

наблюдения пациентов.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Тур Г.Е., Прохоров А.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

ВВЕДЕНИЕ. Рак прямой кишки с клиническими признаками осложнений встречается, по данным различных авторов, у 25-30% пациентов. Преимущественным методом лечения, как при наличии осложнений, так и в клинических ситуациях, связанных с общим состоянием пациента, является операция Гартмана. Основным методом хирургической реабилитации является реконструктивно-восстановительная операция.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить результаты реконструктивно-восстановительных операций после операции Гартмана.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 42 пациентов. Среди пациентов было 27 женщин и 15 мужчин. Средний возраст пациентов составил $69,2 \pm 6,1$ лет. Технически важным моментом при операции Гартмана считали герметичное ушивание культи прямой кишки, ушивание тазовой брюшины. При возможности, после ушивания культи, формировался «маркировочный» шов из окрашенной (синий цвет), устойчивой к биологическому деградированию лигатуры (пролен), с оставлением длины лигатуры 10-12 см.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Реконструктивная операция проводилась через $4,3 \pm 9,4$ месяцев. Выбор срока реконструктивных операций зависел от общего состояния пациента и проведения адъювантной или лечебной химиотерапии. Реконструктивно-восстановительные операции выполнялись в объеме колоректостомии. Синхронно с реконструктивной операцией 2 пациентам была произведена резекция печени по поводу метастазов, 2 пациентам – резекция тонкой кишки, 3 пациентам – аднексэктомия. Основными техническими проблемами во время реконструктивной операции был выраженный спаечный процесс и короткая культя прямой кишки. Во время операции в культю прямой кишки вводился катетер Фолея СН 24-28 с раздуванием баллона. После рассечения тазовой брюшины, обнаруженная «маркировочная» лигатура способствовала мобилизации культи прямой кишки и подготовке «площадки» для формирования анастомоза. Колоректальный анастомоз был сформирован механическим швом с помощью аппарата СЕА 28 – 31 мм у 38 пациентов, у 4 – ручным двухрядным швом. Дренажирование производилось через контрапертуру в промежности, ушивание тазовой брюшины при технической возможности. Послеоперационная летальность составила 2,4% (1 пациент от ТЭЛА). Послеоперационные осложнения выявлены у 17 (40,5%) пациентов. Несостоятельности анастомоза в данной группе пациентов не было, что, вероятно, связано с применением механического шва. Основным послеоперационным осложнением был гнойно-воспалительный процесс со стороны послеоперационных ран (лапаротомной и колостомической) – 12 (28,6%), послеоперационная кишечная непроходимость – у 4 (9,5%). У 2 пациентов потребовалась релапаротомия с выполнением висцеролиза. Следует отметить, что ранее выполненный «маркировочный» шов ускорял и облегчал этап обнаружения и мобилизации культи прямой кишки.

ВЫВОДЫ. Реконструктивно-восстановительные операции после операции Гартмана сопряжены с определенными техническими трудностями и достаточно высоким риском послеоперационных осложнений. При выполнении реконструктивных вмешательств сформированный при первой операции «маркировочный» шов способствовал снижению технических трудностей.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Филиппов Д.В., Комиссаров И.А., Корниенко Е.А., Габрусская Т.В., Копяков А.Л., Баранов Д.Г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский Государственный педиатрический медицинский университет», Санкт-Петербург, Россия

В последнее десятилетие отмечен рост заболеваемости воспалительными заболеваниями кишечника у детей (ВЗК). Так же, зафиксировано увеличение осложненных форм язвенного колита и болезни Крона в педиатрической практике.

С 2015 года в Педиатрическом медицинском университете используется мультидисциплинарный подход в лечении пациентов с ВЗК. За этот период хирургическое лечение выполнено 2 пациентам с язвенным колитом и 15 пациентам с болезнью Крона. Возраст детей составил от 5 до 17 лет. Методы исследования включали: УЗИ, рентгенологическое исследование (пассаж контраста по ЖКТ, ирригография), МРТ-энтерография, ЭГДС и ФКС с проведением биопсии слизистых ЖКТ. Совместно с педиатрами-гастроэнтерологами, эндоскопистами и врачами лучевой диагностики обсуждались особенности течения заболевания и патологические изменения, выявленные после лучевых и инструментальных методов исследования. Объем хирургического лечения зависел от характера и тяжести хирургических осложнений основного патологического процесса. Колпроктэктомия с формированием первичного илеоанального анастомоза была выполнена 3 пациентам. Резекция пораженных сегментов кишечника выполнена 13 пациентам с наложением первичных кишечных анастомозов «конец-в-конец» с применением лапароскопической мобилизации. Одной пациентке была выполнена резекция илеоцекального угла с формированием илеоасцендостомы. Осложнения были отмечены у 2 пациентов, связанные с несостоятельностью первичных кишечных анастомозов, что потребовало релапаротомии с санацией брюшной полости и формированием кишечной стомы. Летальных случаев зафиксировано не было. В послеоперационном периоде пациентам с болезнью Крона было продолжено консервативное лечение основного заболевания.

Мультидисциплинарный подход в лечении ВЗК помогает определить оптимальную тактику лечения, максимально подготовить пациента к операции и не прерывать консервативное лечение в послеоперационном периоде.