

Пик заболеваемости приходится на возрастной период 20-29 лет и 50-55 лет.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оптимизация диагностики и тактики лечения пациентов с язвенным колитом путем коррекции антибактериальной терапии на основании данных микробиологического исследования микрофлоры стенки толстой кишки.

Обследовано 35 пациентов с язвенным колитом в возрасте от 28 до 61 года, средний возраст пациентов 37,6 лет, которые находились на амбулаторном и стационарном лечении в отделениях колопроктологии и гастроэнтерологии Клиник СамГМУ с января по май 2017 года. Мужчин было 18 (48,6%), женщин – 17 (51,4%).

Зафиксировано значительное видовое разнообразие микрофлоры, требующее точной видовой идентификации и разработки стандартных процедур выделения микроорганизмов из биоптатов у пациентов с язвенным колитом с целью назначения антибактериальной терапии. При анализе чувствительности к антибиотикам, выделенных штаммов, было выявлено, что 45% из выделенных микроорганизмов имеют признаки резистентности к 1-2 группам лекарственных препаратов, у 33% отмечены признаки резистентности к 3 и более группам. Только 22% штаммов оказались чувствительными ко всем тестируемым препаратам. Эрадикация такой флоры представляет сложности и, с нашей точки зрения, требует назначения комбинированной терапии после исследования биоптата.

Всем пациентам с язвенным колитом необходимо исследовать микробный состав кишечной стенки с целью оптимизации диагностики и тактики проводимого лечения. Микроорганизмы в титре 10^5 - 10^6 , их большое видовое разнообразие могут поддерживать воспаление в толстой кишке и препятствовать его купированию. Необходимо продолжить работу по изучению микробиологического состава стенки толстой кишки в сравнительном аспекте для оптимизации диагностики и тактики лечения пациентов с язвенным колитом.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Максименков А.В., Назаров В.А., Колозян Д.А.

ФГБУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность лапароскопического доступа при выполнении реконструктивных вмешательств после обструктивных резекций левой половины ободочной и прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Лапароскопические реконструктивно-восстановительные операции выполнены у 23 пациентов с концевой колостомой. Средний возраст $49,15 \pm 13,45$ лет. В 12-х случаях первично обструктивные вмешательства выполнены по поводу осложненных форм рака левой половины и прямой кишки, в 11 – по поводу осложнения дивертикулярной болезни. В 16 случаях первичная операция закончена формированием сигмостомы, в 7 – трансверзостомы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Лапароскопические операции выполнены у 6 пациентов, перенесших первичное вмешательство лапароскопически, и у 17 после лапаротомного доступа. Точка первого доступа определялась на основании УЗИ брюшной полости, при котором выявлялось свободное окно. После адгезиолизиса выполнялась мобилизация приводящей к стоме петли толстой кишки, которая пересекалась по уров-

ню передней брюшной стенки линейным степлером. Выполнялось формирование интракорпорального аппаратного анастомоза «конец-в-бок». При локализации колостомы и дистальной культи в одной анатомической области вмешательство выполнялось из парастомического доступа, куда после иссечения колостомы устанавливалось устройство единого лапароскопического доступа, через которое осуществлялось дальнейшее вмешательство. Длительность операций составила, в среднем, $188,3 \pm 82,54$ мин. Конверсий не было. Послеоперационные осложнения отмечены у 3 (13,04%) пациентов, 2 случая нагноения парастомической раны и 1 случай несостоятельности анастомоза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Лапароскопические реконструктивно-восстановительные операции менее травматичны по сравнению с лапаротомным доступом, сопоставимы по длительности и сопровождаются ранней активизацией пациентов. Считаем целесообразным у данной категории больных выполнение реконструктивно-восстановительных операций с использованием лапароскопического доступа при соответствующем отборе пациентов.

БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ ХИРУРГИИ МЕДЛЕННО-ТРАНЗИТОРНОГО ЗАПОРА?

Карпунин О.Ю., Зиганшин М.И., Сакулин К.А.

Казанский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая больница Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на столетнюю историю хирургии, медленно-транзитного запора (МТЗ), вопросы диагностического алгоритма, показаний к операции и объема вмешательства далеки от разрешения. В Европе и США хирургический подход к лечению рефрактерных форм МТЗ становится все более востребованным, однако противники радикального подхода в лечении МТЗ утверждают, что операция не избавляет от транзитных нарушений и не улучшает качества жизни.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных с рефрактерными формами МТЗ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с 2003 по 2017 гг. оперированы 62 (13,1%) из 474 пациентов с МТЗ. Мужчин было – 19 (30,6%), женщин – 43 (69,4%). Медиана возраста – 40 ($Q1=29$; $Q3=50$) лет. Использован многоступенчатый алгоритм диагностики запора, включавший пассаж маркеров и радиофармпрепарата, компьютерно-томографическую колонографию с 3D-реконструкцией толстой кишки, определение уровня эндотоксинемии с помощью гелтромб теста, определение ректоанального ингибиторного рефлекса и прочие. Выполнены: субтотальная колэктомия у 30 (48,4%) пациентов, гемиколэктомия – 17 (27,4%), тотальная колэктомия – 8 (12,9%), резекция сигмовидной кишки – 6 (9,7%), операция Фрикмана-Голдберга – 1 (1,6%).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Отдаленные результаты операций прослежены у 32 (51,6%) пациентов в ходе телефонного опроса или контрольного обращения пациентов в клинику. Для объективной оценки результатов операции использовали опросник S.D.Wexner(a) в предложенной нами модификации. При этом медиана значений итоговых баллов снизилась с 22,0 ($Q1=19,0$; $Q3=24,3$) до 6,0 ($Q1=4,0$; $Q3=9,2$), $P<0,001$. 13 (40,6%) пациентов оценили результат лечения как отличный (восстановление регулярного самостоятельного стула), 14 (43,8%) – хороший (эпизодическая задержка стула, опорожнение самостоятельное), 5 (15,6%) –

удовлетворительный (периодическое применение слабительных). У 30 (93,75%) пациентов проведенная операция не повлияла на трудоспособность, 2 (6,25%) сменили прежнее место работы. Все 32 (100%) опрошенных рекомендовали бы хирургическое лечение другим больным со схожей исходной симптоматикой.

ВЫВОДЫ. При тщательном отборе пациентов и индивидуальном подходе к объему операции результаты хирургического лечения декомпенсированных форм МТЗ на отдаленных сроках демонстрируют достаточно высокую эффективность.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОСТОМОЙ И ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКОЙ ГРЫЖЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА

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

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В экстренной хирургии операцией выбора является операция Гартмана, частота её выполнения – 37-63%. Среди послеоперационных осложнений – парастомальные грыжи (ПГ) встречаются в 25-40% случаев. Актуальным остаётся вопрос выбора оптимальной тактики восстановления непрерывности кишечника с ликвидацией грыжи, объёме предоперационного обследования и предоперационной подготовки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с колостомами после операции Гартмана и ПГ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Изучены результаты лечения 47 пациентов с колостомой после операции Гартмана в сочетании с ПГ, выявлен низкий процент несостоятельности анастомоза, сокращение времени оперативного вмешательства при аппаратном формировании кишечного анастомоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определены факторы, способствующие развитию ПГ: возраст, ожирение, парастомальные воспалительные осложнения, факторы, сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления, выведение кишки за пределы прямой мышцы живота, создание широкого канала в мышечно-апоневротическом слое, фиксация брюшины к коже, формирование отверстия в бандаже на уровне стомы в послеоперационном периоде. Частота осложнений и рецидивов при пластике грыжевых ворот синтетическим протезом значительно ниже, чем после пластики местными тканями. С целью снижения количества послеоперационных осложнений целесообразно учитывать наличие рецидива основного заболевания, тяжелых сопутствующих болезней, степень их компенсации. Требуется включение в предоперационное обследование фиброколоноскопии, ирригографии. Рациональным является привлечение клинического психолога.

ВЫВОДЫ. 1. Причинами развития отдалённых послеоперационных осложнений после операции Гартмана являются: несоблюдение техники хирургического пособия, факторы повышения внутрибрюшного давления, воспалительные парастомальные осложнения, погрешности послеоперационного ведения пациента. 2. Анализ результатов хирургического лечения пациентов показал преимущество использования современных сшивающих аппаратов по сравнению с ручным швом. 3. Для оптимизации хирургического лечения пациентов необходимо выполнять одномоментное восстановление целостности кишечника при помощи современ-

ного сшивающего аппарата с наложением превентивной двустольной стомы проксимальнее анастомоза и ликвидацию дефекта апоневроза синтетическим эндопротезом.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕННЫХ АЭРОЗОЛЕЙ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Рубанченко А.С.,
Сторожилев Д.А., Наумов А.В.

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»,
ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. 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 ИССЛЕДОВАНИЯ. 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 применялись аппараты АКА-2, ЕЕА, СЕЕА, КУГВ, ПLS 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 пенные 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.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Разработанная нами программа профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов в реконструктивно-восстановительных операциях хорошо зарекомендовала себя и с успехом применяется в отделении с 1987 г.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Медоев В.В., Тотиков В.З., Тотиков З.В., Калицова М.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Некроз кишки является грозным осложнением странгуляционной кишечной непрохо-