

кишки, тем лучше функционирует клапанный аппарат анастомоза.

3) фиксация инвагината конца тонкой со стенкой толстой кишки за прочный подслизистый слой увеличивает прочность и герметичность анастомоза.

4) исключается формирование «Слепого мешка» между анастомозом и краем культи толстой кишки. Тем самым, анастомоз обладает всеми положительными свойствами «Конце-бокового» и «Конце-концевого» типов межкишечных анастомозов.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПОДГОТОВКИ ПРЯМОЙ КИШКИ К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ

Лаврешин П.М., Галстян А.Ш., Журавель Р.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

ЦЕЛЬЮ нашего исследования явилась оценка качества подготовки прямой кишки к ректороманоскопии различными способами.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ. Дать объективную (балльную) сравнительную оценку готовности дистальных отделов толстой кишки к ректороманоскопии различными способами; оценить удобство применения пациентами различных методов подготовки прямой кишки.

Нами было проведено слепое исследование препаратов: «проктум» и «микролакс», а также подготовка с использованием очистительных клизм.

В исследовании приняло участие 90 пациентов, которым на амбулаторном приеме колопроктолога была выполнена ректороманоскопия. У 30 пациентов – применялись очистительные клизмы, у 30 пациентов – проктум (1 тюбик), у 30 пациентов – микролакс (1 тюбик). В качестве оценки эффективности использовались 3 критерия: качество подготовки кишечника, удобство подготовки, болезненность процедуры подготовки.

Оценка эффективности подготовки кишечника – субъективная оценка пациентов удобства использования методов подготовки и субъективная оценка пациентов болезненных ощущений – проводилась по 3-х балльной шкале.

При оценке результатов выявлено, что использование микроклизма (проктум, микролакс) позволяет улучшить визуализацию стенок прямой кишки при ректороманоскопии. Уменьшает болезненные ощущения при проведении подготовки в ректороманоскопии. Позволяет уменьшить занятость среднего медицинского персонала, в связи с отсутствием необходимости посторонней помощи.

Таким образом, препараты проктум, микролакс отвечают современным требованиям к препаратам для подготовки кишечника: эффективность, максимальная безопасность, легкость и удобство в применении, максимально способствующие compliance и соблюдению инструкции по подготовке.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Муравьев А.В., Галстян А.Ш., Петросянц С.И.

«Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

Толстокишечные кровотечения довольно сложны в плане диагностики и выбора адекватного лечения, что и определяет высокую актуальность и остроту

данной проблемы.

В период с 2010 по 2017 гг. в отделение колопроктологии ГБУЗ СК «ГКБ № 2» поступило 447 пациентов с диагнозом кишечное кровотечение. Из них 210 – женщин, 237 – мужчин.

Всем пациентам применялась консервативная терапия. При необходимости применялись эндоскопические методы гемостаза: электротермокоагуляция, аргонплазменная коагуляция.

Распределение пациентов по нозологиям распределилось следующим образом. Геморроидальное кровотечение – у 241 (54%) пациента, у 8 пациентов – консервативные мероприятия неэффективны, проведено оперативное лечение – прошивание «ножки» геморроидального узла.

Кровотечение при дивертикулярной болезни у 72 (16%) пациентов, при раке толстой кишки – 72 (16%) пациента, при кровотечениях из полипов ободочной кишки у 35 (8%) пациентов, при болезни Крона – 4 (1%) пациента – всем пациентам проведена консервативная гемостатическая терапия с положительным эффектом.

Пациенты, с кровотечением при язвенном колите – 9 (3%) – также получали консервативную гемостатическую терапию. У 2-х пациентов данной группы она оказалась не эффективной, проведено оперативное лечение – субтотальная колэктомия с наложением илеостомы и сигмостомы.

Группу пациентов с не установленным источником кровотечения составили 14 (3%) пациентов.

Причинами не установленного источника кровотечения явились: отказ от обследования – 9 пациентов, отсутствие при колоноскопии патологии – 5 пациентов.

При толстокишечных кровотечениях любой этиологии первым методом лечения должна быть консервативная гемостатическая терапия.

При выборе хирургического метода лечения необходимо руководствоваться клиническими рекомендациями по лечению соответствующей нозологии.

Неотложные операции должны проводиться по мере возможности в дневное время хирургами и анестезиологами, имеющими опыт в лечении соответствующей нозологии.

ИЗМЕНЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ПОВТОРНОМ СТРЕССЕ И В ПОСТСТРЕССОРНОМ ПЕРИОДЕ

Овсянников В.И., Березина Т.П., Шемеровский К.А.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Институт экспериментальной медицины», Россия

Стресс рассматривается как этиопатогенетический фактор нарушений моторики толстой кишки, в частности, при синдроме раздраженной кишки. Известно, что патологические изменения могут возникать как в период стресса, так и в постстрессорном периоде.

Цель данной работы – установить характер изменений сократительной активности (СА) толстой кишки при повторном стрессе и в постстрессорном периоде.

В хронических опытах на кроликах вживляли биполярные электроды под серозную оболочку толстой кишки в точки, находящихся в 15 и 25 см от илеоцекального соустья (1-й и 2-й участки), а также каудальнее, в 5 и 25 см от границы между проксимальным и дистальным отделами толстой кишки (3-й и 4-й участки). Психогенный стресс вызывали жесткой фиксацией животного за лапы к станку дважды по 60 мин. При первом и втором стрессорных воздействи-

ях в 1-м и 2-м участках толстой кишки имело место торможение СА; в 3-м участке произошло ее усиление СА, а в 4-м – торможение. В постстрессорном периоде во всех исследованных участках толстой кишки произошло выраженное усиление СА.

Таким образом, в постстрессорном периоде имеет место тотальное усиление СА толстой кишки, которое может рассматриваться как гипермоторная дискинезия.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕПАРАЦИОННОЙ МЕТОДИКИ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА «ОТКРЫТОЙ» ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Помазкин В.И.

Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, Екатеринбург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Протезирующая герниопластика позволяет существенно улучшить результаты лечения послеоперационных вентральных грыж. Доказана безопасность применения синтетических эндопротезов при герниопластике при операциях на «открытой» толстой кишке. Однако при вентральных грыжах с большой редукцией объема брюшной полости применение классических методик приводит к осложнениям. В этих случаях предложены методы с разделением анатомических компонентов брюшной стенки.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты сочетания восстановления пассажа по толстой кишке с ликвидацией колостомы с передней сепарационной техникой герниопластики по Ramirez.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Подобное вмешательство выполнено у 15 больных Средний возраст пациентов составил 65,3 года. Ранее 11 из них перенесли obstructивную резекцию толстой кишки по поводу колоректального рака, 4 – по поводу осложненной дивертикулярной болезни. Все грыжевые дефекты относились к категории W3-4 (классификация SWR). У 11 больных ликвидация колостомы осуществлялась с наложением сигморектоанастомоза, у 4 – трансверзосигмоанастомоза. Сепарационная техника включала пересечение апоневроза наружных косых мышц живота на уровне перехода их в сухожилия с отделением от внутренних косых мышц в латеральном направлении. В результате брюшная стенка становилась более растяжимой (дополнительная подвижность 8-15 см), грыжевые ворота значительно сближались, а объем брюшной полости увеличивался. Брюшная стенка укреплялась сетчатым эндопротезом в положении «on lay».

РЕЗУЛЬТАТЫ. Внутривентральных осложнений ни у кого из пациентов не было. Ограниченное нагноение поверхностных слоев брюшной стенки наблюдали у 3 больных. Ни у кого из пациентов не потребовалось удаление сетки. Прямые мышцы живота, расположенные после операции in situ, становились функционально полноценными, что препятствовало формированию рецидива в отдаленном периоде и обеспечивало оптимальные функциональные результаты.

ВЫВОД. Использование сепарационной методики герниопластики с использованием синтетического эндопротеза при восстановительных операциях на «открытой» толстой кишке позволяет добиться увеличения объема брюшной полости, создать функциональную брюшную стенку при небольшом числе раневых осложнений.

ПЕРИАНАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ОНКОГЕМАТОЛОГИИ

Штыркова С.В., Данишян К.И.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Периаанальная инфекция (ПИ) у больных гемобластозами характеризуется тяжелым течением, частым развитием сепсиса и нередко препятствует проведению запланированной программы химиотерапии (ХТ).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Выделить прогностические факторы развития ПИ у больных гемобластозами, оценить эффективность лечебных мероприятий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В проспективное исследование включили 72 больных, течение гемобластоза у которых осложнилось развитием одной из форм ПИ: абсцесс, инфильтрат, множественные язвы. Исследовали распределение больных по видам гемобластозов, этапам лечения, наличию заболеваний анального канала, количеству гранулоцитов в периферической крови. С целью регистрации ПИ как источника сепсиса оценивали видовое соответствие микроорганизмов, выделенных из ануса и крови в момент развития ПИ. Тактику лечения определяли в зависимости от формы ПИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Инфицирование периаанальной клетчатки происходило чаще у больных острыми миелоидными лейкозами 30 (41,7%) и лимфомами 22 (30,6%), регистрировалось на всех этапах лечения. При гранулоцитопении ПИ встречалась более чем в два раза чаще (69,4% против 30,6%; $p=0,01$), и являлась причиной сепсиса у 18% больных. Заболевания анального канала (анальные трещины, свищи, язвы) были источником ПИ у 88% больных с гранулоцитопенией (44 из 50). При ПИ в виде абсцесса количество лейкоцитов было, в среднем, в 5 раз выше ($p=0,01$), чем при ПИ в виде инфильтрата ($6,6 \times 10^9/\text{л}$ против $1,2 \times 10^9/\text{г/л}$). Дренирование абсцессов выполнено у 16 (22,2%). Развитие инфильтрата было отмечено у 48 (66,7%), язв у 8 (11,1%) больных, в этой группе антибактериальная терапия была эффективной для 36 (78,3%) больных. После продолжения ХТ рецидивы ПИ отмечены у 4 (9,1%) пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Факторами риска развития ПИ у больных гемобластозами являются состояние гранулоцитопении и наличие источников инфицирования в анальном канале. Количество гранулоцитов определяет форму ПИ и возможность развития сепсиса. Лечебная тактика должна учитывать форму воспаления и включать лечение заболеваний анального канала.