуальным проблемам колопроктологии.

<http://akr-online.ru>

Членами Ассоциации могут быть граждане РФ и иностранные граждане, имеющие высшее медицинское образование, прошедшие специализацию по колопроктологии, работающие в области колопроктологии не менее 3-х лет, признающие Устав организации и участвующие в ее деятельности

## ПРЕИМУЩЕСТВА ЧЛЕНСТВА В АССОЦИАЦИИ

- более низкие регистрационные взносы на участие в Общероссийских научно-практических мероприятиях;
- бесплатная подписка и рассылка журнала "Колопроктология" (для не имеющих задолженности по уплате членских взносов);
- преимущества при зачислении на цикл повышения квалификации;
- информационная поддержка и юридически-правовая защита членов Ассоциации;
- членам Ассоциации выдается сертификат установленного Правлением образца

## ОБУЧЕНИЕ КОЛОПРОКТОЛОГОВ НА БАЗЕ ГНЦК

### Профессиональная переподготовка

- Колопроктология
- Эндоскопия

### Повышение квалификации

- Колопроктология
- Эндоскопия
- Колоноскопия. Теория и практика выполнения
- Обеспечение анестезиологического пособия колопроктологическим больным
- Лапароскопические технологии в колопроктологии
- Функциональные методы диагностики и лечения болезней толстой кишки
- УЗ-методы диагностики в колопроктологии
- Гастроэнтерология

Заявки на обучение принимаются по адресу:

123423 г. Москва, ул. Саляма Адила, д.2,  
3 этаж, каб. №90 А, руководитель  
учебно-методического отделения  
Шадина Наталья Евгеньевна

тел.: +7(499)642-54-41, +7(499)199-97-23  
e-mail: natalya.shadina@mail.ru, info@gnck.ru



## АДРЕС АССОЦИАЦИИ

123423, г. Москва, ул. Саляма Адила, дом 2

Тел.: 8(499)199-97-23  
Факс: 8(499)199-04-09 (для Артамоновой П.Ю.)  
E-mail: polinav@mail.ru

## Реквизиты для уплаты членских взносов:

ИНН 7734036405; КПП 773401001; БИК 044525411  
Р/сч. 40703810300350000028  
в Филиал "Центральный" Банка ВТБ (ПАО) г. Москва  
к/сч. 30101810145250000411

