

РКФ

**РОССИЙСКИЙ
КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИЙ
ФОРУМ**



КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

научно-практический медицинский журнал

МАТЕРИАЛЫ

**Всероссийской научно-практической
конференции с международным участием
«Российский колопроктологический
форум»**

**10-12 октября 2019 г.
г. САМАРА**

том 18, № 3, 2019 (приложение)

ISSN 2073-7556
ISSN (online) 2686-7303

www.ruproctology.com

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



ПРЕЗИДЕНТ
Ассоциации колопроктологов России
профессор Юрий Анатольевич Шельгин

Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России», созданная 3 октября 1991 г. 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.

www.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

Ординатура по специальности:

- 31.08.02 – анестезиология-реаниматология
- 31.08.11 – ультразвуковая диагностика
- 31.08.28 – гастроэнтерология
- 31.08.55 – колопроктология
- 31.08.70 – эндоскопия

НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ОТДЕЛ:

123423, г. Москва, ул. Саляма Адила, д. 2, каб. №2 (цокольный этаж),

Заведующая учебной частью – Шакина Наталья Евгеньевна

тел.: +7(499)642-54-41 доб. 500

e-mail: edu@gnck.ru, info@gnck.ru



АДРЕС АССОЦИАЦИИ

123423, г. Москва, ул. Саляма Адила, д. 2

Тел.: 8(499)199-97-23
Факс: 8(499)199-04-09
E-mail: info@akr-online.ru

Главный бухгалтер:
Артамонова П.Ю.
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

Общероссийская
общественная
организация «Ассоциация
колопроктологов России»



КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

том 18, № 3 (69), 2019 (приложение)

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

Выходит один раз в три месяца. Основан в 2002 году.

Адрес редакции и издателя:

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

САЙТ ЖУРНАЛА:

www.ruproctology.com

АРХИВ ЖУРНАЛА:

www.ahr-online.ru
www.new.gnck.ru

Электронная версия журнала также
представлена на сайте научной
электронной библиотеки по адресу:
<http://elibrary.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 – 560 руб.)

Журнал индексируется:

- Российский индекс научного
цитирования (РИНЦ)
- Russian Science Citation Index (RSCI)
на платформе Web of Science

Редакция журнала не несет
ответственность за содержание
рекламных объявлений

Подписано в печать 21.08.2019

Формат 200 × 280 мм

Усл. печ. л. 15,27

Тираж 1000 экз. Заказ № 01009-19

Отпечатано в ООО «Кедр».

119021, Москва, Зубовский бульвар,
д. 21-23, стр. 1

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

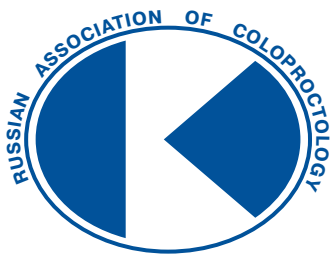
Главный редактор ШЕЛЫГИН Ю.А., д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН (Москва, Россия)
Зам. главного редактора АЧКАСОВ С.И., д.м.н., профессор (Москва, Россия)
БЕЛЮСОВА Е.А., д.м.н., профессор (Москва, Россия)
БЛАГОДАРНЫЙ Л.А., д.м.н., профессор (Москва, Россия)
ГОЛОВЕНКО О.В., д.м.н., профессор (Москва, Россия)
ГРИГОРЬЕВ Е.Г., д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН (Иркутск, Россия)
ГРОШИЛИН В.С., д.м.н. (Ростов-на-Дону, Россия)
КАРАЧУН А.М., д.м.н., профессор (Санкт-Петербург, Россия)
КАРПУХИН О.Ю., д.м.н., профессор (Казань, Россия)
МОРОЗОВ Д.А., д.м.н., профессор (Москва, Россия)
МУРАВЬЕВ А.В., д.м.н., профессор (Ставрополь, Россия)
ОМЕЛЬЯНОВСКИЙ В.В., д.м.н., профессор (Москва, Россия)
ПОДДУБНЫЙ И.В., д.м.н., профессор (Москва, Россия)
ПОЛОВИНКИН В.В., д.м.н., профессор (Краснодар, Россия)
РАЗУМОВСКИЙ А.Ю., д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН (Москва, Россия)
РЫБАКОВ Е.Г., д.м.н., профессор (Москва, Россия)
ТИМЕРБУЛАТОВ В.М., д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН (Уфа, Россия)
ФРОЛОВ С.А., д.м.н. (Москва, Россия)
ЧИССОВ В.И., д.м.н., профессор, академик РАН (Москва, Россия)
DZIKI A., профессор (Лодзь, Польша)
HABOUBI N., профессор (Манчестер, Великобритания)
KRIVOKAPIC Z., профессор (Белград, Сербия)
MROCZKOWSKI P., профессор (Кассель, Германия)
PANIS Y., профессор (Париж, Франция)
ROMANO G., профессор (Неаполь, Италия)
SANTORO G., профессор (Тревизо, Италия)
SZCZEPKOWSKI M., профессор (Варшава, Польша)
TAMELIS A., профессор (Каунас, Литва)
ZBAR A., профессор (Мельбурн, Австралия)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

АЛИЕВ Ф.Ш., д.м.н., профессор (Тюмень, Россия)
ВАСИЛЬЕВ С.В., д.м.н., профессор (Санкт-Петербург, Россия)
ВЕСЕЛОВ А.В., к.м.н. (Москва, Россия)
ВЕСЕЛОВ В.В., д.м.н., профессор (Москва, Россия)
ЗАРОДНИКОВ И.В., д.м.н. (Москва, Россия)
ИЩЕНКО В.Н., д.м.н., профессор (Владивосток, Россия)
КАТОРКИН С.Е., к.м.н. (Самара, Россия)
КАШНИКОВ В.Н., д.м.н. (Москва, Россия)
КОСТЕНКО Н.В., д.м.н., профессор (Астрахань, Россия)
КУЗЬМИНОВ А.М., д.м.н., профессор (Москва, Россия)
КУЛИКОВСКИЙ В.Ф., д.м.н., профессор (Белгород, Россия)
МОСКАЛЕВ А.И., к.м.н. (Москва, Россия)
ОРЛОВА Л.П., д.м.н., профессор (Москва, Россия)
ПУГАЕВ А.В., д.м.н., профессор (Москва, Россия)
СЕВОСТЬЯНОВ С.И., д.м.н., профессор (Москва, Россия)
СТОЙКО Ю.М., д.м.н., профессор (Москва, Россия)
ТИТОВ А.Ю., д.м.н. (Москва, Россия)
ТОТИКОВ В.З., д.м.н., профессор (Владикавказ, Россия)
ХУБЕЗОВ Д.А., д.м.н., профессор (Рязань, Россия)
ЧЕРДАНЦЕВ Д.В., д.м.н., профессор (Красноярск, Россия)
ЧЕРКАСОВ М.Ф., д.м.н., профессор (Ростов-на-Дону, Россия)
ШАПИНА М.В., к.м.н. (Москва, Россия)
ЯИЦКИЙ Н.А., д.м.н., профессор, академик РАН (Санкт-Петербург, Россия)
SKŘIŠKA TOMAŠ, профессор (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» (№ 1161 по состоянию на 28.12.2018).

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



KOLOPROKTOLOGIA

vol. 18, № 3 (69), 2019 (supplement)

JOURNAL OF RUSSIAN
ASSOCIATION OF COLOPROCTOLOGY

ISSN 2073-7556

Since 2002 year

EDITORIAL OFFICE

Salyama Adilya Str., 2,
Moscow, Russia, 123423

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

E-mail: proctologia@mail.ru,
magazine@gnck.ru

<http://www.ruproctology.com>

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

EDITORIAL BOARD

Editor-in-chief SHEL'GIN Yu.A., MD, Prof. (Moscow, Russia)
Co-editor ACHKASOV S.I., MD, Prof. (Moscow, Russia)
BELOUSOVA E.A., MD, Prof. (Moscow, Russia)
BLAGODARNY L.A., MD, Prof. (Moscow, Russia)
GOLOVENKO O.V., MD, Prof. (Moscow, Russia)
GRIGOR'EV E.G., MD, Prof. (Irkutsk, Russia)
GROSHILIN V.S., MD (Rostov-on-Don, Russia)
KARACHUN A.M., MD, Prof. (Saint-Petersburg, Russia)
KARPUKHIN O.Yu., MD, Prof. (Kazan, Russia)
MOROZOV D.A., MD, Prof. (Moscow, Russia)
MURAV'EV A.V., MD, Prof. (Stavropol, Russia)
OMEL'YANOVSKY V.V., MD, Prof. (Moscow, Russia)
PODDUBNY I.V., MD, Prof. (Moscow, Russia)
POLOVINKIN V.V., MD, Prof. (Krasnodar, Russia)
RAZUMOVSKY A.Yu., MD, Prof. (Moscow, Russia)
RYBAKOV E.G., MD, Prof. (Moscow, Russia)
TIMERBULATOV V.M., MD, Prof. (Ufa, Russia)
FROLOV S.A., MD (Moscow, Russia)
CHISSOV V.I., MD, Prof. (Moscow, Russia)
DZIKI A., MD, Prof. (Lodz, Poland)
HABOUBI N., MD, Prof. (Manchester, UK)
KRIVOKAPIC Z., MD, Prof. (Belgrade, Serbia)
MROCZKOWSKI P., MD, Prof. (Kassel, Germany)
PANIS Y., MD, Prof. (Paris, France)
ROMANO G., MD, Prof. (Naples, Italy)
SANTORO G., MD, Prof. (Trevise, Italy)
SZCZEPKOWSKI M., MD, Prof. (Warsaw, Poland)
TAMELIS A., MD, Prof. (Kaunas, Lithuania)
ZBAR A., MD, Prof. (Melbourne, Australia)

ADVISORY BOARD

ALIEV F.Sh., MD, Prof. (Tyumen, Russia)
VASILIEV S.V., MD, Prof. (Saint-Petersburg, Russia)
VESELOV A.V. (Moscow, Russia)
VESELOV V.V., MD, Prof. (Moscow, Russia)
ZARODNUK I.V., MD (Moscow, Russia)
ISHCHENKO V.N., MD, Prof. (Vladivostok, Russia)
KATORKIN S.E. (Samara, Russia)
KASHNIKOVA V.N., MD (Moscow, Russia)
KOSTENKO N.V., MD, Prof. (Astrakhan, Russia)
KUZMINOV A.M., MD, Prof. (Moscow, Russia)
KULIKOVSKY V.F., MD, Prof. (Belgorod, Russia)
MOSKALEV A.I. (Moscow, Russia)
ORLOVA L.P., MD, Prof. (Moscow, Russia)
PUGAEV A.V., MD, Prof. (Moscow, Russia)
SEVOST'YANOV S.L., MD, Prof. (Moscow, Russia)
STOIKO Yu.M., MD, Prof. (Moscow, Russia)
TITOV A.Y., MD (Moscow, Russia)
TOTIKOV V.Z., MD, Prof. (Vladikavkaz, Russia)
KHUBEZOV D.A., MD, Prof. (Ryazan, Russia)
CHERDANTSEV D.V., MD, Prof. (Krasnoyarsk, Russia)
CHERKASOV M.F., MD, Prof. (Rostov-on-Don, Russia)
SHAPINA M.V. (Moscow, Russia)
YAITSKI N.A., MD, Prof. (Saint-Petersburg, Russia)
SKRICKA T., MD, Prof. (Brno, Czech Republic)

СОДЕРЖАНИЕ

РЕЗОЛЮЦИЯ СОВЕЩАНИЯ ЭКСПЕРТНОГО СООБЩЕСТВА ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «АССОЦИАЦИЯ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ» И «ВСЕРОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА» ПО ВОПРОСУ НЕМЕДИЦИНСКОГО ПЕРЕКЛЮЧЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО САММИТА ПО ЛЕЧЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА. 22 ИЮНЯ 2019 Г.....	11
---	----

ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ПРОКТОЛОГИЯ

Алиев В.Ф., Алиев Ф.Ш., Ильканич А.Я., Алиев Р.Ф., Юсупов А.Р. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ РАДИКАЛЬНОСТИ КОМПРЕССИОННОЙ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ.....	13
Аминов А.С., Терюшкова Ж.И., Шелудько Д.В., Никитин А.Р. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ГЕМОРРОИДОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ.....	13
Андреев А.Л., Кравец С.Б., Колосовский Я.В. ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛАЗЕРНОЙ ГЕМОРРОИДОПЛАСТИКИ (LHR).....	14
Андреев П.С., Давыдова О.Е., Солдаткин В.М. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ.....	14
Антипова Е.В., Мусин А.И., Кузнецова Е.В., Фабрикова Е.А., Соломка А.Я., Егупов С.А. БЕЗОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН.....	15
Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л., Мередов В.Б. ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ПНЕВМОДИЛЯТАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУР ПРЯМОЙ КИШКИ.....	15
Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л., Мередов В.Б. ХИРУРГИЯ ГЕМОРРОЯ И ГЕМОРРОЯ В СОЧЕТАНИИ С АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ – НАШ ОПЫТ.....	16
Белик Б.М., Ковалев А.Н. ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА В АМБУЛАТОРНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ.....	16
Белик Б.М., Ковалев А.Н. СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ ФОРМ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ.....	17
Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л. ПРИМЕНЕНИЕ PRP-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	17
Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	18
Белоцкая Л.В., Чистохин С.Ю. АУТОПЛАСТИКА ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ И СВИЩЕЙ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ.....	18
Бичурин Н.Р., Бичурина А.В., Бичурина А.А. ГЕМОРРОИДЭКТОМИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ.....	19
Борота А.В., Плахотников И.А., Кухто А.П., Борота А.А., Базиян-Кухто Н.К. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА.....	19
Брежнев С.Г., Коротких Н.Н., Попов Р.В. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ.....	20
Брехов Е.И., Калинин В.В., Коробов М.В., Кулаковский К.А. ТРАНСАНАЛЬНАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В СТРУКТУРЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ.....	20
Васильев С.В., Лазарев В.М., Дудка В.В., Захаров А.Ю., Попов Д.Е. АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕПСИС, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ПРОЦЕССОВ ПАРАРЕКТАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ.....	21
Васильев С.В., Недозимованый А.И., Попов Д.Е., Соркин Р.Г., Гор И.В. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ПОДСЛИЗИСТОЙ ДЕСТРУКЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ У ПАЦИЕНТОВ СО 2-3 СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ.....	21
Велиев Т.И., Пантюков Е.Д. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА.....	22
Велиев Т.И., Пантюков Е.Д., Чаловский В.А., Шаляпин Д.И., Шалабода А.А. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ.....	22
Головко Е.Б., Коротков С.А., Харabet Е.И. ЛАЗЕРНАЯ ГЕМОРРОИДОПЛАСТИКА (LHR) В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ.....	22
Горбунов И.Н., Егоркин М.А., Болквадзе Э.Э., Обухов В.К., Вечорко В.И. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОДНОРАЗОВОЙ ПОРТАТИВНОЙ PRWT-СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИССЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.....	23
Грошин В.С., Мрыхин Г.А., Швецов В.К., Бакуляров М.Ю., Магомедова З.К. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАСТИКИ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ПО ОРИГИНАЛЬНОЙ МЕТОДИКЕ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ И КИСТ.....	24

СОДЕРЖАНИЕ

Грошили В.С., Швецов В.К., Мрыхин Г.А., Узунян Л.В. ВОЗМОЖНОСТЬ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ.....	24
Давидович Д.Л. КЛАССИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ HAL-RAR – ПОЧЕМУ ЕЁ ВЫБИРАЮТ ВРАЧИ И ПАЦИЕНТЫ	25
Денисенко В.Л., Цыплаков К.Г., Хмельников В.Я., Смирнов В.К., Сушков С.А., Денисенко Э.В., Фролов Л.А., Чепик К.О. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА LIGASURE.....	25
Дмитриченко В.В., Данилин В.Н., Непомнящая С.Л., Погосян Г.Н., Семенов В.В. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ.....	26
Егоркин М.А., Болквадзе Э.Э., Горбунов И.Н., Вечорко В.И., Обухов В.К. ВЛИЯНИЕ NPWT НА СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ И ГАНГРЕНУ ФУРЬЕ	26
Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А. ПРИМЕНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО И ОПЕРАЦИИ HAL-RAR ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ	27
Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЕМ.....	27
Загрядский Е.А. ГИБРИДНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ III И IV СТАДИИ.....	28
Загрядский Е.А. ОПЕРАЦИИ LIFT В ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	28
Захарченко А.А., Винник Ю.С., Полежаев Л.А. ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ В НОРМЕ И ПРИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ.....	29
Зитта Д.В., Беляев А.И. ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ТЯЖЕЛОЙ РОДОВОЙ ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ	29
Зубенков М.В. ИНТЕРЕСНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКЦИНЫ «ГАРДАСИЛ» ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АНОГЕНИТАЛЬНОМ КОНДИЛОМАТОЗЕ	30
Зубенков М.В., Осмоловский С.В., Сырейщиков В.В. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ HAL-RAR ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ГЕМОРРОЕ.....	30
Зубенков М.В., Харabet Е.И. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ HAL-ЛАЗЕР	30
Карташев А.А., Евтушенко Е.Г., Лёшин И.А., Ярков С.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	31
Ким Е.В., Королик В.Ю., Богормистров И.С., Минбаев Ш.Т., Кузьминов А.М., Фролов С.А. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	31
Киселев Д.О., Орлова Л.П., Зароднюк И.В., Костарев И.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОРЕКТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ТРЕХМЕРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ИЗОБРАЖЕНИЯ (ЗДЭУЗИ) И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ (МРТ) В ДИАГНОСТИКЕ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	32
Коршунов К.А. ТРАНСМУКОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ (ОПЕРАЦИЯ LHR) – СТАЦИОНАРНОЗАМЕЩАЮЩАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ.....	32
Костарев И.В., Титов А.Ю., Матинян А.В., Киселев Д.О., Болквадзе Э.Э., Некрасов М.А. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАНС- И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫМИ СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРМООБЛИТЕРАЦИИ СВИЩЕВОГО ХОДА (FILAS)	33
Краснова В.Н., Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А. ЛИГИРОВАНИЕ СВИЩЕВОГО ХОДА В МЕЖСФИНКТЕРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ	33
Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Омарова А.М. ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.....	34
Ломоносов А.Л., Благодарный Л.А., Ломоносов Д.А., Голубев А.А. СВЯЗАН ЛИ АНОРЕКТАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ СО СПАЗМОМ ПУБОРЕКТАЛЬНОЙ МЫШЦЫ.....	34
Ломоносов А.Л., Благодарный Л.А., Ломоносов Д.А., Мудров А.А., Еремеев А.Г. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КОКЦИГОДИНИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ КОЛОПРОКТОЛОГА.....	35
Маракуца Е.В., Ботезату А.А., Монул С.Г. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АКТИВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ГЕМОРРОИДАЛЬНОМ ТРОМБОЗЕ.....	35
Матвеева А.С., Ильканич А.Я., Лопацкая Ж.Н. КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ С АПИКАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ	35
Мирзоев Л.А., Грошили В.С. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО МАЛОИНВАЗИВНОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ II-III СТАДИЙ	36

СОДЕРЖАНИЕ

Мудров А.А., Титов А.Ю., Костарев И.В., Благодарный Л.А., Омарова М.М., Соколова Ю.А., Оффан Ю.С. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ «ИНВАГИНАЦИОННЫМ» МЕТОДОМ С УКРЕПЛЕНИЕМ ЗОНЫ ИНВАГИНАЦИИ БИОИМПЛАНТОМ (ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ)	36
Муравьев А.В., Ефимов А.В., Галстян А.Ш. РЕКТОВАГИНАЛЬНЫЙ СВИЩ И НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА. КАК ПОСТУПИТЬ?	37
Мухаббатов Д.К., Амиров Ш.Р., Сафолова Ф.М., Шарипова П.Ф. УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН	37
Мухаббатов Д.К., Каримов Ш.А., Нозимов Ф.Х., Хайдаров С.С. УЛУЧШЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ	38
Мухаббатов Д.К., Хайрова Г.Х., Касиров С.Н., Шамсуллоев Р.Ш. ЧАСТОТА И ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРРОЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	38
Мухаббатов Дж.К., Давлатов Дж.Дж., Хамроев Б.М., Касиров С.Н. КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО РЕТРОРЕКТАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТА	38
Мухаббатов Дж.К., Расулова С.И., Сафолова Ф.М., Хайрова Г.Х. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ФОРМ ПОСЛЕРОДОВОГО РАЗРЫВА ПРОМЕЖНОСТИ	39
Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М., Давлатов Д.Д., Каримов Ш.А. СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	39
Нечай И.А., Мальцев Н.П., Афанасьева Е.П. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ «ЗАКРЫТЫХ» МЕТОДИК	39
Пантюков Е.Д., Велиев Т.И. ОПЕРАЦИЯ VASCOM II – ЕДИНСТВЕННО ВЕРНЫЙ ВЫБОР ДЛЯ БЫСТРОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭКХ	40
Поверин Г.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ КОПЧИКА У ДЕТЕЙ	40
Поверин Г.В. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С КИСТОЙ КОПЧИКА	41
Погосян Г.Н., Непомнящая С.Л. КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДЕЗАРТЕРИАЛИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПОД ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ	41
Помазкин В.И. ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ KARYDAKIS	42
Помазкин В.И. МЕТОД АНОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЗАДНЕГО ПРОХОДА	42
Разин А.Н., Каторкин С.Е., Журавлев А.В. НОВЫЙ СПОСОБ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ ПАРАРЕКТАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ	43
Райымбеков О.Р., Жолболдуев Ж.М., Камчиев К.Н., Ырысметова З.А. СПОСОБ БЕЗАППАРАТНОЙ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С ОДНОВРЕМЕННЫМ УДАЛЕНИЕМ НАРУЖНЫХ УЗЛОВ	43
Райымбеков О.Р., Жолболдуев Ж.М., Рустам уулу И., Камчиев К.Н., Ырысметова З.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ	44
Селиванов А.В., Бутырский А.Г., Леоненко С.Н., Селиванова Э.Н. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ	45
Сергацкий К.И., Никольский В.И., Качуркина Ю.И. ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ	46
Соловьев А.О., Соловьев О.Л., Воробьев А.А., Соловьева Г.А. ВЫБОР МЕТОДА ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ И ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ	46
Соловьев А.О., Соловьев О.Л., Воробьев А.А., Соловьева Г.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИСТУЛОСКОПИИ С ЦЕЛЬЮ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ	47
Соловьев А.О., Соловьев О.Л., Воробьев А.А., Соловьева Г.А., Акинина О.А. ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ СФИНКТЕРОЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА НАРУШЕНИЯ АНАТОМИИ ПРОМЕЖНОСТИ	47
Соловьев О.Л., Соловьев А.О. ВЛИЯНИЕ АНАТОМИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ	47
Сотников В.М., Каторкин С.Е., Андреев П.С. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ГЕМОРРОЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	48
Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Красенков Ю.В., Сухая Ю.В., Манулик А.Ф. НАГНОИВШИЙСЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД, ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	48
Татьянченко В.К., Сухая Ю.В., Богданов В.Л., Красенков Ю.В., Воронова О.В. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЛАСТИКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ПРОМЕЖНОСТИ	49

СОДЕРЖАНИЕ

Титов А.Ю., Костарев И.В., Матинян А.В., Благодарный Л.А. МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРМООБЛИТЕРАЦИЕЙ СВИЩЕВОГО ХОДА (FIACS): СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР.....	49
Титов И.С., Тюленев Ю.А., Гушин А.Е. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА, У МУЖЧИН, ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ.....	50
Туктагулов Н.В., Кузьминов А.М., Фролов С.А., Вышегородцев Д.В., Королик В.Ю., Сухина М.А. ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОТЕМПЕРАТУРНОЙ АРГОНОВОЙ ПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ РАН ПОСЛЕ ОТКРЫТОЙ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).....	50
Фатхутдинов И.М. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ.....	51
Фоменко О.Ю., Бирюков О.М., Белоусова С.В., Алешин Д.В., Некрасов М.А. ПОИСК ФАКТОРОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У ПАЦИЕНТОК С ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	51
Хитарьян А.Г., Дегтярев О.Л., Ковалев С.А., Головина А.А., Орехов А.А., Алибеков А.З., Завгородняя Р.Н., Ромодан Н.А., Велиев К.С. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ И СИНДРОМА ТАЗОВОЙ ДЕСЦЕНЦИИ.....	52
Хитарьян А.Г., Ковалёв С.А., Алибеков А.З., Ромодан Н.А., Дегтярев О.Л., Орехов А.Н., Кислов В.Н., Головина А.А. ИНТРАНОДАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ.....	52
Цицкарава А.З., Демин А.Н., Корольков А.Ю., Хубулава Г.Г. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОРРОИДАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ И КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ГИПОКОАГУЛЯЦИИ.....	53
Цыганков П.В., Грошин В.С., Швецов В.К., Мрыхин Г.А., Султанмурадов М.И. ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ VAAFT-ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНЫХ ВЫСОКИХ РЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ.....	53
Черкасов М.Ф., Галашокян К.М., Старцев Ю.М., Черкасов Д.М., Помазков А.А., Меликова С.Г. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ.....	54
Чистохин С.Ю., Белоцкая Л.В. ПОРЯДОК ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАНИИ РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЯ.....	54
Шамеева Т.Е., Никишина Т.Г., Чукардин А.В., Якимов С.А. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ С УЧЕТОМ СТЕПЕНИ КАЖДОГО ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО УЗЛА.....	55
Шамеева Т.Е., Никишина Т.Г., Чукардин А.В., Якимов С.А. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ КИСТ ПО МЕТОДУ БАСКОМ II.....	55
Шамин А.В., Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А., Разин А.Н. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ.....	55
Эктов В.Н., Сомов К.А., Музальков В.А., Куркин А.В. ЛАТЕКСНОЕ ЛИГИРОВАНИЕ КАК УНИВЕРСАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ.....	56

ГЛАВА 2. ОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Алексеев М.В., Шельгин Ю.А., Рыбаков Е.Г. ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ АНГИОГРАФИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗОС. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МУЛЬТИЦЕНТРОВОГО РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (FLAG-TRIAL).....	57
Борота А.В., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Борота А.А. СИМУЛЬТАННЫЕ И КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	57
Бутырский А.Г., Ретунская Ю.М., Хилько С.С., Шерендак С.А. ОБЪЕМ ПЕРВИЧНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ РАКОВОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЛЕВОГО ФЛАНГА.....	58
Водолеев А.С., Кряжев Д.Л., Дуванский В.А., Пирогов С.С., Перфильев И.Б., Сухин Д.Г., Карпова Е.С., Карандов А.Ю., Яроцков И.И. СРАВНЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ДЕКОМПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА.....	58
Воздвиженский М.О., Савинков В.Г., Козлов А.М., Фролов С.А. ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	59
Волкова С.Н., Сташук Г.Н., Вишнякова М.В., Черменский Г.В., Левченко С.В. ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	59
Волостников Е.В., Муравьев А.В., Бруснев Л.А. ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ.....	60
Гатауллин И.Г., Ильинская О.Н., Гатауллин Б.И. МИКРОБИОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	60

СОДЕРЖАНИЕ

Гончаров А.Л., Асланян А.С., Каприн И.А. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ РОБОТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ	61
Денисенко В.Л., Гаин Ю.М., Бухтаревич С.П., Шаппо Г.М., Рубаник В.В., Рубаник В.В. мл, Сушков С.А., Фролов Л.А., Денисенко Э.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЕЛОРУССКИХ СТЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	61
Дуванский В.А., Белков А.В. ТЕХНОЛОГИЯ СПЕКТРАЛЬНОГО ЦВЕТОВОГО ВЫДЕЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ	62
Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А. РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	62
Захарченко А.А., Винник Ю.С., Полежаев Л.А., Митюкова А.А. РОЛЬ РЕНТГЕНОАНАТОМИИ НИЖНЕЙ БРЫЖЕЧНОЙ АРТЕРИИ В ПЛАНИРОВАНИИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	63
Захарченко А.А., Винник Ю.С., Тюхтева Н.М., Полежаев Л.А. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АНГИОГРАФИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ РЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	63
Зитта Д.В., Субботин В.М., Бусырев Ю.Б. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА В ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	64
Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Краснов Е.А., Кострубин А.Л., Алиев Ф.Ш., Полозов С.В., Варданян Т.С. ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	64
Козлов С.В., Каганов О.И., Козлов А.М., Фролов С.А. ПРОГНОЗ РИСКА ПРОГРЕССИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ РЧА СИНХРОННЫХ МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ	65
Коробка В.Л., Балин Н.И., Дударев С.И. 12-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ.....	65
Коротких Н.Н., Брежнев С.Г., Коротких К.Н. СЕЛЕКТИВНАЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ МАСЛЯНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	66
Мтврелашвили Д.А., Хомяков Е.А., Чернышов С.В. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИССЕКЦИЯ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	66
Пантюков Е.Д., Велиев Т.И., Пантюков Е.Д., Свистун П.А. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ РАКОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	66
Рахимов Б.М., Танкова Е.С., Колесников В.В., Кривов А.И. ОСЛОЖНЕННЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	67
Рыбаков Е.Г., Чернышов С.В., Тарасов М.А., Нагудов М.А., Мтврелашвили Д.А. СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОМИКРОХИРУРГИИ (ТЭМ) И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОДСЛИЗИСТОЙ ДИССЕКЦИИ (ЭПД) В ЛЕЧЕНИИ КРУПНЫХ АДЕНОМ И РАННИХ ФОРМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	67
Савичева Е.С., Семенов А.В., Васильев С.В. РАННИЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ	68
Стойко Ю.М., Максименков А.В., Левчук А.Л., Колозян Д.А. ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	68
Тиханкова А.В., Борсуков А.В. ОЦЕНКА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ КОНТРАСТ – УСИЛЕННОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗНО ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА НА ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ.....	69
Тобоева М.Х., Цуканов А.С., Фролов С.А., Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Королик В.Ю., Шельгин Ю.А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С МУТН-АССОЦИИРОВАННЫМ ПОЛИПОЗОМ.....	69
Торчуа Н.Р., Пономаренко А.А., Рыбаков Е.Г. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА (МКРР)	70
Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э., Ардасенов Т.Б. К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	70
Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э., Ардасенов Т.Б. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	71
Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э., Ардасенов Т.Б. СПОСОБ ДЕКОМПРЕССИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА	71
Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э., Ардасенов Т.Б. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ФОРМИРОВАНИЯ НИЗКИХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ И КОЛОАНАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ	71

СОДЕРЖАНИЕ

Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э., Ардасенов Т.Б. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	72
Тур Г.Е., Прохоров А.В., Мороз Е.Г. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЖИМА ПРОВЕДЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ	73
Тур Г.Е., Прохоров А.В., Равба А.А., Сачук А.А. ПОЛИНЕОПЛАЗИЯ: КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК В СОЧЕТАНИИ С ОПУХОЛЯМИ ДРУГИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ	73
Тур Г.Е., Прохоров А.В., Равба А.А., Сачук А.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С IV СТАДИЕЙ РАКА ПРАВОГО ФЛАНГА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	74
Хомяков Е.А., Чернышов С.В., Фоменко О.Ю., Рыбаков Е.Г. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОХИРУРГИИ	74
Черных Д.А., Филин А.А., Дуванский В.А. ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛАТЕРАЛЬНО-РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ	74
Чернышов С.В., Рыбаков Е.Г., Хомяков Е.А., Майновская О.А. ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОХИРУРГИЯ: ОПЫТ 600 ОПЕРАЦИЙ	75
Шелыгин Ю.А., Нагудов М.А., Пономаренко А.А., Рыбаков Е.Г., Сухина М.А. РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРОРАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	75
Шелыгин Ю.А., Хильков Ю.С., Пономаренко А.А., Майновская О.А., Чернышов С.В., Казиева Л.Ю., Рыбаков Е.Г. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ, ОТКРЫТОЙ И ТРАНСАНАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ В ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	76
Щаева С.Н., Крюков Н.С., Степанова С.Н. ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАКЕ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ IV СТАДИИ, ОСЛОЖНЕННОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	76
Эктов В.Н., Шамаева Т.Е., Музалев В.А., Куркин А.В. ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ТОЛСТОКИШЕЧНЫЙ ЛАВАЖ И ДЕКОМПРЕССИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ	76

ГЛАВА 3. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Адамович А.Ю., Дыбов О.Г., Старостин А.М., Ванслав М.И., Игнатович Т.В., Нижегородова Д.Б. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ВЗК INVIVO	78
Алиев Ф.Ш., Алиев В.Ф., Ильканич А.Я., Алборов Р.Г., Петров В.Г. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ	78
Андреев А.Л. КОМБИНИРОВАННЫЙ ЛАПАРОКОЛОНОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ	78
Андреев А.Л. ТРЕХЭТАПНАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ДИВЕРТИКУЛИТА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ С АБСЦЕДИРОВАНИЕМ И ПЕРИТОНИТОМ	79
Борота А.В., Борота А.А., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К. ВАРИАНТ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЗЕРВУАРНОГО ИЛЕОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗОС ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	79
Борота А.В., Борота А.А., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К. ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКАЯ МУКОЗЭКТОМИЯ КУЛЬТЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЗИДУАЛЬНОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	80
Борота А.В., Полунин Г.Е., Танасов И.А., Гюльмамедов В.А. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, АССОЦИИРОВАННОГО С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА	80
Велиев Т.И., Шалапин Д.И., Пантюков Е.Д. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ НАЛИЧИЯ ОГРОМНЫХ КАЛОВЫХ КАМНЕЙ В СИГМОВИДНОЙ КИШКЕ	81
Великанов Е.В., Титаева А.А., Лапаева Л.Г. ОПТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	81
Волостников Е.В., Муравьев А.В., Бруснев Л.А. ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ РЕЗЕКЦИЙ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	81
Давыдова О.Е., Андреев П.С., Каторкин С.Е., Солдаткин В.М. ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	82
Захарченко А.А., Винник Ю.С., Кузнецов М.Н. РОЛЬ РЕНТГЕНОАНАТОМИИ ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ В ПЛАНИРОВАНИИ РЕКОНСТРУКТИВНО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА	82

СОДЕРЖАНИЕ

Ионов А.Л., Мызин А.В., Щербакова О.В., Соколов С.В., Герасимова Н.В., Сулаво Я.П. ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННОЙ ПРОКТОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТРЕЗИИ АНУСА И ПРЯМОЙ КИШКИ.....	83
Князев О.В., Каграманова А.В., Лищинская А.А., Корнеева И.А., Звяглова М.Ю., Кулаков Д.С., Демченко А.Н., Бабаян А.Ф. КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК И ВЕДОЛИЗУМАБА СПОСОБСТВУЕТ ДОСТИЖЕНИЮ БОЛЕЕ ГЛУБОКОЙ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ.....	83
Князев О.В., Каграманова А.В., Лищинская А.А., Корнеева И.А., Звяглова М.Ю., Кулаков Д.С., Демченко А.Н., Бабаян А.Ф., Парфенов А.И. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА, НАБЛЮДАЕМЫХ В МОСКОВСКОМ КЛИНИЧЕСКОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ИМЕНИ А.С. ЛОГИНОВА.....	84
Князев О.В., Каграманова А.В., Шкурко Т.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЧАСТОТА НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ОРИГИНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ИНФЛИКСИМАБ И ЕГО БИОСИМИЛЯР. ГОД НАБЛЮДЕНИЯ.....	84
Князев О.В., Шкурко Т.В., Каграманова А.В., Лищинская А.А., Бабаян А.Ф., Звяглова М.Ю., Корнеева И.А., Демченко А.Н., Кулаков Д.С., Парфёнов А.И. ЧАСТОТА ПОТЕРИ ОТВЕТА ПРИ ПЕРЕВОДЕ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА С ОРИГИНАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ИНФЛИКСИМАБА НА ЕГО БИОСИМИЛЯР	85
Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Хасия Д.Т., Жуков П.А. ДИНАМИКА НЕУДАЧ ПРИ ОСВОЕНИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫМ СПОСОБОМ У БОЛЬНЫХ С КОНЦЕВЫМИ КОЛОСТОМАМИ.....	85
Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Хасия Д.Т., Жуков П.А. ОСОБЕННОСТИ АДГЕОЛИЗИСА ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ЛАС СПОСОБОМ У БОЛЬНЫХ С КОНЦЕВОЙ КОЛОСТОМОЙ.....	86
Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Хасия Д.Т., Жуков П.А. ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ ПРИ ОСВОЕНИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЛАС СПОСОБОМ У БОЛЬНЫХ С КОНЦЕВОЙ КОЛОСТОМОЙ.....	86
Матвеев И.А., Матвеев А.И., Гиберт Б.К., Хасия Д.Т., Жуков П.А. ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАС ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	86
Мещерякова Г.М., Копылова Д.В., Ватутина В.С. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕБАМИПИДА В ЛЕЧЕНИИ ПОСТЛУЧЕВОГО КОЛИТА	87
Мухаббатов Д.К., Нозимов Ф.Х., Хоркашев Ф.М., Аёнов С.С. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОЛИХОСИГМЫ.....	87
Панкратова Ю.С., Карпукхин О.Ю., Зиганшин М.И. ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	87
Полутарников Е.А., Довбета Е.В. ДИВЕРСИОННЫЙ КОЛИТ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.....	88
Резницкий П.А., Ярцев П.А., Тетерин Ю.С. КРОВОТЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛЯРНОГО ГЕНЕЗА: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.....	88
Сатырова Т.В., Михайлова Е.И. ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА NAT2 У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ.....	89
Сингаевский А.Б., Несвит Е.М. ОСТРЫЕ ПЕРФОРАТИВНЫЕ ЯЗВЫ – МАЛОИЗУЧЕННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ.....	89
Татьянченко В.К., Лукаш А.И., Сухая Ю.В., Богданов В.Л., Ковалёв Б.В. ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	89
Тиммербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Суфияров Р.Р., Антова Л.Р., Куляпин А.В., Эйбов Р.Р., Аминова Э.М. ОПТИМИЗАЦИЯ ЭТАПОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С ПОМОЩЬЮ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ	90
Титаева А.А., Великанов Е.В. ПАТОЛОГИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ АКРОМЕГАЛИЕЙ.....	91
Тотикова Э.В., Тотиков В.З., Хестанов А.К., Тотиков З.В., Медоев В.В., Калицова М.В., Ардасенов Т.Б. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ	91
Филиппов Д.В., Денисов А.А., Глушкова В.А. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА (ВЗК) В СТРУКТУРЕ УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.....	91
Фоменко О.Ю., Алексеев М.В., Белоусова С.В., Нефедзов И.О., Некрасов М.А. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ.....	92
Чернов А.А., Журавлев А.В., Каторкин С.Е. ПРИМЕНЕНИЕ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВУАРОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....	92
Чернов А.А., Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Зельтер П.М., Крамм Е.К. КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ С 3D-ВОЛЮМЕТРИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С J-ОБРАЗНЫМ ТОНКОКИШЕЧНЫМ РЕЗЕРВУАРОМ	93

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Шамин А.В., Каторкин С.Е., Журавлев А.В.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ.....	93
<i>Шапошников В.И.</i> ПОВРЕЖДЕНИЯ РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	94
<i>Щербакова О.В., Ионов А.Л.</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У ДЕТЕЙ С ПЕРИАНАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ КРОНА.....	94

ГЛАВА 4. СТОМЫ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

<i>Воронин Ю.С., Ильканич А.Я., Алиев Ф.Ш.</i> ЛЕЧЕНИЕ ПАРАСТОМАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ К РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ.....	95
<i>Дарбишгаджиев Ш.О., Баулин А.А., Калентьев В.В., Баулин В.А., Баулина Н.В.</i> ИЛЕОСТОМАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.....	95
<i>Дарбишгаджиев Ш.О., Баулин А.А., Калентьев В.В., Баулин В.А., Баулина Н.В.</i> СПОСОБ ПРЕВЕНТИВНОЙ ИЛЕОСТОМИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ.....	96
<i>Евдокимов Г.М., Сидоров И.Н., Евдокимов Г.М., Щеголева О.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.....	96
<i>Игуменов А.В., Соколкина В.В., Донец Т.Б., Иванов С.С.</i> ОКАЗАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСЛОЖНЕННЫМИ КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ.....	97
<i>Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Воронин Ю.С., Алиев Ф.Ш., Лопацкая Ж.Н.</i> ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ЗАМЫКАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ.....	97
<i>Каганов О.И., Кривошеков Е.П., Мешков А.В.</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ОДНОСТВОЛЬНЫМИ КОЛОСТОМАМИ.....	98
<i>Муравьев А.В., Оверченко Д.Б., Кораблина С.С.</i> АНАЛИЗ ПРИЧИН, ВЫЗЫВАЮЩИХ ПАРАСТОМАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ.....	98
<i>Помазкин В.И.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИРТУАЛЬНОЙ «ПРИЗРАЧНОЙ» ИЛЕОСТОМЫ ПРИ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	98
<i>Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р., Аминова Э.М., Эйбов Р.Р., Суфияров Р.Р.</i> МОДИФИКАЦИЯ МЕТОДА ЗАКРЫТИЯ СТОМАЛЬНОЙ РАНЫ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ.....	99

ГЛАВА 5. РАЗНОЕ

<i>Исаев В.Р., Андреев П.С.</i> О ТЕРМИНОЛОГИИ И ХРОНОЛОГИИ.....	100
<i>Исаев В.Р., Андреев П.С.</i> ОБ ЭТОЛОГИИ.....	100
<i>Кучумов А.Г., Камалутдинов А.М., Лукин П.С.</i> МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ХИМУСА В ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МОДЕЛИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА.....	100
<i>Лаврешин П.М., Мурavyев А.В., Бруснев Л.А., Лысенко О.В.</i> ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ.....	101
<i>Леушина Е.А.</i> АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ПОВЫШАЮЩИХ РИСК РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	101
<i>Ломоносов Д.А., Благодарный Л.А., Ломоносов А.Л., Аслаханова К.С.</i> ТАЗОВЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ.....	102
<i>Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Эйбов Р.Р., Урманцев М.Ф., Денейко А.С.</i> РОБОТИЧЕСКАЯ КОЛОРЕКТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ.....	102
<i>Фуныгин Д.В., Романенков С.Н., Анишев А.С.</i> ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО СКРИНИНГА.....	103
<i>Хитарьян А.Г., Ковалёв С.А., Ромодан Н.А., Орехов А.Н., Алибеков А.З., Дегтярев О.Л., Кислов В.Н., Карпова И.О.</i> ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОДНОЭТАПНОЙ ПОДГОТОВКИ ГИПЕРОСМОТИЧЕСКИМ СОЛЕВЫМ РАСТВОРОМ НА ОСНОВЕ СУЛЬФАТОВ, КАК ПОДГОТОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И (ИЛИ) ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ.....	103
<i>Штыркова С.В., Данишян К.И., Карагюлян С.Р.</i> ПЕРИАНАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ: ОСЛОЖНЕНИЕ ДЕБЮТА ГЕМОБЛАСТОЗОВ И АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ.....	104

РЕЗОЛЮЦИЯ

совещания экспертного сообщества Общероссийской общественной организации «Ассоциация колопроктологов России» и «Всероссийское общество по изучению воспалительных заболеваний кишечника» по вопросу немедицинского переключения биологической терапии при воспалительных заболеваниях кишечника в рамках Национального саммита по лечению воспалительных заболеваний кишечника 22 июня 2019 г.

Рассмотрены вопросы эффективности, взаимозаменяемости и безопасности оригинальных препаратов и биосимиляров (биоаналогов) генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП). Отмечено, что воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) относятся к числу наиболее тяжелых хронических инвалидизирующих заболеваний человека, для лечения которых необходимо применять самые эффективные и современные лекарственные средства, в том числе ГИБП. Внедрение инновационных ГИБП в клиническую практику позволило повысить эффективность терапевтических исходов купирования воспалительного процесса и улучшить прогноз у пациентов, страдающих наиболее тяжелыми формами язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК). В связи с этим, мероприятия по повышению доступности инновационной терапии является одной из приоритетных задач здравоохранения во всех странах мира. «Ассоциация колопроктологов России» и «Всероссийское общество по изучению воспалительных заболеваний кишечника» поддерживают разработку и внедрение в клиническую практику отчетливых высококачественных биосимиляров ГИБП, стоимость которых как правило ниже, чем оригинальных ГИБП.

Было отмечено, что не проведено ни одного рандомизированного контролируемого исследования (РКИ) при ВЗК официально зарегистрированных биосимиляров ГИБП. Последствия замены оригинального ГИБП на его биосимильяр на популяционном и индивидуальном уровнях изучены недостаточно и результаты переключения непредсказуемы.

Имеющиеся на данный момент данные о смене терапии оригинальным ГИБП на его биосимильяр по немедицинским причинам дают лишь ограниченную информацию о эффективности и безопасности лечения в реальной клинической практике. Более того, имеются международные данные о том, что частота прекращения лечения в открытой фазе применения биосимиляров ГИБП существенно выше, чем в РКИ, что связывают с рядом причин, в том числе с эффектом «ноцебо» (отрицательная психологическая реакция пациентов на замену лекарственных препаратов). Общеизвестно, что любая смена терапии ГИБП должна быть основана на строгих медицинских показаниях и способствовать восстановлению здоровья пациента. При этом, ни один биосимильяр ГИБП не был признан Управлением по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (Food and Drug Administration, FDA) автоматически взаимозаменяемым.

В Европейских странах выбор ГИБП (оригинальный препарат или его биосимильяр) для лечения ВЗК определяется врачом, который учитывает возможные последствия расширения (экстраполяции) показаний или замены препаратов, исходя из индивидуальных особенностей пациента, течения заболевания, характеристик ГИБП (иммуногенность и др.) и медицин-

ской истории предшествующей лекарственной терапии. Позиция большинства Европейских ассоциаций в отношении применения биосимиляров ГИБП сходна и направлена на исключение возможности необоснованных переключений и/или автоматических замен терапии оригинальным ГИБП на его биосимильяр или одного биосимиляра на другой, в первую очередь в отношении категории так называемых «стабильных пациентов», т. е. пациентов с достигнутой ремиссией заболевания или устойчивым клиническим эффектом на фоне лечения определенным ГИБП.

В частности, это особенно актуально для пациентов на терапии биологическими лекарственными средствами в состоянии ремиссии, в том числе, если у таких пациентов отмечалась неэффективность или непереносимость ранее применявшихся ГИБП, так как число возможных терапевтических опций для последующего лечения ограничено. У таких пациентов с целью поддержания клинической ремиссии крайне важно обеспечить непрерывность терапии и предотвратить переключение по немедицинским причинам, в том числе переключение на биосимильяры. Назначение биосимиляров может быть рекомендовано у бионаивных пациентов.

В Российской Федерации, согласно действующему законодательству, закупка лекарственных препаратов для государственных и муниципальных нужд осуществляется в ходе процедуры электронных аукционов по международному непатентованному наименованию, при этом роль врача в процессе принятия решения о выборе конкретного препарата минимизирована. Признание препарата взаимозаменяемым с оригинальным препаратом в ходе регистрационных процедур фактически приводит к автоматической замене препарата по результатам электронных торгов, поэтому в России подход к экстраполяции показаний и взаимозаменяемости препаратов должен быть, как минимум, не менее обоснованным и ответственным, чем в других странах мира.

По общему мнению членов экспертного сообщества, определяющими принципами при назначении любого ГИБП должны быть прежде всего эффективность и безопасность лечения, а не экономическая целесообразность. Выбор оригинального ГИБП или его биосимиляра для лечения конкретного пациента должен зависеть от мнения высококвалифицированного врача-специалиста. Не допускается автоматическая замена оригинального препарата на его биосимильяр, замена препаратов может осуществляться только на основе консенсуса лечащего врача и пациента.

В случае необходимости регистрации каждого показания, зарегистрированного для оригинального (референтного) препарата, его следует подтверждать в специально спланированных рандомизированных плацебо-контролируемых клинических исследованиях (РПКИ), основанных на прямом сравнении биосимиляра и оригинального (референтного) ГИБП.

На основании вышеизложенного экспертный совет рекомендует:

1. Биосимиляр может быть назначен пациентам, не получавшим ранее ГИБП, при наличии соответствующих показаний и в том случае, если его стоимость ниже, чем оригинального ГИБП, и поддерживается совместным решением пациента и врача.
2. Решение о возможности замены оригинального ГИБП на его биосимиляр должно приниматься врачом исходя из индивидуальных особенностей течения ВЗК, а также с учетом отнесения пациента к особым популяциям (дети, беременные, пожилые и др.) и быть согласовано с пациентом в соответствии с мировыми практиками.
3. Недопустима автоматическая замена оригинального препарата на биосимиляр и/или переключение с одного биосимиляра на другой ввиду отсутствия в настоящий момент достаточных данных о безопасности и эффективности.
4. Включить в клинические рекомендации по лечению ВЗК положение о недопустимости автоматической замены одного ГИБП на другой для категории пациентов, достигших стабильного положительного эффекта на терапии конкретным ГИБП (в том числе,

в рамках одного международного непатентованного наименования).

5. При регистрации препарата показания для назначения биосимиляров, которые были зарегистрированы на основании экстраполяции, а не РКИ, должны быть отдельно указаны в инструкции к препарату.
6. Обратить внимание профессионального сообщества на необходимость строгого соблюдения требований фармаконадзора по репортированию о нежелательных явлениях и иной информации по безопасности и эффективности лекарственных препаратов.
7. Рекомендовать Минздраву России разработать поправки в статью 27.1. «Порядок определения взаимозаменяемости лекарственных препаратов для медицинского применения» Федерального закона от 12.04.2010 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», разъяснив процедуру взаимозаменяемости биотехнологических лекарственных препаратов.
8. Федеральному органу исполнительной власти в сфере охраны здоровья рекомендовать включить ГИБП в перечень препаратов, закупка которых осуществляется по торговому наименованию лекарственных средства (аналогично закупкам инсулинов)

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ РАДИКАЛЬНОСТИ КОМПРЕССИОННОЙ ГЕМОРРОИДЕКТОМИИ

Алиев В.Ф.¹, Алиев Ф.Ш.¹, Ильканич А.Я.²,
Алиев Р.Ф.², Юсупов А.Р.¹

¹ ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России,
г. Тюмень, Россия

² БУВО ХМАО Югра, Сургутский ГМУ, г. Сургут,
Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Многочисленные малоинвазивные способы хирургического лечения геморроидальной болезни при всех известных преимуществах, не снижают частоту рецидива заболевания в отдаленные сроки, которое наблюдается, в среднем, в 24,0% случаях.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Обосновать эффективность лечения больных с хронической геморроидальной болезнью способом компрессионной геморроидэктомии никелид титановыми зажимами.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проведены экспериментальные исследования на 18 трупах взрослых людей по изучению сосудистой архитектоники дистального отдела прямой кишки до и после клипирования геморроидальных узлов. Контрастирование выполнялась через верхнюю прямокишечную артерию по Капуллеру Л.Л. (1974), затем препарат прямой кишки извлекается из организма брюшно-промежностным доступом и рассекался вдоль. Экспериментальным доказательством радикальности компрессионной геморроидэктомии зажимами из никелида титана считалось пережатие геморроидальной артерии клипсой, максимальный захват кавернозной ткани в зажим.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На ангиопротограммах после имплантации никелид титановых зажимов на основание геморроидальных узлов отчетливо выявляется пережатие питающей геморроидальный узел артерии в проекции верхней трети зажима, а также отсутствие контрастирования кавернозных структур в проекции внутренних геморроидальных узлов. После контрастирования сосудов клипирование геморроидальных узлов свидетельствовало о максимальном захвате в бранши зажима кавернозных элементов. Более четкая визуализация отсутствия кавернозных структур наблюдалось после отсечения узлов над никелид титановым зажимом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Компрессионная геморроидэктомия никелид титановыми зажимами соответствует критериям радикальности хирургического лечения геморроидальной болезни, поскольку обеспечивает прекращение артериального кровотока к геморроидальным узлам и позволяет максимально захватить кавернозные элементы, которые являются субстратом для дальнейшего патологического изменения и рецидива заболевания.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ГЕМОРРОИДОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

Аминов А.С., Терюшкова Ж.И.,
Шелудько Д.В., Никитин А.Р.

МАУЗ ОЗП ГКБ № 8, колопроктологическое
отделение, г. Челябинск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. За последние годы в проктологии внедряются новые технологии диагностики и лечения. Но существенного снижения процента послеоперационных осложнений не наблюдается.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность методики лазерной геморроидопластики в лечении геморроидальной болезни.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. С 2018 года в колопроктологическом отделении используется методика лазерной геморроидопластики (LHP) с помощью диодного лазера компании Biolitec.

Лазерная геморроидопластика (LHP) применена у 52 пациентов (2018-2019 гг.)

Характеристика пациентов: Хронический внутренний геморрой 2 стадии – 24 (46%), Хронический комбинированный геморрой 2 стадии – 15 (29%), Хронический комбинированный геморрой 3 стадии – 13 (25%). Операции выполнялись с помощью светодиодного лазера Ceralas (Biolitec) с длиной волны 1470 nm и одноканального инструментария (стекловолокна, проктоскопа и канюли).

У 22 (42%) пациентов с невыраженными наружными узлами выполняли только лазерную вапоризацию внутренних геморроидальных узлов. У 10 (19%) произведена лазерная вапоризация ВГУ в комбинации с иссечением наружного компонента с помощью лазера, а у 20 (38%) – в комбинации с субдермальной вапоризацией наружных узлов. Продолжительность операции составляла от 15 до 30 мин. (в среднем, 20±3,21 мин.). Продолжительность госпитализации – 1 сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 12 пациентов выявлены следующие симптомы: помарки крови при дефекации – 5 (9%), сегментарная отечность – 4 (7%), ограниченный некроз кожи в области вапоризированного НГУ – 1 (2%). Осложнения не потребовали госпитализации и оперативного вмешательства и купировались в течении 6 месяцев.

ВЫВОДЫ. Применение LHP имеет ряд преимуществ: малотравматичность, проведение операции в подслизистом слое без швов, минимальный болевой синдром после операции, отсутствие кровотечений во время и после операции, короткое время операции. Методика позволяет сократить сроки стационарного лечения и обеспечить комфорт для больных. Методика нуждается в проведении дальнейших исследований и отработки техники исполнения. Недостаточно сведений о возникновении рецидивов и осложнений в долгосрочной перспективе. Сомнительна замена лазерной геморроидопластикой существующих методов лечения при 4 стадии геморроя, наличии выраженного циркулярного наружного компонента.

ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛАЗЕРНОЙ ГЕМОРРОИДОПЛАСТИКИ (LHP)

Андреев А.Л., Кравец С.Б., Колосовский Я.В.
ООО «АВА-ПЕТЕР», клиника «Скандинавия»,
г. Санкт-Петербург, Россия

FIVE YEARS EXPERIENCE OF LASER HEMORRHOIDOPLASTY (LHP)

Andreev A.L.
AVA-PETER Ltd, «Scandinavia», St. Petersburg, Russia

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов лечения хронического геморроя.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Лазерная геморроидопластика (LHP) применена у 285 пациентов (2014-2019 гг.) Геморрой 2 стадии – 16, 3 стадии – 257, 4 стадии – 12 (циркулярный – 6). Сопутствующие проктологические заболевания: Анальные бахромки – 16, хроническая анальная трещина – 14, параректальный свищ – 9, анальный полип – 8. При комбинированном геморрое 3-4 стадии применяли сочетание лазерной геморроидопластики и мукопексии. Операции выполняли с помощью светодиодного лазера Ceralas с длиной волны 1470 nm и одноразового инструментария (стекловолокна, проктоскопа и канюли). Общая характеристика стекловолокна: остроконечный (копьевидный), прочный наконечник из оксида кремния, для легкого введения в подслизистый слой, радиальное распределение лазерного излучения, однородное (гомогенное) излучение на строго ограниченной (дозированной) области ткани, без «горячих точек» и карбонизации. После LHP осуществляли мукопексию. В основном операцию выполняли под общей внутривенной анестезией и только у двух пациентов под местной. Продолжительность операции составляла от 15 до 30 мин. (в среднем, 20 ± 3.21 мин). Интраоперационных осложнений не было. Среднее время нахождения в клинике составило 18 часов. Болевой послеоперационный синдром был умеренный, не требующий назначения наркотических анальгетиков. Пациенты возвращались к трудовой деятельности через 3-6 дней. При наблюдении и обследовании пациентов от 6 месяцев до 5 лет после лазерной геморроидопластики рецидив заболевания отмечен у 7 (2,5%) пациентов. В одном случае при рецидиве геморроя 3 степени выполнили повторную лазерную геморроидопластику, у 6 пациентов с выявлен внутренним геморроем 1-2 степени, который устранен лигированием геморроидальных узлов латексными кольцами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Комбинированное применение лазерной геморроидопластики и мукопексии в лечении геморроя 3-4 стадии эффективно и имеет ряд неоспоримых преимуществ: малотравматичность, проведение лазерной деструкции геморроя в подслизистом слое и мукопексии, минимизирует болезненные ощущения в послеоперационном периоде, отсутствие кровотечений во время и после операции, заживление без воспалительных явлений в области воздействия лазера, применение одноразового стекловолокна и лазерной энергии гарантированно исключает развитие воспалительных осложнений после операции, короткое время оперативного вмешательства, сокращение сроков выздоровления, нет послеоперационных рубцов, минимальное число рецидивов. Лазером одномоментно можно устранить геморроем, а также параректальный свищ, анальные трещины, полипы, бахромки и кондиломы.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

Андреев П.С., Давыдова О.Е., Солдаткин В.М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара, Россия

Хроническая анальная трещина – долго незаживающая рана в области перехода анодермы в слизистую заднепроходного канала. По частоте обращаемости в структуре патологии толстой кишки стоит на втором месте и составляет 11-15%.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка эффективности использования свечей Салофальк у пациентов после иссечения хронической анальной трещины.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. За объект исследования были взяты 52 (100%) пациента с хронической анальной трещиной. Средний возраст составил 43.2 ± 11.1 года. Методом случайной выборки пациентов разделили на две группы ($n=52$). Основная группа состояла из 25 (48%) пациентов, которым через 7 дней после иссечения трещины назначалась терапия свечами Салофальк по схеме 250 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней. В контрольной группе – 27 (52%) пациентам, после выполненного оперативного вмешательства проводилось лечение свечами Натальсид по схеме 2 раза в день в течении 14 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На 14 сутки после начала лечения свечами 5 (20%) пациентов основной группы и 8 (30%) пациентов контрольной группы предъявляли жалобы на наличие крови в стуле. К 28 суткам пациенты обеих групп жалоб на наличие крови в стуле не предъявляли. Уровень болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале на седьмые сутки в I группе – 3.6 ± 0.4 и во II группе – 5.6 ± 0.6 , статистическое различие $t=2.77$; $p<0.05$; на 14-е сутки в I группе – 0.96 ± 0.33 и во II группе – 3.9 ± 0.63 , статистическое различие $t=4.13$; $p<0.05$; на 28-е сутки в I группе – 0 ± 0.005 и во II группе – 0.45 ± 0.33 , статистическое различие $t=1.36$; $p<0.05$. В основной группе пациентов на 28-е сутки полная эпителизация раны отмечена у 18 (72%) пациентов, в группе контроля – у 14 (52%) пациентов.

ВЫВОДЫ. Назначение свечей Салофальк способствует более ранней эпителизации раны, быстрому купированию болевого синдрома, что создает преимущество после хирургического лечения хронической анальной трещины.

БЕЗОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

Антипова Е.В.¹, Мусин А.И.^{1,2}, Кузнецова Е.В.¹,
Фабрикова Е.А.¹, Соломка А.Я.¹, Егупов С.А.¹

¹ ГБУЗ ГКБ 24 ДЗМ, г. Москва, Россия

² Кафедра Госпитальной хирургии № 1 лечебного
факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва,
Россия

NON-SURGICAL TREATMENT OF ANAL FISSURE

Antipova E.V.¹, Musin A.I.^{1,2}, Kuznetsova E.V.¹,
Fabrikova E.V.¹, Solomka A.Ya.¹, Egupov S.A.¹

¹ Moscow City Clinical Hospital 24, Moscow, Russia

² Pirogov Russian National Research Medical University,
Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Анальная трещина – одна из самых распространенных патологий проктологического профиля. На ее долю приходится до 15% заболеваний анально-ректальной области. В настоящий момент предложено огромное количество методик как хирургического, так и консервативного лечения заболевания. Золотым стандартом лечения является хирургический, однако по разным данным, он сопряжен с развитием той или иной степени недостаточности анального сфинктера у 15-30% пациентов. В связи с этим, возникают споры о целесообразности выполнения хирургического лечения, без предоперационного курса консервативной терапии.

ЦЕЛЬ. Определить тактику лечения пациентов с хронической анальной трещиной и роль консервативной терапии в качестве первого этапа многоэтапного лечения.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В диагностическом отделении ГБУЗ ГКБ 24 ДЗМ за период с 2016 по 2018 год обратилось за помощью 5799 пациентов с анальной трещиной. Из них у 318 (5,48%) диагностирована острая анальная трещина, а у 5481 (94,52%) – хроническая. Первым этапом лечения назначались препараты, нормализующие консистенцию стула (пшеничные отруби, семена подорожника, льняное семя) и комплексная местная консервативная терапия, которая включала в себя применения топических мазей, обладающих репаративным эффектом (облепиховые свечи, свечи с метилурацилом) и теплые ванночки с раствором ромашки. При хронической анальной трещине для снижения спазма анального жома терапию дополняли применением топических мазей на основе 0,2% нифедипина или 2% дилтиазема. При выраженном болевом синдроме рекомендовали ректальные формы препаратов, содержащих анестетики. Результат лечения оценивался через 2-3 недели с последующим решением вопроса о продолжении консервативной терапии или выполнения радикального хирургического вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Анализ лечения оценен у 832 (15,18%) пациентов с хронической анальной трещиной. Из них 533 (64,1%) получали топические блокаторы кальциевых каналов. Улучшение общего состояния, уменьшение жалоб и снижение тонуса анального жома на контрольном осмотре через 2-3 недели отмечено у 437 (81,98%). При этом периодически возникающие клинические проявления заболевания отмечены у 101 (23,11%) пациентов. У 59 (11,07%) исследуемых, на фоне приема топических линиментов на основе блокаторов кальциевых каналов, выявлены побочные эффекты в виде выраженных головных болей, что потребовало отмены препарата. Отсутствовало улучшение состояния у 96 (18,01%). У всех этих больных диагностирована хроническая анальная трещина

со сторожевым бугорком или фиброзным анальным полипом. Пациентам с отсутствием положительной динамики от консервативной терапии или клинического улучшения заболевания выполнялось хирургическое лечение в объеме иссечения анальной трещины с обязательным дополнением операции сфинктеротомии или дивульсии анального сфинктера.

ВЫВОДЫ. Применение консервативной терапии при лечении хронических анальных трещин, как первый этап лечения, является эффективным методом, позволяющим снизить количество хирургических вмешательств у 437 (81,98%). Однако необходим взвешенный подход к топическому назначению блокаторов кальциевых каналов, позволяющий снизить риск развития нежелательных эффектов.

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ПНЕВМОДИЛЯТАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУР ПРЯМОЙ КИШКИ

Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л., Мереев В.Б.

Многопрофильный медицинский центр «КДС Клиник»,
г. Москва, Россия

Стриктуры прямой кишки (СПК) возникают чаще всего после операций по поводу различных проктологических заболеваний, прежде всего – геморроя. Сложность коррекции СПК определяет актуальность проблемы.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов лечения.

С 2013 по 2019 год наблюдали 33 пациента со СПК, из которых 27 произведена пролонгированная пневмодилатация. У 29 в анамнезе – геморроидэктомия, у 4-х – операция анальной трещины и кондилом. 9 пациентам с де- и субкомпенсированным СПК (диаметр менее 10 мм) проведена хирургическая коррекция стриктуры. В последующем троим из них и ещё 24 проведена пневмодилатация. Использовали пневмобаллоны, состоящие из тонкой резины, помещенные в прочный матерчатый мешочек в виде цилиндра различных диаметров (15, 22, 29 и 32 мм). Под каудальной анестезией бужами Гегара измеряли истинный диаметр анального канала. Соответственно вводили баллон несколько большего диаметра. Заполнение воздухом проводили медленно до полного его раскрытия. Через 10-15 минут баллон извлекали и заменяли на его больший размер с экспозицией еще на 40-45 мин. Процедуру повторяли от 1 до 5 раз с интервалом в две недели, каждый раз увеличивая диаметр баллона.

Процедуры переносились легко, трудоспособность не страдала. После первой же манипуляции пациенты отмечали улучшение акта дефекации. Контрольный осмотр 22 из 27 пациентов через 3 и 6 месяцев – анальный канал свободно проходим для пальца, акт дефекации свободный, без боли и излишнего напряжения с удовлетворительным держанием и нормальной сенсорной функцией. Судьба 5 пациентов неизвестна. Медленное нагнетание воздуха в баллон обеспечивает плавное увеличение его объема на фоне релаксированных тканей промежности, что позволяет минимизировать разрывы слизистой анального канала и, как следствие, повторного сужения его. Пролонгированная пневмодилатация, длительно и равномерно воздействуя на всем протяжении стриктуры на фоне расслабленных мышечных структур промежности позволяет ликвидировать стриктуру и нормализовать акт дефекации.

Предлагаемая методика лечения стриктур прямой кишки является простым и эффективным способом лечения, в ряде случаев позволяет избежать оперативного пособия.

ХИРУРГИЯ ГЕМОРРОЯ И ГЕМОРРОЯ В СОЧЕТАНИИ С АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ – НАШ ОПЫТ

Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л., Мередов В.Б.

Многопрофильный медицинский центр «КДС Клиник»,
г. Москва, Россия

Большая частота геморроя, анальной трещины и их сочетания, большое количество предлагаемых методов оперативного лечения свидетельствует об актуальности проблемы.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Уменьшение послеоперационного болевого синдрома, улучшение результатов хирургического лечения.

С 2014 по 05.2019 года по поводу геморроя 2-4 стадии было оперировано 692 пациента. Из них 167 – в сочетании с анальной трещиной. До и после операции проводилась сфинктерометрия прибором WMP Solar G1 (MMS, Голландия), а также трансректальное УЗИ. Основное вмешательство при геморрое – дезартеризация ВГУ по типу шовного лигирования с гофрирующими швами. Анальную трещину иссекали, либо производили ее фульгурацию. Контролируемую конусодивульсию производили практически у всех больных геморроем с трещиной, а также с изолированным геморроем со спазмом и с выраженным наружным компонентом.

Очередность обрабатываемых внутренних геморроидальных узлов определяли их размерами. Под контролем доплерометрии, а в ряде случаев и без неё, у основания узла в проксимальном отделе анального канала на высоте его верхней трети тройным швом формируем т.н. «якорь» с последующим поэтапным прошиванием узла той же нитью обвивным гофрирующим швом с фиксацией его к «якорю». Поэтапность прошивания и завязывания нитей к основанию узла обеспечивает надежность гемостаза и достаточный лифтинг. У всех больных проводили лигирование всех трех основных и 1-2-х дополнительных ВГУ. Наружные геморроидальные узлы через небольшие множественные 3-5 мм отверстия над проекцией наружных узлов выпаривали радиокоагуляцией глазным пинцетом.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Ранние кровотечения – 3, поздние – 18, стриктуры – 2, слабость сфинктера – 3, длительно незаживающие раны – 29 (4,2%). Повреждения волокон сфинктера по данным ТРУЗИ не было.

Отсутствие выраженного болевого синдрома после операции мы объясняем, прежде всего, отсутствием спазма и уменьшенным объемом удаляемой наружной геморроидальной ткани.

Предложенная модификация позволяет оперировать геморрой и трещину с геморроем на любой её стадии, минимизирует послеоперационные боли и послеоперационные осложнения, экономически не является затратной.

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ АНАЛЬНОГО КАНАЛА В АМБУЛАТОРНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Белик Б.М., Ковалев А.Н.

Ростовский государственный медицинский
университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

RADIOWAVE SURGERY IN THE TREATMENT OF DISEASES OF THE ANAL CANAL IN AMBULATORY COLOPROCTOLOGY

Belik B.M., Kovalev A.N.

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность применения аппарата для высокочастотной радиоволновой хирургии «Сургитрон» в лечении больных с заболеваниями анального канала в амбулаторных условиях.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Клинический материал включает 1985 пациентов с различными заболеваниями анального канала, которым в амбулаторных условиях проводилось хирургическое лечение с использованием аппарата «Сургитрон». При этом выполняли следующие оперативные вмешательства: иссечение геморроидальных узлов при хроническом внутреннем геморрое II-IV стадии (596 пациентов), иссечение тромбированных геморроидальных узлов (177 пациентов), энуклеация тромба при остром тромбозе геморроидальных узлов (122 пациента), иссечение хронической анальной трещины (293 пациента), сочетанное иссечение геморроидальных узлов и анальной трещины (62 пациента), удаление доброкачественных новообразований перианальной области и анального канала (385 пациентов), иссечение подкожно-подслизистых, транссфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки (157 пациентов), удаление гипертрофированных анальных сосочков и бахромок (193 пациента).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 1985 пациентов, которым проводилось лечение с использованием радиоволнового хирургического аппарата «Сургитрон» в амбулаторных условиях, у 1828 (92,1%) получены хорошие и удовлетворительные результаты. У 24 (1,2%) пациентов были отмечены различные осложнения при использовании радиоволнового скальпеля. У 14 (0,7%) больных отмечалось кровотечение из зоны оперативного вмешательства, потребовавшее прошивания сосуда. У 10 (0,5%) больных наблюдалось развитие подкожно-подслизистых абсцессов в параректальной клетчатке, что потребовало в дальнейшем их вскрытия. Общее время нахождения пациента в стационаре «одного дня» не превышало, в среднем, $7,3 \pm 1,2$ часа. Сроки восстановления трудоспособности пациентов составили $4,3 \pm 1,3$ суток.

ВЫВОДЫ. Применение высокочастотного радиоволнового хирургического аппарата «Сургитрон» при лечении заболеваний анального канала позволяет существенно уменьшить травматичность оперативного вмешательства, сократить сроки лечения и в большинстве случаев добиться радикального излечения заболевания в амбулаторных условиях и стационаре «одного дня» с минимальной затратой времени пребывания пациента в лечебном учреждении.

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ ФОРМ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Белик Б.М., Ковалев А.Н.

Ростовский государственный медицинский
университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

HOSPITAL-REPLACING TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF DIFFICULT FORMS OF PERIANAL FISTULAS

Belik B.M., Kovalev A.N.

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Совершенствование малоинвазивных технологий лечения сложных форм параректальных свищей в амбулаторных условиях.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты лечения 98 пациентов со свищевой формой хронического парапроктита, находившихся на амбулаторном лечении и стационаре «одного дня». У 79 (80,6%) пациентов имелись трансфинктерные свищи (ТСС), захватывающие более трети наружного сфинктера, и у 19 (19,4%) – экстрасфинктерные свищи (ЭСС) прямой кишки. На первом этапе лечения у пациентов с целью дренирования гнойных полостей в параректальной клетчатке с помощью специально разработанного нами устройства по ходу свищевого канала устанавливали постоянный латексный дренаж «Seton». После проведения дренажа через свищевой ход его извлекали из просвета прямой кишки и дозировано затягивали, ориентируясь на показатели сфинктерометрии. Установку дренажа «Seton» рассматривали как подготовительный этап для последующего выполнения радикального хирургического вмешательства, направленного на ликвидацию свища. Сроки нахождения дренажа «Seton» в свищевом канале до операции составили $42,3 \pm 5,2$ суток. На втором этапе лечения производили радикальное оперативное вмешательство с использованием радиоволнового скальпеля «Сургитрон». У 72 (73,5%) больных было выполнено рассечение свища в просвет прямой кишки без ушивания раны и у 26 (26,5%) – иссечение свища в просвет кишки с частичным ушиванием дна раны.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Длительное нахождение дренажа «Seton» в свищевом канале с постоянным дозированным сдавлением тканей обеспечивало полноценное дренирование всех гнойных полостей в параректальной клетчатке, а также способствовало фиброзу, постепенному «низведению» и «прорезыванию» свищевого хода, что в последующем позволяло значительно уменьшить степень травматизма при проведении радикального хирургического вмешательства. У 87 (88,8%) больных получены хорошие результаты лечения с полной ликвидацией параректального свища. Эпителизация раны анального канала наступала через $27,3 \pm 5,8$ суток после операции. Время нахождения пациентов в стационаре после операции составило $2,5 \pm 1,5$ суток. Рецидив заболевания после лечения был отмечен в 11 (11,2%) наблюдениях.

ВЫВОДЫ. Двухэтапная методика лечения сложных форм параректальных свищей в амбулаторных условиях с использованием дренажа «Seton» и высокочастотного радиоволнового хирургического аппарата «Сургитрон» позволяет в 88,8% случаев достичь радикального излечения заболевания, в значительной мере является альтернативой традиционным оперативным вмешательствам и может рассматриваться в качестве стационарозамещающей технологии при лечении этой категории больных.

ПРИМЕНЕНИЕ PRP-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л.

Ростовский государственный медицинский
университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

PRP-THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF ANAL FISSURE IN AMBULATORY CARE

Belik B.M., Kovalev A.N., Khatlamadzhiyan A.L.

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить клиническую эффективность применения PRP-терапии в комплексном лечении хронической анальной трещины в амбулаторных условиях.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Клинический анализ включает 355 пациентов с хронической анальной трещиной, находившихся на амбулаторном лечении. Тонус анального сфинктера оценивали посредством сфинктерометрии. У 117 больных (I группа) в лечении использовали стандартную медикаментозную терапию. У 238 пациентов (II группа) в комплексном лечении дополнительно применялась PRP-терапия. На первом этапе лечения пациентам в нескольких точках осуществляли инъекции аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы (Platelet Rich Plasma) во внутренний и наружный сфинктеры. На втором этапе лечения пациентам в обеих группах выполняли радикальное иссечение анальной трещины радиоволновым хирургическим аппаратом «Сургитрон». У отдельных больных дополнительно производили дозированную боковую подслизистую сфинктеротомию.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Через 6 месяцев после лечения во II группе у 222 (93,4%) больных отмечено полное заживление анальной трещины, тогда как в I группе у 27 (23,1%) пациентов имел место рецидив заболевания. При этом у пациентов II группы по сравнению с I группой больных более чем в два раза сокращались сроки эпителизации раны анального канала (соответственно, $27,3 \pm 5,8$ и $60,1 \pm 5,3$ суток), а также отмечалось более раннее восстановление трудоспособности данных пациентов после хирургического вмешательства (соответственно, $4,2 \pm 2,3$ и $9,4 \pm 1,8$ суток). У пациентов II группы в процессе лечения констатировали устранение спазма анального сфинктера и нормализацию показателей среднего давления в покое ($48,1 \pm 9,8$ мм рт. ст.) и среднего давления при волевом сокращении ($85,2 \pm 13,6$ мм рт. ст.). В то же время у 58 (49,6%) больных I группы отмечали высокие значения среднего давления в покое ($90,2 \pm 14,7$ мм рт. ст.) и среднего давления при волевом сокращении ($120,1 \pm 18,2$ мм рт. ст.), что указывало на сохранение гипертонуса анального сфинктера.

ВЫВОДЫ. Применение PRP-терапии в сочетании с хирургическим иссечением анальной трещины радиоволновым аппаратом «Сургитрон» позволяет в 93,4% случаев достичь радикального излечения заболевания в амбулаторных условиях, а также существенно сократить сроки заживления раны анального канала и ускорить период восстановления трудоспособности у данной категории пациентов.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламджиян А.Л.

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

TACTIC OF TREATMENT ACUTE THROMBOSIS OF HEMORRHOIDS IN AMBULATORY CARE

Belik B.M., Kovalev A.N., Khatlamadzhyan A.L.

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оптимизация тактики лечения больных с острым тромбозом геморроидальных узлов (ГУ) в амбулаторных условиях и стационаре «одного дня».

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ результатов лечения 379 пациентов с острым тромбозом ГУ, находившихся на амбулаторном лечении и стационаре «одного дня». У 316 (83,4%) пациентов острый тромбоз ГУ по срокам от начала заболевания не превышал 72-96 часов, у 63 (16,6%) был более 96 часов. У 239 (63,1%) пациентов было произведено радикальное иссечение тромбированных ГУ вместе с анальной бахромкой (на границе волокон сфинктера) радиоволновым аппаратом «ЭФА» в режиме резания. У 77 (20,3%) пациентов выполнили удаление тромботических масс из ГУ (тромбэктомия) с коагуляцией его ложа радиоволновым аппаратом «Сургитрон». У 63 пациентов с длительными сроками от начала заболевания проводилась комплексная консервативная терапия (противовоспалительные и обезболивающие средства, флеботонический препарат Детралекс 1000 мг, магнитно-лазерная физиотерапия). Аналогичную терапию также проводили в периоперационном периоде всем пациентам с острым тромбозом ГУ, которые были подвергнуты хирургическому лечению.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 239 пациентов, которым производилось радикальное иссечение тромбированных ГУ, у 232 (97,1%) наступило выздоровление. У этих больных эпителизация раны наступала на $30,2 \pm 1,5$ сутки, а их трудоспособность восстанавливалась на $2,4 \pm 1,3$ сутки после операции. У 7 (2,9%) пациентов в сроки от 1 года до 3 лет наступил рецидив заболевания. Из 77 больных, которым производилась тромбэктомия из ГУ, у 18 (23,4%) был отмечен рецидив заболевания в течение 3 лет после операции. Из 63 пациентов, которым проводилось консервативное лечение, у 8 (12,7%) больных оно оказалось неэффективным. Всем данным пациентам, в среднем, через $14,5 \pm 2,3$ суток выполнили иссечение ГУ. У остальных 55 больных в 27 (49,1%) случаях в ранние сроки был отмечен рецидив заболевания.

ВЫВОДЫ. Острый тромбоз ГУ при сроках не более 72-96 часов от начала заболевания является показанием к хирургическому лечению с использованием малоинвазивных технологий, которые могут быть успешно применены в амбулаторных условиях. При этом радикальное иссечение тромбированных ГУ в 97,1% случаев приводит к излечению заболевания. При остром тромбозе ГУ у пациентов со сроками, превышающими 72-96 часов от начала заболевания, показано проведение комплексной консервативной терапии. Неэффективность последней также является показанием к применению малоинвазивных методов хирургического лечения острого тромбоза ГУ в амбулаторных условиях.

АУТОПЛАСТИКА ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ И СВИЩЕЙ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Белоцкая Л.В., Чистохин С.Ю.

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

AUTOPLASTY FOR EXTENSIVE DEFECTS AND FISTULAS OF RECTOVAGINAL SEPTUM

Belotskaya L.V., Chistokhin S.Ju.

Zabaykal railway hospital, Chita state medical academy, Chita, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Обширные дефекты и свищи ректовагинальной перегородки – не частая, но одна из сложных патологий. Большинство исследователей рекомендуют реконструктивные операции с аллопластикой сетчатыми эндопротезами, сопровождающиеся в 5-15% случаях гнойно-воспалительными осложнениями.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить ближайшие и отдаленные клинические и анатомические результаты аутопластики местными тканями больших ректовагинальных свищей и дефектов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. За минувшие 4 года (2015-2019) в клинике общей хирургии ЧГМА на базе НУЗ ДКБ на ст. Чита-2 наблюдалось 8 пациенток с субтотальными (7-9 см длиной) дефектами и 4 с широкими (4-5 см в диаметре) свищами ректовагинальной перегородки. Под спинномозговой анестезией выполняли гидравлическую препаровку тканей, рассекали края дефектов и свищей, деликатно и детально выделяли все слои бывшей перегородки, двухрядными вворачивающими швами ушивали просвет прямой кишки и анального канала, затем сшивали края леваторов, края наружного и внутреннего сфинктеров, завершали ушиванием дефекта стенки влагалища. Тампоны с Бетадином и Левомеколем, мочевого катетер.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Течение послеоперационного периода с умеренным болевым синдромом по ВАШ на уровне $6,5 \pm 1,6$ баллов, купировался на 3-4 сутки. Заживление ран первичным натяжением состоялось у всех 12 пациенток. Сроки стационарного лечения составили $9,3 \pm 1,9$ дней, амбулаторного долечивания – $35,3 \pm 3,5$ дней. В отдаленные сроки (от 1 до 4 лет) осмотрены все 12 женщин, у всех констатированы хорошие клинические, анатомические и функциональные результаты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Реконструктивные операции при обширных дефектах и свищах ректовагинальной перегородки с использованием послойной пластики собственными тканями позволяют уменьшить риск гнойно-воспалительных осложнений, улучшить отдаленные анатомические и функциональные результаты.

ГЕМОРРОИДЕКТОМИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ

Бичурин Н.Р., Бичурина А.В., Бичурина А.А.

Окружная клиническая больница, г. Ханты-Мансийск,
Россия

Ханты-Мансийская государственная медицинская
академия, г. Ханты-Мансийск, Россия

HEMORRHOIDECTOMY USING MODERN ELECTROSURGICAL INSTRUMENTS

Bichurin N.R., Bichurina A.V., Bichurina A.A.

District Clinical Hospital Khanty-Mansiysk, Russia
Khanty-Mansiysk State Medical Academy, Khanty-
Mansiysk, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Комбинированный геморрой – наиболее часто встречающаяся патология прямой кишки, что определяет актуальность его лечения. Геморроидэктомия – «золотой стандарт» радикального лечения хронического геморроя 3 и 4 стадий.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Сравнить непосредственные результаты геморроидэктомии с использованием современных электрохирургических инструментов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 166 пациентов с хроническим геморроем 3-4 стадии, которым выполнена геморроидэктомия с использованием современных электрохирургических инструментов (генератор для электролигирования сосудов LigaSure, ультразвукового скальпеля Гармоник, генератора G11 Джен Илевен) в 2012-2018 гг.

Изучаемые больные разделены на 4 группы по использованию видов и сочетания электрохирургических инструментов при геморроидэктомии.

Группа 1 – 109 пациентов, у которых закрытая геморроидэктомия выполнена с применением сочетания LigaSure и ультразвукового скальпеля Гармоник;

Группа 2 – 29 пациентов – открытая геморроидэктомия при помощи ультразвукового скальпеля Гармоник;

Группа 3 – 4 пациента – закрытая геморроидэктомия с использованием генератора G11;

Группа 4 – 24 пациента – закрытая геморроидэктомия с использованием LigaSure.

Критериями эффективности являлись: частота послеоперационного кровотечения, дизурических расстройств и степени выраженного болевого синдрома.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В послеоперационном периоде послеоперационные кровотечения отмечены в 2,1% в группе 1 и в 7,1% в группе 4. Дизурические расстройства выявлены в 6,4% – в группе 1 и в 5% – в группе 2. Более выраженный болевой синдром в 7,6% зафиксирован при открытой геморроидэктомии в группе 2.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. У больных с наличием хронического геморроя 3-4 стадии проведение геморроидэктомии применимо с использованием современных электрохирургических инструментов. Закрытая геморроидэктомия дает лучшие результаты. При использовании генератора LigaSure чаще развиваются послеоперационные кровотечения, поэтому целесообразно дополнительное лигирование сосудистой ножки геморроидального узла.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Борота А.В., Плахотников И.А., Кухто А.П.,
Борота А.А., Базиян-Кухто Н.К.

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

MODERN METHODS OF TREATMENT OF ACUTE ABSCESS

Borota A.V., Plakhotnikov I.A., Kuchto A.P.,
Borota A.A., Baziyan-Kuhto N.K.

Donetsk national medical University M. Gorky, Donetsk

АКТУАЛЬНОСТЬ. Острый парапроктит (ОП) – одно из наиболее распространенных заболеваний в колопроктологии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Проанализировать результаты использования режущего сетона (РС) у пациентов с ОП.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Рассмотрены результаты хирургического лечения 34 пациентов за период с 2014 по настоящее время, которым выполнено вскрытие ОП с проведением РС (ИГ), а также 44 пациентов, оперированных по традиционной методике (КГ). По половому признаку больные распределились следующим образом (ИГ): мужчин – 23, женщин – 11, в возрасте от 19 до 63 лет. Длительность заболевания составила от 2 до 4 дней. В КГ мужчин – 32, женщин – 12, в возрасте от 23 до 66 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациентам производилось вскрытие гнойника, взятие материала на бактериальный посев, ревизия, санация параректальной полости многократным промыванием раствором антисептика. После этого, при наличии экстрасфинктерного расположения внутреннего свищевого отверстия (ЭРВСО) при ОП, производилась идентификация ВСО с помощью пуговчатого зонда и хромокопии, зонд проводился в просвет кишки, на нем рассекался массив тканей (кожа и подкожная клетчатка) до мышц анального сфинктера, не повреждая его волокон. Через внутреннее отверстие свища кнаружи проводили 3 отдельные шелковые лигатуры, фиксированные к дистальному концу пуговчатого зонда, одну из которых затягивали и завязывали во время операции, широко дренировали полость гнойника, в последующем продолжали ее санацию. Оставшиеся 2 лигатуры затягивали и завязывали, соответственно, на 3-4 и 6-7 сутки после операции, после чего внутренняя стенка свищевого хода прорезалась и сообщалась с гранулирующей параректальной раной, заживающей вторичным натяжением. В результате проведенного исследования выявлено, что рецидив отмечен у 16 пациентов, в ИГ рецидивов отмечено не было ни в одном случае. Послеоперационный койко-день у пациентов ИГ варьировал от 7 до 9 дней в зависимости от степени прорезывания лигатуры, в КГ от 3 до 13 дней. Следует отметить, что подтягивание лигатуры выполнялось на 3-е, 5-е, 7-е сутки, в 3-х случаях лигатура самостоятельно прорезывалась. В КГ через 2-4 месяца у 10 пациентов формировался прямокишечный свищ, что требовало повторного вмешательства, в 4 случаях неоднократного.

ВЫВОДЫ. Вскрытие ОП с проведением РС при наличии ЭРВСО является радикальным, эффективным, одноэтапным методом хирургического лечения, позволяющим снизить число послеоперационных осложнений и рецидивов.

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ

Брежнев С.Г., Коротких Н.Н., Попов Р.В.

БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая
больница № 1», г. Воронеж, Россия

PILONIDAL SINUS DISEASE. ANALYTICAL APPROACH TO SOLVING THE PROBLEM OF POSTOPERATIVE WOUND FAILURE

Brezhnev S., Korotkikh N., Popov R.

Voronezh Regional Clinical Hospital № 1, Voronezh,
Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Многолетний отечественный и зарубежный клинический опыт показывает, что одним из наиболее частых осложнений после иссечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ) является несостоятельность послеоперационной раны с расхождением ее краев до дна после запланированного снятия швов, что приводит к значительному ухудшению качества жизни оперированных больных, удлинению сроков стационарного и амбулаторного лечения с длительным отрывом от трудовой или учебной деятельности.

ЦЕЛЬ. Выявление, анализ причин и предупреждение несостоятельности раны при хирургическом лечении ЭКХ.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Данное исследование основано на анализе результатов хирургического лечения 120 пациентов с ЭКХ, оперированных в период с сентября 2010 по сентябрь 2018 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. В послеоперационном периоде осложнения лечения наблюдались у 16,2% пациентов. Наиболее частым из них (5,1%) явилась несостоятельность раны. На основании корреляционного анализа установлено, что чем шире хирургический дефект, тем больше сила натяжения тканей ($r=0,975$, $p<0,01$), и тем выше шанс несостоятельности раны при снятии швов ($r=0,87$, $p<0,05$). Многофакторный регрессионный анализ выявил, что вероятность расхождения краев раны после снятия швов увеличивается в 2,1 раза при ее ширине более 10 см ($OR=2,06$) и в 5,8 раз при натяжении тканей более 4 кг ($OR=5,76$).

Результаты статистического анализа подтверждаются клиническими данными: у всех пациентов, раны которых после снятия швов разошлись на всем протяжении, дефекты тканей были от 10,6 до 12,4 см шириной, а натяжение составило от 4,1 до 4,5 кг.

ВЫВОДЫ. Выявление, изучение и анализ послеоперационных осложнений в хирургическом лечении эпителиального копчикового хода предоставляют возможность обоснованно отдавать предпочтение наиболее подходящему методу лечения, в основу которого положена адекватная оценка морфометрических и тензиометрических показателей операционной раны, что позволит повысить эффективность лечения больных ЭКХ и улучшить качество жизни оперированных пациентов.

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В СТРУКТУРЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

Брехов Е.И.¹, Калинин В.В.¹,
Коробов М.В.^{1,2}, Кулаковский К.А.²

¹ ФГБУ ДПО «Центральная государственная
медицинская академия» Управления делами
Президента РФ, г. Москва, Россия

² ООО «КЛИНИКИ ЧАЙКА», г. Москва, Россия

DEPARTURE DATE TRANSANAL INTERNAL HEMORRHOIDS IN THE STRUCTURE OF THE SURGICAL TREATMENT OF HEMORRHOIDAL DISEASE

Brexov E.I.¹, Kalinnikov V.V.¹, Korobov
M.V.^{1,2}, Kulakovskiy K.A.²

¹ FGBU «CGMA» UDP RF,

² Clinica Chaika, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Трансанальная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии, это миниинвазивный метод хирургического лечения геморроидальной болезни, основанный на современном представлении о патогенезе заболевания, который возможно выполнить в однодневном стационаре.

ЦЕЛЬ данной работы состоит в том, чтобы сравнить непосредственные результаты трансанальной доплер-контролируемой дезартеризации в сочетании с лифтингом и мукопексией слизистой с результатами геморроидэктомии у пациентов с III-IV стадией геморроя.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 206 пациентов с III-IV стадией геморроя (123 – мужчины и 83 – женщины) в возрасте от 21 до 74 лет. В первую группу вошло 58 пациентов, которым выполнена операция HAL-RAR (34 – мужчины, 24 – женщины). Во вторую группу включено 148 пациентов, которым выполнялась геморроидэктомия (89 – мужчины, 59 – женщины).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Время операции и появление первой дефекации в сравниваемых группах не имели различия. Послеоперационный болевой синдром был значительно меньше в HAL-RAR-группе. Парентеральное потребление анальгетиков, требуемое в 24-часовой период, имело значительно меньший средний показатель в группе HAL-RAR. Общее количество осложнений в изучаемых группах статистически не значимо. Сроки госпитализации в группе HAL-RAR были статистически значимо меньше.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Трансанальная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии в сочетании с мукопексией и лифтингом слизистой – патогенетически обоснованная процедура. Исследование демонстрирует, что HAL-RAR значительно менее травматичная манипуляция, по сравнению с геморроидэктомией и является эффективной альтернативой стандартному хирургическому лечению при геморроидальной болезни в III-IV стадии.

АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕПСИС, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ПРОЦЕССОВ ПАРАРЕКТАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ

Васильев С.В., Лазарев В.М., Дудка В.В.,
Захаров А.Ю., Попов Д.Е.

Кафедра хирургических болезней с курсом
колопроктологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,
СПб ГБУЗ «Городская больница № 9»,
г. Санкт-Петербург, Россия

ABDOMINAL SEPSIS AS A COMPLICATION OF ACUTE PURULENT PARAPROCTITIS

Vasilyev S.V., Lazarev V.M., Dudka V.V.,
Zakharov A.Yu., Popov D.E.

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проблема абдоминального сепсиса далека от своего решения. При развитии септического шока летальность составляет около 80%. Чётких данных об эпидемиологии сепсиса в РФ до сих пор нет.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Проанализировать возможности диагностики и лечения сепсиса на различных этапах развития гнойных процессов параректальной клетчатки, согласно общепринятым критериям.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы данные о 43 больных с клиническим или патанатомическим диагнозом «сепсис» и 182 пациентов с выраженным синдромом эндогенной интоксикации (СЭИ) на фоне гнойных процессов параректальной клетчатки, находившихся на лечении в отделении экстренной колопроктологии городской больницы № 9 г. СПб, за период с 2002 по 2018 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 43 пациентов с диагнозом «сепсис» умерли 27 (62,7%). В 6 (22,2%) случаях поставленный клинический диагноз «сепсис» не подтвердился на секции. В 19 (70%) случаях диагноз «сепсис» не был поставлен клинически, но был подтверждён при вскрытии. В 2 (7,4%) случаях диагнозы совпали. В 4 (25%) случаях из 16 выписавшихся пациентов с клинически диагностированным сепсисом было получено бактериальное подтверждение. Из 182 случаев с выраженным СЭИ, когда диагноз сепсис выставлен не был вследствие отсутствия результатов бакпосева, у 119 больных были основания для постановки диагноза «сепсис» (Международные рекомендации по лечению сепсиса и септического шока (2016); Рекомендации РАСХИ, Калуга, 2004 г.). У 18 пациентов этой группы в борьбе с СЭИ применялся ронколейкин, у 12 из них зафиксировано полное купирование СЭИ в течение 3-5 суток. Ни у одного из 18 пациентов в последующем периоде стационарного лечения диагноз «сепсис» поставлен не был.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Согласно существующим критериям, поставить клинический диагноз сепсис в большинстве случаев невозможно, так как срок результатов бакпосева (до 10 суток) не позволяет получить ответ до начала а/б-терапии. В случаях летального исхода лишь в 22% положительные результаты бакпосева подтверждаются выводами патанатомов. Применение иммуномодуляторов на ранних этапах лечения синдрома ЭИ в 66% случаях тормозит развитие клинической картины сепсиса и способствует выздоровлению пациентов.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ПОДСЛИЗИСТОЙ ДЕСТРУКЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ У ПАЦИЕНТОВ СО 2-3 СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

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

Кафедра хирургических болезней с курсом
колопроктологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,
СПб ГБУЗ «Городская больница № 9»,
г. Санкт-Петербург, Россия

THE FIRST RESULTS OF THE USE OF LASER SUBMUCOUS DESTRUCTION OF HEMORRHOIDS IN PATIENTS WITH STAGE 2-3 CHRONIC HEMORRHOIDS

Vasilyev S.V., Nedozimovany A.I.,
Popov D.E., Sorkin R.G., Gor I.V.

АКТУАЛЬНОСТЬ. Традиционная хирургия остается самым эффективным методом лечения пациентов с геморроем, однако выраженная послеоперационная боль и длительная реабилитация определяют необходимость поиска оптимального малоинвазивного метода его лечения. Лазерная подслизистая деструкция геморроидальных узлов – метод лечения, предложенный в 2008 г. и основанный на дозированном внутритканевом нагреве узла с его последующим склерозированием. Данная методика быстро стала популярной, однако в литературе встречаются лишь единичные публикации, посвященные этой проблеме.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность метода лазерной подслизистой деструкции геморроидальных узлов с использованием радиального световода у пациентов со 2 и 3 стадией хронического геморроя.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование было включено 70 человек с хроническим геморроем 2 (20%) и 3 (80%) стадии (Goligher). 50 (71%) – мужчины, 20 (29%) – женщины. Средний возраст – 51±0,7 лет. Всем пациентам выполнялась лазерная подслизистая деструкция геморроидальных узлов. В раннем послеоперационном периоде оценивались: болевой синдром (по ВАШ), наличие осложнений и сроки окончательного заживления ран. В отдаленном – возврат основных симптомов геморроидальной болезни: пролапса, кровотечений, тромбозов, анального зуда. Максимальный срок наблюдения составил 18 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 59 (84%) пациентов послеоперационный период протекал гладко, без особенностей, сроки госпитализации составили от 3-7 дней, в среднем, 3,12 дня. Послеоперационный болевой синдром составил 3±2 балла по ВАШ. Осложнения развились у 11 (16%) пациентов в раннем послеоперационном периоде. За время наблюдения рецидивов болезни не зафиксировано.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Лазерная подслизистая деструкция является достойным конкурентом DHAL-RAR и слизисто-подслизистой резекции в той «нише» лечения геморроидальной болезни, когда возможности латексного лигирования и склеротерапии исчерпаны, а время классической геморроидэктомии еще не пришло.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Велиев Т.И., Пантюков Е.Д.

Краевой колопроктологический центр КГБУЗ
«Горбольница № 4», г. Барнаул, Россия

OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF ACUTE PARAPROCTITIS.

Veliev T.I., Panthukov E.D.

Regional coloproctology center, Barnaul, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Частота рецидивов у 10-15% больных с острым парапроктитом определяет актуальность темы.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты лечения больных с острым парапроктитом.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В 2018 году пролечен 241 больной с острым парапроктитом: 205 – с подкожным, 26 – с ишиоректальным, 10 – с пельвиоректальным. Применяли клинические методы исследования. Прокрашивание свищевого хода синькой и обследование свищевого хода различными видами зондов для обнаружения внутреннего отверстия.

У 211 с интрасфинктерным расположением первичного внутреннего отверстия выполняли операцию вскрытия острого парапроктита с устранением внутреннего отверстия.

При транс – и экстрасфинктерном расположении внутреннего отверстия у 30 пациентов в начале вскрывали параректальный абсцесс с иссечением некротической тканей, а затем при выраженном рубцовом процессе у 8 больных внутреннее отверстие устраняли лигатурным методом, а у 22 больных с трансфинктерным расположением иссекали его в просвет кишки с ушиванием сфинктера.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 4 больных возник рецидив заболевания, у 2 пациентов, оперированных лигатурным методом возникла недостаточность анального сфинктера 1-степени.

ВЫВОДЫ. У всех больных с острым парапроктитом применены красители и различные виды зондов для обнаружения внутреннего отверстия.

Дифференцированный подход к выбору метода операции у больных с острым парапроктитом позволил значительно улучшить результаты лечения и уменьшить рецидивы заболевания.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ

Велиев Т.И., Пантюков Е.Д., Чаловский В.А.,
Шалыпин Д.И., Шалабода А.А.

Краевой колопроктологический центр КГБУЗ
«Горбольница № 4», г. Барнаул, Россия

DIFFERENTIAL APPROACH TO THE CHOICE OF PARAMETERS OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC HEMORRHOIDS

Veliev T.I., Pantyukov E.D., Chalovskiy V.A.,
Shalyapin D.I., Shalaboda A.A.

Regional coloproctology center, Barnaul, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. В структуре колопроктологических заболеваний геморрой составил около 40%. Геморроидэктомия является наиболее эффективным и определяемым методом радикального лечения при

3 и 4 стадии.

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

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Представлены результаты лечения 653 пациентов, оперированных в 2018 г, которым выполнена геморроидэктомия, электрокоагуляция, лигирование и лифтинг узлов с прошиванием сосуда.

Мужчин было 355, женщин – 298. Возраст больных – от 20-85 лет. Продолжительность заболевания – от 1 до 25 лет.

Всем больным применялся дифференцированный хирургический подход к каждому геморроидальному узлу. 251 больным одновременно применялись закрытая или открытая геморроидэктомия 1-2-х узлов совместно с лигированием. У 202 больных проведено лигирование узлов с электрокоагуляцией. У 167 больных проведены геморроидэктомия 1 узла или лигирование 2-х узлов, у 33 больных проведена дезартеризация с мукопексией 1-3 узлов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В послеоперационном периоде было 9 (1,2%) осложнений в виде кровотечения в группе больных, которым выполнена открытая геморроидэктомия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ. У больных с наличием хронического геморроя 3-4 стадии проведен индивидуальный хирургический подход к каждому узлу.

В зависимости от размеров и расположения узла применены различные методы хирургических операций: открытая или закрытая геморроидэктомия, дезартеризация с мукопексией, лигирование узлов, электрокоагуляция узлов.

ЛАЗЕРНАЯ ГЕМОРОИДОПЛАСТИКА (ЛНР) В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Головки Е.Б., Коротков С.А., Харabet Е.И.

Клиника МЕДСИ на Солянке АО «Группа компаний
«Медси», г. Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Современные условия оказания медицинской помощи и поиск новых методов лечения для различных аноректальных заболеваний предоставили в арсенал колопроктологов большое количество хирургических технологий, ряд которых с успехом применяется в амбулаторном режиме, включая стационары кратковременного пребывания. Одним из востребованных направлений в амбулаторном звене является использование сочетания малоинвазивных способов в лечении геморроидальной болезни и других заболеваний аноректальной зоны. Решая задачи амбулаторного этапа медицинской помощи, колопроктологи стараются выбирать те методы хирургического воздействия, которые позволяют снизить количество осложнений, сократить сроки нетрудоспособности и восстановительного периода. В литературе последних 5 лет мы находим немало сообщений об успешном использовании лазерного воздействия при поражении внутренних геморроидальных узлов. Зачастую авторы используют ряд названий для одного технологического приема: лазерная деструкция, лазерная коагуляция, лазерная геморридопластика (ЛНР). При этом суть хирургического подхода заключается в локальном воздействии лазерной энергии на геморроидальные узлы в подслизистом слое. Мы в документах стали использовать аббревиатуру ЛНР. Авторы, имеющие опыт длительного и частого применения ЛНР сообщают о хороших ближайших и отдаленных результатах этого вмешательства.

МЕТОДЫ. В Клинике МЕДСИ на Солянке (АО «Группа компаний «Медси», г. Москва) данная технология стала применяться с ноября 2018 года, и до марта 2019 выполнено 88 вмешательств с применением ЛНР, наряду с использованием и других малоинвазивных процедур. Подводя предварительные итоги использования ЛНР в клинике, мы обратили внимание на то, что данная технология с успехом была использована при сочетании различных заболеваний аноректальной зоны. Всего в клинике при симптомах хронического геморроя и при геморрое в сочетании с другой патологией аноректальной зоны выполнено 88 ЛНР аппаратом Biolitec с использованием лазерных световодов LHR-Fiber Biolitec при длине волны 1470 nm, мощность 8 W, импульсный режим, экспозиция в одной точке 3 сек., каждый внутренний узел 5-8 точек воздействия. При этом у 41 пациента ЛНР было единственным воздействием, у 47 пациентов имелись другие заболевания аноректальной зоны и применены сочетанные хирургические вмешательства. У 30 пациентов ЛНР сочеталось с геморроидэктомией или геморроидотромбэктомией единичных узлов, у 2 пациентов ЛНР дополнена тромбэктомией, у 2-х пациентов после ЛНР произведено иссечение геморроидальных бахромок, у 5 пациентов наряду с ЛНР выполнены анальные полипэктомии или удаления гиперплазированных анальных сосочков, у 4 пациентов проведено ЛНР, иссечение трещины и геморроидэктомия единичного узла, у 2-х – ЛНР сочеталось с иссечением трещины и у 2-х пациентов вместе с ЛНР были иссечены свищи. Большинство операций выполнено под местной анестезией, единичные вмешательства выполнены с общим обезболиванием.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В послеоперационном периоде тяжелых послеоперационных осложнений отмечено не было. В одном случае отмечена небольшая подслизистая гематома, не потребовавшая дополнительных назначений. В 2-х случаях после иссечения трещины и после иссечения наружного геморроидального узла отмечено длительное (свыше 6 недель) заживление послеоперационной раны. Средняя длительность ЛВН у наших пациентов составила 4,5 дня.

ВЫВОДЫ. Ближайшие результаты применения ЛНР для лечения геморроя, и геморроя в сочетании с некоторыми другими заболеваниями аноректальной зоны, свидетельствуют о хорошей переносимости изолированных и сочетанных вмешательств, демонстрируют низкое число осложнений, короткие сроки временной нетрудоспособности и раннюю реабилитацию. Лазерная геморроидопластика (ЛНР), как метод малоинвазивного амбулаторного хирургического лечения геморроя показывает себя достаточно эффективным и безопасным видом хирургического лечения геморроидальной болезни с поражением внутренних геморроидальных узлов и может быть с успехом применена в комплексе хирургического лечения при некоторых других поражениях аноректальной зоны.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОДНОРАЗОВОЙ ПОРТАТИВНОЙ NPWT-СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИССЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Горбунов И.Н., Егоркин М.А., Болквадзе Э.Э., Обухов В.К., Вечорко В.И.

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

ГБУЗ ГКБ № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ, г. Москва, Россия

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ. Исследовать воздействие метода лечения ран отрицательным давлением (NPWT – negative pressure wound therapy) у пациентов, перенесших иссечение эпителиального копчикового хода с подшиванием краев ран ко дну. Оценить влияние метода на ускорение сроков выздоровления и уменьшения сроков временной нетрудоспособности пациентов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Исследование проводилось в период с января 2014 по июль 2019 года в колопроктологическом отделении Городской клинической больницы № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ. Всего 33 пациента было включено в исследование. Все пациенты поступили в клинику в экстренном порядке с клинической картиной острого, впервые возникшего, воспаления эпителиального копчикового хода. Всем пациентам, в качестве первого этапа оперативного лечения, выполнялось вскрытие и дренирование абсцесса. Вторым этапом, производилось иссечение эпителиального копчикового хода с подшиванием краев раны ко дну. В основную группу были включены 15 (45,5%) пациентов, которым была выполнена установка одноразовой портативной NPWT-системы. В контрольной группе из 18 (54,5%) пациентов в послеоперационном периоде проводилась традиционная терапия с использованием противомикробных мазей на водорастворимой основе.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Заживление раны происходило быстрее у пациентов основной группы, и составляло, в среднем, $14,3 \pm 1,49$ суток против $24 \pm 2,6$ суток в контрольной группе. Время нетрудоспособности пациентов составило, в среднем, $13 \pm 1,39$ дней в основной группе и $21 \pm 2,71$ дня у пациентов контрольной группы. За 6 месяцев наблюдения данных за рецидив заболевания не было выявлено у пациентов обеих групп.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение отрицательного давления, создаваемого посредством одноразовой портативной NPWT-системы эффективно в лечении ран после иссечения эпителиального копчикового хода. Использование данного метода позволяет ускорить выздоровление пациентов и возвращение пациентов к труду и нормальной жизнедеятельности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАСТИКИ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ПО ОРИГИНАЛЬНОЙ МЕТОДИКЕ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ И КИСТ

Грошин В.С., Мрыхин Г.А., Швецов В.К.,
Бакуляров М.Ю., Магомедова З.К.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России,
г. Ростов-на-Дону, Россия

THE EFFECTIVENESS OF THE ORIGINAL PLASTIC SURGERY ON THE SACROCOCCYGEAL AREA AFTER REMOVAL OF THE PILONIDAL SINUSES AND CYSTS

Groshilin V.S., Mrykhin G.A., Shvetsov V.K.,
Bakulyarov M.Yu., Magomedova Z.K.

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Результаты лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом характеризуются высокой частотой рецидива, что, является следствием гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде и составляет порядка 11-40%.

Учитывая тот факт, что хирургический метод является единственным радикальным способом лечения эпителиального копчикового хода, остается актуальным поиск новых оперативных техник и пластики крестцово-копчиковой области у таких больных.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты хирургического лечения больных рецидивными эпителиальными копчиковыми ходами путем разработки и внедрения эффективного оригинального хирургического способа.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Представленное исследование представляет собой проспективный анализ. Исследовали 104 случая, в их числе – 40 (38,5%) с рецидивами после оперативного лечения. По половому признаку пациенты распределились следующим образом: мужчин – 82, женщин – 22. Возраст составлял от 18 до 60 лет, средний возраст – 27,3 года.

В I группе 32 (30,8%) больным проводилось открытое ведение раны. Во II группе – 38 (36,5%) пациентам выполнено иссечение эпителиального копчикового хода с подшиванием краев раны ко дну, и в III группе – 34 (32,7%) пациентам – радикальное иссечение эпителиальных копчиковых ходов предложенным оригинальным методом (патент РФ № 2556617).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В ходе исследования получены следующие результаты: в I группе длительность заживления ран составила $18,35 \pm 0,76$; во II группе – $28,67 \pm 0,93$; в III группе заживление раны происходило, преимущественно, первичным натяжением, в связи с чем сроки лечения составляли, в среднем, $13,46 \pm 0,64$ дня.

Рецидив заболевания в I группе в отдаленные сроки зарегистрирован у 3 (9,4%) человек. Во II группе рецидивы отмечались у 11 (28,9%) пациентов, что можно объяснить повторным формированием свища за счет заживления раны вторичным натяжением. В III группе получено 3 (8,8%) рецидива.

Сроки пребывания пациентов в стационаре в I группе – $12,3 \pm 0,62$ койко-дня, во II группе – $13,8 \pm 0,74$; в III группе составил $9,8 \pm 0,48$ суток при $p \leq 0,05$, что обусловлено эффективностью применения одномоментной пластики дефекта крестцово-копчиковой области по оригинальной методике.

ВЫВОДЫ. Предложенный нами метод, включающий пластический компонент, радикален и позволяет одномоментно произвести закрытие обширного

дефекта мягких тканей крестцово-копчиковой области, что уменьшает сроки пребывания в стационаре и улучшает косметические результаты лечения за счет уменьшения натяжения тканей.

ВОЗМОЖНОСТЬ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Грошин В.С., Швецов В.К., Мрыхин Г.А., Узунян Л.В.

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

THE POSSIBILITY OF IMPROVING THE RESULTS OF MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF CHRONIC HEMORRHOIDS

Groshilin V.S., Shvetsov V.K., Mrykhin G.A., Uzunyan L.V.
Rostov State Medical University, Rostov on Don, Russia

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты лечения больных с хроническим геморроем II-III стадии за счет разработки комбинированного способа малоинвазивного хирургического лечения, а также внедрения индивидуального подхода и обоснования показаний к применению способов малоинвазивного лечения.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ результатов лечения 190 пациентов с диагнозом: хронический комбинированный геморрой II-III стадии, находившихся на обследовании и лечении в клинике ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России и ГАУ РО «ОКДЦ». Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на 3 группы: в I группу включено 40 пациентов, которым выполнено склерозирование геморроидальных узлов в сочетании с ультразвуковой кавитацией аппаратом «Проксон», во II – 85 пациентов, которым выполнена дезартеризация внутренних геморроидальных узлов, в III – 65 пациентов, которым выполнена дезартеризация геморроидальных узлов в сочетании с ультразвуковой кавитацией со склерозированием с использованием хирургического комплекса «Проксон» по оригинальной запатентованной методике.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Послеоперационные осложнения возникли у 2 (5,0%) пациентов I группы, 6 (7,0%) – второй группы и у 4 (6,1%) пациентов III группы клинических наблюдений. Наименьший удельный вес осложнений – в I группе – 5%, чуть больший – в III и наибольший удельный вес – во II группе – 7%. К 6 месяцам после операции жалобы на кровотечение сохранялись у 12,1% пациентов I группы, 17,5% – II группы и 4,1% пациентов III группы. При рассмотрении отдаленных результатов лечения в срок 6 месяцев, 4 (10,0%) пациентам из I группы и 6 (7,1%) пациентам II группы, в виду сохранения жалоб, потребовалась геморроидэктомия, в III группе потребности в геморроидэктомии не возникло. Представленные результаты демонстрируют преимущества разработанного способа и свидетельствуют о высокой его эффективности и безопасности при относительной простоте выполнения и определения показаний к применению.

ВЫВОДЫ. Разработанный способ малоинвазивного лечения геморроя, включающий дезартеризацию геморроидальных узлов в сочетании со склерозированием и УЗ-кавитацией имеет высокую клиническую эффективность у пациентов с хроническим геморроем II-III стадии и может быть рекомендован к внедрению в клиническую практику.

КЛАССИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ HAL-RAR – ПОЧЕМУ ЕЁ ВЫБИРАЮТ ВРАЧИ И ПАЦИЕНТЫ

Давидович Д.Л.

Многопрофильный медицинский центр Мед-Ютас,
г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморроидальная болезнь приобретает характер эпидемии, поражая лиц трудоспособного возраста с высокой социальной активностью. В этой связи востребованными становятся современные малоинвазивные технологии, позволяющие достичь клинического результата с высоким качеством жизни в раннем послеоперационном периоде.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить возможности селективной доплер-контролируемой дезартеризации геморроидальных узлов с муксепсией непрерывным швом (классическая операция HAL-RAR) в условиях стационара однодневного пребывания.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. С февраля 2017 по январь 2019 года операции HAL-RAR были выполнены у 220 пациентов. Из них – 133 женщины и 87 – мужчин. Средний возраст составил 44 года. Все оперативные вмешательства были выполнены под локально-регионарной анестезией в условиях стационара кратковременного пребывания.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 83 пациентов по данным предоперационного осмотра была диагностирована II стадия геморроидальной болезни, у 125 пациентов – III стадия, и у 12 пациентов – IV стадия. Интраоперационных особенностей и осложнений отмечено не было. Все пациенты находились под динамическим наблюдением. Каких-либо значимых послеоперационных осложнений отмечено не было. У 12 пациентов в первые несколько суток была отмечена клиника усиления периферического ано-копчикового болевого синдрома, а у 16 пациентов при осмотре через 7-9 дней после вмешательства был отмечен тромбоз 1 или 2 внутренних геморроидальных узлов, в данном случае местное лечение было эффективно у всех пациентов. Срок послеоперационного наблюдения составил от 3 до 19 месяцев. Случаев полного рецидива отмечено не было, у 4 пациентов наблюдались явления резидуального пролапса слизистой без клинических проявлений, ещё у 5 пациентов – периодическое отделение помарок крови на фоне тугого плотного стула.

ВЫВОДЫ. Операция HAL-RAR является эффективным и безопасным способом лечения геморроидальной болезни различных стадий, сохраняющим высокое качество жизни в раннем послеоперационном периоде и может быть предложена как метод «первого выбора» в условиях концепции современного пациент-ориентированного подхода в лечении геморроидальной болезни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА LIGASURE

Денисенко В.Л.¹, Цыплаков К.Г.¹,
Хмельников В.Я.¹, Смирнов В.К.¹, Сушков С.А.²,
Денисенко Э.В.², Фролов Л.А.², Чепик К.О.²

¹ УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр», г. Витебск, Беларусь

² УЗ «Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск, Беларусь

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC HEMORRHOIDS BY LIGASURE

Denisenko V.L.¹, Ciplakov K.G.¹,
Hmelnikov V.Ya.¹, Smirnov V.K.¹, Sushkov S.A.²,
Denisenko E.V.², Frolov L.A.², Chepik K.O.²

¹ Establishment of public health «Vitebsk regional specialized clinical center», Vitebsk, Belarus

² Establishment of education «Vitebsk State Technological University», Vitebsk, Belarus

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморрой в структуре проктологических заболеваний занимает ведущее место. Данное заболевание приводит к временной потере трудоспособности, а также снижает качество жизни. По литературным данным, заболеваемость геморроем на 1000 взрослого населения в Белоруссии, России и Украине, в среднем, составляет 118-120 человек, а удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34 до 41%. На протяжении столетий хирурги работают над проблемой лечения хронического геморроя. В настоящее время в большинстве случаев применяется модифицированная типичная геморроидэктомия по Milligan-Morgan. Последняя используется при III, IV стадиях хронического геморроя. Последнее десятилетие ведется активный поиск и внедрение малоинвазивных и высокоэффективных методов лечения хронического геморроя. Marshman, D. и соавторы для эффективного лечения хронического геморроя применили лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами. Загрядский Е.А. внедрил трансанальную дезартеризацию внутренних геморроидальных узлов под доплер-контролем с муксепсией и лифтингом слизистой. Внедряемые новые методики уменьшают экономические затраты для лечения геморроидальной болезни и улучшают качество жизни пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить возможность применения аппарата LigaSure при лечении хронического геморроя IV стадии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 15 пациентов с IV стадией геморроя (7 мужчины и 8 женщины) в возрасте от 29 до 69 лет (средний возраст 47,0±10,7 года), находившихся на лечении в колопроктологическом отделении УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» за июнь 2018 года. Для лечения пациентов с хроническим геморроем IV-стадии в клинике использовали аппарат LigaSure, основанный на воздействии электротермической системы на ткани, которая расплавляет коллаген и эластин. При этом нет необходимости в выделении и лигировании сосудистой ножки геморроидального узла. Термическое воздействие проникает в ткани на 2 мм.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. Стационарное лечение больных продолжалось, в среднем, 7,8±1,8 дней. Время операции составляло, в среднем, 16,7±7,9 минут. Рецидивов не выявлено.

ВЫВОДЫ. Применение аппарата LigaSure при лечении хронического геморроя IV-стадии уменьшает выраженность послеоперационного болевого синдрома,

сокращает продолжительность оперативного вмешательства и период послеоперационной реабилитации по сравнению с классической геморроидэктомией.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Дмитриченко В.В., Данилин В.Н.,
Непомнящая С.Л., Погосян Г.Н., Семенов В.В.

Клиника высоких медицинских технологий
им. Н.И. Пирогова СПбГУ, г. Санкт-Петербург, Россия

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF VARIOUS METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC HEMORRHOIDS

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморроидальная болезнь является одним из самых частых заболеваний прямой кишки и наиболее частой причиной обращения к колопроктологу. Распространённость заболевания составляет 130-145 человек на 1000 взрослого населения. Современный темп жизни приводит к росту заболеваемости геморроем, которым все чаще страдают люди молодого трудоспособного возраста. Ее распространенность составляет 118-120 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34 до 41%. До настоящего времени самой распространенной остается операция, направленная на иссечение трех геморроидальных узлов, предложенная Е.Миллиганом и Г.Морганом еще в 1937 г. Вместе с тем в практику активно внедряются малоинвазивные технологии – геморроидэктомия с использованием лигирующих инструментов, дезартериализация геморроидальных узлов, лазерная коагуляция и другие.

ЦЕЛЬ. Оценка результатов лечения хронического геморроя различными способами геморроидэктомии с применением современных лигирующих инструментов, а также методом дезартериализации под доплерографическим контролем с лифтингом и мукопексией, выбор оптимальной тактики лечения.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ лечения 336 больных хроническим геморроем в нашей клинике за 2013-2018 гг. Всего было 155 (46,2%) мужчин и 181 (53,8%) женщина 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% и 26,5%. В возрастной группе от 31 до 50 лет незначительно преобладали женщины – 51,5%. Среди пациентов более молодого и более старшего возраста преобладали мужчины.

В 84,5% случаев (284 из 336) лечение выполнялось пациентам с III и IV стадиями заболевания: 224 (66,7%) и 60 (17,8%), соответственно. Осложненное течение геморроидальной болезни было в 73 (21,7%) случаях. Среди осложнений преобладали кровотечения (55-16,4%), у 16 (4,7%) больных ранее возникали тромбозы геморроидальных узлов. 21 больной был оперирован при рецидиве заболевания после хирургического лечения: лигирование узлов латексными кольцами (8), лазерное удаление (1), дезартериализация под УЗ-контролем (8), геморроидэктомия (4). Кроме того у 37 больных имелась сопутствующая патология: полип анального канала (16), хроническая анальная трещина – (18), ректоцеле, хронический анопромежностный свищ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Подавляющему большинству пациентов была выполнена дезартериализация геморроидальных артерий под УЗ-контролем с лифтингом слизистой – 226 (67,3%), геморроидэктомия выпол-

нена 44 больным: у 30 (8,9%) традиционная закрытая геморроидэктомия и 14 (4,1%) – с использованием аппарата LigaSure. 66 больным были выполнены комбинированные оперативные вмешательства (дезартериализация геморроидальных артерий под УЗ-контролем с удалением наружного или тромбированного внутреннего узла – 30, 8,9%, с иссечением хронической анальной трещины – 18, 5,4% и удалением полипов 13, 3,9%; геморроидэктомия с иссечением трещины или иссечением хронического свища – 5, 1,5%). Оперативное лечение выполнялось под общей или спинальной анестезией. Средняя продолжительность операции составила 39 минут (с 17 до 80 минут). Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде не требовал назначения сильнодействующих анальгетических препаратов, исключая комбинированные операции с иссечением хронической анальной трещины. В 5 (1,5%) случаях на 1 сутки после операции отмечалась рефлекторная задержка мочи, потребовавшая терапии спазмолитиками. Среднее послеоперационное пребывание пациентов в стационаре составило 2,2 дня. В дальнейшем пациенты продолжали лечение амбулаторно. Послеоперационные осложнения на этапе амбулаторного лечения отмечены у 5 (1,5%) больных: 4 – кровотечения на 7, 9, 12 и 30 сутки после операции, 1 – тромбоз наружного геморроидального узла, потребовавший его удаления. Сроки амбулаторного лечения до восстановления трудоспособности составляли от 1 до 4 недель, в зависимости от характера работы пациента. Повторное лечение в виде удаления оставшихся наружных узлов или лазерной коагуляции потребовалось 16 (4,8%) пациентам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Наилучшие ближайшие и отдаленные результаты лечения были получены после выполнения комбинированных операций, включающих в качестве основного компонента дезартериализацию геморроидальных артерий под доплерографическим контролем с лифтингом слизистой.

ВЛИЯНИЕ NPWT НА СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ И ГАНГРЕНУ ФУРЬЕ

Егоркин М.А., Болквадзе Э.Э., Горбунов И.Н.,
Вечорко В.И., Обухов В.К.

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

ГБУЗ ГКБ № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ, г. Москва,
Россия

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва,
Россия

ЦЕЛЬ. Оценить влияние комплексного метода лечения послеоперационных ран у пациентов, перенесших хирургическое лечение по поводу анаэробного парапроктита (АП) и гангрены Фурье (ГФ) с применением NPWT (negative pressure wound therapy – лечение ран отрицательным давлением) на ускорение сроков проведения кожной пластики ран местными тканями и времени пребывания в стационаре.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Исследование проводилось в период с января 1986 по июль 2018 года в колопроктологическом отделении Городской клинической больницы № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ. Все пациенты (500 человек) поступили в клинику в экстренном порядке. Всем пациентам выполнялось вскрытие и дренирование абсцессов и гнойных затеков, обширная некрэктомия с применением хирургических разрезов шире видимых границ распространения воспалительного процесса, с учетом результатов флуо-

метрии, которая показывает, что истинные границы воспалительного процесса не совпадают с видимыми, превышая их на 0,5-1,0 см. В послеоперационном периоде, после очищения раны и прекращения гнойно-некротических процессов, 60 пациентам была выполнена установка аппарата для вакуумной терапии ран. Пациентам контрольной группы проводилось стандартное лечение ран во влажной среде с использованием противомикробных препаратов на водорастворимой основе.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Благодаря комплексному подходу к лечению, удалось ускорить сроки проведения пластических операции до 11-12 дней у пациентов, получавших NPWT. Время пребывания пациентов в группе с NPWT в стационаре снизилось, в среднем, на 16-18 койко-дней, в сравнении с группой, получавшей традиционную терапию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение NPWT позволило сократить продолжительность первой фазы раневого процесса, эффективно и быстро подготовить послеоперационные раневые дефекты к пластическому закрытию и, следовательно, сократить время пребывания пациента в стационаре.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО И ОПЕРАЦИИ HAL-RAR ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ

Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

THE APPLICATION OF THE OPERATION LONGO AND OPERATIONS OF THE HAL-RAR FOR CHRONIC HEMORRHOIDS

Zhuravlev A.V., Katorkin S.E., Chernov A.A.
Samara state medical University, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. В практике врача-колопроктолога, геморрой является самым частым заболеванием.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность и целесообразность применения операции Лонго и операции HAL-RAR при лечении пациентов с геморроем.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В отделении колопроктологии у больных, страдающих геморроем, было выполнено 499 операций Лонго, и 95 операций Hal-Rar. Всего оперировано 594 больных с 2-4 стадией заболевания. Возраст пациентов от 23 до 77 лет (средний возраст составил 49 лет), из них 59% – женщин, 41% – мужчин. Для дезартеризации использовался аппарат «HAL-Doppler II» (А.М.И., Австрия). Для выполнения операции Лонго использовались стандартные хирургические наборы и комплекты Procedure for Prolapse and Haemorrhoids (PPH-01 и PPH-03) (Ethicon, США), а также степлеры (Kangdi KYGZB 33,5; Китай).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средний срок госпитализации в стационаре составил $2,3 \pm 0,5$ дней. В раннем послеоперационном периоде у 91,5% (544 пациентов) – осложнений не было. У 15 пациентов наблюдалась острая задержка мочи, после однократной катетеризации мочевого пузыря мочеиспускание восстановилось. В 8 случаях в сроки от 15-25 дней наблюдалось кровотечение из послеоперационного шва, которое было остановлено консервативными мероприятиями – введением препарата «Транексам». У одной пациентки после выполнения дезартеризации геморроидальных узлов с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки на 6-е сутки после операции было отмечено выделение газов и жидкого кала из влагалища, был

диагностирован ректовагинальный свищ, который зажил самостоятельно на 15 день после проведенного консервативного лечения. У 26 больных возник тромбоз наружного геморроидального узла на 3-5-е сутки, который был купирован консервативными методами. Через 6 месяцев, рецидив заболевания выявлен у 9 пациентов. В дальнейшем в плановом порядке им была выполнена операция – закрытая геморроидэктомия с хорошими результатами.

ВЫВОДЫ. Операция Лонго и операция HAL-RAR имеет ряд преимуществ по отношению к традиционным методам оперативного лечения геморроя, послеоперационный болевой синдром и сроки медицинской и социальной реабилитации больных значительно ниже.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЕМ

Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Чернов А.А.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

COMPARATIVE RESULTS OF LONGO OPERATION IN TREATMENT OF PATIENTS WITH RECTOCELE AND HEMORRHOIDS

Zhuravlev A.V., Katorkin S.E., Chernov A.A.
Samara state medical University, Samara, Russia

ВВЕДЕНИЕ. В практике врача колопроктолога, геморрой является самым частым заболеванием. Его распространенность составляет 118-120 человек на 1000 взрослого населения. По нашим данным, сочетание ректоцеле с хроническим внутренним геморроем наблюдается более чем в 57%.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов лечения пациентов, страдающих ректоцеле и геморроем.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. После комплексного обследования в отделении колопроктологии Клиник СамГМУ операция Лонго выполнена у 792 больных. Средний возраст пациентов – 48 лет. У 499 (63,0%) человек был диагностирован хронический внутренний геморрой 2-4 стадии. У 293 (37,0%) женщин, была выполнена операция по поводу ректоцеле 1-3 степени. Из них у 175 (59,7%) ректоцеле сочеталось с хроническим внутренним геморроем. Использовался стандартный хирургический набор и комплект Procedure for Prolapse and Haemorrhoids (PPH-01 и PPH-03) (фирма Ethicon, США), а также степлеры фирмы Kangdi KYGZB 33,5 и фирмы Panther 33,5 произведенные в Китае.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Во время операции кровотечение из линии аппаратного шва возникло у 37 (4,7%) пациенток. Средний послеоперационный период – $3,1 \pm 0,8$ дней. Средний период реабилитации – $11,2 \pm 1,3$ дней. Ближайшие и отдаленные результаты изучены у 548 человек (4-36 мес.). Хорошие результаты отмечены в 389 (70,9%); удовлетворительные результаты – в 137 (25,0%) случаях; неудовлетворительный результат выявлен у 22 (4,1%) пациенток – у них сохранился затрудненный акт дефекации с использованием ручного пособия, не уменьшились размеры ректоцеле. После дополнительного обследования пациенткам с рецидивом заболевания была выполнена операция с использованием сетчатых эндопротезов (операция prolift posterior) с хорошими результатами.

ВЫВОД. Несомненным преимуществом операции Лонго перед другими способами коррекции ректоце-

ле, являются: малая травматичность хирургического пособия, отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращение сроков пребывания в стационаре, медицинской и социальной реабилитации больных. Применение операции Лонго при лечении больных, страдающих сочетанием ректоцеле и геморроя, считаем операцией выбора.

ГИБРИДНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ III И IV СТАДИИ

Загрядский Е.А.

Медицинский центр «ОН КЛИНИК», г. Москва, Россия

HYBRID METHODS FOR THE TREATMENT OF GRADE III AND IV HAEMORRHOIDS

Zagriadsky E.A.

Medical Center «ON-CLINIC», Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморроидэктомия остается стандартом лечения пациентов с III–IV стадией геморроя, однако длительный период заживления ран анального канала, является главной причиной длительного реабилитационного процесса. Использование трансанальной дезартеризации с мукопексией, не всегда бывает эффективной. В связи с этим применение гибридных методик, сочетающих хирургическое и малоинвазивное лечение в лечении геморроя III и IV, является перспективным направлением в лечении сложных форм геморроидальной болезни.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить результаты лечения с применением гибридных методик.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. С января 2017 г. по декабрь 2018 г. в Московском медицинском центре «ОН КЛИНИК» проведено лечение 65 пациентов с наружным и внутренним геморроем 3–4-й стадии, включая мужчин – 47 (72,3%) и женщин – 18 (27,7%). Средний возраст пациентов – 45,2±9,3 (28–67). Длительность заболевания – 8,8±2,2 (5–15) года. Всем пациентам планировалось выполнение трансанальной дезартеризации с мукопексией. Пациенты были информированы, что в случае ее неэффективности, будет использована гибридная методика – трансанальная дезартеризация с мукопексией и геморроидэктомией внутреннего геморроидального узла. При хирургическом лечении использовалось оборудование «Ангиудин-Прокто».

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все больные оперированы под спинальной анестезией в условиях стационара «одного дня». Время операции 37,7±2,1 (35–45) мин. Послеоперационный болевой синдром в первый день составил 39,69 (30–50) мм по шкале VAS, что потребовало, в среднем, 30,1±1,2 (30–40) мг Кеторолака трометамин. На 5–6 день 20,6 (20–40) мм и 23,2 (20–30) мм соответственно. Время госпитализации 22,9±3,3 (20–48) часа. Первая дефекация – 39,4±5,4 (33–48) часа. Среднее время нетрудоспособности – 10,86±1,9 (10–15) дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение гибридных методик, в лечении сложных форм геморроя, позволяет минимизировать травму слизистой анального канала и сократить реабилитационный период.

ОПЕРАЦИИ LIFT В ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Загрядский Е.А.

Медицинский центр «ОН КЛИНИК», г. Москва, Россия

LIFT PROCEDURE IN THE TREATMENT OF ANAL FISTULA

Zagriadsky E.A.

Medical Center «ON-CLINIC», Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Свищи прямой кишки – распространенная патология анального канала, наиболее часто развивается у пациентов трудоспособного возраста, что обуславливает социальную значимость данного заболевания.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность методики LIFT, при применении ее в условиях стационара одного дня.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. С января 2015 г. по декабрь 2018 г. в Московском медицинском центре «ОН КЛИНИК» проведено лечение 38 пациентов с трансфинктерными свищами прямой кишки, включая мужчин – 34 (89,5%) и женщин – 4 (10,5%). Средний возраст пациентов – 41,05±10,4 (28–56). Диагноз подтвержден УЗ – исследованием анального канала. Передняя локализация свища была у 16 (42,1%) пациентов, задняя – у 22 (57,9%) пациентов. В 4-х случаях имелся межсфинктерный затек. Длительность заболевания от 2 мес. до 3 лет. Недостаточности анального сфинктера до операции не отмечено.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все больные оперированы под спинальной анестезией в условиях стационара «одного дня». Длительность операции составила – 40,2±2,9 (35–45) минуты. Послеоперационный болевой синдром в первый день составил 38,4 (30–50) мм по шкале VAS. На 6–7 день 26,1 (20–30) мм и 23,2 (20–30) мм, соответственно, что потребовало, в среднем, 25,8±5,0 (20–30) мг Кеторолака трометамин. Время госпитализации 23±1,9 (21–27) часа. Первая дефекация – 39,4±5,4 (33–48) часа. Среднее время нетрудоспособности – 13,6±1,6 (10–15) дней. Осложнения развились у 4 (10,5%) пациентов. Возникла несостоятельность швов перевязанной культи свища. Осложнение возникло у пациентов с наличием межсфинктерного затека. Осложнение купировано, выполнено рассечение свища в просвет прямой кишки. Период наблюдения за пациентами – от 6 до 25 месяцев. Рецидив свища и явлений инконтиненции не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Операция LIFT может применяться у пациентов с трансфинктерными свищами, без интрасфинктерных затеков. Короткий срок нетрудоспособности, невыраженный послеоперационный болевой синдром, позволяет применять методику LIFT в условиях стационара «одного дня», отвечая требованиям малоинвазивной хирургии.

ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ В НОРМЕ И ПРИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

Захарченко А.А., Винник Ю.С., Полежаев Л.А.

Красноярский государственный медицинский университет, г. Красноярск, Россия

FEATURES OF THE ARTERIAL BLOOD SUPPLY OF THE RECTUM WITH NORMAL AND HEMORRHOIDS

Zakharchenko A.A., Vinnik Yu.S., Polezhaev L.A.

Krasnoyarsk state medical university, Krasnoyarsk, Russia

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить особенности артериального кровоснабжения прямой кишки в норме и при геморроидальной болезни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В основу изучения нормальной рентгеноанатомии верхней ректальной артерии (ВРА) положен анализ ангиограмм 46 пациентов (контрольная группа) без симптомов геморроидальной болезни (диагностическая ангиография выполнена для исключения сосудистой патологии левых отделов ОК) и 52 больных с хроническим геморроем I-IV стадий (исследуемая группа). Доминирующий симптом заболевания – систематические геморроидальные кровотечения различной степени интенсивности.

При анализе ангиограмм оценивали: диаметр и длину ВРА, характер ее деления на дистальные ветви и их диаметр, наличие анастомозов с другими артериальными системами ПК, количество геморроидальных ветвей на уровне нижеампулярного отдела ПК.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Длина ВРА в норме ($n=46$) колебалась от 1,4 до 4,8 см ($2,73\pm 1,93$), диаметр равнялся 0,19–0,29 см ($0,23\pm 0,08$). При геморроидальной болезни ($n=52$) длина ВРА практически не отличалась от нормальных показателей, варьировала от 1,38 до 4,6 см ($2,78\pm 1,85$) ($p>0,05$). Диаметр – 0,23–0,32 см ($0,27\pm 0,12$) ($p<0,01$). Имело место достоверное увеличение диаметра – как следствие, усиление артериального притока к геморроидальным узлам.

Бифуркационное деление ВРА в контрольной группе – в 82,6% случаев. При этом третья (задняя) ветвь, отходящая от правой ветви на расстоянии 0,14–0,29 см ($0,16\pm 0,07$) была выявлена у 17,4% больных. Диаметр ее был достоверно уже каждой из двух основных ветвей и составил 0,07–0,11 см ($0,09\pm 0,02$) против 0,1–0,12 см ($0,11\pm 0,01$) ($p<0,05$).

При геморроидальной болезни отмечалось обратное соотношение – ВРА делилась на три дистальные ветви (трифуркация) в 69,2% случаях. Диаметр каждой ветви при этом составил $0,14\pm 0,01$ см. Каждая из ветвей была достоверно шире, чем в контрольной группе, в пределах 0,8–0,12 см ($0,1\pm 0,02$) ($p<0,05$). Бифуркационное деление ВРА в исследуемой группе – 30,8% случаев. Третья ветвь была также уже, чем в контрольной группе, диаметр ее в пределах 0,09–0,12 см ($0,1\pm 0,02$). Разница диаметров третьей ветви в группах сравнения была недостоверной ($p>0,05$).

Только в 13,7% случаев геморроидальные ветви ВРА прослеживались в количестве трех до нижеампулярного отдела ПК. Геморроидальные ветви в количестве от 4 до 7 обнаружены в 86,5% случаев (4 ветви – в 19,1%, 5 ветвей – в 42,6%, 6 ветвей – в 27,7%, 7 ветвей – в 10,6%).

Коллатеральная связь терминальных ветвей ВРА со средними ректальными артериями (СРА) при геморроидальной болезни – у 7,6% пациентов, преимущественно слева. В 3,8% наблюдений – двухстороннее ретроградное контрастирование.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Кровоснабжение внутренних геморроидальных узлов (ВГУ) осуществляется, в основном, ветвями ВРА. Усиленный артериальный приток к ВГУ, обусловлен расширением диаметров как самой ВРА, так и ее дистальных ветвей, преобладанием трифуркационного типа ветвления.

Недоучет данных о количестве геморроидальных ветвей (от 4 до 7) и о коллатеральном кровоснабжении ВГУ через СРА (7,6%) может ухудшить отдаленные результаты различных методов лечения геморроидальной болезни.

Результаты этого исследования позволили определить возможности использования в клинической практике Emborrhoid Technique в лечении геморроидальной болезни на ранних стадиях заболевания (I-II и частично III), когда доминирующим симптомом заболевания были систематические кровотечения различной степени интенсивности.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ТЯЖЕЛОЙ РОДОВОЙ ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ

Зитта Д.В., Беляев А.И.

Кафедра факультетской хирургии № 1 с курсом урологии лечебного факультета, ФГБОУ ВО «ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь, Россия

Лечение последствий тяжелой акушерской травмы промежности остается актуальной проблемой.

ЦЕЛЬ. Проанализировать результаты лечения пациентов с последствиями тяжелой родовой травмы промежности.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Изучены результаты лечения 24 пациенток, оперированных в отделении колопроктологии по поводу последствий родовой травмы промежности. Оценивали следующие показатели: возраст, срок с момента родов до хирургической коррекции, Wexner Index Score (WIS) до и после лечения, частота послеоперационных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Возраст на момент операции составил $31,8\pm 7,5$ лет, на момент родов $27,5\pm 6$ лет, все первородящие, у всех имел место полный поперечный разрыв анального сфинктера. Фекальная инконтиненция 2 степени в 4 случаях, 3 степени в 20. Сочетание повреждения сфинктера и ректовагинального свища у 3 больных. Перед началом лечения значение WIS составляло $16\pm 3,8$. Всем пациенткам выполнена передняя сфинктероплевропластика с формированием дубликатуры сфинктера и реконструкция промежности перемещенными кожными лоскутами. В 21 случае превентивная колостома формировалась одномоментно с сфинктероплевропластикой. 3 пациентки были оперированы в ранние сроки после родов в связи с развитием тяжелой раневой инфекции – у них первым этапом формировалась колостома, вторым – сфинктероплевропластика. Остальные обращались сами, средний срок с момента родов до операции составил $4,7\pm 2,7$ лет. Закрытие колостомы выполнено всем больным. Средний срок с момента операции до закрытия стомы – 14 ± 2 недели. Послеоперационный период у 23 пациенток протекал благоприятно, раны заживали первичным натяжением или с минимальными проявлениями раневой инфекции. В одном случае возник рецидив ректовагинального свища, потребовалась повторная операция, которая привела к выздоровлению. Через 4 недели после закрытия колостомы среднее значение WIS составило $3\pm 1,2$.

ВЫВОДЫ. Сфинктероплевропластика с реконструкцией промежности под прикрытием превентивной колостомы обеспечивает хорошие результаты

у больных с последствиями тяжелой родовой травмы промежности.

ИНТЕРЕСНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКЦИНЫ «ГАРДАСИЛ» ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АНОГЕНИТАЛЬНОМ КОНДИЛОМАТОЗЕ

Зубенков М.В.

Мед.центр «Глобал Клиник», г. Н.Новгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Аногенитальная папилломовирусная инфекция человека на сегодняшний день является одним из самых распространенных вирусных заболеваний, передаваемых половым путем. Наиболее радикальной методикой избавления от аногенитальных кондилом является их хирургическое удаление в комплексе с иммуномодулирующей терапией. Но, тем не менее, частота возникновения рецидива, по данным различных авторов, после удаления кондилом, составляет до 30-50%.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность применения вакцины «Гардасил», в комплексном лечении, при рецидивирующем аногенитальном кондиломатозе.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Вакцина «Гардасил» (Human Papillomavirus Types 6,11,16,18 quadrivalent recombinant Vaccine) применялась (2011-2018 гг.) 5-м больным с рецидивирующим кондиломатозом аногенитальной локализации. Из них 3-е девочки и женщины (16-26 лет) и 2-е мужчины (20-25 лет). Эффект от применения «Гардасил», на фоне уже имеющейся инфекции (HPV 6 и 11 тип), был обнаружен нами случайно, при применении данной вакцины гинекологами больной с уже имеющимися на тот момент рецидивными остроконечными кондиломами в анальном канале (после уже первой вакцинации мелкие очаги остроконечных кондилом самостоятельно исчезли и в последующем не появлялись). В последующем мы рекомендовали применение данной вакцины больным, перенесшим очередную операцию по поводу рецидива аногенитального кондиломатоза. Введение «Гардасил» производилось в различных вакцинационных центрах нашего города. Рекомендовалась схема из 3-х доз (0-2-6 месяцев), но и допускается ускоренная схема (0-1-3 месяцев).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Важно отметить, что уже после первой вакцинации рецидивов у всех 5-х больных больше не отмечалось, а у двух больных, с ранее вновь визуализированными единичными кондиломами, они в последующем в течение 2-х недель исчезли. Побочные действия в виде головокружения и тошноты были отмечены лишь у 2-х больных. Осложнений ни у одного больного отмечено не было. Сроки наблюдения за больными после вакцинации от 6 месяцев до 3-х лет. К сожалению, эффективность в более отдаленном периоде оценить не удалось, т.к. связь с ранее вакцинированными больными была потеряна.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Небольшое количество пациентов не позволяет сделать однозначных выводов об эффективности и безопасности применения вакцины «Гардасил» при уже существующей папилломовирусной инфекции в организме. Есть единичные зарубежные работы, где отмечена эффективность вакцины независимо от того, инфицирован уже человек вирусом или нет. При этом подчеркивается, что вакцины обладают профилактическим, а не лечебным эффектом. На данный момент нет пока достоверных данных об их влиянии на элиминацию уже попавшего в организм ВПЧ. Необходимо дальнейшее накопление материала и оценка отдаленных результатов.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ HAL-RAR ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ГЕМОРРОЕ

Зубенков М.В., Осмоловский С.В., Сырейщиков В.В.

Медицинский центр «Глобал Клиник», г. Н.Новгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Применение методики HAL-RAR при комбинированном геморрое остается дискуссионным. Особенно актуален вопрос, что же делать с наружным геморроидальным компонентом, а также насколько радикальна методика и каков процент рецидивов в отдаленном периоде.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить отдаленные результаты использования методики HAL-RAR при хроническом комбинированном геморрое.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В 2012-2019 гг. методом HAL-RAR в различных модификациях в мед. центре «Глобал Клиник» (г. Н.Новгород) было прооперировано 850 больных с геморроем II-IV стадии, в том числе, и сочетанные операции, дополняющиеся иссечением анальных трещин, полипов анального канала и наружных геморроидальных узлов, в возрасте от 18 до 87 лет. Изучены отдаленные результаты 320-и больных, прооперированных в 2012-2018 гг. с заболеванием комбинированный геморрой, с имеющимся, в разной степени выраженности, наружным геморроидальным компонентом. Из них 82 (25,6%) больным не производилось удаление наружных узлов, в связи со значительным уменьшением объема ткани геморроидальных узлов и лифтингом их в анальный канал во время операции, а 238 (74,4%) больным операция дополнялась удалением наружного геморроидального компонента. Операции проводились в условиях стационара одного дня пребывания, с использованием аппарата «Ангиодин-Прокто» (БИОСС, Россия). Всем больным в послеоперационном периоде назначались венотоники (МОФФ 1000 мг). Сроки наблюдения после операции составили 1-7 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В течение всего срока наблюдения у 31 (9,7%) больного был выявлен рецидив заболевания. Как правило, это было вновь увеличение наружного геморроидального сплетения и, в абсолютном большинстве случаев, в группе, где не производилось иссечение наружного геморроидального компонента во время операции. В последующем, данным больным повторно амбулаторно производилось удаление наружных геморроидальных узлов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Отдаленные результаты показывают эффективность и радикальность методики HAL-RAR при комбинированном геморрое. А сочетание ее с одномоментным удалением наружных геморроидальных узлов позволяет избежать в будущем рецидивов и повторных операций.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ HAL-ЛАЗЕР

Зубенков М.В., Харабет Е.И.

Медицинский центр «Глобал Клиник», г. Н.Новгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Интерес у врачей и пациентов к лазерным технологиям в хирургии и непосредственно в проктологии с каждым годом неизменно растет. Первые статьи о лазерной субмукозной деструкции геморроидальных узлов начали появляться в 2008-2009 гг. Сейчас лазеры не редкость в крупных медицинских центрах и частных клиниках. Диодные лазеры имеют достаточное количество диапазонов длин волн и излучения, они компактны и в режиме

W-лазера (длина волны выше 1,32 мкм) используются с успехом именно для вапоризации кавернозной ткани геморроидальных узлов. Методика HAL – лазер сочетает в себе и дезартеризацию и лазерную вапоризацию геморроидальных узлов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность методики HAL-лазер при хроническом геморрое II-III ст.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В 2018-2019 гг. методом HAL-лазер в мед. центре «Глобал Клиник» (г. Н.Новгород) было прооперировано 47 больных с геморроем II-III стадии, возрастом от 21 до 57 лет. Из них 18 (38,3%) больных оперированы под местной анестезией и 29 (61,7%) – под спинальной анестезией. Операции проводились в условиях стационара одного дня пребывания, с использованием аппарата «Ангиодин-Прокто» (БИОСС) для дезартеризации (HAL) и двухволновой лазерной установки (H/W) «Ирэ-полус» (IPG) для лазерной вапоризации геморроидальных узлов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Методика выполнения операции заключается в том, что после дезартеризации (HAL) в 4-6 точках, со стороны кожи торцевым световодом делается прокол в непрерывном режиме H-лазера и затем субдермально и субмукозно световод проводится в толщу узла, где переключается на режим W-лазера и производится уже вапоризация кавернозной ткани по «веерному» типу в импульсном режиме, с медленным выведением световода и последующей частичной вапоризации уже наружного геморроидального компонента (если таковой имеется) в том же режиме. Интраоперационных осложнений не отмечалось, а в послеоперационном периоде отмечалась гипертермия у 3 (6,4%) больных, отек наружных геморроидальных узлов у 5 (10,6%) больных, тромбоз наружного геморроидального узла у 1 (2,1%) больного. Болевой синдром по VAS в первые трое суток не превышал 3-4 балла. Сроки наблюдения за данными больными пока не более 11 месяцев. Рецидивов не отмечалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Методика HAL-лазер является мало-травматичной и малоинвазивной, а низкий процент осложнений и невыраженный послеоперационный болевой синдром дают преимущество этой методики по отношению к другим оперативным методам лечения геморроя. Но отсутствие пока отдаленных результатов не позволяет говорить о радикальности данной методики в полной мере.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Карташев А.А., Евтушенко Е.Г., Лёшин И.А., Ярков С.В.
ГУЗ Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи им. заслуженного врача России Е.М. Чучкалова (ГУЗ УОКЦСВМП), г. Ульяновск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Экстрасфинктерные свищи прямой кишки 3 и 4 степеней сложности являются наиболее редкими, но и наиболее сложными среди всех заболеваний колопроктологического профиля.

Хирургическое лечение этой патологии сопряжено с множеством трудностей, что связано с особенностями анатомического строения сфинктеров прямой кишки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с экстрасфинктерными свищами прямой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 68 пациентов с экстрасфинктерными свищами прямой кишки 3 и 4 степени сложности, оперированных в хирургическом отделении № 7 ГУЗ УОКЦСВМП

в период с 2016 по 2019 гг. Всем пациентам производилась сегментарная проктопластика. Сроки наблюдения за пациентами – не менее 12 месяцев после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В 2016 г. в хирургическом отделении № 7 ГУЗ УОКЦСВМП было оперировано 68 пациентов с диагнозом – экстрасфинктерный свищ прямой кишки 3 – 4 степени сложности в возрасте от 22 до 68 лет (средний возраст $42 \pm 5,6$ года).

Среднее время оперативного пособия составило $56 \pm 22,3$ минуты.

Ранние послеоперационные осложнения возникли у 6 (8,8%) пациентов и были представлены рефлексной задержкой мочи в первые сутки после операции – 4 (5,8), кровотечением – 1 (1,5) и ретракцией лоскута – 1 (1,5).

Средний срок госпитализации составил $10,1 \pm 4,6$ суток. Средний срок полного заживления ран составил $42,1 \pm 13,6$ суток. Средний срок наблюдения за пациентами после операции составил $17,3 \pm 6,9$ месяцев. За данный период в 2 (2,9%) случаях наблюдался рецидив свища. Случаев анальной инконтиненции не наблюдалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. 1. Экстрасфинктерные свищи прямой кишки являются наиболее сложными для лечения.

2. Ранние послеоперационные осложнения наблюдались у 8,8% пациентов и были представлены рефлексной задержкой мочи, кровотечением и ретракцией лоскута.

3. Рецидивы свища возникли у 2,9% пациентов.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Ким Е.В., Королик В.Ю., Богормистров И.С., Минбаев Ш.Т., Кузьминов А.М., Фролов С.А.

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

THE POSSIBILITY OF USING FIBRIN GLUE IN THE TREATMENT OF RECTAL FISTULA

Kim E.V., Korolik V.Y., Bogormistrov I.S., Minbaev S.T., Kuzminov A.M., Frolov S.A.

State scientific center of coloproctology, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Сохранение функции держания сфинктера при лечении свищей прямой кишки, уменьшение частоты рецидивов заболевания и минимизирование травматизации анального сфинктера являются основными направлениями развития хирургии свищей прямой кишки. Добиться этого позволяет применение фибринового клея за счет усиления репаративных способностей и уменьшения объема операции до малоинвазивного.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Описать эффективность лечения свищей прямой кишки двухэтапным методом с применением фибринового клея.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Наблюдались 14 пациентов (средний возраст – 50,8 лет) с интрасфинктерными – 5 (35%) и трансфинктерными – 9 (65%) свищами прямой кишки с прямым ходом без рубцовых и гнойно-воспалительных изменений. Среди пациентов были 8 (57%) мужчин и 6 (43%) женщин. Сроки наблюдения составили 2,5-4 лет. Всем пациентам проведено лечение в два этапа (патент № 2579629 от 10.03.2016 г.): Хирургическая обработка свищевого хода и пломбировка фибриновым клеем Эвисел\Evicel (концентрация тромбина 1000 МЕ).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Ранних послеоперационных ослож-

нений не было. Болевой синдром минимален или отсутствовал полностью. Нарушения функции анального сфинктера отсутствовали. Рецидивы возникли у 3 (21,4%) пациентов на 2, 3, и 5 месяцах динамического наблюдения, соответственно. Два пациента (66%) перенесли повторное хирургическое вмешательство по аналогичной методике без признаков возврата заболевания при дальнейшем наблюдении. Третий пациент от лечения отказался.

ВЫВОДЫ. Предложенный малоинвазивный метод лечения транссфинктерных свищей прямой кишки воспроизводим и безопасен. В отличие от традиционных методов лечения, даже при повторных вмешательствах функция запирающего аппарата прямой кишки не страдает. Возможность безопасного повторного применения методики позволят увеличить эффективность предложенного метода до 93%. Для улучшения результатов планируется применять фибриновый клей «Криофит» Плазма-ФТК, Россия с низким содержанием тромбина 40 МЕ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОРЕКТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ТРЕХМЕРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ИЗОБРАЖЕНИЯ (3D-ЭУЗИ) И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ (МРТ) В ДИАГНОСТИКЕ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Киселев Д.О., Орлова Л.П.,
Зароднюк И.В., Костарев И.В.

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

COMPARATIVE STUDY OF 3D-TRANSRECTAL ULTRASOUND VS. MRI IN DETECTION OF INCOMPLETE ANAL FISTULAE

Kiselev D.O., Orlova L.P., Zarodnyuk I.V., Kostarev I.V.
State Scientific Centre of Coloproctology, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургическое лечение прямокишечных свищей является одной из наиболее актуальных проблем современной колопроктологии. Во многом успех операции зависит от точной и наиболее полной предоперационной диагностики различных характеристик свищевого хода. В этой связи, методика 3D-ЭУЗИ и МРТ являются наиболее актуальными.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов ультразвуковой диагностики неполных внутренних свищей прямой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. За период с декабря 2017 по октябрь 2018 гг. на базе ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России выполнено обследование и хирургическое лечение 45 пациентам с неполными внутренними свищами прямой кишки. Из них мужчин было 29 (64,4%) человек, женщин – 16 (35,6%). Средний возраст составил 43,7±14,9 лет. Всем пациентам в предоперационном периоде выполнено 3D-ЭУЗИ и МРТ малого таза с внутривенным контрастированием в режиме T2-взвешенного изображения. Контроль результатов обследования осуществлялся по данным интраоперационной ревизии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При определении локализации внутреннего свищевого отверстия при 3D-ЭУЗИ число ошибок составило 1 (2,3%), при МРТ 8 (17,8%) ($p=0,036$). Следует отметить, что в 1 случае, когда ошибка была сделана на 3D, при МРТ так же оказалась неточной. При выявлении межсфинктерных и подсли-

зистых затеков методикой 3D-ЭУЗИ допущено 3 (6,7%) ошибки, МРТ – 12 (26,7%) ($p=0,024$). Во всех 3 случаях ошибка была допущена как при 3D ЭУЗИ, так и при МРТ в выявлении подслизистых затеков. При визуализации подкожных и клетчаточных затеков при 3D-ЭУЗИ допущено 2 (4,5%) ошибки, в то время как при МРТ – 18 (40%). В двух случаях оба метода предоперационной диагностики не смогли правильно интерпретировать наличие пельвио-ректального затека ($p=0,001$). При определении расположения свищевого хода относительно волокон наружного сфинктера в 3D-ЭУЗИ допущено 2 (4,5%) ошибки, при МРТ – 17 (37,8%) случаев ошибочного диагноза ($p=0,001$). Следует отметить, что в двух случаях 3D-ЭУЗИ не правильно была диагностирована порция наружного сфинктера.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. 3D-ЭУЗИ имеет статистически значимое преимущество перед МРТ при выявлении всех характеристик свищевого хода, таких как: локализация внутреннего свищевого отверстия, расположение свищевого хода, наличия внутрисфинктерных затеков, расположенных в клетчаточных пространствах.

ТРАНСМУКОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ (ОПЕРАЦИЯ LHP) – СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

Коршунов К.А.

Клиника «Интермед», г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморрой в настоящее время является широко распространенным заболеванием, поражая до 27% населения развитых стран. Применение геморроидэктомии часто требует госпитализации пациента в стационар, что кроме объективных факторов риска возрастания возможных осложнений увеличивает и общие расходы на лечение пациентов. Всё большее распространение получают стационарозамещающие методики.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность и безопасность применения трансмукозной лазерной деструкции геморроидальных узлов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. С марта 2018 г. по май 2019 г. 120 пациентам (73 женщины и 47 мужчины, средний возраст 42 года) было проведено лечение геморроя методом трансмукозной лазерной деструкции геморроидальных узлов. Из числа оперированных пациентов у 73 была диагностирована 2-я, а у 47 – 3-я стадия геморроя. 93 пациентам была выполнена трансмукозная лазерная деструкция геморроидальных узлов (Операция LHP), с использованием лазера Biolitec cerulase 15 с длиной волны 1470 нм в импульсном режиме. Мощность – 8 Вт, длина импульса – 3 секунды, количество импульсов – от 3 до 6 на один узел. Использовался радиальный тип световода. У 27 пациентов операция дополнена выполнением мукопексии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Значимых послеоперационных осложнений не отмечалось. В послеоперационном периоде у 16 пациентов развились явления тромбоза наружных геморроидальных узлов, которые были разрешены с применением консервативной терапии. В одном случае отмечалось появление подслизистой гематомы опорожнившейся в просвет кишки при контрольном осмотре. У 8 пациентов при контрольных осмотрах выявлено наличие пролапса слизистой, из них у 4 с клиническими проявлениями, что послужило причиной к проведению лигирования латексными кольцами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Трансмукозная лазерная деструкция геморроидальных узлов, является эффективным

и обеспечивающим раннюю реабилитацию пациента методом лечения геморроя на разных стадиях процесса. Представленная операция может достаточно эффективно и безопасно применяться в качестве стационарозамещающей методики лечения геморроидальной болезни на разных стадиях процесса.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАНС- И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫМИ СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРМООБЛИТЕРАЦИИ СВИЩЕВОГО ХОДА (FILAC)

Костарев И.В.¹, Титов А.Ю.¹, Матинян А.В.¹, Киселев Д.О.¹, Болквадзе Э.Э.², Некрасов М.А.¹

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

² ГБУЗ ГКБ № 15 им. О.М. Филатова ДЗМ, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ. Оценка предварительных результатов лечения пациентов со сложными свищами прямой кишки методом лазерной термооблитерации свищевого хода. **ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** В исследование было включено 30 пациентов со сложными свищами прямой кишки (мужчин – 26, женщин – 4). Возраст пациентов колебался от 29 до 68 лет ($45 \pm 12,02$). У 10 (33,3%) пациентов имелись экстрасфинктерные свищи 1-2 степени сложности, у 20 (66,7%) – трансфинктерные свищи, проходящие через поверхностную или глубокую порции наружного сфинктера. Минимальным периодом оценки, при котором диагностировалось заживление или сохранение свища было 2 месяца после вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средний период наблюдения после операции составил $3,5 \pm 4,9$ (0,5–14) месяцев. Контрольный осмотр и обследование в сроки ≥ 2 месяцев после вмешательства проведены у 23/30 (76,7%) пациентов. Заживление свища зафиксировано в 13/23 (56,5%) наблюдениях. Из них у 10 (76,9%) пациентов имелись трансфинктерные свищи, у 3 (23,1%) – экстрасфинктерные. Рецидив заболевания возник у 10 (43,5%) из 23 прослеженных пациентов. Ни в одном случае после операции не отмечено развития недостаточности анального сфинктера.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Лазерная термооблитерация свищевого хода является миниинвазивным, сфинктеросберегающим методом, применение которого показано у пациентов со сложными свищами прямой кишки, в случаях, когда традиционные вмешательства связаны с высоким риском развития послеоперационной недостаточности анального сфинктера. Однако для получения более достоверных результатов требуется дальнейший набор пациентов и оценка отдаленных результатов лечения.

ЛИГИРОВАНИЕ СВИЩЕВОГО ХОДА В МЕЖСФИНКТЕРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

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

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

THE LIGATION OF INTERSPHINCTERIC FISTULA TRACT WITH UTILIZING OF SCLEROTHERAPY BY TREATMENT OF PERIANAL FISTULAS

Krasnova V.N., Zhuravlev A.V., Katorkin S.E., Chernov A.A.

Samara State Medical University, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Свищи прямой кишки представляют собой одно из распространенных заболеваний в практике врача-колопроктолога. В настоящее время наиболее предпочтительным способом хирургического лечения, являются сфинктеросберегающие операции.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты оперативного лечения параректальных свищей.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Предлагается способ оперативного лечения пациентов с экстрасфинктерными и высокими трансфинктерными параректальными свищами, который направлен на ликвидацию железистого эпителия свищевого хода и его обтурацию (патент № 2677749 «Способ оперативного лечения параректального свища путем лигирования свищевого хода в межсфинктерном пространстве с использованием склеротерапии» от 21.01.2019).

Данный метод осуществляется следующим образом. За сутки до операции после зондирования свищевого хода в наружное свищевое отверстие вводится раствор склерозанта (этоксисклерол 3% – 2 мл). Следующим этапом на второй день выполняется лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В отделении колопроктологии клиники СамГМУ операция LIFT с использованием склеротерапии начала применяться с января 2019 г. Оперировано 5 пациентов, среди которых 3 мужчин, 2 женщины. Средний возраст пациентов составил $42 \pm 1,7$ года. У 4 пациентов был диагностирован трансфинктерный, а у 1 – экстрасфинктерный ПС. Нарушений функции анального сфинктера до операции не отмечено. Послеоперационный период длился от 3 до 5 суток. Во всех наблюдениях осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено. Болевой синдром был выражен минимально. Сроки реабилитаций составляют менее 15 дней.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве с использованием склеротерапии – новая альтернатива среди малоинвазивных методов лечения параректальных свищей, применимая при различных анатомических вариантах ПС. Для оценки отдаленных результатов необходимо проводить дальнейшее исследование, а также сравнительное исследование с классической операцией LIFT.

ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Омарова А.М.
ФГБОУ ВПО «Ставропольский государственный
медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации,
г. Ставрополь, Россия

TREATMENT OF PILONIDAL SINUS

Lavreshin P.M., Gobedgishvili V.K., Omarova A.M.
Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

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).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Пролечено 128 больных с ЭКХ в возрасте от 17 до 53 лет. Патологический процесс у оперированных больных локализовался в межягодичной складке и не более 3 см в стороне от нее. Первым этапом операции у больных проводили иссечение ЭКХ, патологически измененных тканей в пределах здоровых тканей. Во всех вариантах операций применяли внутрикожный косметический шов синтетическим рассасывающимся материалом (ПГА – 4). Плоская конфигурация ягодиц была у 36 (28,1%). При отсутствии воспалительного процесса в тканях у 26 (20,3%) больных послеоперационная рана ушивалась наглухо. У 10 (7,8%) с наличием воспаления в ЭКХ и окружающих ее тканях края раны подшивались к ее дну. У 52 (40,6%) больных со средней конфигурацией ягодиц клиновидно иссекали подкожную клетчатку по периметру раны, ее края низводили и фиксировали к ее дну. При высоком стоянии ягодиц у 40 (31,3%) больных с отсутствием воспалительного процесса в ЭКХ и окружающих тканях нитью на 2/3 глубины раны ушивали подкожную клетчатку, затем концами этой же нити с обеих сторон внутрикожно захватывали края раны, которые низводили и фиксировали к дну частично ушитой раны. При обследовании, наряду с общеклиническими методами, изучалось топографо-анатомическое строение структур, составляющих ягодично-крестцово-копчиковую область.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 6 (4,8%) больных: нагноение раны у 2 (1,6%), развитие в ране инфильтрации у 4 (3,2%). Отдаленные результаты лечения от года до 8 лет прослежены у 122 (95,4%) больных. Рецидив возник у 1 (0,9%) больных.

ВЫВОД. Предложенная хирургическая тактика позволяет значительно улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных.

СВЯЗАН ЛИ АНОРЕКТАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ СО СПАЗМОМ ПУБОРЕКТАЛЬНОЙ МЫШЦЫ

Ломоносов А.Л., Благодарный Л.А.,
Ломоносов Д.А., Голубев А.А.

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский
университет МЗ РФ, г. Тверь, Россия
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России,
г. Москва, Россия

WHETHER THE ANORECTAL PAIN SYNDROME IS CONNECTED WITH A SPASM OF A M.PUBORECTALIS

Lomonosov A.L., Blagodarny L.A.,
Lomonosov D.A., Golubev A.A.

Tver' state medical University, Tver', Russia
State Scientific Center of Coloproctology, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Аноректальный болевой синдром (АРБС) – распространенное, но не достаточно изученное состояние.

ЦЕЛЬ. Изучить факторы, способствующие возникновению АРБС, особенности его клинической картины и взаимосвязи со спазмом аноректальной мышцы.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Обследование колопроктологом, эндоскопия толстой кишки, МРТ и рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника (ПКОП). Обследовано 204 больных без патологии прямой кишки в возрасте $49,5 \pm 1,7$ лет, из них 144 (70,6%) женщин.

РЕЗУЛЬТАТЫ. АРБС со спазмом пуборектальной мышцы выявлен у 60 (29,4%) больных без патологии прямой кишки в возрасте 52 ± 2 года, из них 44 (73,3%) женщины. АРБС без спазма пуборектальной мышцы выявлен у 144 (70,6%) больных без патологии прямой кишки в возрасте $47,7 \pm 1$ лет, из них 100 (69,4%) женщин. У этих больных остеохондроз ПКОП выявлен у 78 (54,2%) больных, у 59 (41%) – подтвержден рентгенологически. Сколиоз диагностирован у 33 (22,9%) пациентов. По данным МРТ ПКОП, у 39 (27,1%) обследованных определялись дорзальные протрузии межпозвоночных дисков, у 17 (11,8%) – дорзальные грыжи, у 3 (2,1%) – ре- и антелистез поясничных позвонков. Функциональный острый запор, синдром раздраженного кишечника выявлены у 61 (42,4%) больного, гинекологические заболевания – у 33 (22,9%), урологическая патология – у 16 (11,1%), депрессия и бессонница – у 6 (4,2%). В анамнезе у 21 (14,6%) пациентки отмечены операции на матке и придатках, у 15 (10,4%) больных – на прямой кишке, у 4 (2,8%) – урологические, у 2 (1,4%) нейрохирургические вмешательства. При пальцевом ректальном исследовании боли в области lig. Sacrospinale выявлены у 71 (49,3%) пациентов, в заднем проходе – у 28 (19,4%). Тонус внутреннего сфинктера у 6 (4,2%) больных был снижен, у 4 (2,8%) – повышен.

ВЫВОДЫ. В большинстве случаев АРБС не связан со спазмом пуборектальной мышцы. Коморбидным фоном АРБС являются функциональные заболевания кишечника, органов малого таза, последствия оперативных вмешательств, сколиоз и остеохондроз. Клиническими проявлениями АРБС обычно являются боли в области lig. Sacrospinale, m.puborectalis и в анусе.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КОКЦИГОДИНИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ КОЛОПРОКТОЛОГА

Ломоносов А.Л., Благодарный Л.А.,
Ломоносов Д.А., Мудров А.А., Еремеев А.Г.
ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский
университет МЗ РФ, г. Тверь, Россия
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России,
г. Москва, Россия

FEATURES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF A COCCYALGIA IN OUT-PATIENT PRACTICE OF THE COLOPROCTOLOGIST

Lomonosov A.L., Blagodarny L.A., Lomonosov D.A.,
Mudrov A.A., Yermeyev A.G.
Tver' state medical University, Tver', Russia
State Scientific Center of Coloproctology, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Кокцигодия (КД) остаётся частой и недостаточно изученной причиной обращения к колопроктологу.

ЦЕЛЬ. Выявить особенности клинических проявлений КД и типичные изменения, регистрируемые при МРТ и рентгенографии (РГ).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Обследовано 76 больных в возрасте 49.6 ± 1.7 года, из них 59 (77,6%) женщин. Всем выполнялась эндоскопия rectum, 29 (38,2%) больным МРТ и 20 (26,3%) РГ пояснично-крестцового отдела позвоночника (ПКОП) и костей таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Заболевания опорно-двигательного аппарата выявлены у 62 (81,6%), прямой кишки и анального канала – у 15 (19,7%), органов малого таза у 13 (16,6%) человек. ПРИ выявило сочетание КД со спазмом м. puborectalis (mpr)-у 13 (17,1%) и болями в анусе у 8 (10,5%) пациентов. Болей и напряжения мышц тазового дна не было в 52,6% (40), а в 34,2% (26) случаев интактной оставалась только mpr. МРТ ПКОП выявило у 23 (79,3%) больных протрузии; у 13 (44,8%) – грыжи межпозвоночных дисков (МД); у 4 (13,8%) – релистез; у 11 (37,9%) – артроз и дистрофические изменения крестцово-копчикового сочленения (ККС); у 9 (31,0%) – посттравматические деформации крестца и копчика; у 3 (3,4%) – менингоградукулоцеле и единичные случаи периневральной кисты и Spinabifida (Sb). При РГ ПКОП отмечено: у 16 (80,0%) больных снижение высоты, у 9 (45,0%) подозрение на протрузию, у 4 (20,0%) грыжу МД; у 7 (35,0%) – признаки артроза крестцово-подвздошных сочленений; у 5 (25,0%) – патологическое отклонение копчика; у 3 (15,0%) – признаки артроза ККС; у 2 (10,0%) больных – Sb. Для лечения КД использовались средства для нормализации стула, НПВП (диклофенак, ацеклофенак, индометацин и др.), физиотерапевтические методы.

ВЫВОДЫ. КД – это симптом, отражающий патологию ПКОП и костей таза, rectum и органов малого таза. Диагностика и лечение КД должны проводиться бригадой врачей специалистов: невролога, проктолога, ортопеда, гинеколога, уролога. Выполнение комплекса лечебно-диагностических мероприятий целесообразно проводить в условиях специализированных центров боли.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АКТИВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ГЕМОРРОИДАЛЬНОМ ТРОМБОЗЕ

Маракуца Е.В., Ботезату А.А., Монул С.Г.
Приднестровский государственный университет
им. Т.Г. Шевченко, г. Тирасполь, Молдова

АКТУАЛЬНОСТЬ. Основным осложнением наружного геморроя является острый тромбоз (ОТ), сопровождающийся выраженными болью и отеком. Лечение часто изначально является консервативным и включает местные и симптоматические средства. При выраженных симптомах, может быть предложено хирургическое иссечение тромбированного наружного геморроидального узла.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Определение динамики регресса болевого синдрома и местных воспалительных изменений на основе объективных и субъективных данных (ВАШ) и частоты рецидивов острого тромбоза наружных геморроидальных узлов (ОТНГУ) в группах пациентов, прошедших консервативное и хирургическое лечение.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. За период с 2016 г. по 2018 г. проведено лечение двух сопоставимых групп пациентов с ОТНГУ, первая из которых (34 человека) получала консервативное лечение, а второй (34 человека) проводилось хирургическое иссечение узлов. Средний возраст составил 43,7 года. Соотношение мужчин и женщин составило 15:19 в каждой группе. Оперативное вмешательство проводилось под местной анестезией 1% р-ром лидокаина. ОТНГУ иссекалось окаймляющими разрезами без наложения швов. Гемостаз осуществлялся порошком «Статин» или фибриновой губкой с наложением давящей повязки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Снижение болевого синдрома отмечалось уже к 3-5 суткам наблюдения в обеих группах. Полное купирование болевого синдрома по данным ВАШ достигалось к 8-10 суткам в группе с хирургическим лечением, а в группе консервативного лечения сохранялся незначительный болевой синдром. Эпизоды раннего повторного ОТНГУ (до 5 суток) развились у 2 пациентов хирургической группы, что потребовало повторной эксцизии участков ОТНГУ, и у 3 пациентов из группы консервативного лечения. В отдаленном периоде (до 1 года) в группе пациентов с хирургическим лечением не было выявлено случаев повторного тромбоза, в то время как в группе консервативной терапии у 2 пациентов возник повторный эпизод ОТ.

ВЫВОДЫ. Сравнительный анализ лечения пациентов свидетельствует, что эксцизия ОТНГУ снижает длительность нетрудоспособности пациента, уменьшает частоту рецидивов ОТ и улучшает качество жизни.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ С АПИКАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ

Матвеева А.С., Ильканич А.Я., Лопатская Ж.Н.

Сургутская окружная клиническая больница,
Сургутский государственный университет, г. Сургут,
Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Распространенность тазового пролапса достигает 53%. Разработка новых технологий хирургического лечения ведется по сегодняшний день. Одним из последних направлений в лечении данной патологии стали гибридные методы хирургического лечения.

ЦЕЛЬ. Оценка эффективности разработанного метода хирургического лечения ректоцеле сочетанного с апи-кальным пролапсом.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проведён анализ эффективности лечения 11 пациенток с ректоцеле в сочетании с апикальным пролапсом без дефекта переднего компартмента, обследованных и пролеченных в Окружном центре колопроктологии Сургутской окружной клинической больницы за период 2018-19 гг. Средний возраст больных составил $60,3 \pm 5,8$ лет. В клинике разработан комбинированный метод хирургического лечения ректоцеле, сочетанного с апи-кальным пролапсом. Методика операции заключается в эндоректальной циркулярной проктопластике по методике Лонго и одномоментной установке переднего интравагинального слинга. Первым этапом осуществляется степлерная трансанальная резекция прямой кишки при помощи аппарата для циркулярной резекции и восстановления целостности слизистой прямой кишки. Вторым этапом проводится установка сетчатого импланта. Эндопротез устанавливается через передний компартмент. Методика обеспечивает фиксацию ведущей точки пролапса за счёт установки сетчатого импланта и ликвидацию пролапса заднего компартмента без рассечения слизистой задней стенки влагалища, что снижает травматичность вмешательства, без риска снижения её эффективности. Эффективность метода оценивалась по отдаленным результатам лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В анализируемой группе осложнений раннего послеоперационного периода не отмечено. В отдаленном периоде при обследовании получен отличный анатомический результат у всех оперированных. Пациентки оценили клинический результат и качество жизни как отличные. Средний балл по опроснику PFDI-20 до операции составлял $148,4 \pm 56,3$, после операции – $28,7 \pm 25,4$.

ВЫВОД. Разработанный комбинированный метод хирургического лечения ректоцеле сочетанного с апи-кальным пролапсом является эффективным и безопасным методом лечения и может использоваться в клинической практике.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО МАЛОИНВАЗИВНОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОИДА II-III СТАДИЙ

Мирзоев Л.А., Грошили В.С.

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

EXPERIENCE IN THE USE OF COMBINED MINIMALLY INVASIVE METHOD IN THE TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF CHRONIC HEMORRHOIDS STAGES II-III

Mirzoev L.A., Groshilin V.S.

GAU RO «Regional consultative and diagnostic center», Rostov-on-Don, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Наиболее распространенной причиной обращения к врачу – колопроктологу является выделение крови из прямой кишки. При обследовании в 34-41% случаев устанавливается диагноз – хронический геморрой. Самыми частыми осложнениями хронического геморроя являются обильные кровотечения и, как следствие, анемия. В таких случаях пациентам, как правило, выполняется геморроидэктомия. Вследствие этой операции имеется риск развития

выраженного болевого синдрома, необходим длительный период реабилитации; в результате заживления ран в анальном канале формируются послеоперационные рубцы, которые могут приводить к рубцовой деформации или сужению анального канала, а это, в свою очередь, к нарушению опорожнения прямой кишки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Целью работы является улучшение результатов лечения осложненных форм хронического геморроя II-III стадий.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В 2017 г. нами разработан способ лечения хронического геморроя (патент России на изобретение № 2625277 от 12.07.2017 г.), заключающийся в дезартеризации геморроидальных узлов в сочетании с ультразвуковой кавитацией и склерозированием. В ГАУ РО «ОКДЦ» в период с 2017 по 2019 гг. проведено лечение 87 пациентов с II-III стадиями хронического геморроя, осложненного кровотечением и анемией различной степени тяжести, с использованием разработанного метода.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 82 (94,3%) пациентов достигнут хороший результат ввиду купирования основных симптомов заболевания. В 5 (5,7%) случаях при III стадии заболевания в отдаленном послеоперационном периоде отмечился рецидив кровотечения, что потребовало выполнения геморроидэктомии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При осложненном геморрое II-III стадий использование дезартеризации геморроидальных узлов в комбинировании с ультразвуковой кавитацией и склерозированием в 94,3% приносит хорошие результаты. Разработанный способ является универсальным малоинвазивным методом лечения геморроя, сопровождается низкой частотой осложнений при низкой вероятности последующей радикальной операции; способ эффективен при геморрое II-III стадий, осложненном кровотечением и анемией.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ «ИНВАГИНАЦИОННЫМ» МЕТОДОМ С УКРЕПЛЕНИЕМ ЗОНЫ ИНВАГИНАЦИИ БИОИМПЛАНТОМ (ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ)

Мудров А.А.², Титов А.Ю.¹, Костарев И.В.¹,
Благодарный Л.А.², Омарова М.М.²,
Соколова Ю.А.¹, Оффан Ю.С.¹

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

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

ВВЕДЕНИЕ. Внедренный в клиническую практику «инвагинационный» метод ликвидации ректовагинальных свищей высокого уровня подтвердил свою несомненную эффективность, позволив добиться излечения практически у 70% пациентов. Однако, у целого ряда пациентов во время применения «инвагинационного» метода возникает необходимость дополнительного укрепления зоны инвагинации. Как правило, это связано с большим размером дефекта и/или выраженными фиброзно-рубцовыми изменениями ректовагинальной перегородки.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Расширение показаний к применению и улучшение результатов «инвагинационного» способа лечения ректовагинальных свищей при помощи современных биоинженерных материалов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В настоящее время в исследование включено 10 женщин с высокими ректова-

гинальными свищами. Возраст больных – от 26 до 49 лет (34,4±6,9). Этиология ректовагинальных свищей: воспалительные заболевания – 3 (30,0%); послеродовые – 7 (70,0%). Средний период наблюдения составил 2,5 месяца. У всех пациенток использован «инвагинационный» метод с укреплением зоны инвагинации биоимплантом.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 2 (20,0%) пациенток возник рецидив заболевания в сроки от 2 до 3 недель после операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Дополнительное укрепление зоны инвагинации современными биоимплантами, по нашему мнению, может значительно расширить показания к применению «инвагинационного» метода.

РЕКТОВАГИНАЛЬНЫЙ СВИЩ И НЕДОСТАТОЧНОСТЬ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА. КАК ПОСТУПИТЬ?

Муравьев А.В., Ефимов А.В., Галстян А.Ш.
ФГБОУ ВО СГМУ МЗ РФ, г. Ставрополь, Россия

RECTOVAGINAL FISTULA AND ANAL SPHINCTER INSUFFICIENCY. WHAT TO DO?

Muravyev A.V., Efimov A.V., Galstyan A.S.
Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

Прямокишечно-влагалищные свищи являются одной из не решенных проблем колопроктологии. Особый интерес составляет группа пациенток, у которых ректовагинальный свищ (РВС) сочетается с недостаточностью анального сфинктера.

ЦЕЛЬЮ нашего исследования явилось улучшить результаты лечения больных с РВС в сочетании с недостаточностью анального сфинктера путем дифференцированного подхода к выбору метода хирургического лечения в зависимости от размеров свища, высоты его расположения и степени недостаточности анального сфинктера.

Нами проведено хирургическое лечение 138 пациенток с РВС в период с 1979 по 2018 гг. У 104 (75%) из них РВС сочетался с наличием различной степени недостаточности анального сфинктера.

Мы все свищи разделили на 4 группы: низкие – интрасфинктерные, средние – трансфинктерные, высокие – экстрасфинктерные, ультра-высокие – верхняя треть влагалища и прямая или сигмовидная кишки.

При низко расположенных РВС малых размеров и недостаточности анального сфинктера применяли операцию – рассечение свища по типу операции Мюссе-Корелла-Дюбоста со сфинктеролеваторопластикой – 22 (16%) пациенток. При свищах среднего и высокого уровня, но диаметром до 1 см при сочетании с недостаточностью анального сфинктера выполняли иссечение свища по предложенной нами методике (инвагинационный метод – без пересечения ректовагинального свища) со сфинктеролеваторопластикой – 55 (40%) пациенток. При высоких свищах, размером превышающих 1-2 см в сочетании с недостаточностью анального сфинктера 3 степени, выполняли иссечение РВС с пластикой свищевого отверстия полноценным лоскутом с последующей сфинктеролеваторопластикой – 20 (14%) пациенток. У пациенток с ультра-высокими РВС – 6 (4%) выполняли – лапаротомию с раздельным ушиванием свищевых отверстий толстой кишки и влагалища. У данной группы пациенток не отмечалось сопутствующей недостаточности анального сфинктера.

У пациентов первой группы – рецидива свища не зарегистрировано. У пациентов второй группы – рецидива свища также не зарегистрировано, однако было

2 (1,4%) случая рецидива недостаточности анального сфинктера. В 3 группе у 1 (0,7%) пациентки зарегистрирован рецидив свища.

Дифференцированный подход в лечении РВС в сочетании с недостаточностью анального сфинктера позволяет улучшить непосредственные и отдаленные результаты.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН

Мухаббатов Д.К., Амиров Ш.Р.,
Сафолова Ф.М., Шарипова П.Ф.

Кафедра общей хирургии № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Поиск путей улучшения результатов хирургического лечения выпадения прямой кишки у женщин.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В отделении колопроктологии ГКБ № 5 г. Душанбе в период с 2006 по 2018 гг. были госпитализированы 106 больных женщин, которые поступили с выпадением прямой кишки. Возраст пациентов варьировал от 25 до 71 лет.

Все пациенты, включенные в исследование, перед операцией проходили клинико-инструментальное обследование, которое включало в себя сбор жалоб и анамнеза пациента, лабораторные и инструментальные методы диагностики.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ. В зависимости от длительности заболевания, больных распределяли следующим образом: до 8 лет – у 30, до 17 лет – у 39, до 30 лет – в 37 случаях. По степени выпадения прямой кишки: I степень выявили у 22 пациенток, II степень – у 54 и III степень – в 30 случаях. Недостаточность анального сфинктера I степени выявили в 26 случаях, II степени – в 53 и III степени определили у 27 женщин.

Группа больных с длительностью заболевания более 10 лет и женщины, рожавшие более 3 раз, дополнительно предъявляли жалобы на: недержание мочи, наличие опухолевидного выпячивания по передней стенке прямой кишки и выпадение шейки матки. Степени тяжести выпадения прямой кишки и пролапс органов гениталий соответствовали количеству родов и возрасту пациенток.

Все больные оперированы в плановом порядке и проводили одноэтапные комбинированные операции: ректопексию по Кюмеллю-Зеренину, и по показаниям – утеропексию, сфинктеролеваторопластику, переднюю или заднюю кольпорафию.

ВЫВОДЫ. Установлено, что у больных в возрасте от 40 лет и выше, заболевание проявляется не только выпадением прямой кишки, но и пролапсом органов гениталий. Одноэтапная коррекция выпадения прямой кишки и органов гениталий улучшает отдаленные результаты хирургического лечения этой категории пациенток.

УЛУЧШЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Мухаббатов Д.К., Каримов Ш.А.,
Нозимов Ф.Х., Хайдаров С.С.

Кафедра общей хирургии № 1 ТГМУ им. Абуали ибни
Сино, г. Душанбе, Таджикистан

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оптимизация хирургической тактики хирургического лечения больных со сложными свищами прямой кишки (ССПК).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. За период с 2010 по 2018 гг. в отделении колопроктологии ГУ ГМЦ № 2 г. Душанбе обследованы 124 больных со ССПК. Критерием включения были больные со ССПК с пектенозом анального сфинктера. В зависимости от расположения свищевого хода: трансфинктерные свищи были выявлены у 77 (62,1%) и экстрасфинктерные формы – у 47 (22,9%) пациентов. У 23 (18,5%) пациентов были рецидивирующие формы параректальных свищей.

В первую (контрольную) группу мы включили 60 пациентов, которым хирургическое лечение проводилось по традиционной тактике. Вторую, основную, группу составили 64 больных, лечение которых проводилось с учетом степени тяжести пектеноз анального сфинктера.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ. На основании ТРУЗИ у больных основной группы установлены следующие формы пектеноза анального сфинктера: линейная форма в 20 (31,2%), сегментарная – в 29 (45,3%), односторонняя – в 9 (14,2%), двухсторонняя – в 4 (6,2%) и тотальная форма в 2 (3,1%) случаях.

При выборе тактики лечения данной категории больных учитывали следующие параметры: отношение свищевого хода к мышечным волокнам анального сфинктера, степени тяжести пектеноза анального сфинктера и наличие гнойной полости в параректальной области. Одноэтапное выполнение иссечения свища возможно при трансфинктерных и экстрасфинктерных свищах прямой кишки, когда отсутствуют тотальный пектеноз анального сфинктера и гнойные полости в параректальной области. При наличии гнойных затеков в параректальной области и тотального пектеноза анального сфинктера показана двухэтапная операция с отсроченной обработкой внутреннего отверстия. У больных со ССПК с линейной и сегментарной формой пектеноза анального сфинктера без гнойной полости проводили иссечение свища с низведением слизистой или сфинктеропластики.

ВЫВОДЫ. Диагностика и коррекция пектеноза анального сфинктера у больных со сложными свищами прямой кишки позволяет улучшить отдаленные результаты хирургического лечения данной категории больных.

ЧАСТОТА И ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРРОЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Мухаббатов Д.К., Хайрова Г.Х.,
Касиров С.Н., Шамсуллоев Р.Ш.

Кафедра общей хирургии № 1 ТГМУ им. Абуали ибни
Сино, г. Душанбе, Таджикистан

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить частоту и характер геморроидального кровотечения у лиц молодого возраста.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Для сравнительной оценки были изучены 803 (100%) пациента с геморроем, которые были госпитализированы в отделение колопроктологии ГУ МЦЗ № 2 им. академика К.Т. Таджиева

с 2009 по 2018 гг. Возрастная категория больных составила от 18 до 69 лет.

Характер течения заболевания определили согласно жалобам, анамнезу и клиническому протоколу лечения геморроя инструментальным (аноскопия, ректороманоскопия), лабораторным методами исследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови и гемокоагулограмма) и анкетирования больных путем использования карт-опросников.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ. Из общего количество больных в период 2014–2018 год (первая группа) лиц молодого возраста (МВ) от 18 до 44 лет (согласно классификации ВОЗ 2012 г.) составила 213 (52,6%), а остальные 193 (47,5%) – средний и пожилой возрасты (С и ПВ). В сравнительном аспекте в период с 2009 по 2013 гг. (вторая группа) лиц молодого возраста составила 146 (36,7%) случаев, а остальные возрастные группы – 251 (62,9%), соответственно. Из 406 (100%) пациентов первой группы с геморроидальным кровотечением – мужчин было 246 (60,5%), а женщин – 160 (39,4%). Из 213 пациентов молодого возраста у 24 (11,2%) выявили сопутствующие заболевания, такие как вирусные гепатиты (В и С) – 8, СПИД – 4, наркомания – 5 и у 7 пациенток выявили запор. У больных второй группы сопутствующие заболевания вышеуказанного характера выявили в 3,1% случаях. Также установлено, что факторами, провоцирующими геморроидальное кровотечение, в 12 (5,6%) случаях были повышенная физическая нагрузка – выполнение тяжелого труда и занятие спортом.

ВЫВОДЫ. В динамике отмечается нарастание числа больных с геморроидальным кровотечением среди лиц молодого возраста (52,6%) по сравнению с остальными возрастными группами (47,5%). Одной из причин является омоложение наркомании, вирусные гепатиты и СПИД.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО РЕТРОРЕКТАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТА

Мухаббатов Дж.К., Давлатов Дж.Дж.,
Хамроев Б.М., Касиров С.Н.

Кафедра общей хирургии № 1 ТГМУ им. Абуали ибни
Сино, г. Душанбе, Таджикистан

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. С учетом клинического течения и топографо-анатомической особенности ретроректального пространства разработать клиническую классификацию острого ретроректального парапроктита.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Нами были проанализированы 528 историй болезни больных с острым парапроктитом (ОП) за период с 2014 по 2018 гг., госпитализированных в колопроктологическое отделение ГУ ГМЦ № 2. Из общего числа больных с ОП ретроректальный парапроктит (ОРП) выявлен у 63 (11,9%) пациентов. Возраст больных колебался от 18 до 75 лет. Среди них мужчин – 52 (82,5%), женщин – 11 (17,5%). В первые сутки начала заболевания ни один из анализируемых больных с ОРП за медицинской помощью не обращался, до трех суток было госпитализировано 25 (39,7%) больных, до семи суток – 27 (42,9%), до десяти суток и позже – 11 (17,6%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ. На основе топографо-анатомических особенностей ретроректального пространства под УЗИ нами установлены следующие виды ОРП: поверхностный, глубокий и собственно ретроректальный парапроктит.

При объективном исследовании у 17 (27%) пациентов выявлены все признаки воспаления. На основании УЗИ установлено, что гнойная полость находится

в поверхностном позадианальном пространстве. У 25 (39,7%) больных никаких местных признаков воспаления не отмечено, кроме очень сильной боли при пальцевом исследовании, и, вследствие этого, эндоскопическое исследование прямого кишечника не проводилось. Во время УЗИ выявлено, что гнойная полость расположена в глубоком позадианальном пространстве.

Во время исследования у 21 (33,4%) пациентов тоже никаких местных признаков воспаления не выявлено, но у этой категории больных отмечались общие признаки воспаления. При пальцевом исследовании отмечены: уплотнение стенки прямой кишки выше анального канала, сглаженность складки и болезненность со стороны поражения. Во время эндоскопического исследования слизистая оболочка в области инфильтрации гиперемизирована, сосудистый рисунок усилен, сетчатый. При УЗИ диагностировано, что гнойная полость находится в собственном ретроректальном пространстве.

ВЫВОДЫ. Клиническое течение формы ОРП зависит от места расположения гнойных полостей и разработанная клиническая классификация облегчает выбор оперативного доступа.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ФОРМ ПОСЛЕРОДОВОГО РАЗРЫВА ПРОМЕЖНОСТИ

Мухаббатов Дж.К., Расулова С.И., Сафолова Ф.М., Хайрова Г.Х.

Кафедра общей хирургии № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Разработать дифференцированную хирургическую тактику лечения послеродовых разрывов промежности (ПРП) с учетом степени сложности заболевания.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В основу данного исследования положены данные обследования и лечения 120 пациенток, оперированных по поводу послеродового разрыва промежности в отделении колопроктологии на базе ГКБ № 5 г. Душанбе за период с 2009 по 2019 гг. У 40 (33,3%) из них использовалось дополнительное ручное пособие как акушерские щипцы и вакуум экстракция плода.

Послеродовый разрыв промежности II степени выявился у 46 (38,4%) женщин, III степени – у 48 (40%) пациенток и IV- степени – у 26 (21,6%) больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ. В зависимости от степени сложности ПРП, все пациентки были разделены на следующие группы. У 57 пациенток выявили только ПРП, из них II степени – у 26, III степени – у 19 и у 12 женщин IV степени заболевания. ПРП и пролапс слизистой и прямой кишки (выпадение прямой кишки – 1, полное и частичное выпадение слизистой оболочки, выпадение геморроидальных узлов) выявили у 14 больных. У 33 пациенток выявили ПРП и генитальный пролапс (ректоцеле – 13, цистоцеле – 5, выпадение матки (полное и неполное) – 8, ректоцеле и цистоцеле – 7). В третью группу включили 11 больных ПРП с гнойно-воспалительными процессами (ректовагинальный свищ – 5, лигатурный свищ – 4, передний параректальный свищ – 2). В 4-ю группу отнесли 5 пациенток ПРП в комбинации с двумя и более осложнениями. В связи с этим, первой группе больных провели переднюю сфинктеропластику в комбинации с коррекцией выпадения прямой кишки и слизистой прямой кишки, промежностным (иссечение слизистой прямой кишки) и брюшным доступами (ректопексия). Второй группе – переднюю сфинктеропластику в комбинации с коррекцией генитального пролапса. 3-й группе – переднюю

сфинктеропластику и иссечение свищей, коррекцию ПРП в комбинации с двумя и более осложнениями 4-й группе пациенток.

ВЫВОДЫ. Осложненные формы заболевания требуют дифференцированного хирургического подхода и проведение комбинированных способов операций у больных с послеродовым разрывом промежности.

СВИЩИ ПРЯМОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М., Давлатов Д.Д., Каримов Ш.А.

Кафедра общей хирургии № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить особенности клинико-лабораторных показателей у больных со свищами прямой кишки на фоне сахарного диабета.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проведен проспективный анализ 508 больных со свищами прямой кишки, которые находились на стационарном лечении в отделении колопроктологии ГКБ № 5 г. Душанбе с 2009 по 2018 год. Давность свищей прямой кишки была от 3 месяцев до 15 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ. Из 508 больных, 58 (11,41%) из них страдали сахарным диабетом в стадии компенсации или субкомпенсации. Больных в стадии декомпенсации не было.

Среди больных мужчин 43 (74,13%), женщин – 15 (25,86%). Установили, что 28 мужчин в возрасте 40-59 лет, 15 мужчин в возрасте 60 и старше, 9 женщин в возрасте 40-59 лет, 6 женщин в возрасте 60 и старше. Средний возраст больных составил 51,4 года.

Интрафинктерный свищ прямой кишки выявили у 17 (29,3%) больных, трансфинктерный – у 27 (46,5%) и экстрасфинктерный – у 14 (24,2%) пациентов. Рецидивный свищ прямой кишки различных форм отмечен у 17 (29,31%). 16 (27,58%) поступивших больных перенесли операции по поводу острого анаэробного клостридиального и неклостридиального парапроктита.

В группе больных без сахарного диабета, лабораторные изменения проявились увеличением количества лейкоцитов у 9 (64,28%) больных.

Лабораторные изменения проявились уменьшением количества лейкоцитов у 27 (46,5%) больных, лимфоцитов – 12 (20,7%), моноцитов – 14 (24,1%) и сегментоядерных нейтрофилов крови – 8 (13,8%). Кроме того, выявили повышение количества эозинофилов у 19 (32,7%) из 58 больных и повышение уровня СРБ крови в 55 (94,8%) случаях.

ВЫВОДЫ. Свищи прямой кишки встречаются в 11,41% случаев у больных сахарным диабетом, а рецидивные его формы в 29,31%.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ «ЗАКРЫТЫХ» МЕТОДИК

Нечай И.А., Мальцев Н.П., Афанасьева Е.П.

СПбГУ, кафедра ПДМО, Отделение колопроктологии ГБ № 40, г. Санкт-Петербург, Россия

В отделении колопроктологии СПб ГБУЗ Городская больница № 40 с 2014 года при плановых операциях по поводу эпителиальных копчиковых ходов (ЭКХ) используются «закрытые» методики. Такие вмеша-

тельства отличаются коротким периодом заживления раны, хорошим косметическим эффектом и функциональным результатом.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты оперативного лечения больных с ЭКХ, с использованием «закрытых» методик. **ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** Применялось два метода: иссечение ЭКХ с латерализацией раны по Karydakis и иссечение ЭКХ с мобилизацией и последующим ушиванием ягодичных мышечно-фасциальных лоскутов. Всего оперировано 112 пациентов: 25 (22,3%) – по Karydakis (1-я группа), 87 (77,7%) с мобилизацией мышечно-фасциальных лоскутов (2-я группа). Мужчин – 88 (78,6%) и 24 (21,4%) женщины, средний возраст которых составил 28,3+/-8,4 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Заживление первичным натяжением наблюдалось у 104 (92,9%) пациентов. Осложнения наблюдались у 9 (8%) пациентов. В 1-й группе у 3 (12%) пациентов эвакуированы серомы послеоперационной раны. Рецидивов после операции Karydakis не наблюдалось. Во второй группе у 5 (5,7%) пациентов диагностирована серома, а у одного больного (1,1%) наблюдалось локальное нагноение раны. Рецидив заболевания установлен у 3 (3,4%) пациентов.

Проведено анкетирование 52 пациентов, у кого после операции прошло более 1 года. Удовлетворены результатами операции 98% пациентов, 49% больных отметили некоторое нарушение чувствительности в зоне оперативного вмешательства, а 18% – незначительный дискомфорт в области послеоперационного рубца, при длительном нахождении в положении сидя. 23 пациентам выполнено УЗИ мягких тканей межъягодичной складки. По результатам исследования ни у одного пациента не было выявлено каких-либо патологических образований.

ВЫВОД. Обе «закрытые» методики оперативного лечения ЭКХ являются эффективными. Их применение приводит к сокращению сроков заживления ран, с хорошим косметическим эффектом, коротким периодом реабилитации и удовлетворительными отдаленными функциональными результатами. Методики сопровождаются небольшим числом осложнений и рецидивов.

ОПЕРАЦИЯ BASCOM II – ЕДИНСТВЕННО ВЕРНЫЙ ВЫБОР ДЛЯ БЫСТРОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ЭКХ

Пантюков Е.Д., Велиев Т.И.

Краевой колопроктологический центр КГБУЗ
«Горбольница № 4», г. Барнаул, Россия

BASCOM II SURGERY IS THE ONLY RIGHT CHOICE FOR QUICK REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC INFLAMMATION OF EPITHELIAL COCCYGEAL PASSAGE

Pantukov E.D., Veliev T.I.

Regional coloproctology center of the KGBUZ
Gorbolnitsa № 4, Barnaul, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Заболеваемость ЭКХ составляет 1-2% от всех хирургических пациентов. Актуальность проблемы высока, потому что страдает молодое, трудоспособное население в возрасте от 15 до 30 лет.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка эффективности, а также сроков восстановления трудоспособности после операции с Bascom II при различных формах хронического воспаления ЭКХ.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. За 2018 год нами про-

оперировано 147 пациентов с различными формами хронического воспаления ЭКХ, из них 94 пациентам была выполнена операция Bascom II. 35 (24%) пациентам было выполнено иссечение ЭКХ с подшиванием краёв раны к дну по типу марсупиализации. Швы снимались на 10-13 сутки. Заживление происходило первичным натяжением, остаточная рана заживала на 25-35 сутки, трудоспособность восстанавливалась на 35-40 сутки. 114 (76%) пациентам было выполнено иссечение ЭКХ с ушиванием раны наглухо. Из них 18 (12%) пациентам рана была ушита швами по Донати (при малом объёме и глубине поражения), 94 (64%) пациентам рана ушивалась методом Bascom II. Швы снимались на 10-14 сутки. Трудоспособность восстанавливалась на 15-20 сутки. Всем пациентам после операции назначались антибиотики и физиолечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Осложнения возникли у 3 (2%) человек из общего числа пролеченных пациентов. После иссечения ЭКХ с подшиванием краёв раны к дну прорезывание п/о швов наблюдалось в 1 (0,7%) случае, расхождение краёв раны после снятия швов в 1 (0,7%) случае. После иссечения ЭКХ с ушиванием раны наглухо методом Bascom II был 1 случай нагноения раны из-за скопившейся гематомы. У всех 3-х пациентов раны зажили вторичным натяжением.

ВЫВОД. Ушивание раны наглухо требует тщательного гемостаза, назначение антибактериальной терапии и физиолечения в п/о периоде. Таким образом, при ушивании раны наглухо методом Bascom II, рецидивов, в сравнении с традиционным ушиванием раны методом марсупиализации, не было. При этом время восстановления трудоспособности пациентов сокращается вдвое.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ КОПЧИКА У ДЕТЕЙ

Поверин Г.В.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,
г. Москва, Россия
«ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова», г. Москва, Россия
Республиканская детская клиническая больница,
г. Ижевск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Киста копчика – гнойно-воспалительное заболевание, встречающееся, в основном, у подростков. Длительный период лечения имеют медицинскую и социальную значимость.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Анализ результатов диагностики и лечения кисты копчика у детей.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты лечения 310 детей с кистой копчика в возрасте от 1,5 лет до 18 лет включительно. Средний возраст 16 лет. Всем больным проводилось клиническое обследование, применялись лабораторные, ультразвуковые, а часто и рентгенологические методы исследования. Клинические проявления кисты копчика практически во всех наблюдениях были ярко выраженными.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Больным с острым воспалением 78 (25,16%), проводилось вскрытие, дренирование гнойника, у 35,7% выделена E.coli, у 26,3% St.aureus, у 29,4% Str.pyogenes, у 8,6% роста не было. Больные получали антибактериальную (защищенные пенициллины), противовоспалительную терапию, физиолечение. Среднее пребывание 7,8 суток.

232 (74,84%) поступали в стадии ремиссии. 100% выполнено УЗИ, в 57,32% СКТ с контрастированием. Выполнена операция – иссечение кисты с дренированием 174 (75%), без дренирования – 58 (25%), у 4 (1,72%) больных нагноение раны. 100% материал направлен на гистологическое исследование, в 100% свищевой ход выстлан эпидермисом, у 176 (75,86%)

обнаружены стержни волос. Больные получали антибактериальную, противовоспалительную терапию, физиолечение. Снятие швов без дренирования 14 сутки, с дренированием 16 сутки. Среднее пребывание 15,5 суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. 1. Наиболее эффективным является двухэтапное лечение кисты копчика.

2. В лечении кисты копчика нет необходимости в применении комбинаций антибиотиков.

3. УЗИ является доступным и высокоинформативным методом исследования, в ряде случаев необходимо использовать СКТ с контрастированием свища.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С КИСТОЙ КОПЧИКА

Поверин Г.В.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,
г. Москва, Россия

«ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова», г. Москва, Россия
Республиканская детская клиническая больница,
г. Ижевск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Киста копчика (КК) – распространенное, гнойно-воспалительное заболевание, встречающееся в разных возрастных группах детей. Но в современной литературе по детской хирургии она практически не представлена.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оптимизировать результаты лечения КК у детей.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. С 2013 по 2018 гг. пролечено 310 детей с КК. 95 (30,64%) девочек, 215 (69,36%) мальчиков. Больные были разделены: КК с острым воспалением 78 (25,16%), без воспаления 54 (17,42%), с хроническим воспалением 178 (57,42%).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Больные с острым воспалением (средний возраст 15 лет) поступали в клинику с выраженной клинической картиной. В 43% случаев нельзя было определить предрасполагающие факторы развития острого воспаления, в остальных случаях ими были: избыточная масса тела (34%), повышенное оволосение (67%), потливость, опрелости (74%). Всем выполнялось вскрытие, дренирование гнойника, в 91% под местной анестезией. Больные получали антибактериальную, противовоспалительную терапию, физиолечение. КК без воспаления (средний возраст 13 лет) выявлялись при диспансерном осмотре, подтверждались на УЗИ крестцово-копчиковой области. Всем выполнено иссечение кисты, в 57% случаев с дренированием. В послеоперационном периоде антибактериальная терапия (защищенными пенициллинами), в 38% случаев антибиотикопрофилактика. Больные с хроническим воспалением поступали со сроком от 3 месяцев до 2 лет от начала заболевания. Проводилось обследование: УЗИ в 100%, в 57,32% СКТ. Выполнялось иссечение кисты, в 75% с дренированием. Антибактериальная терапия 5-7 дней. В 73% случаев радикальная операция выполнялась под спинномозговой анестезией. При закрытии раны в 85% накладывали швы по Донати, в 15% узловые швы. У 4 (1,72%) – нагноение раны.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. 1. Инфицированные формы кист копчика являются следствием своевременно не выявленной кисты в неосложненной стадии.

2. При остром воспалении кисты копчика вскрытие гнойника предпочтительно выполнять под местной анестезией, а радикальное оперативное лечение проводить под спинномозговой анестезией.

3. При закрытии раны предпочтительнее использовать швы по Донати.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОИДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДЕЗАРТЕРИАЛИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПОД ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ

Погосян Г.Н., Непомнящая С.Л.

Клиника высоких медицинских технологий
им. Н.И. Пирогова СПбГУ, г. Санкт-Петербург, Россия

COMBINED TREATMENT OF CHRONIC HEMORRHOIDS WITH THE USE OF DEARTERIALIZATION OF HEMORRHOIDS UNDER DOPPLEROGRAPHIC CONTROL

АКТУАЛЬНОСТЬ. В 1996 году японским ученым Моринагой был предложен метод лечения хронического геморроя: трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией слизистой (операция HAL-RAR). Он стал новым подходом к лечению геморроидальной болезни в соответствии с современными представлениями об ее анатомических и патогенетических аспектах. По мере внедрения в хирургическую практику стали очевидны ограничения данного метода в лечении больных с комбинированным геморроем III и IV стадий. Стали возникать ситуации, при которых использование данного метода оказывалось недостаточным для полноценного и адекватного излечения, возникала необходимость повторных операций – при рецидивах, удалении наружных узлов, из-за неполноценного лифтинга при 3-4 стадиях. После оценки подобных случаев мы пришли к выводу о необходимости выполнения одномоментного комбинированного лечения.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Комбинированное лечение использовано у 49 больных с хроническим комбинированным геморроем III-IV стадий в возрасте от 18 до 78 лет. Средний возраст – 52,4 года. Количество мужчин и женщин было почти одинаковым – 24 и 25, соответственно.

В 69,4% случаев (34 из 49) комбинированное лечение выполнялось пациентам с III стадией заболевания, в том числе, у 5 (14,7%) из них в анамнезе отмечались геморроидальные кровотечения. В 30,6% (15 больных) комбинированное лечение выполнено при IV стадии геморроя.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Комбинированное хирургическое вмешательство включало удаление крупных фиброзированных наружных или внутренних узлов электролигирующим инструментом с последующим выполнением дезартеризации под УЗИ-контролем или выполнение дезартеризации под УЗИ с лифтингом слизистой и удалением или лазерной коагуляцией остающихся наружных узлов. Оперативное лечение выполнялось под общей или спинальной анестезией. Средняя продолжительность операции составила 43,5 мин. (от 25 до 65 мин.), осложнений раннего послеоперационного периода не было. Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде у 48 из 49 больных не требовал назначения сильнодействующих анальгетических препаратов. Пребывание в стационаре после операции варьировалось от 1 до 3 дней. Средний послеоперационный койко-день составил 1,9.

В дальнейшем пациенты продолжали лечение амбулаторно. Послеоперационные осложнения на этапе амбулаторного лечения не отмечены. Сроки амбулаторного лечения до восстановления трудоспособности составляли от 6 до 28 дней (16,6 в среднем) в зависимости от характера работы. Отдаленные результаты прослежены нами в сроки до 1 года. По результатам

анкетирования результаты лечения оценены пациентами как отличные – 4 (6,1%), хорошие – 38 (77,6%) и удовлетворительные – 7 (14,3%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Использование комбинированного лечения хронического геморроя III-IV стадии с применением дезартериализации геморроидальных узлов под доплерографическим контролем является эффективным, существенно не увеличивает длительность операции, не удлиняет течение п/о периода и обеспечивает хороший отдаленный результат.

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ KARYDAKIS

Помазкин В.И.

Свердловский областной госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В настоящее время предложено множество вариантов оперативного лечения эпителиального копчикового хода. Все большее распространение получает выполнение операции Karydakis с мобилизацией одного из краев раневого дефекта после иссечения свищевых ходов и расположением ушитой раны вне средней линии. Это позволяет уменьшить глубину межягодичной складки, облегчить уход за раной, улучшить условия ее заживления. Несмотря на то, что это позволяет уменьшить частоту возникновения рецидивов, они хоть и редко возникают и после этого вмешательства.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить возможности повторного выполнения операции Karydakis при возникновении рецидива эпителиального копчикового хода.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование вошли 9 пациентов с рецидивами копчикового хода после ранее выполненной операции Karydakis. Средний возраст составил 32,1 года, мужчин было 8, женщин – 1. Средний срок возникновения рецидива составил 15,7 месяцев. У всех пациентов первичное отверстие рецидивного свищевого хода располагалось в самой нижней части послеоперационного рубца. Вероятной причиной рецидива была недостаточная латерализация раны. Техника операции была аналогичной классической методике с выполнением эллипсоидного ассиметричного разреза до крестцовой фасции с иссечением свищевых ходов. Углы эллипса располагались не менее, чем в 2 см от средней линии. В связи с рубцовыми изменениями подкожной клетчатки, нами было предложено включение в мобилизуемый лоскут ягодичной фасции, отделяемой от мышц и сращений с крестцово-копчиковыми структурами. Это позволило мобилизовать лоскут на 4-5 см и перенести среднюю линию латеральнее на 1,5-2 см, особенно в нижней части раны. Сшивание рассеченной краев ягодичной фасции снимает нагрузку со швов на подкожной клетчатке и позволяет наложить внутрикожный шов без натяжения, обеспечивая хороший функциональный и косметический результат.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Осложнения возникли у 1 пациента в виде серомы в ранние сроки после операции, поверхностное нагноение раны произошло у 1 больного. При медиане наблюдения 23 месяца рецидивов ни у кого из пациентов не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Повторное выполнение операции Karydakis с некоторой модификацией имеет приемлемые результаты при рецидиве эпителиального копчикового хода.

МЕТОД АНОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЗАДНЕГО ПРОХОДА

Помазкин В.И.

Свердловский областной госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Рубцовая стриктура заднего прохода – серьезное осложнение операций в этой области, значительно нарушающее качество жизни пациентов. Предложен ряд операций при этой патологии, однако применение их через относительно небольшой интервал выполнения после первичного вмешательства имеет большое число осложнений.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка результатов применения предложенного метода анопластики.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В работу вошли результаты лечения 4 пациентов с рубцовыми стриктурами заднего прохода. У всех больных сужение возникло после геморроидэктомии при чрезмерно радикальном удалении геморроидальных узлов. Стриктура была ниже уровня зубчатой линии, вовлекая перианальную кожу и расценивалась как суб- и декомпенсированная. Интервал после первичной операции составил, в среднем, 46,4 дня после первичной операции. В этот срок сохранялась воспалительная инфильтрация перианальных тканей, несмотря на попытку активного консервативного лечения. В этот срок мало приемлемы способы, связанные с перемещением традиционных кожных лоскутов. Стриктура рассекается от зубчатой линии радиальным разрезом 2 см на 7-8 часах. Прилежащая слизистая оболочка мобилизуется. В перианальной области на 3-4 см от заднего прохода кожа и жировая клетчатка рассекается полулунным разрезом 3-4 см. От этого разреза кожа и сохраняемая с ней подкожная клетчатка мобилизуется от подлежащих тканей по направлению к заднему проходу с созданием мостовидного кожно-жирового лоскута, перемещаемого к ранее мобилизованной слизистой оболочке с фиксацией кожи и слизистой. Первоначальный радиальный разрез переводится в поперечную ушитую рану, расширяя тем самым задний проход. Полулунная рана перианальной области переводится в радиальную с возможным ее ушиванием или использованием для дренажа. При выраженной стриктуре подобная манипуляция может проводиться и справа с проведением радиального разреза на 4-5 часах с подобным перемещением кожно-жирового лоскута.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Случаев гнойных осложнений не было. Полное заживление достигалось через 4 недели. Нормализация опорожнения прямой кишки достигалась к 3 неделе. Случаев рецидива стриктур, эктропиона слизистой оболочки, анального недержания не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предложенный метод анопластики позволяет устранить рубцовую стриктуру заднего прохода, даже в условиях сохраняющейся воспалительной инфильтрации перианальных тканей.

НОВЫЙ СПОСОБ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ ПАРАРЕКТАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ

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

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара,
Россия

NEW METHOD OF SURGERY FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPLEX PERIANAL FISTULAS

Razin A. N., Katorkin S. E., Zhuravlev A.V.

Samara state medical University, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хронический парапроктит с экстрасфинктерным расположением свищевого хода выявляется в 15-30%. Рецидивы заболевания по данным разных авторов, достигают 30-78% от общего количества оперированных больных. Недостаточность анального сфинктера после операции развивается у 15-63% пациентов.

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

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Анализ истории болезней 144 пациентов, оперированных по поводу сложных форм параректальных свищей. Предложенный способ пластической коррекции, основанный на ликвидации внутреннего свищевого отверстия путем низведения и устойчивой фиксации слизистой оболочки прямой кишки непрерывным съемным швом, осуществлен у 74 (59,7%) пациентов (1 группа). На данный способ получен патент на изобретение № 2491024 от 27.08.13. Проктопластика с боковым смещением слизисто-подслизистого лоскута прямой кишки выполнена в 70 (48,6%) наблюдениях (2 группа).

РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем послеоперационном периоде, кровотечение из раны отмечено в 4 (5,7%) случаях у больных второй группы. Нагноение операционной раны у 3 (4,1%) больных 1 группы и 4 (5,7%) пациентов 2-й группы. Острая задержка мочи у 6 (8,1%) пациентов 1-й группы и у 7 (10,0%) пациентов 2-й группы. Ранний рецидив свища в 2 (2,7%) случаях больных 1-й группы и у 4 (5,7%) больных 2-й группы. Средний период реабилитации в 1 группе составил $28,3 \pm 2,85$ дней, во 2-й группе – $35,6 \pm 5,95$ дней.

Отдаленные результаты лечения нами изучены у 122 больных. Рецидив заболевания в 1 группе – 10 (16,1%), во 2 группе – 20 (33,3%) пациентов. Недостаточность анального сфинктера 1 ст.: в 1 группе не было, во 2-й группе у 5 (8,3%) пациентов.

ВЫВОДЫ. Предложенный способ оперативного лечения пациентов с экстрасфинктерными и высокими чрессфинктерными параректальными свищами является патогенетически обоснованным и эффективным методом лечения.

СПОСОБ БЕЗАППАРАТНОЙ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С ОДНОВРЕМЕННЫМ УДАЛЕНИЕМ НАРУЖНЫХ УЗЛОВ

Райымбеков О.Р., Жолболдуев Ж.М.,
Камчиев К.Н., Ырысметова З.А.

ЮФКГМИП и ПК им. С.Б. Даниярова, кафедра
«Хирургических дисциплин», Хирургическое отделение
№ 2 ГКБ, г. Ош, Кыргызстан

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморрой – одно из самых распространенных заболеваний дистального отдела прямой кишки. 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% – в хирургическом. По мнению ряда авторов, консервативное лечение, несмотря на применение современных эффективных препаратов, дает только кратковременный положительный эффект. Погрешности в диете и при интенсивной физической нагрузке, как правило, приводят к очередному обострению заболевания и назначению повторного курса консервативной терапии.

Недостатками хирургического лечения рассматриваемого заболевания являются выраженный послеоперационный болевой синдром, риск возникновения кровотечения, возможность развития парапроктита, стриктур анального канала, необходимость выполнения болезненных перевязок, длительный период нетрудоспособности. Кроме того, после операции в отдаленные сроки остается опасность развития таких осложнений, как недостаточность анального жома и рецидив заболевания, их число до настоящего времени остается стабильным и составляет 2-4%.

Таким образом, обзор литературы показывает, что до настоящего времени нет единого взгляда на применение различных методов хирургических операций и малоинвазивных способов лечения хронического геморроя. Нет четко сформулированных показаний к их применению, хотя, несомненно, все они обладают определенными достоинствами. Поэтому поиск усовершенствования способов лечения хронического геморроя, поиск оптимальных методов лечения при различных стадиях заболевания является актуальным.

Среди малоинвазивных методов, воздействующих на геморроидальные узлы, дезартеризация геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии отличается своей оригинальностью.

Но подобные дорогостоящие аппаратуры для больниц Кыргызстана на сегодня трудно доступные по разным причинам. Поэтому мы начали операцию безаппаратной дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с одновременным удалением наружных геморроидальных узлов.

Операцию начинают с осторожной, но тщательной дивульсией мышц анального сфинктера с помощью бранш ректального зеркала. Задний проход в четырех симметричных точках ($12,3,6,9$ часов) растягивают кольцом расширителем при помощи шелковых нитей. На внутренний геморроидальный узел, расположенный на 11 часах, накладывают зажим Люэра и слегка подтягивают его кнаружи, по направлению к противоположной стенке так, чтобы обозначить сосудистую ножку геморроидального узла, располагающуюся несколько выше зубчатой линии. Основания сосудистой ножки внутреннего геморроидального узла ушивают восьмиобразным викриловым швом № 2/0. После этого отпускается зажим Люэра. Мукосексию увеличенного внутреннего геморроидального узла про-

водят «Х»-образными швами нитями викрила № 2/0. В данном случае мукопексия гипертрофированного внутреннего геморроидального узла проводится под визуальным контролем. Аналогичным путем проводят дезартеризацию и мукопексию внутренних геморроидальных узлов на 7 и 3 часах, иногда на 1 и 5 часах (патент КР № 2038 от 30.03.2018 г.)

После этого снимают кольцо расширитель, удаляют соответствующие наружные геморроидальные узлы, обычно как продолжение внутренних узлов. После обработки ушитых ран накладывают салфетку, пропитанную мазью левомеколя.

На базе хирургического отделения Ошской городской клинической больницы с 2016 по 2018 гг. находились 393 больных с диагнозом хронический геморрой, при этом у 16 (4%) больных диагностирован хронический геморрой и постгеморрагическая анемия, у 216 (55%) больных диагностирован геморрой 3 степени с кровотечением, у 77 (19,5%) диагностирован хронический геморрой 3-4 степени. Из них мужчин было 267 (68%), женщин – 126 (32%), в возрастном аспекте до 30 лет были 86 (22%), до 40 лет – 106 (27%), до 50 лет – 94 (24%), до 60 лет – 62 (16%) больных. У 220 (56%) больных одновременно выпадали все внутренние узлы, а у 35 (9%) больных выпадали внутренние узлы только на 11 и 7 часах. Закрытая геморроидэктомия произведена 159 (40,4%) больным, 117 (29,7%) больным произведена операция дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией и одновременным удалением наружных геморроидальных узлов.

После дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с одновременным удалением наружных узлов больные находились на стационарном лечении, в среднем, 7,4 койко-дней. В послеоперационном периоде у больных, перенесших дезартеризацию геморроидальных узлов с мукопексией, болевой синдром был менее выраженным, больные вели себя сравнительно активно, рефлекторная задержка мочеиспускания не отмечена, и отсутствует риск развития послеоперационного кровотечения и послеоперационной стриктуры анального канала. Совместное удаление наружных геморроидальных узлов при дезартеризации внутренних геморроидальных узлов, исключает гипертрофию наружных геморроидальных узлов в перспективе.

У больных с закрытой геморроидэктомией болевой синдром был более выраженным, у 18 (11,3%) больных отмечена задержка мочеиспускания, и у 6 (3,7%) больных развилась послеоперационная стриктура анального канала. Средние сроки пребывания данных больных в стационаре составили 8,4 койко-дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

1. При дезартеризации во время операции кровопотеря исключена, это особенно показано при операции на больных с постгеморрагической анемией.

2. Мукопексия внутренних гипертрофированных геморроидальных узлов достигается с применением «Х»-образных швов викрила № 2/0 под визуальным контролем.

3. После операции дезартеризации в послеоперационном периоде отсутствуют расхождения края ушитых ран анального канала при первой дефекации, соответственно, исключается послеоперационное кровотечение и стриктура анального канала.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Райымбеков О.Р., Жолболдуев Ж.М.,
Рустам уулу И., Камчиев К.Н., Ырысметова З.А.

ЮФКГМИП и ПК им. С.Б. Даниярова, кафедра
«Хирургических дисциплин», Хирургическое отделение
№ 2 ГКБ, г. Ош, Кыргызстан

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение взаимосвязи геморроя с парапроктитом и изучение эффективности симультанных операций при сочетанных заболеваниях аноректальной области. По литературным данным, геморрой предшествует образованию острого парапроктита, в среднем, в 30,7% случаев, а по нашим данным, данное сочетание болезней встречалось в 33,3% случаях, а при параректальных свищах – в 44,3% случаях. Учитывая, частоту сочетания двух болезней мы решили одновременно произвести две операции (иссечение параректального свища и геморроидэктомию) и добились хороших результатов. Метод в патогенетическом плане оправдан, так как воспалительные заболевания геморроидальных узлов часто предшествуют образованию острых парапроктитов или обострению хронических парапроктитов.

Аминев А.М. (1973), суммировав данные 15 авторов о 4278 больных парапроктитом, установил, что геморрой предшествовал образованию парапроктита у 1255 (29,3%). Так, Рыжих А.Н. наблюдал геморрой у 30,7% больных парапроктитом. По данным межтерриториального колопроктологического отделения Кемеровского областного госпиталя России, сочетание геморроя с параректальным свищем – 9,5%, анальной трещиной – 60,7%, анальным полипом – 17,7%, ректоцеле – 2,0%, ворсинчатая опухоль нижнеампулярного отдела прямой кишки – 1,1%. По данным ТГБ г. Ош, сочетание геморроя с параректальным свищем – в 44,3% случаях и острым парапроктитом – в 33,3% случаях.

Тромбированные вены воспаленных геморроидальных узлов могут дать особенно благоприятную почву для развития инфекции. А причиной образования параректальных свищей является острый парапроктит. Простое вскрытие и дренирование острого парапроктита только в 30-35% случаях приводит к стойкому выздоровлению, а в 50-70% случаях парапроктит переходит в хроническую форму. Это связано с тем, что при обычном вскрытии острого парапроктита внутреннее отверстие гнойного хода остается несанированным.

При симультанных операциях у больного сокращается время, проведенное под наркозом. Любой вид наркоза для организма, особенно для сосудов головного мозга не проходит бесследно. Самым стрессовым моментом хирургического лечения является именно наркоз. Симультанные операции за счет уменьшения количества наркоза и назначения послеоперационных дублирующих медикаментов, антибиотиков имеет свою социальную и финансовую выгоду. Симультанные операции для больного воспринимаются как одно хирургическое вмешательство, что значительно снижает уровень тревоги и стресса перед и после операции.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. На базе хирургического отделения № 2 Ошской городской больницы с 2016 по 2018 гг. по поводу острого парапроктита находились на стационарном лечении 189 больных. Из них 63 (33,3%) больным произведены одновременно две операции – это радикальное вскрытие острого парапроктита с ликвидацией внутреннего отверстия гнойного хода и дезартеризация внутренних геморрой-

идальных узлов с одновременным удалением наружных узлов (патент № 2049 от 28 апреля 2018 г.). Из них мужчины – 45 (71,4%), женщины – 18 (28,6%). Среди этих больных у 18 (28,6%) гнойный ход был экстрасфинктерным, у 41 (65,1%) большого гнойный ход был транссфинктерным, у 4 (6,3%) больных гнойный ход был интрасфинктерным. Исследования показали, что сравнительно чаще возбудителем острого парапроктита являются стафилококки, которые в 57% наблюдений обнаружены в монокультуре и в 21% в ассоциациях с другими кокками, кроме того, в отдельных случаях обнаружены стрептококки и синегнойные палочки и др. Выделенная микрофлора проявляла сравнительно высокую чувствительность к ципрофлоксацину, цефозолину, сохраняя высокую резистентность к эритромицину, гентамицину, амоксицилину, пенициллину.

Больные после сочетанной операции на стационарном лечении находились, в среднем, по 9,6 койко-дней и они наблюдались от 6 месяцев до 2 лет, рецидивы и образования параректальных свищей не наблюдались. Остальные больные с острым парапроктитом 126 (67%) оперированы традиционно, т.е. операция закончилась обычным вскрытием и дренированием гнойника. Из них у 43 (34,1%) больных образовался параректальный свищ, у 6 (4,7%) больных развился рецидив болезни.

По поводу хронического параректального свища за аналогичный период оперированы 106 больных, из них 47 (44,3%) больным произведены одновременно две операции: рассечение параректального свища с ушиванием дна раны и дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с одновременным удалением наружных узлов. Из них мужчин 68 (64,2%), женщин – 38 (35,8%), возраст больных до 80% были до 40 лет. Параректальные свищи были экстрасфинктерными у 27 (25,5%), транссфинктерными – у 74 (69,8%) больных, у 5 (4,7%) больных внутренние отверстия свищевого хода не найдены. Эти больные после операции в стационаре находились, в среднем, 9,5 койко-дней. У этих больных в ходе наблюдения от 6 месяцев до 2 лет рецидивов болезни и слабости анального жома не наблюдались.

После изолированной операции дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с одновременным удалением наружных узлов больные в стационаре находились, в среднем, 7,4 койко-дней, а после традиционного вскрытия ОПП после операции в стационаре находились 6,5 койко-дней, после рассечения параректальных свищей 7,8 койко-дней.

Операцию проводили под перидуральной или сакральной анестезией. Необходимо отметить, что внутренние гипертрофированные геморроидальные узлы становятся отчетливо видны только при вышеуказанных видах анестезии. А при калипсоловом наркозе из-за спазма мышц анального жома геморроидальные узлы не прослеживаются. По нашему мнению, вероятно по этой причине, при вскрытии острого парапроктита и иссечении параректального свища геморрой не диагностируется, и указывается низкий процент взаимосвязи геморроя с парапроктитами.

ВЫВОДЫ. Произведенные симультантные операции при сочетанных заболеваниях аноректальной области имеют ряд своих положительных сторон:

1. Большой одновременно избавляется от двух в этиопатогенетическом плане взаимосвязанных заболеваний, самое главное, от источника различных воспалительных заболеваний аноректальной области, от геморроя.
2. Отмечается значительная экономическая эффективность симультантных операций для больниц и больного за счет сокращения материальных затрат.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ

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

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. В последние годы в колопроктологии идет качественный рост эффективности лечения больных с геморроем, частота которого составляет 18-42% среди взрослого населения, снижен риск оперативных вмешательств и улучшен их результат.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование вошли 125 больных с хроническим комбинированным геморроем (ХКГ). Эти больные были прооперированы различными методами; среди них 75 (49,7%) женщин и 76 (50,3%) мужчин, средний возраст больных составил $46,5 \pm 1,6$ года. Все больные разделены на 3 группы в зависимости от вида оперативного вмешательства: I группа (51 человек) – больные, которым была выполнена операция Милигана-Моргана, II группа (49 человек) – больные, которым была выполнена операция Фергюсона, III группа (25 человек) – больные, которым была выполнена раздельная закрытая геморроидэктомия по Селиванову. Ранжирование отдаленных результатов: хорошие (жалоб нет, пальцевое исследование прямой кишки безболезненное, полное восстановление тонуса мышц анального канала по данным сфинктерометрии), удовлетворительные (периодическое выделение крови после дефекации, в анальном канале при пальцевом исследовании определяются невыраженные внутренние геморроидальные узлы), неудовлетворительные (развитие послеоперационных осложнений – стриктура, недержание и др.).

РЕЗУЛЬТАТЫ. В группе I количество хороших результатов составило 92%, удовлетворительных – 6%, неудовлетворительных – 2%, в группе II – 94%, 4% и 2%, соответственно, в группе III – 96%, 4% и 0%, соответственно. Очевидно, что отдаленные результаты оперативного лечения не отличаются большим разбросом данных. Это объяснимо вполне понятными факторами: квалификация хирурга, высокий пластический и генераторный потенциал рабочей области и пр. Однако и на нашем небольшом материале можно увидеть, что наилучших результатов удалось добиться в группах II (ОФ) и III (ОС). К сожалению, и в группе I, и в группе II было получено по одному неудовлетворительному результату, связанному в группе I с явлениями недержания, и с развитием рубцовой стриктуры анального канала в группе II. Явления недержания соответствовали II степени по Аминеву, была проведена консервативная терапия (прозерин, электростимуляция), отмечено улучшение (редкое удержание газов при несоблюдении алиментарных рекомендаций). Во II группе пришлось прибегнуть к бужированию и соблюдению пищевых рекомендаций, после этого клиническая ситуация значительно улучшилась.

Таким образом, наилучшие отдаленные результаты получены в группе III. Раздельная закрытая геморроидэктомия по Селиванову может быть рекомендована к использованию в широкой клинической практике для улучшения результатов оперативного лечения ХКГ.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ АНАЭРОБНЫЙ ПАРАПРОКТИТ

Сергацкий К.И., Никольский В.И., Качкуркина Ю.И.
Медицинский институт ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза, Россия

SURGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH ACUTE ANAEROBIC PARAPROCTITIS

Sergatskiy K.I., Nikolsky V.I., Kachkurkina Yu.I.
Medical Institute of Penza State University, Penza, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. После вынужденного выполнения обширной некрэктомии и протективной колостомии у пациентов с острым анаэробным парапроктитом возникает необходимость в проведении хирургической реабилитации.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Демонстрация вариантов хирургической реабилитации, необходимых пациентам с последствиями перенесенного острого анаэробного парапроктита.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Под нашим наблюдением был 71 больной острым анаэробным парапроктитом. Наложение вторичных кожных швов и/или выполнение пластических операций для устранения послеоперационных дефектов кожи промежности, передней брюшной стенки, внутренних поверхностей бедер или области крестца выполнено всем выжившим больным (58–81,7%). Наложение вторичных кожных швов потребовалось в 46 (64,8%) наблюдениях. Во всех случаях наложение кожных швов выполнено в период нахождения пациентов на стационарном лечении по поводу острого анаэробного парапроктита в качестве завершающего этапа госпитализации. Различные варианты формирования мошонки при полном или частичном отсутствии на последней кожного покрова (вследствие интраоперационных некрэктомий) выполнены в 8 (11,3%) наблюдениях. При этом у 2 (2,8%) пациентов, кроме формирования neoscrotum, проведена экспандерная пластика кожи полового члена. Аутодерматопластика в качестве хирургической реабилитации выполнена 4 (5,6%) пациентам. Учитывая гибель одного больного, перенесшего наложение протективной колостомы, необходимость закрытия последней возникла в 2 (2,8%) наблюдениях.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из всех 58 больных, потребовавших выполнения различных вариантов хирургической реабилитации, ранняя хирургическая реабилитация выполнена в 54 (93,1%) наблюдениях, поздняя – у 8 (13,8%) пациентов. У части больных последовательно выполнено несколько видов хирургической реабилитации. Таким образом, 58 пациентам с последствиями перенесенного острого анаэробного парапроктита выполнено 62 хирургических вмешательства, направленных на их устранение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Пациенты с последствиями перенесенного острого анаэробного парапроктита нуждаются в проведении ранней и поздней хирургической реабилитации.

ВЫБОР МЕТОДА ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ И ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Соловьев А.О.^{1,2,3}, Соловьев О.Л.²,
Воробьев А.А.^{1,3}, Соловьева Г.А.²

¹ ФГБОУ ВО «ВолГМУ» Минздрава РФ, г. Волгоград, Россия

² АО МНПО «Клиника «Движение», г. Волгоград, Россия

³ ГБУ «ВНМЦ», г. Волгоград, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Хирургическое лечение хронического геморроя не теряет актуальности. При этом требования к методу геморроидэктомии повышаются в связи с внедрением систем fast track. Обладая более чем 25-летним стажем работы в частной амбулаторной колопроктологии, мы всегда находились в поисках технологии, отвечающей требованиям безопасности, эффективности и безболезненности.

ЦЕЛЬ. Разработать алгоритм выбора хирургического способа лечения хронического геморроя и послеоперационного ведения пациентов в амбулаторных условиях.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование вошли пациенты с диагнозом «Хронический геморрой» III и IV стадии (опытная группа 150 человек), которым была выполнена открытая геморроидэктомия с помощью УЗ скальпеля аппарата «Проксон» с прошиванием сосудистой ножки в период с 2014 по 2016 гг. Контрольной группой послужили 426 пациентов, которым была выполнена открытая геморроидэктомия по стандартной методике с помощью аппарата биполярной коагуляции с функцией импедансометрии (БКФИ) без прошивания сосудистой ножки в период с 2011 по 2015 гг. Срок наблюдения 36 месяцев после операции. Для оценки динамики заживления ран после применения БКФИ и УЗ скальпеля нами выполнялись мазки-отпечатки ран в сроки 5, 10, 15 и 20 суток. Для оценки болевого синдрома применялась ВАШ. Все пациенты велись амбулаторно и получали стандартную терапию: плановый прием НПВС, ректальных суппозиторов с местными анестетиками, слабительных средств.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Кровотечения в опытной группе встречались несколько чаще (1,6% против 0,5%). При изучении болевого синдрома наблюдались сопоставимые результаты. По мазкам-отпечаткам отмечалась значимая разница процессов заживления в пользу группы с УЗ скальпелем. Сроки заживления ран в опытной группе составили 20±7 дней, в контрольной – 35±7 дней. Рецидивов в обеих группах не было зафиксировано.

ВЫВОДЫ. Сроки заживления при применении УЗ технологий значительно сокращаются, но требования к интраоперационному гемостазу повышаются. Стандартизация послеоперационного ведения больных позволяет улучшить результаты лечения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИСТУЛОСКОПИИ С ЦЕЛЬЮ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Соловьев А.О.^{1,2,3}, Соловьев О.Л.²,
Воробьев А.А.^{1,3}, Соловьева Г.А.²

¹ ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава РФ, г. Волгоград, Россия

² АО МНПО «Клиника «Движение», г. Волгоград, Россия

³ ГБУ «ВНМЦ», г. Волгоград, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургическое лечение параректальных свищей остается сложной задачей колопроктологии. Предложенные оперативные вмешательства технически сложны, травматичны, при этом обладают высоким процентом рецидивов, поэтому продолжают поиски методов миниинвазивного лечения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить возможность применения фистулоскопии для улучшения результатов миниинвазивного способа лечения сложных параректальных свищей.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В качестве клинического случая был представлен пациент с рецидивным неполным наружным пельвиоректальным свищевым ходом. Ранее пациенту выполнялось оперативное вмешательство с низведением слизистого лоскута для закрытия внутреннего отверстия в другом центре. По данным фистулографии и МРТ, наружный ход не имел связь с просветом прямой кишки. С 2017 г. выполнялось миниинвазивное лечение свищевого хода методом фистулоскопии с УЗ в виде 4 курсов по 3 процедуры с перерывами в 1 месяц. В январе 2019 года с диагностической и лечебной целью выполнена фистулоскопия с помощью гистерорезектоскопа.

РЕЗУЛЬТАТЫ. После применения методики склеротерапии свищевого хода с УЗ у пациента наблюдалось уменьшение перифокального отека, изменение характера отделяемого свищевого хода. У пациента прекратились эпизоды абсцедирования, отмечалось улучшение общего самочувствия. Несмотря на положительную динамику, полного закрытия хода добиться не удалось. Во время проведения фистулоскопии отмечался ход с наружным отверстием длиной до 10 см и диаметром около 1 см. В просвете было большое количество грануляционной ткани в виде полиповидных разрастаний. С помощью резектоскопа и электрода-петли выполнено иссечение полипов с последующим гистологическим исследованием (грануляционная ткань). Через 1 месяц после фистулоскопии выполнен еще один курс склеротерапии с УЗ. В течение 5 месяцев рецидива не выявлено.

ВЫВОДЫ. Фистулорезектоскопия является эффективным методом улучшения результатов миниинвазивного лечения сложных параректальных свищей.

ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ СФИНКТЕРОЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА НАРУШЕНИЯ АНАТОМИИ ПРОМЕЖНОСТИ

Соловьев А.О.^{1,2,3}, Соловьев О.Л.², Воробьев А.А.^{1,3},
Соловьева Г.А.², Акинина О.А.²

¹ ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава РФ, г. Волгоград, Россия

² АО МНПО «Клиника «Движение», г. Волгоград, Россия

³ ГБУ «ВНМЦ», г. Волгоград, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Несмотря на обилие способов хирургической коррекции недостаточности мышц тазового дна, сохраняется высокий процент неудовлетворительных результатов. Механизм травмы промежности может быть разным, и приводит он, соответственно, к различным анатомическим нарушениям, требующим индивидуального подхода в выборе оперативного вмешательства.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить результаты применения оригинального способа сфинктеролевавторопластики при различных видах нарушения анатомии промежности.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Работа проводилась на основании анализа результатов обследования и лечения 134 женщин, страдающих ректоцеле и синдромом обструктивной дефекации, которым был применен новый способ сфинктеролевавторопластики. В анамнезе все пациентки имели родовые травмы различных степеней тяжести. Особенную группу составляли пациентки, перенесшие эпизиотомию. Всем пациенткам выполнялась сфинктеролевавторопластика с помощью одного шва с небольшими техническими особенностями в зависимости от характера травмы промежности и анатомических изменений. Сроки наблюдения составили 36 месяцев. Эффективность хирургического лечения оценивалась комплексно с использованием данных анкетирования, данных клинического осмотра и инструментальных методов исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Результаты лечения оценивались по анатомическому и функциональному критериям. Рецидивом заболевания мы считали любую его степень. Отдаленный послеоперационный период (36 месяцев) активно отслежен у всех пациенток. Хороший и удовлетворительный функциональный результат получен у 127 (94,7±1,9%) пациентов. Рецидив ректоцеле выявлен у 7 женщин, что составило 5,22±1,9% от общего числа пациентов.

ВЫВОДЫ. Анализ результатов оперативного лечения пациентов с ректоцеле и синдромом обструктивной дефекации при помощи оригинальной методики сфинктеролевавторопластики показал эффективность метода в отдаленном периоде и универсальность при различных изменениях анатомии промежности.

ВЛИЯНИЕ АНАТОМИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

Соловьев О.Л.², Соловьев А.О.^{1,2,3}

¹ ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава РФ, г. Волгоград, Россия

² АО МНПО «Клиника «Движение», г. Волгоград, Россия

³ ГБУ «ВНМЦ», г. Волгоград, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В исследовании выявлена зависимость результатов лечения геморроя от особенностей строения анального синуса, в частности, результаты лечения хронического геморроя во всех стадиях

заболевания у больных с патологически измененным анальным синусом хуже, чем у больных с его типичным строением.

ЦЕЛЬ. Дать характеристику результатов лечения геморроя в зависимости от анатомии анального канала.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В период 2015-2016 гг. было пролечено методом склеротерапии с УЗ 240 пациентов с хроническим геморроем, которые по результатам исследования анальных синусов были поделены на две группы: 98 (40,8%) пациентов с атипичным строением (опытная) и 142 (59,2%) пациента – с типичным строением (контрольная). 34 пациентам из опытной группы с неудовлетворительным результатом первичного лечения выполнялось оперативное лечение в виде иссечения анального синуса с последующим гистологическим исследованием.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У пациентов с атипичным строением анальных синусов результаты применения склеротерапии с УЗ были значительно хуже. Они отмечали сохранение симптомов заболевания. После оперативного лечения 34 пациентов из этой группы в виде иссечения патологически измененных синусов, отмечалась полная и устойчивая редукция симптомов. Гистологическое исследование патологически измененного анального синуса позволило выявить морфологические особенности, характерные для хронического воспалительного процесса и приводящие к метаплазии и дисплазии эпителия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Была установлена взаимосвязь между наличием анатомических изменений в структуре анального синуса, развитием патологических процессов в нем, приводящих не только к симптомам, симулирующим рецидив геморроя, но и морфологическим изменениям в строении эпителия синуса, вплоть до тяжелой дисплазии. Назрела необходимость обсуждения правомочности новой патологии – анального синусита, как имеющего свою характерную клиническую картину и патоморфологические особенности, а также требующего специфического лечения, в том числе, хирургического. В настоящее время в МКБ такой патологии нет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ГЕМОРРОЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Сотников В.М., Каторкин С.Е., Андреев П.С.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF COMBINED HEMORRHOID IN OUTPATIENT CONDITIONS

Sotnikov V.M., Katorkin S.E., Andreev P.S.
SamSMU, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморрой, является одним из самых распространенных заболеваний в амбулаторной практике врача колопроктолога и хирурга. Им страдает от 13 до 15% взрослого работоспособного населения. Для лечения пациентов на ранних стадиях, все большую популярность получают малоинвазивные хирургические методы лечения, к которым относится подслизистая коагуляция внутренних геморроидальных узлов. При данном методе отмечается низкий процент осложнений и рецидивов клиники геморроя до 5%.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты лечения пациентов с комбинированным геморроем, путем сочета-

ния метода субмукозной лазерной коагуляции внутренних геморроидальных узлов с иссечением наружных геморроидальных узлов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ лечения 119 пациентов с комбинированным геморроем II-III стадий. Все пациенты были разделены на основную (n=59) и контрольную (n=60) группу. Пациентам основной группы выполнялась одномоментная лазерная коагуляция внутренних геморроидальных узлов и иссечение наружных геморроидальных узлов. Пациентам контрольной группы выполнялось лигирование внутренних геморроидальных узлов в 2 этапа и иссечение наружных геморроидальных узлов с промежутками в 10 суток. Пациентам основной группы выполнялась сонография кровотока в наружных геморроидальных узлах до начала и через 1 месяц после окончания лечения, а пациентам контрольной группы до начала лечения, на 10-е сутки (перед второй процедурой) и через 1 месяц после его окончания.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациенты основной группы в течение 4±2 дней после операции предъявляли жалобы на чувство инородного тела и на болевой синдром интенсивностью 2±1 балла в течение 5±2 дней. Пациенты контрольной группы в течение суток после каждого лигирования предъявляли жалобы на болевой синдром в прямой кишке интенсивностью 3±1 балл, а также после иссечения наружных геморроидальных узлов интенсивностью 2±1 балл в течение 5±2 дней.

В основной и контрольной группах послеоперационных осложнений не наблюдалось. Сонография на 10 сутки, у пациентов контрольной группы показала снижение максимальной скорости кровотока на 34,8% и минимальной на 31,5%. Через 1 месяц после окончания лечения у всех пациентов кровоток в перианальной области выявлен не был. Контрольные осмотры через 6 месяцев выявили у 4 (7,9%) пациентов контрольной группы рецидив геморроя.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предложенный хирургический способ лечения комбинированного геморроя за счет одномоментного выполнения вмешательства позволяет сократить сроки лечения и послеоперационной реабилитации с 1 месяца до 1 недели и снизить частоту рецидивов в течение 6 месяцев с 7,9% до 0%.

НАГНОИВШИЙСЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД, ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Красенков Ю.В., Сухая Ю.В., Манулик А.Ф.
ФГБОУ ВО РостГМУ, г. Ростов-на-Дону, Россия

SUPPURATIVE EPITHELIAL COCCYGEAL CYST, DIAGNOSTIC AND TREATMENT TECHNOLOGIES

Tatyanchenko V.K., Bogdanov V.L., Krasenkov Yu.V., Sukhaia Yu.V., Manulik A.F.
State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Известные методы хирургического лечения эпителиального копчикового хода на разных стадиях имеют свои положительные и отрицательные стороны. При этом многими авторами отмечается от 30 до 40% осложнений в послеоперационном периоде.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты лечения больных с абсцессом эпителиального копчикового хода (ЭКХ), путем использования разработанных технологий.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ лечения 126 больных с абсцессом ЭКХ, которые разделены на две группы (контрольная и основная). Тканевое

давление крестцово-копчиковой и ягодичной областей определяли монитором «Stryker» REF.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Установлено, что резкое увеличение градиента тканевого давления (свыше 40 мм рт. ст.) наступает на 3-4 сутки развития патологического процесса. У всех больных с абсцессом ЭКХ операции были выполнены под эпидуральной анестезией в первые 5 часов с момента госпитализации. Первым этапом операции производили иссечение ЭКХ в одном блоке с кожей, подкожной клетчаткой. При посевах экссудата в спектре выделенной микрофлоры преобладали энтеробактерии, составляя 46,1%, и представители рода *Staphylococcus* – 33,6%. При лечении больных использовали мази на полиэтиленгликолевой основе (Левомеколь, Диоксиколь). Применяли деэскалационные принципы антибиотикотерапии. Микробиологические исследования показали высокую эффективность санации полости гнойника ультразвуком низкой частоты, а также озонотерапии. У больных с тканевой гипертензией (тканевое давление свыше 30 мм рт. ст.) была выполнена фасциотомия по оригинальной методике (Федеральный патент № 2393783). Восстановительный этап лечения начинали в строгом соответствии с показателями микробной обсемененности ран (КОЕ не более 10⁴-10⁵ в 1 г ткани). Вид операции зависел от показателей индивидуальной шкалы балльной оценки течения ЭКХ (Федеральный патент № 2408292).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Комплексный подход в лечении больных с абсцессом ЭКХ с использованием инновационных технологий позволил достичь хороших и удовлетворительных результатов у 93,7% больных (в контроле – 70,4%).

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЛАСТИКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ПРОМЕЖНОСТИ

Татьянченко В.К., Сухая Ю.В., Богданов В.Л., Красенков Ю.В., Воронова О.В.
ФГБОУ ВО РостГМУ, г. Ростов-на-Дону, Россия

NEW TECHNOLOGIES IN PLASTIC OF POST-TRAUMATIC PERINEAL DEFECTS

Tatyanchenko V.K., Sukhaia Yu.V., Bogdanov V.L., Krasenkov Yu.V., Voronova O.V.
State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Травмы промежности, осложнившиеся развитием деструктивного воспалительного процесса в области промежности, по-прежнему являются одной из основных причин госпитализации в хирургический стационар. При этом, даже с учетом совершенствующихся приёмов и методов в хирургии, различных противовоспалительных препаратов, хронический болевой синдром сохраняется у многих пациентов. Все это толкает на поиски новых, более перспективных методов хирургического лечения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Повысить эффективность лечения больных с последствиями травм промежности, путем использования разработанного способа операции.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Операции по пластике промежности отработаны в анатомическом эксперименте на 20 трупах и выполнены у 22 больных по оригинальной технологии (Федеральный патент № 2106813). Результаты прослежены в сроки от 6 месяцев до 2 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Кожно-фасциально-мышечные трансплантаты выкраивают на основе больших ягодичных мышц, включающих дистальный конец с расположенным над ним кожным покровом. Трансплантат разво-

рачивают под углом 60-70° во фронтальной плоскости в области сосудисто-нервной ножки, и проксимальный его конец подшивают к оставшейся части больших ягодичных мышц, а дистальным осуществляют послойную фиксацию к тканям дефекта промежности. Под нашим наблюдением находилось 22 больных. Из них 15 были с последствиями травм промежности (огнестрельная, бытовая). У 7 больных были ранее выполнены различные проктологические операции на промежности и прямой кишке. У всех больных в сроки от 1,5 до 3 лет развилось опущение тазового дна. На ЭНМГ, записанной с мышц тазового дна, выявлен тип волн с низкой активностью. Фоновая электрическая активность равна 12 мкВ (в покое 40-60 мкВ). При реовазографии выявлено резкое снижение сосудистого тонуса. Баллонная проктография: аноректальный угол 90-96° в покое и 140-145° при натуживании, опущение тазового дна на 2,0-2,5 см. При микционной цистоуретрографии: опущение мочевого пузыря до 4,5 см. Все 22 больных оперированы по разработанной нами методике. Через 1 – 2 года после операции установлено, что кожно-фасциально-мышечный трансплантат из большой ягодичной мышцы, перенесенный в область дефекта промежности жизнеспособен, признаков опущения промежности не выявлено.

ВЫВОД. У больных с последствиями травм промежности, целесообразно выполнять оперативное вмешательство по оригинальной технологии. Положительные результаты лечения получены у 90,9% больных.

МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРМООБЛИТЕРАЦИИ СВИЩЕВОГО ХОДА (FILAS): СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Титов А.Ю.¹, Костарев И.В.¹,
Матинян А.В.¹, Благодарный Л.А.²

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

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

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определение частоты заживления свищей после применения методики FiLaC™, установление факторов, способных повлиять на данный показатель.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. При поиске в электронных медицинских базах данных публикаций, в которых оценивались результаты методики FiLaC™ при лечении свищей прямой кишки, было отобрано 6 исследований, соответствующих поисковым запросам. Поиск выполнялся с учетом принципов составления систематических обзоров литературы и метаанализов (PRISMA). Временной интервал поиска публикаций находился между 2011 г. и октябрём 2018 г. В публикациях, включенных в анализ, оценивались следующие параметры: общие характеристики групп исследования, технические аспекты методики FiLaC™, расположение свищей по отношению к анальному сфинктеру, вариант закрытия внутреннего свищевого отверстия, частота заживления и рецидивов свищей, продолжительность периода наблюдения после вмешательства, характер повторных операций в случаях рецидива свища.

РЕЗУЛЬТАТЫ. С учетом данных, полученных при анализе отобранных исследований, средняя частота заживления свищей составила 64,5% (40-88,2). При анализе данных, было установлено, что единственными показателями, с помощью которых можно оценить их влияние на частоту заживления свищей были:

пол пациентов и вариант расположения свищевого хода по отношению к анальному сфинктеру (транссфинктерный/экстрасфинктерный). Статистическая обработка данных и оценка отношения шансов не выявила влияния на результат лечения выше указанных параметров.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Проведенный анализ данных показал, что методика FiLaC, в основном, показана для лечения пациентов с транссфинктерными и экстрасфинктерными свищами прямой кишки. Метод может быть рекомендован в качестве сфинктеросберегающего лечения у пациентов с изначально ослабленной функцией анального сфинктера и, следовательно, с высоким риском развития недостаточности анального сфинктера при применении традиционных методик. Для получения более четких представлений об эффективности методики FiLaC требуется дальнейшая оценка результатов лечения в отдаленном периоде и их сравнение с результатами после других вариантов коагуляции стенок свища.

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА, У МУЖЧИН, ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ

Титов И.С., Тюленев Ю.А., Гушин А.Е.

ФБУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора, Клиника «Ниармедик», г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), одной из самых частых причин обращения к врачу-колопроктологу являются воспалительные заболевания прямой кишки и анального канала (ВЗПА). Наряду с неинфекционными причинами возникновения ВЗПА, этиология развития данного синдрома может быть обусловлена инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), в связи с чем, сбор полового анамнеза и включение в план обследования тестов на возбудителей ИППП является необходимым для правильной диагностики и эффективного лечения данной группы пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить роль ИППП в качестве этиологического фактора развития воспалительных процессов среди пациентов – МСМ с клинической картиной ВЗПА.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Обследовано 437 МСМ. Каждому пациенту был выполнен осмотр, пальцевое исследование, ректороманоскопия и ПЦР-исследование слизистого отделяемого прямой кишки на наличие ДНК возбудителей ИППП.

РЕЗУЛЬТАТЫ. ВЗПА обнаружены у 153 МСМ. Среди них проктит диагностировали у 83% (127/153), при этом у 12,6% (16/127) пациентов он сочетался с поражением анального канала, а у 17% (26/153) были выявлены только поражения ануса. Проявления ВЗПА варьировали от поверхностных повреждений слизистой до выраженных эрозивно-язвенных и некротических. Среди пациентов с ВЗПА частота встречаемости *N.gonorrhoeae* составила 13,1% (20/153), *C. trachomatis* – 22,2% (34/153), *M.genitalium* – 3,3% (5/153), *HSV1* – 6,5% (10/153), *T.pallidum* – 4,6% (7/153). Самой частой ко-инфекцией оказались *N.gonorrhoeae* и *C.trachomatis* – 9,8% (15/153); другие ко-инфекции составили 17,6% (27/153) всех ВЗПА, а у 22,9% (35/153) пациентов с ВЗПА никаких ИППП обнаружено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В изученной выборке пациентов

частота выявления ИППП является чрезвычайно высокой. Большая часть случаев ВЗПА (77,1%) сопровождалась выявлением одного или нескольких возбудителей ИППП, при этом хламидийная и гонококковая инфекции выявлялись чаще остальных (22,2 и 13,1%, соответственно).

Применение молекулярных тестов при проктологическом обследовании МСМ позволяет своевременно назначить адекватную терапию и дифференцировать клинические проявления от НЯК и болезни Крона.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОТЕМПЕРАТУРНОЙ АРГОНОВОЙ ПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ РАН ПОСЛЕ ОТКРЫТОЙ ГЕМОРРОИДЕКТОМИИ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Туктагулов Н.В., Кузьминов А.М., Фролов С.А., Вышегородцев Д.В., Королик В.Ю., Сухина М.А.

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

COLD ATMOSPHERIC PLASMA (CAP) IN THE WOUND TREATMENT AFTER OPEN HEMORRHOIDECTOMY (PILOT NON-COMPARATIVE STUDY)

Tuktagulov N.V., Kuzminov A.M., Frolov S.A., Vyshegorodtsev D.V., Korolik V.Y., Sukhina M.A.

State scientific center of coloproctology, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. На сегодняшний день в хирургии остается актуальным вопрос лечения хронических и послеоперационных ран. Особенное внимание уделяется ранам промежности после общепроктологических вмешательств. Это связано с тем, что послеоперационная раневая поверхность подвергается постоянному обсеменению кишечной микрофлоры, заживление происходит, как правило, вторичным натяжением, а наличие длительного болевого синдрома приводит к увеличению сроков пребывания пациентов в стационаре, периода социально-трудовой реабилитации, а также снижает их качество жизни.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты лечения больных с наружным и внутренним геморроем 4 ст.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. 19 пациентов, 13 (68,4%) мужчин и 6 (31,6%) женщин с наружным и внутренним геморроем 4 ст. были включены в исследование. Возраст больных составил от 27 до 68 лет. Всем пациентам было выполнено оперативное лечение в объеме открытой геморроидэктомии, наружные узлы удалялись при помощи электрокоагуляции. В послеоперационном периоде больным в качестве физиотерапевтического лечения послеоперационных ран применялась низкотемпературная аргонная плазма (НАП). Процедура продолжительностью 4 минуты выполнялась один раз в сутки на 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 14, 21, 30 день после операции. Оценка болевого синдрома проводилась при помощи визуально-аналоговой шкалы (ВАШ от 0 до 10 баллов). Бактериологическое исследование с поверхности послеоперационной раны проводилось на 2, 4, 6, 8 день.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Полная эпителизация послеоперационных ран периаанальной области наблюдалась на 30, 37, 45 сутки у 15 (79,0%), 2 (10,5%), 2 (10,5%) больных, соответственно. Болевой синдром по визуальной аналоговой шкале на 2 и 8 сутки после операции $4,4 \pm 2,4$ и $2 \pm 1,49$ бала, соответственно. Произошло достоверное снижение титра клинически значимых микроорганизмов в послеоперационной ране с 108 КОЕ на 4 день до 106 КОЕ на 14 день ($p < 0,05$).

ВЫВОД. Применение НАП приводит к ускорению заживления раны, снижению болевого синдрома, снижению титра клинически значимых микроорганизмов в ране и сокращению сроков трудовой реабилитации пациентов.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Фатхутдинов И.М.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Казань, Россия

THE FIRST EXPERIENCE OF LASER VAPORIZATION IN THE TREATMENT OF CHRONIC HEMORRHOIDS

Fatkhutdinov I.M.

«Kazan State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kazan, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. В последние годы в клиническую практику продолжают внедряться новые способы малоинвазивного лечения хронического геморроя. Эволюция лазерных технологий способствовала внедрению в новых подходов в лечении больных с хроническим геморроем.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Апробация в клинической практике диодного лазера «Лакта-Милон» в лечении пациентов с хроническим геморроем 2-4 стадии, в условиях дневного стационара.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В материале представлены результаты хирургического лечения 19 пациентов с хроническим геморроем 2-4 степени, методом лазерной вапоризации в период с октября 2018 г. по апрель 2019 г. Хирургические вмешательства выполнялись при помощи диодного лазера. Применялся аппарат Лакта – Милон, с длиной волны 1470 нм, максимальной мощностью 13 Вт с торцевым световодом. Операции выполнялись под внутривенным обезболиванием. На первом этапе операции производилось прошивание и перевязки сосудистых ножек на 3,7, 11 часах. На втором этапе выполнялась подслизистая веерообразная лазерная вапоризация геморроидальных коллекторов. На завершающем этапе операции в анальный канал вставлялась гемостатическая губка, накладывалась повязка с мазью на водорастворимой основе.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Болевой синдром, требующий приема анальгетиков, отмечался в течении 1 недели. Осложнения в раннем послеоперационном периоде не наблюдались.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, метод лазерной вапоризации геморроидальных коллекторов позволяет выполнить радикальное лечение хронического геморроя 2-4 ст. в условиях дневного стационара.

ПОИСК ФАКТОРОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У ПАЦИЕНТОК С ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Фоменко О.Ю., Бирюков О.М., Белоусова С.В., Алешин Д.В., Некрасов М.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на многовековую историю лечения ректального пролапса, до настоящего

времени нет убедительных данных о факторах, влияющих на функциональное состояние мышц тазового дна у данной категории пациентов.

ЦЕЛЬ. Оценка функции мышц тазового дна у пациенток с выпадением прямой кишки и поиск факторов, вызывающих ее нарушения.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В 2015-2019 гг. обследована 31 пациентка с ректальным пролапсом. Средний возраст составил $58,0 \pm 16,8$ лет. Жалобы на недержание газов и кишечного содержимого были у всех пациенток, клинические признаки обструктивной дефекации отмечались в 16/31 (51,6%) случаях. Все исследуемые заполняли шкалу инконтиненции Векснера, кроме этого 16 женщин с жалобами на обструктивную дефекацию – шкалу балльной оценки нарушений опорожнения ГНЦК. Проводилось комплексное функциональное исследование: сфинктерометрия, проводимое по половому нерву и у 16 больных с синдромом обструктивной дефекации – манометрия высокого разрешения (HRAM).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средний балл по шкале инконтиненции Векснера составил $14,4 \pm 4,7$. По данным сфинктерометрии, давление в покое было снижено у всех пациенток, в среднем, до $22,6 \pm 6,5$ мм рт. ст., при волевом сокращении – до $65,3 \pm 19,5$ мм рт. ст., что по манометрическим признакам соответствовало недостаточности анального сфинктера II-III степени. При исследовании проводимости по n.pudendus (вагинально) латентный период проведения возбуждения был увеличен у всех пациенток: в 28 (90,3%) случаях – билатерально, в 3 (9,7%) – моностерально. При опросе 16 пациенток с синдромом обструктивной дефекации средний балл по шкале ГНЦК составил $8,3 \pm 2,4$. У 8 из них выполнить HRAM не представилось возможным вследствие выраженной слабости мышц анального сфинктера и экспульсией баллона при его инфляции. Из остальных 8 пациенток, кому была произведена HRAM, только у 2 (25,0%) выявлена нормальная релаксация мышц тазового дна. У 6/8 (75,0%) был зарегистрирован патологический манометрический паттерн (II и III типа).

ВЫВОДЫ. 1. У всех пациенток с ректальным пролапсом имеется манометрически зарегистрированное снижение тонуса и сократительной способности сфинктерного аппарата прямой кишки, что в 100% случаев подтверждает клинические проявления анальной инконтиненции.

2. Наличие тазовой нейропатии, выявленной у всех пациенток с ректальным пролапсом, можно считать одним из определяющих факторов развития анальной инконтиненции.

3. У 50% пациенток с выпадением прямой кишки и синдромом обструктивной дефекации не удается выполнить манометрическую оценку функции тазовых мышц вследствие выраженной слабости анального сфинктера. У остальных пациенток при проведении HRAM в 75% наблюдений определяется патологический манометрический паттерн, что свидетельствует о нарушении функции мышц тазового дна.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ И СИНДРОМА ТАЗОВОЙ ДЕСЦЕНЦИИ

Хитарьян А.Г., Дегтярев О.Л., Ковалев С.А.,
Головина А.А., Орехов А.А., Алибеков А.З.,
Завгородняя Р.Н., Ромодан Н.А., Велиев К.С.

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

НУЗ «Дорожная клиническая больница» ст. Ростов-
Главный ОАО «РЖД», г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на существование значительного количества оперативных вмешательств, направленных на коррекцию ректоцеле и тазового пролапса, с использованием как лапароскопического, так и трансвагинального или трансперинеального доступов, единого подхода к выбору метода оперативного лечения данной патологии не существует. Разработка дифференцированного и комплексного подхода к оперативному лечению данной патологии, а также усовершенствование хирургической техники и, как следствие, улучшение результатов лечения, являются важными задачами хирургии тазовых органов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения ректоцеле и синдрома тазовой десценции в отношении как восстановления анатомии тазового дна, так и качества жизни пациенток.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование были отобраны 20 пациенток с ректоцеле 2-3 степени. Обследование больных включало клинический осмотр в позиции для литотомии, проктодефекографию, оценку выраженности опущения тазовых органов по системе POP-Q (с использованием Pelvic Organ Prolapse: An Interactive Guide™) и стадирование пролапса, перинеометрию, эндоректальное УЗИ. Выраженность симптомов синдрома тазовой десценции и их влияние на качество жизни пациенток оценивали с помощью опросника P-QOL и Pelvic Floor Distress Inventory. Шести пациенткам с изолированным верхним ректоцеле 2-3 степени была выполнена лапароскопическая кольпопектиносуспензия. Восемью пациенткам с тотальным тазовым пролапсом в сочетании с нижним ректоцеле 2-3 степени выполнение лапароскопической кольпопектиносуспензии было дополнено задней кольпоррафией с микрохирургической реконструкцией ректовагинальной фасции и леваторопластикой. У шести пациенток с изолированным нижним ректоцеле была выполнена задняя кольпоррафия с леваторопластикой и микрохирургической реконструкцией ректовагинальной перегородки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Медиана периода наблюдения за пациентками составил 18 месяцев (12-36 мес.). Спустя 12 месяцев после оперативного лечения рецидивов ректоцеле по результатам дефекографии выявлено не было. Результаты оценки по системе POP-Q послеоперационном периоде во всех группах выявили уменьшение выраженности пролапса на 2-3 степени по системе POP-Q. Во всех группах было выявлено значительное улучшение в отношении ректальной и промежностной дисфункции с достоверным снижением параметров по категориям POPDI-6, CRADI-8 и шкале P-QOL.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Лапароскопические трансбдоминальные методики требуют тщательного отбора пациентов и наиболее эффективны в лечении ректоцеле в сочетании с выраженным тазовым пролапсом, а также при изолированном верхнем ректоцеле, и предпочтительны для молодых, сексуально актив-

ных женщин, ввиду отсутствия негативного влияния на половую жизнь. При изолированном низком ректоцеле в сочетании с дистрофическими изменениями сухожильного центра промежности и расхождением леваторов применение только лапароскопических методик имеет недостаточную эффективность, а более целесообразным является использование комбинированных способов.

ИНТРАНОДАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ

Хитарьян А.Г.^{1,2}, Ковалёв С.А.^{1,2}, Алибеков А.З.^{1,2},
Ромодан Н.А.¹, Дегтярев О.Л.², Орехов А.Н.^{1,2},
Кислов В.Н.², Головина А.А.²

¹ НУЗ «ДКБ на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД»,
г. Ростов-на-Дону, Россия

² ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-
на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Рост числа больных хроническим геморроем диктует необходимость совершенствования традиционных методов его лечения, а также поиска новых, минимально инвазивных способов, применимых в амбулаторной практике.

ЦЕЛЬ. Оценка ближайших и отдаленных результатов (до 3 лет) лечения внутреннего геморроя 2-3 степени с использованием интранодальной лазерной коагуляции (ИНЛК) внутренних геморроидальных узлов, по сравнению с операцией Миллигана-Моргана.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Все малоинвазивные операции проводили в амбулаторных условиях в положении больного для камнесечения без общего обезболивания. 1 группу составили пациенты, которым была проведена операция Миллигана-Моргана по модификации ГНЦК им. А.Н. Рыжих.

2-ю группу составили пациенты, которым при проведении ИНЛК геморроидальных узлов сразу выше зубчатой линии вводили 2-3 мл раствора анестетика, после чего, трансмукозно, над зубчатой линией вводили лазерный световод в узел. Затем осуществляли лазерную коагуляцию энергией 80-140 Дж по данным индикатора лазера в зависимости от объема и консистенции геморроидального узла.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Болевой синдром в группе ИНЛК был купирован у 100% больных на 14-е сутки, в то время как у пациентов 1 группы средний показатель по шкале ВАШ на 14-е сутки составил 3,25. Кровотечения наблюдались в 0,9% (1) случаев во 2 группе, тогда как в 1 группе в 10,6%. У пациентов после ИНЛК хорошие результаты лечения отмечались в 83,5%, в то время, как после операции Миллигана-Моргана – в 92% случаев.

ВЫВОДЫ. Проведение ИНЛК внутренних геморроидальных узлов позволяет значительно снизить болевой синдром в послеоперационном периоде, проводить данное вмешательство в амбулаторных условиях. Однако, в отдаленном периоде результаты операции Миллигана-Моргана несколько лучше по сравнению с ИНЛК, что требует дальнейших исследований и конкретизации показаний к ИНЛК.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОРРОИДАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ И КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ГИПОКОАГУЛЯЦИИ

Цицкарава А.З., Демин А.Н.,
Корольков А.Ю., Хубулава Г.Г.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет им. акад.
И.П. Павлова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморроидальные кровотечения – частое осложнение среди пациентов с кардиоваскулярной патологией, обусловленное медикаментозной гипокоагуляцией. Ввиду высокого риска кровотечений и тромботических осложнений, хирургическая тактика лечения геморроя у пациентов с отягощенным сердечно-сосудистым анамнезом остается дискутабельной.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Создание алгоритма лечения геморроидальных кровотечений у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на фоне медикаментозной гипокоагуляции.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В период с января 2018 года по март 2019 года на базе ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова проведено проспективное исследование, включающее 86 пациентов с хроническим комбинированным геморроем 2-4 стадии и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, получающих регулярную антиагрегантную и антикоагулянтную терапию. Пациентам исследуемой группы (n=45) была выполнена доплер-контролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов на фоне продолжающейся медикаментозной гипокоагуляции. В контрольной группе (n=41) проводилась операция Миллигана-Моргана с отменой антиагрегантной и антикоагулянтной терапии за 7-10 дней до хирургического вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Медиана интраоперационной кровопотери в исследуемой группе составила $M=30,8 \pm 12,6$ (от 10 до 80 мл). В контрольной группе данный показатель был достоверно выше $M=140,4 \pm 16,6$ (от 60 до 250 мл) при $p=0,0002$. Болевой синдром в исследуемой группе пациентов, в среднем, составлял $M=2,0$ (от 1 до 3 баллов) при $p=0,0001$, в отличие от контрольной группы, где данный показатель был равен $M=5,0$ (от 3 до 5 баллов). Среднее количество койко-дней в исследуемой группе составляло $M=6,0$ (от 3 до 12 дней) при $p=0,0007$. В группе контроля число койко-дней было вдвое выше $M=14,0$ (от 8 до 19 дней). Значимых геморрагических и тромботических осложнений в исследуемой группе не зафиксировано.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Допплер-контролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов – эффективный и безопасный метод лечения геморроидальных кровотечений у пациентов с кардиоваскулярной патологией, который возможно выполнять без отмены антиагрегантной и антикоагулянтной терапии.

ПРИМЕНЕНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ VAAFT- ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНЫХ ВЫСОКИХ РЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Цыганков П.В., Groshilin B.C., Швецов В.К.,
Мрыхин Г.А., Султанмуратов М.И.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский
университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия

THE USE OF A MODIFIED VAAFT- TECHNOLOGY IN THE HIGH RECURRENT RECTAL FISTULAS TREATMENT

Tsygankov P.V., Groshilin V.S., Shvetsov V.K.,
Mrykhin G.A., Sultanmuradov M.I.

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения сложных транс- и экстрасфинктерных, рецидивных ректальных свищей за счет применения оригинального видео-ассистированного метода операции, выявление преимуществ разработанного способа.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проанализировано лечение 230 пациентов с трансфинктерными, экстрасфинктерными, в том числе, рецидивными ректальными свищами. В I (основной) группе 56 (24,4%) пациентов оперированы разработанным способом (патент РФ № 2674111) с применением фистулоскопии. Суть способа – в сочетании компонентов сегментарной проктопластики и модифицированной методики VAAFT. Во II (контрольной) группе у 89 (38,7%) больных, применено внесфинктерное иссечение свища с ликвидацией внутреннего отверстия, ушиванием культи свища в промежностной ране. В III (контрольной) группе 85 (36,9%) пациентов оперировали в объеме иссечения свища и сегментарной проктопластики (с перемещением П-образного лоскута).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Наилучшие результаты по основным показателям (послеоперационного койко-дня – $5,23 \pm 2,4$ в I группе, против $12,7 \pm 3,1$ дня – во II (контрольной) группе и $13,21 \pm 4,0$ дней в III (контрольной) группе, числу осложнений, а также срокам заживления ран и нормализации лабораторных показателей) достигнуты в основной группе.

Число осложнений в I (основной) клинической группе – 4 (7,1%) наблюдения, во II (контрольной) группе – 30 (33,7%), в III (контрольной) группе – 23 (27%). Лучшие отдаленные результаты достигнуты в I клинической группе (92,5% – хорошие, 2,3% – удовлетворительные, 5,2% – неудовлетворительные), по сравнению с результатами II группы (65,3% – хорошие, 15,7% – удовлетворительные, 19% – неудовлетворительные) и III группы (71,5% – хорошие, 14,8% – удовлетворительные, 13,7% – неудовлетворительные).

ВЫВОДЫ. Применение модифицированной технологии VAAFT и фистулоскопии, позволяет снизить травматичность операций, нивелировать риски инконтиненции (особенно, у повторно оперированных пациентов при рецидивах свищей) и достоверно снизить вероятность ранних и поздних послеоперационных осложнений. Результаты сравнительного анализа позволяют рекомендовать разработанную технологию в практику при высоких полных и рецидивных экстрасфинктерных свищах, а также при повышенном риске инконтиненции.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ

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

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF THE PILONIDAL SINUS DISEASE USING VAC

Cherkasov M.F., Galashokyan K.M., Startsev Yu.M., Cherkasov D.M., Pomazkov A.A., Melikova S.H.
Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) встречается в 26 случаях на 100 000 населения. Вследствие своей простоты, открытый способ лечения ЭКХ является распространенным методом лечения в мире. Основной его недостаток – это продолжительный период заживления ран. Однако, открытое заживление признано «золотым стандартом» лечения ЭКХ в некоторых европейских странах (Германия).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Анализ результатов лечения ран после иссечения ЭКХ путем применения вакуум-терапии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Анализированы результаты лечения 132 пациентов с ЭКХ в период с 2013 по 2019 гг. Группа I разделена на Ia подгруппу – иссечение с оставлением раны открытой (n=30), Ib – подшивание краев раны ко дну (n=33) и Ic – ушивание раны швами Донати (n=35). Группа II включала больных (n=34), которым иссекался ЭКХ с оставлением раны открытой и последующей оригинальной вакуум-терапией.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среди пациентов с вакуум-терапией гнойные осложнения не отмечены, при применении традиционных методик данное осложнение составило в Ia – 4 (13,3%), Ib – 9 (27,3%), а в Ic – 11 (31,4%) случаев (p<0,05). Наименьшее количество койко-дней отмечено во II группе и Ia подгруппе – 8,5±4,19 и 8,3±4,27, при этом в Ib подгруппе – 12,7±4,03, в Ic – 14,4±1,78 дней. Период заживления ран во II группе был короче, чем в Ia подгруппе (27,5±5,3 и 69,1±8,5), а в подгруппах Ib и Ic сроки заживления ран составили 37±2,18 и 14,1±1,87 дней. Во II группе период восстановления трудоспособности был достоверно меньше (21,5±5,51) по сравнению с Ia (28,5±10), а в подгруппах Ib и Ic – 18,4±6,7 и 16,7±4,7 дней (p>0,05). Рецидив заболевания в группе с вакуум-терапией отмечен в 1 (2,9%) случае, в то время как в подгруппах с традиционным лечением рецидив заболевания достигал 26%.

ВЫВОДЫ. Полученные результаты демонстрируют, что вакуум-терапия в лечении ЭКХ является эффективным, так как позволяет сократить сроки заживления ран, сроки временной нетрудоспособности больных и уменьшает количество гнойно-воспалительных осложнений, частоту рецидивов заболевания.

ПОРЯДОК ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАНИИ РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЯ

Чистохин С.Ю., Белоцкая Л.В.

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

THE ORDER OF OPERATIONS FOR RECTOCELE COMBINED WITH HEMORROIDS

Chistokhin S.Ju., Belotskaya L.V.
Chita state medical academy, Chita, Russia
Zabaykal railway hospital, Chita, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Среди женщин, обратившихся за помощью по поводу геморроя у 30-40% обнаруживается и ректоцеле II-III степени. Заметная доля неудовлетворительных результатов лечения этих сочетанных патологий свидетельствует об отсутствии общепринятой оптимальной очередности и комбинации способов операций.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить клинические, анатомические и функциональные результаты лечения больных с сочетанием ректоцеле и геморроя при различных порядках выполнения операций.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. За минувшие 5 лет (2014-2019) в клинике общей хирургии ЧГМА на базе НУЗ ДКБ на ст. Чита-2 наблюдалось 155 женщин с ректоцеле II-III степени в сочетании с хроническим геморроем. В I группу включены 32 женщины, перенесших леваторопластику в гинекологических отделениях города и вынужденных обратиться к нам за проктологической помощью. Во II группе: 65 пациенток, отказавшихся от двойной операции, 47 из них выполнена трансанальная дезартеризация и мукопексия внутренних геморроидальных узлов и иссечение наружных. Другим 18 больным – операция Лонго с иссечением наружных компонентов узлов. Основная III группа – 58 пациенток, которым одномоментно выполнены леваторопластика транвагинально и трансанальная дезартеризация и мукопексия с иссечением наружных узлов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У всех 32 больных I группы в первые же недели после изолированной леваторопластики наблюдалось заметное ухудшение течения геморроидальной болезни в виде геморроидального тромбоза у 12 и увеличения узлов до III-IV степени. В течение ближайших месяцев большинство из них оперированы: трансанальная дезартеризация и мукопексия с иссечением наружных узлов (21) или способ Лонго (8).

У большинства из 65 больных II группы после дезартеризации или операции Лонго в ближайшие недели и месяцы заметно усилились проявления ректоцеле: увеличились размеры выпячиваний задней стенки влагалища, продолжительность запоров и частота ручных пособий. Через несколько месяцев выполнить леваторопластику удалось лишь 8 пациенткам.

В III группе после одномоментных операций ближайшие результаты выглядели чуть хуже: боли по ВАШ на уровне 6,2±1,9 баллов (p=0,08) и купировались несколько позже, на 3-4 сутки. Заживление ран первичным натяжением состоялось у всех пациенток этой группы, геморроидальные узлы подверглись полной инволюции, ни у одной из них не формировались кожные бахромки (p<0,001), что существенно облегчило и упростило ход послеоперационной реабилитации. Сроки стационарного лечения составили 7,3±1,8 дней (p=0,23), амбулаторного долечивания – 28,3±4,5 дней (p=0,32). В отдаленные сроки (от 1 до 5 лет) осмотрены

все 58 женщин после «двойных» операций: ни одного рецидива геморроя и ректоцеле, у всех 100% констатированы хорошие клинические, анатомические и функциональные результаты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При сочетании двух патологий – ректоцеле и геморроя – показана одномоментная операция: леваторопластика влажным доступом и трансанальная дезартеризация с мукопексией или степлерная геморроидопексия по Лонго. Такой порядок оперативного лечения позволит заметно улучшить ближайшие результаты (за исключением болевого синдрома) и, особенно, отдаленные клинические, анатомические и функциональные результаты.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ С УЧЕТОМ СТЕПЕНИ КАЖДОГО ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО УЗЛА

Шамаева Т.Е., Никишина Т.Г.,
Чукардин А.В., Якимов С.А.

НУЗ Дорожная клиническая больница на станции
Воронеж-1 ОАО «РЖД», г. Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лечение хронического геморроя – актуальная проблема медицины, поскольку им страдает до 10% взрослого населения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов лечения хронического геморроя путем комбинации геморроидэктомии и малоинвазивных методов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В отделении колопроктологии НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Воронеж-1 ОАО «РЖД» с 2017 по 2019 гг. прооперировано 125 больных с сочетанием IV с I-II ст. геморроидальной болезни. Из них у 70 человек наблюдалась комбинация IV ст. 1 узла со II ст. оставшихся внутренних геморроидальных узлов, у 40 – IV ст. 2-х узлов со II ст. одного геморроидального узла и 15 пациентов с IV ст. 1 узла и I ст. 2 геморроидальных узлов. Оперативное пособие заключалось в выполнении геморроидэктомии узла с IV ст. заболевания и дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с мукопексией при II ст., склерозировании при I ст. хронического геморроя. В периоперационном периоде все больные получали МОФФ и топическую терапию.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У всех больных удалось достичь полного заживления послеоперационных ран в сроки до 6-ти недель с момента операции. Болевой синдром, по визуально-аналоговой шкале боли, достигал 7-8 баллов в первые 2-е суток, с последующим снижением до 3-4 баллов к концу первой недели послеоперационного периода. Осложнений, таких как, стриктура анального канала и кровотечение отмечено не было. У 2-х пациентов сформировались длительно незаживающие раны, что потребовало повторной операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Сочетание геморроидэктомии с дезартеризацией, мукопексией или склерозированием позволяет избежать таких осложнений, как стриктура анального канала и кровотечение, отмечается быстрое купирование болевого синдрома в послеоперационном периоде. Таким образом, дифференцированный подход к лечению хронического геморроя с учетом степени каждого геморроидального узла позволяет улучшить результаты лечения, снизить удельный вес осложнений.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ КИСТ ПО МЕТОДУ БАСКОМ II

Шамаева Т.Е., Никишина Т.Г.,
Чукардин А.В., Якимов С.А.

НУЗ Дорожная клиническая больница на станции
Воронеж-1 ОАО «РЖД», г. Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на большое количество предложенных оперативных вмешательств, результаты хирургического лечения пилонидальных кист нельзя назвать удовлетворительными, в связи с длительным сроком заживления ран, достигающими порой до 80 суток.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов хирургического лечения пилонидальных кист, путем использования методики операции Баском II.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. С января 2018 г. по апрель 2019 г. в отделении колопроктологии НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Воронеж-1 ОАО «РЖД» пролечено 36 пациентов с пилонидальными кистами. Всем больным выполнена операция Баском II, с активным дренированием раны по Редону. Оперативное вмешательство выполнялось под спинальной анестезией. Удаление дренажей производилось на 3-5 сутки, швы снимались на 14-16 сутки послеоперационного периода.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Заживление раны первичным натяжением в сроки до 15 дней наблюдалось у 94,4% пациентов, нагноение раны с расхождением швов у 2 (5,6%) больных. Время пребывания в стационаре 5-8 дней. Средние сроки восстановления трудоспособности 16-21 день. Рецидив был отмечен у 1 пациента (2,8%) и потребовал повторной операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Иссечение пилонидальной кисты по методу Баском II является эффективным, так как сокращает сроки полного заживления послеоперационной раны, способствует уменьшению периода временной нетрудоспособности и характеризуется минимальным количеством рецидивов заболевания.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ

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

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара,
Россия

EXPERIENCE IN THE USE OF PLASTIC TECHNIQUES IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC ANAL FISSURE

Shamin A.V., Katorkin S.E., Zhuravlev A.V.,
Chernov A.A., Razin A.N.

Samara state medical University, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хроническая анальная трещина – часто встречающееся заболевание в практике врача-колопроктолога, данная патология встречается у 2-2,5% взрослого населения. Несмотря на многолетний опыт хирургического лечения, остается риск развития рецидива заболевания.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты хирургического лечения больных с хронической анальной трещиной.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В отделении колопрокто-

гии Клиник СамГМУ с 2017 по 2019 год, оперативное лечение по поводу хронической анальной трещины было проведено 258 пациентам. Из 258 больных: женщин – 169 (65,5%), а мужчин – 89 (34,5%). Возраст больных от 18 до 78 лет. Трещины, расположенные по задней полуокружности у 205 (79,4%), передняя у 53 (20,6%).

По характеру оперативного вмешательства больные были разделены на две группы. В основную группу были включены 143 (55,4%) пациента, которым после дивульсии анального сфинктера проводилось иссечение анальной трещины с пластическим закрытием дефекта анального канала по используемой нами методике. В контрольную группу вошло 115 (44,6%) больных, которым после дивульсии сфинктера трещина иссекалась в виде треугольника вершиной в просвет кишки, без ушивания раны анального канала.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Нами изучены результаты лечения 212 пациентов. В раннем послеоперационном периоде на 1-2 сутки, болевой синдром у 136 больных основной группы, по визуальной аналоговой шкале не превышал 3-4 баллов, что не требовало назначения наркотических анальгетиков, и стихал на 2-3 сутки до 0-1 балла у 129 пациентов. В раннем послеоперационном периоде рефлексорная задержка мочи наблюдалась у 5 пациентов основной и у 8 пациентов контрольной группы, которая была купирована путем катетеризации мочевого пузыря. Средняя длительность госпитализации в основной группе составила 5,3 дня, в контрольной группе 6,4 дня.

ВЫВОДЫ. Применение пластических методик имеет ряд преимуществ по отношению к традиционным методам, снижает выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращает сроки пребывания в стационаре, медицинской и социальной реабилитации больных.

ЛАТЕКСНОЕ ЛИГИРОВАНИЕ КАК УНИВЕРСАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Эктов В.Н., Сомов К.А., Музальков В.А., Куркин А.В.
Воронежский государственный университет
им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Широкая распространенность заболевания и разнообразные клинические формы

его проявления служат постоянным стимулом к совершенствованию способов лечения геморроидальной болезни.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Провести комплексную оценку методологии латексного лигирования геморроидальных узлов и предложить новые варианты ее выполнения в лечении различных стадий геморроидальной болезни.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты лечения 450 больных хроническим геморроем. Средний возраст пациентов составил 42,4±7,1 лет, среди больных преобладали мужчины – 78,9%. При обследовании у 303 (67,3%) больных выявлена третья или четвертая стадия заболевания. В лечении больных были использованы различные варианты латексного лигирования – одномоментное лигирование внутренних геморроидальных узлов, лигирование слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки, комбинированное лигирование внутренних геморроидальных узлов и слизистой нижнеампулярного отдела прямой кишки, сочетание различных вариантов лигирования с иссечением наружного геморроидального узла.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Отдаленные результаты лечения методом повторного обследования и анкетирования изучены у 110 пациентов в сроки от 6 мес. до 6 лет. Хорошие результаты лечения отмечены у 87,3% исследованных пациентов. Статистически значимых различий при сравнительной оценке результатов применения различных вариантов лигирования не отмечено.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предлагаемые варианты латексного лигирования в лечении хронического геморроя позволяют получить различные лечебные эффекты – лигирование геморроидальных сосудов, удаление геморроидальных узлов, лифтинг, мукопексию, устранение выпадения анодермы, что обеспечивает комплексное воздействие на патогенетические факторы геморроидальной болезни. При этом сохраняются важные преимущества данной процедуры – миниинвазивность, относительная простота и широкая доступность, низкая стоимость. Лигатор можно рассматривать как универсальный инструмент для хирургического лечения геморроидальной болезни, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Предлагаемая тактика применения латексного лигирования расширяет диапазон использования данной методики и повышает ее результативность в лечении различных стадий и клинических форм хронического геморроя, обеспечивает рациональный выбор индивидуальной тактики лечения каждого конкретного пациента.

ГЛАВА 2. ОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ АНГИОГРАФИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МУЛЬТИЦЕНТРОВОГО РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (FLAG-TRIAL)

Алексеев М.В.^{1,2}, Шелыгин Ю.А.^{1,2}, Рыбаков Е.Г.¹

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

² ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несостоятельность анастомоза (НА) является одним из жизнеугрожающих осложнений в колоректальной хирургии, возникновение которого увеличивает длительность и стоимость лечения, ухудшает непосредственные и отдаленные результаты у онкологических больных.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность флуоресцентной ангиографии (ФА) как метода профилактики НА в колоректальной хирургии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Исследование зарегистрировано на сайте clinicaltrials.gov (FLAG-trial – NCT03390517). 400 больных раком прямой и сигмовидной кишки, которым планируется формирование аппаратного колоректального анастомоза, будут включены в исследование. Пациенты перед операцией будут рандомизированы 1:1 в две группы – основную (интраоперационно будет выполнена флуоресцентная ангиография) и контрольную (стандартная операция без ФА). Первичной точкой исследования является частота НА в обеих группах. С целью выявления рентгенологической НА в первые 30 дней послеоперационного периода пациентам будет выполнена проктография с водорастворимым контрастным веществом.

РЕЗУЛЬТАТЫ. С ноября 2017 года по настоящее время 338 пациентов (166 мужчин, медиана возраста $62,5 \pm 7,5$ лет) было включено в исследование. При этом, 170 пациентов было рандомизировано в контрольную группу и 168 – в основную (с проведением интраоперационной ФА). Низкая передняя резекция была выполнена в 60% против 55%, лапароскопическая резекция – в 47% против 37%, превентивная стома была сформирована в 71% против 72% у пациентов основной и контрольной групп, соответственно. Изменение места формирования анастомоза в проксимальном направлении, вследствие неадекватности кровоснабжения, по данным ФА, произошло у 19% пациентов основной группы. Общая частота НА составила 9% против 14,2% ($P=0,17$), частота НА в группе передних резекций была 1,5% против 3,9% ($P=0,62$), в группе низких передних резекций – 14% против 22,8% ($P=0,14$) в основной и контрольной группе, соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение интраоперационной ФА позволяет снизить частоту НА в группе низких передних резекций прямой кишки на 8,8%. Для получения достоверных различий между группами необходимо продолжение проведения исследования.

СИМУЛЬТАННЫЕ И КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Борота А.В., Кухто А.П.,
Базиян-Кухто Н.К., Борота А.А.

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

SIMULTANEOUS AND COMBINED SURGERY IN PATIENTS WITH TUMOR PATHOLOGY OF THE COLON

Borota A.V., Kuhto A.P., Baziyan-Kuhto N.K., Borota A.A.
Donetsk national medical University. M. Gorky, Donetsk

АКТУАЛЬНОСТЬ. Предметом дискуссии остаются вопросы, связанные с классификацией симультанных оперативных вмешательств (СОВ), определением показаний и противопоказаний к их выполнению, а также к проведению комбинированных оперативных вмешательств (КОВ).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Проанализировать результаты выполнения СОВ и КОВ у пациентов с опухолевыми заболеваниями толстой кишки (ОЗТК).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты хирургического лечения 1297 пациентов с патологией толстой кишки; из них 980 (75,5%) оперированы по поводу опухолевой патологии прямой и ободочной кишки. Из них 119 (12%) пациентам с ЗТК, имеющим сочетанную абдоминальную патологию ОБП, выполнены СОВ; 141 (14,3%) произведены КОВ. В группе СОВ резекция прямой кишки выполнена 43 (35,2%) пациентам, сигмовидной – 29 (24,3%), правосторонняя гемиколонэктомия – 25 (21%), левосторонняя гемиколонэктомия 23 (19,5%). Герниоаллопластика выполнена 31 пациенту, в 24 случаях выполнена холецистэктомия, в 20 – аппендэктомия, тубовариоэктомия с резекцией яичника – 16, экстирпация матки с придатками – 12, цистоовариоэктомия – 6, резекция дивертикула Меккеля – 5, удаление фиброматозного узла тела матки – 3, нефрэктомия – 2. Среди них мужчин – 64 (53,7%), женщин – 55 (46,3%).

В группе пациентов с КОВ резекция прямой кишки выполнена 56 (39,7%) пациентам, сигмовидной – 32 (22,6%), правосторонняя гемиколонэктомия – 29 (20,5%), левосторонняя – 24 (17,2%). Атипичные резекции печени выполнены 54 пациентам, экстирпация матки с придатками – 37, резекция тонкой кишки – 15, резекция мочевого пузыря – 14, резекция задней стенки влагалища – 13, резекция желудка – 4, нефрэктомия – 2, резекция надпочечника – 2 пациентам.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Серомы с нагноением раны отмечены в 11 случаях, пневмонии – 3, инфильтрат брюшной полости – в 2 случаях. Средняя продолжительность операции составила $155 \pm 8,5$ мин, при стандартных операциях – $125 \pm 3,5$ мин. По количеству койко-дней разница была незначительной: $13 \pm 3,2$ и $12 \pm 0,5$ суток. Послеоперационная летальность зафиксирована в группе пациентов с КОВ (резекция сигмовидной кишки, гемирезекция мочевого пузыря, экстирпация матки с придатками, пересадка левого мочеточника), а также в одном случае в группе пациентов с СОВ (тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии).

ВЫВОДЫ. Выполнение СОВ и КОВ у пациентов с ОЗТК не ухудшало послеоперационные показатели и качество жизни больных, что позволяет рекомендовать их более широкое применение.

ОБЪЕМ ПЕРВИЧНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ РАКОВОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЛЕВОГО ФЛАНГА

Бутырский А.Г., Ретунская Ю.М.,
Хилько С.С., Шерендак С.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Острая кишечная непроходимость (ОКН) является наиболее частым осложнением рака толстой кишки, особенно в неотложной хирургической практике. Частота ее составляет 60-70%. Сформировалось 2 мнения по вопросу об объеме операции при ОКН: операция типа Гартмана (ОГ) или цекостомия. Несмотря на имеющиеся рекомендации по хирургическому лечению, вопрос о том, какой операцией следует ограничиться при раке левого фланга толстой кишки и осложнившейся ею ОКН, остается открытым.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определение оптимальной хирургической тактики лечения больных раком левого фланга ободочной кишки, осложненным ОКН.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Был проведен ретроспективный анализ результатов лечения 106 больных, находившихся на лечении в отделении неотложной хирургии с 2014 по 2016 гг. В исследование включались пациенты с выявленным нарушением кишечной проходимости вследствие рака левого фланга. Исключались больные с IV клинической группой заболевания, пациенты старше 80 лет с тяжелой соматической патологией и больные с перитонитом. 60 больным была выполнена ОГ, 46 больным – цекостомия. Из 106 пациентов мужчин было 37 (35%) пациентов, женщин – 69 (65%). Медиана возраста составила у мужчин 64 года, у женщин 68 лет. В дальнейшем проведено статистическое исследование с учетом судьбы пациентов путем анкетирования и выборки данных из Реестра онкобольных ГБУЗ РК РОД имени В.М. Ефетова.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Основным методом лечения ОКН являлась экстренная операция. Целью цекостомии являлось разрешение ОКН с минимизацией послеоперационных рисков. Главными принципами при выполнении ОГ являлись стремление к ликвидации непроходимости с одновременным удалением опухоли. Диссекция лимфоузлов выполнялась с учетом показаний и квалификации хирурга. Из 60 больных после ОГ выписалась из стационара 52 пациентки (умерли по разным причинам 8 человек – 13%), по истечении 3 лет живы 42 человека (умерли по разным причинам 10 человек – 19%); т.о. 3-летняя выживаемость составила 70%. Из 46 человек после наложения цекостомии из стационара выписались 42 человека (умерли по разным причинам 4 человека – 9%), радикальному лечению в разные сроки подверглись 16 (38%) человек, из них радикальная операция была выполнена 13 (81%) пациентам, а 3 (19%) пациентам – explorative laparotomy. Через 3 года из 46 человек живы – 17. Т.о., 3-летняя выживаемость составила 37%, т.е. почти в 2 раза ниже, чем при радикальных операциях.

ВЫВОДЫ. При раке левой половины толстой кишки, осложненном ОКН, предпочтение следует отдавать ОГ.

СРАВНЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ДЕКОМПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Водолеев А.С.^{1,2,3}, Кряжев Д.Л.², Дуванский В.А.³,
Пирогов С.С.¹, Перфильев И.Б.¹, Сухин Д.Г.¹,
Карпова Е.С.¹, Карандов А.Ю.⁴, Яроцков И.И.³

¹ ФГБУ МНИОИ им. П.А. Герцена филиал НМИЦ радиологии МЗ РФ, г. Москва, Россия

² ГБУЗ ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ, г. Москва, Россия

³ Российского университета дружбы народов, г. Москва, Россия

⁴ ГБУЗ ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ, г. Москва, Россия

SHORT-TIME AND LONG-TERM OUTCOMES OF SEMS VERSUS TRANSANAL DECOMPRESSION TUBE AS BRIDGE TO SURGERY FOR MALIGNANT COLON OBSTRUCTION: COMPARATIVE TRIAL

Vodoleev A.^{1,2,3}, Kriazhev D.², Duvanskiy V.³,
Pirogov S.¹, Perfiliev I.¹, Sukhin D.¹,
Karpova E.¹, Karandov A.⁴, Yarotskov I.³

¹ NMRC of Radiology, Moscow, Russia

² Eramishantsev Clinical Hospital, Moscow, Russia

³ RUDN, Moscow, Russia

⁴ Vinogradov Clinical Hospital, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. В последние годы у пациентов обтурационной толстокишечной непроходимостью при подготовке к радикальной операции активно применяются эндоскопические вмешательства, что, по данным некоторых авторов, сопряжено с неудовлетворительными отдаленными результатами.

ЦЕЛЬЮ нашего исследования было сравнение ближайших и отдаленных результатов использования различных методов эндоскопической декомпрессии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В период с декабря 2012 по февраль 2019 года 76 пациентам (группа стентирования – 42, группа декомпрессионных трубок – 34) были предприняты попытки выполнения мининвазивных вмешательств с целью подготовки к оперативному вмешательству.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Технический успех в группах составил 97,6% и 88,2% ($p=0,1205$). Разрешение кишечной непроходимости при оценке по шкале COS (медиана) составило 8 (6-11) и 4 (0-6) балла ($p=0,045$). Специфические осложнения диагностированы у 4 и 6 пациентов ($p=0,1890$). Частота формирования первичного анастомоза составила 90,2% и 46,7%, несостоятельность анастомоза – 2,7% и 7,1% ($p=0,0001$). В отдаленном периоде метастатическое поражение выявлено у 6 (14,6%) и 3 (10%) пациентов ($p=0,4196$). Общая 1-летняя выживаемость составила 89,0% и 83,3% ($p=0,423$), 3-летняя выживаемость – 69,4% и 63,9% ($p=0,460$).

ВЫВОДЫ. Стентирование является предпочтительным вмешательством для предоперационной подготовки у пациентов с обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. Частота отдаленных рецидивов и выживаемость в группах не отличалась. Необходимо продолжить исследования с целью накопления материала и дальнейшей оценки отдаленных результатов.

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Воздвиженский М.О., Савинков В.Г.,
Козлов А.М., Фролов С.А.

ГБУЗ «Самарский областной клинический
онкологический диспансер», г. Самара, Россия

Метод трансанальной эндоскопической микрохирургии (ТЭМ) позволяет выполнять подслизистую резекцию опухолей на расстоянии до 18 см от анального края, а в пределах внебрюшинного отдела прямой кишки – трансмуральную резекцию. Благодаря использованию высокоточной техники, возможно удалить опухоль в пределах интактного слоя кишечной стенки: выполнить подслизистое иссечение, если изменения затрагивают лишь слизистую оболочку, или полностью иссечь фрагмент пораженной кишечной стенки при начальных формах рака прямой кишки.

С 2013 г. в абдоминальном отделении Самарского областного клинического онкологического диспансера выполнено 47 ТЭМ операций. Всем пациентам на догоспитальном этапе была выполнена тотальная колоноскопия, морфологическое исследование биоптата опухоли, в случае злокачественного процесса пациентам выполнялась компьютерная диагностика брюшной полости и малого таза.

Все вмешательства выполнялись на эндовидеохирургической стойке с использованием специализированного ректоскопа с набором инструментов для эндоскопических манипуляций. Оперативное вмешательство включало следующие этапы: инсуфляция, ревизия; маркировка линии резекции; удаление опухоли в пределах здоровых тканей; ушивание раны в поперечном направлении (в случае распространения раны до адвентиции).

Размер опухоли составил от 8 до 55 мм, расстояние от анальной складки от 2 до 15 см. Среди пациентов было 26 женщин и 21 мужчина в возрасте 31–76 лет. У 28 пациентов диагностированы доброкачественные опухоли – аденомы с очаговой дисплазией 2–3 степени. У 19 больных подтвержден диагноз рака прямой кишки различной степени дифференцировки. Глубина инвазии в 10 случаях составила T1, в 8 – T2, в 1 случае – до серозного слоя (T3), которому в последующем был назначен курс адъювантной лучевой терапии. Через 11 месяцев у данной пациентки был диагностирован рецидив, была выполнена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Других рецидивов в группе исследования за время наблюдения выявлено не было.

У 7 пациентов в послеоперационном периоде возникли кровотечения из прямой кишки. Консервативная терапия у 4 пациентов купировала данное осложнение. В 3 случаях потребовалось повторное трансанальное эндоскопическое вмешательство, остановка кровотечения. Гнойно-септических осложнений не наблюдалось.

ВЫВОДЫ. Данная методика является более радикальной, чем эндоскопическая петлевая электроэксцизия, и сопровождается меньшим числом осложнений по сравнению с трансанальным иссечением опухолей. Отработка технологии ТЭМ позволяет использовать данный метод в лечении начальных (T1–T2) форм рака прямой кишки.

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Волкова С.Н., Сташук Г.Н., Вишнякова М.В.,
Черменский Г.В., Левченко С.В.

ГБУЗ «Городская клиническая больница № 24
Департамента здравоохранения города Москвы»,
г. Москва, Россия

CAPABILITIES OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN EVALUATING METASTATIC REGIONAL Lymph NODES IN LOWER RECTAL CANCER

Volkova S.N., Stashuk G.A., Vishnyakova M.V.,
Chermenskiy G.V., Levchenko S.V.

City clinical hospital № 24 of the Department of health of
the city of Moscow, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Рак прямой кишки занимает одно из лидирующих мест в структуре смертности, единственным радикальным методом лечения которого является хирургическое вмешательство.

В планировании оперативного лечения важной является оценка метастатического поражения локорегионарных лимфатических узлов, достоверность дооперационного определения которой возросла с внедрением в практику магнитно-резонансной томографии с применением диффузионно-взвешенных изображений (МРТ с ДВИ) и МРТ с неионным парамагнетиком.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. 1. Оптимизация диагностического алгоритма в стадировании нижеампулярного рака прямой кишки путем сопоставления результатов МРТ-исследования с контрастным усилением и МРТ с ДВИ в диагностике метастаз-положительных параректальных лимфоузлов.

2. Сравнение с данными гистологических исследований интраоперационного материала для определения постадийной чувствительности и специфичности каждого метода.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследуемую группу вошли 57 пациентов: 10 здоровых добровольцев и 47 пациентов с раком нижеампулярного отдела прямой кишки на различных стадиях. Средний возраст пациентов в первой подгруппе – 57,6 лет, во второй подгруппе – 64,5 лет. Всем пациентам проводилась комплексная лучевая диагностика, включавшая компьютерную томографию органов брюшной полости с болюсным контрастным усилением, компьютерная томография органов грудной клетки, магнитно-резонансная томография малого таза, 28 пациентам было проведено МРТ с применением парамагнетика.

Исследования проводились на магнитно-резонансном томографе GE Optima MR450wGEM, с использованием поверхностной и встроенной в стол катушек по стандартизированному протоколу. Компьютерная томография выполнялась на компьютерном томографе SIEMENS SOMATOM Emotion 6 (Siemens Medical Systems, Германия), с применением неионных йодсодержащих контрастных веществ в виде болюсного контрастирования.

Из исследуемой группы пациентов 25 было прооперировано в течение месяца с момента проведения МРТ малого таза, 22 человека получили курс предоперационной химиолучевой терапии и прооперированы в течение года после комплексного обследования.

Чувствительность и специфичность МРТ оценивалась путем сравнения полученных данных с результатами патоморфологического исследования интраоперационного материала.

РЕЗУЛЬТАТЫ. По результатам сравнения данных МРТ с ДВИ с данными патоморфологического исследования интраоперационного материала в определении N1b и N2a стадии опухоли ошибок не допущено, в случае с опухолями N0, N1a и N2b имели место 5 случаев гипердиагностики N0 опухолей как N1a и N2b. При сравнении данных МРТ с применением парамагнетика с данными патоморфологического исследования интраоперационного материала в определении N1b, N2a и N2b стадии опухоли ошибок не было, а в случае с опухолями N1a имел место 1 случай гипердиагностики N0 опухоли как N1a. Случаи гипердиагностики были обусловлены фолликулярной гиперплазией регионарных лимфоузлов.

Выявлены высокие диагностические показатели метода МРТ с применением ДВИ-последовательностей и МРТ с внутривенным контрастированием в стадиях поражения нижнеампулярного рака прямой кишки и анального канала при опухолях стадий N1b, N2a, N2b.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ. МРТ с парамагнетиком обладает более высокой чувствительностью и специфичностью, чем МРТ с ДВИ в определении метастатического поражения локорегионарных лимфоузлов нижнеампулярного рака прямой кишки на ранних стадиях поражения (N0 и N1a), но ни один из методов не обладает 100% чувствительностью в диагностике поражения регионарных лимфоузлов на ранних стадиях, что требует дальнейшего изучения.

ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ

Волостников Е.В., Муравьев А.В., Бруснев Л.А.

ГБУЗ СК «Городская клиническая больница № 2»
г. Ставрополь, Россия

TUMORS OF THE SMALL INTESTINE

Volostnikov, E.V., Muravyov A.V., Brusnev L.A.

City clinical hospital № 2, Stavropol, Russia

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Опыт диагностики и хирургического лечения опухолей тонкой (ТК) кишки в хирургическом отделении многопрофильного ЛПУ.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 18 больных с различными опухолями ТК за период 2010-2017 гг. Морфологические варианты опухолей ТК следующие: гастроинтестинальная стромальная опухоль – 9; аденокарцинома – 3; нейроэндокринная опухоль – 2; лимфосаркома – 2; гемангиома – 1; лейомиосаркома – 1. Клинические проявления опухолей ТК следующие: кишечная непроходимость – 10; кишечное кровотечение – 4; болевой абдоминальный синдром – 3; анемический синдром – 1; внутрибрюшное кровотечение – 1. Для диагностики опухолей ТК использована обзорная рентгенография ОБП (выполнена 10); компьютерная томография (11), ультразвуковое исследование (18), эзофагогастродуоденоскопия (10), диагностическая лапароскопия (2). Все больные оперированы. Операции выполнены традиционным доступом.

РЕЗУЛЬТАТЫ. По данным инструментальных методов диагностики, верифицировать опухоль ТК на дооперационном этапе удалось у 11 больных. Опухоль диагностирована на КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием. У 7 больных опухоль ТК диагностирована только во время экстренного или срочного оперативного вмешательства; у 2 паци-

ентов опухоль ТК обнаружена во время диагностической лапароскопии, предпринятой при подозрении на острый живот. Выполнены резекции тонкой кишки различного объема. Непрерывность кишечной трубки восстановлена однорядными анастомозами. Послеоперационные осложнения возникли у 2 пациентов. Несостоятельности анастомозов не было. Летальных исходов не было. После получения патогистологического заключения операционного материала больные обсуждены на онкологическом консилиуме для определения тактики дальнейшего противоопухолевого лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Опухоли ТК встречаются относительно редко. КТ брюшной полости является наиболее информативным методом диагностики опухолей ТК на дооперационном этапе. Радикальное хирургическое вмешательство в объеме резекции тонкой кишки является методом выбора. Больные после хирургического вмешательства должны быть обсуждены на мультидисциплинарном онкологическом консилиуме с целью выработки тактики дальнейшего лечения.

МИКРОБИОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Гатауллин И.Г.¹, Ильинская О.Н.², Гатауллин Б.И.¹

¹ Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ РМАНПО Минздрава России, г. Казань, Россия

² Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань, Россия

MICROBIOM OF COLOR-RECTAL CANCER

Gataullin I.G.¹, Ilinskaya O.N.², Gataullin B.I.¹

¹ Kazan State Medical Academy, branch of FSBEI RMANPO of the Ministry of Health of Russia, Kazan, Russia

² Kazan (Volga Region) Federal University, Kazan, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Колоректальный рак привлекает к себе особое внимание в связи с тем, что в отношении него выявлен ряд микробиологических особенностей, принципиально изменивших представление о канцерогенезе этой опухоли и открывших новые перспективы его профилактики и терапии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить микробную флору, ассоциированную с опухолями толстой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 50 больных злокачественными новообразованиями толстой кишки. Всем пациентам во время проведения диагностической фиброколоноскопии производили забор биоптата непораженной слизистой оболочки и биоптата опухолевой ткани. Идентификацию проводили стандартными методами в зависимости от морфотипа и грамм-принадлежности с использованием дифференциальных комбинированных сред и ряда биохимических тестов. Определяли гемолитическую и РНК-азную активность. Результаты. Анализ микробиоты биоптатов эпителия толстой кишки пациентов методами классической микробиологии показал, что неповрежденный эпителий колонизируют преимущественно грамположительные палочки (72%). В первую очередь, это облигатно анаэробные микроорганизмы семейств Lactobacillaceae, Bifidobacteriaceae. Малигнизированный эпителий был, в основном, обсеменен грамотрицательными палочками (78%) семействам Enterobacteriaceae, Staphylococcaceae, т.е. условно-патогенными аэробными бактериями. Исследования показали, что микробиом опухоли и здоровой слизистой принципиально отличаются между собой не только по морфотипу и грамм принадле-

лежности, но и по антагонистической, гемолитической и рибонуклеотической активности. Микробиом опухоли, обладая высокой антагонистической активностью, не позволяет колонизировать опухоль бактериями с высокой рибонуклеотической активностью и тем самым, возможно, тормозит рост колоректального рака.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Наши исследования подтверждают роль бактерии в развитии и прогрессии колоректального рака. В будущем это можно реализовать для первичной профилактики колоректального рака с помощью колонизации кишечника определенным видом микрофлоры.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ РОБОТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Гончаров А.Л., Асланян А.С., Каприн И.А.

Центральная клиническая больница с поликлиникой
Управления делами Президента Российской
Федерации, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Место роботических технологий при лечении пациентов, больных раком прямой кишки, еще не определено. В исследовании ROLARR [2017] не было выявлено явных преимуществ роботического подхода над лапароскопическим доступом. Малоинвазивная хирургия пациентов с нижеампулярным раком прямой кишки может сопровождаться высоким процентом конверсий после лапароскопических вмешательств 14-34% [Jayne DG, 2017; Askild D, 2019]. По данным Rouanet P. [2018], выявлено преимущество роботического подхода, заключающееся в более низкой частоте конверсий (2%).

ЦЕЛИ. Изучить непосредственные результаты лечения пациентов, больных раком прямой кишки, которым проводилось комбинированное лечение с применением роботических технологий на хирургическом этапе.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. За период с марта 2017 года по июнь 2019 года в отделении колопроктологии ЦКБП УДП всего было выполнено 135 роботических операций на прямой и ободочной кишке, из них 30 – по поводу рака нижне- и среднеампулярного отдела прямой кишки. У всех пациентов опухоль располагалась на расстоянии 0-5 см от зубчатой линии, гистологически – аденокарцинома. Стадирование по классификации TNM: cT2-T3, N0-N+, M0. 16 пациентам с cT2-3N1 был проведен курс неoadъювантной дистанционной лучевой терапии с капецитабином 2-3 г в сутки в дни облучения (ХЛТ). Время с момента окончания курса ХЛТ до операции – 9 (6-23) недель. После проведения рестадирирования все пациенты были прооперированы с применением роботических технологий. Число мужчин и женщин составило, соответственно: 19 и 11. Средний возраст – 63 года (46-89 лет).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Всего выполнено роботически 25 низких передних резекций прямой кишки и 5 экстирпаций прямой кишки. Всем пациентам после низких передних резекций формировалась превентивная стома (у 9 (36%) пациентов – илеостома, у 16 (64%) – трансверзостома). Среднее время операции составило 272 минуты (200-350 минут). Средний объем интраоперационной кровопотери составил 92 мл (50-250 мл). Интраоперационных осложнений и конверсии доступа не было, (конверсия 0%). Послеоперационные осложнения Clavien-Dindo 1-3 группы имели место у 5 (16,7%) пациентов. В одном случае потребовалась повторная операция (4%). Средний послеоперационный койко-день составил 9,1 дня (4-15). У всех паци-

ентов границы резекции были гистологически интактны (R0). У 6 (37,5%) пациентов после ХЛТ наблюдался лечебный патоморфоз 4 степени. При сравнении групп ХЛТ+ и ХЛТ-значимых различий не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Первый опыт применения роботических технологий при лечении пациентов больных раком прямой кишки демонстрирует удовлетворительные непосредственные результаты, что позволяет продолжить исследования в этой области.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЕЛОРУССКИХ СТЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Денисенко В.Л.¹, Гаин Ю.М.², Бухтаревич С.П.¹, Шаппо Г.М.³, Рубаник В.В.⁴, Рубаник В.В.⁴ мл, Сушков С.А.³, Фролов Л.А.³, Денисенко Э.В.³

¹ УЗ «Витебский областной специализированный клинический центр», г. Витебск, Беларусь

² ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Беларусь

³ УО «Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск, Беларусь

⁴ ГНУ «Институт технической акустики НАН Беларуси», г. Витебск, Беларусь

THE FIRST EXPERIENCE OF USING BELARUSIAN STENTS IN THE TREATMENT OF STENOSING COLORECTAL CANCER

Denisenko V.L.¹, Gayin Y.M.², Bukhtarevich S.P.¹, Shappo G.M.³, Rubanik V.V.⁴, Rubanik V.V.⁴ jr., Sushkov S.A.³, Frolov L.A.³, Denisenko E.V.³

¹ Establishment of public health «Vitebsk regional specialized clinical center», Vitebsk, Belarus

² State Educational Institution Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, Minsk, Belarus

³ Establishment of education «Vitebsk State Technological University», Vitebsk, Belarus

⁴ Institute of Technical Acoustics NAS of Belarus, Vitebsk, Belarus

АКТУАЛЬНОСТЬ. Колоректальный рак (КРР) в большинстве экономически развитых стран мира является одной из наиболее часто встречаемых форм злокачественных опухолей. Самым частым осложнением КРР является кишечная непроходимость, которая чаще всего развивается при локализации опухоли в левой половине толстой кишки. В мировой хирургии широко используют при колоректальном раке, осложненном кишечной непроходимостью, резекцию кишки с наложением колостомы. Одним из современных направлений в хирургии является использование концепции «быстрого (ускоренного) выздоровления» в лечении обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости – метод реканализации зоны опухолевого стеноза с помощью саморасширяющихся белорусских колоректальных TiNi металлических стентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить эффективность использования белорусских TiNi стентов для лечения колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Использованы белорусские колоректальные TiNi стенты в рамках клинических испытаний. Последние установлены 6 пациентам, находящимся в клиниках УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» и УЗ «Витебский областной клинический онкологический

диспансер» с целью симптоматического лечения. Средний возраст пациентов $67,5 \pm 2,7$ лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. Всем пациентам установлены белорусские колоректальные TiNi стенты. В 5 случаях с симптоматической целью, в одном случае – перед радикальным хирургическим вмешательством. Все пациенты имели протяженность опухолевого стеноза $4,3 \pm 2,0$ см.

ВЫВОДЫ. Разработка первого отечественного саморасширяющегося колоректального Ti-Ni стента и первый успешный опыт его клинического применения в условиях ургентной хирургии позволяют говорить о возможности дальнейшего развития малоинвазивного направления в лечении стенотического поражения толстой кишки опухолевого происхождения как в плане временного восстановления её проходимости (с целью подготовки пациента к радикальному вмешательству), так и в плане постоянного стентирования толстой кишки в зоне опухоли (с целью повышения качества жизни пациента при иноперабельном поражении толстой кишки).

ТЕХНОЛОГИЯ СПЕКТРАЛЬНОГО ЦВЕТОВОГО ВЫДЕЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Дуванский В.А., Белков А.В.

ГНЦ лазерной медицины, РУДН, ЛРЦ
Минэкономразвития, г. Москва, Россия

FUJINON INTELLIGENT COLOR ENHANCEMENT IN DIAGNOSIS OF COLON LESIONS

Duvanskiy V.A., Belkov A.V.

Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. По обновленным данным Globocan, в Российской Федерации зарегистрировано 458 382 новых случаев онкологических заболеваний, смертность в обеих группах полов составила 295 357 случаев. Тем не менее, не все эпителиальные образования имеют одинаковый индекс малигнизации.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Предпринята попытка различить морфологические типы эпителиальных образований при помощи технологии спектрального цветового выделения, тем самым оптимизировать лечение пациентов с эпителиальной патологией толстой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. На базе эндоскопического отделения научного клинического центра ОАО «РЖД» была проведена прижизненная диагностика типа морфологического строения полипов толстой кишки при помощи белого света, стандартного и модифицированного FICE, с последующим одномоментным лечением полипов путем удаления. Основными критериями оценки поверхностной структуры образований является анализ ямочного и микрососудистого рисунка. Обследовано 80 человек, из них мужчин составило 36 человек, женщин 44. Средний возраст на момент осмотра составлял 60 ± 9 года. Диагностировано 171 эпителиальное образование. Неоплазии были разделены на 4 группы согласно Венской классификации.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Чувствительность и специфичность белого света составила: 67% и 57%. Чувствительность и специфичность стандартного режима FICE составила: 72% и 57%. Чувствительность и специфичность модифицированного режима FICE составила: 92% и 66%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Модифицированный FICE позволяет более точно оценить тип неоплазии при эндоскопи-

ческом исследовании в сравнении с белым светом и стандартным режимом FICE, помогает в выборе тактики лечения и позволяет снизить стоимость лечения пациента. Пользовательские режимы, использованные в исследовании, оптимально подходят для оценки микроструктуры и ямочного рисунка.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

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

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

RECONSTRUCTIVE SURGERY AFTER SURGICAL TREATMENT OF COLORECTAL CANCER

Zhuravlev A.V., Katorkin S.E., Chernov A.A.

Samara state medical University, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. При осложненных формах колоректального рака (КРР) (кровотечение, непроходимость, перфорация) в 40-80% выполняются двухэтапные хирургические вмешательства, заканчивающиеся формированием одноствольной кишечной стомы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов хирургического лечения больных с кишечными стомами после оперативных вмешательств по поводу колоректального рака.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Изучены результаты хирургического лечения 185 больных с одноствольными и двухствольными кишечными стомами за период 2016-2018 гг. в колопроктологическом отделении СамГМУ. Мужчин – 91 (49,2%). Женщин – 94 (51,8%). Средний возраст больных – 48,9 лет (24-79 лет). Частой причиной формирования кишечной стомы был КРР – 134 (72,4%).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все больные обследованы в предоперационном периоде для исключения прогрессии КРР. Восстановление целостности толстой кишки после операции типа Гартмана выполнена 126 (68,1%) больным. Восстановительные операции у 70,5% больных выполнены в период от 6 до 12 мес. после радикальной операции. Механический шов применен у 115 (91,3%) больных: циркулярный анастомоз «конец-в-конец» с использованием одноразовых степлеров (CDH 29, EEA 28, KYGZ 28,5) – у 98 пациентов, анастомоз «бок-в-бок» с применением линейно-режущих аппаратов (GIA 60) – у 14 больных. Ручной шов использован у 3 больных. Восстановление целостности кишечника при двухствольных кишечных стомах выполнено 59 (31,9%) пациентам. Механический шов использован у 24 (40,7%) пациентов, ручное формирование анастомоза применено у 35 (59,3%). Послеоперационные осложнения отмечены у 19 (10,2%) больных: нагноение раны – 8 (4,3%), кровотечение из линии степлерного шва – 3 (1,6%), несостоятельность степлерного анастомоза, перитонит – 4 (2,2%), частичная несостоятельность ручного анастомоза, с формированием кишечного свища – 2 (1,1%), стриктура в области анастомоза – 2 (1,1%). Умерло два пациента. Летальность составила 1,1%.

ВЫВОДЫ. Выполнение реконструктивно-восстановительных операций больным с одноствольными и двухствольными кишечными стомами после радикального лечения КРР позволяет провести полную медицинскую и социальную реабилитацию и значительно улучшить качество жизни пациентов.

РОЛЬ РЕНТГЕНОАТОМИИ НИЖНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ В ПЛАНИРОВАНИИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Захарченко А.А., Винник Ю.С.,
Полежаев Л.А., Митюкова А.А.

Красноярский государственный медицинский
университет, г. Красноярск, Россия

THE ROLE OF RENTGENANATOMY OF THE INFERIOR MESENTERIC ARTERY IN THE PLANNING OF RECONSTRUCTIVE-REPARATIVE STAGE OF SURGERY FOR RECTAL CANCER

Zakharchenko A.A., Vinnik Yu.S.,
Polezhaev L.A., Mityukova A.A.

Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk,
Russia

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить рентгеноанатомию нижней брыжеечной артерии (НБА) и определить ее роль в планировании реконструктивно-восстановительного этапа при сфинктеро- и функционально-сохраняющих операциях по поводу ректального рака прямой кишки (РПК).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Анализированы ангиограммы бассейна НБА у 107 пациентов с РПК, которым после резекции ПК планировали реконструктивно-восстановительный этап операции – низведение левых отделов ободочной кишки (ОК) в полость таза, формирование неоректум и неосфинктер.

По данным ангиографии оценивали следующие параметры: уровень отхождения НБА от аорты, ее диаметр, расстояние от устья НБА до места отхождения левой ободочной артерии, тип строения аркадной сети (магистральный / рассыпной), выраженность краевого сосуда, наличие анастомозов с ветвями верхней брыжеечной артерии (ВБА).

РЕЗУЛЬТАТЫ. НБА отходила от левой передней полуокружности аорты на уровне нижнего края тела позвонка LIII в 77,8% случаях, на уровне середины тела LIII – в 6,7%, на уровне верхнего края LIII – в 5,6%, на уровне диска LIII-LIV – в 8,8% и в 1,1% – на уровне верхнего края LIV.

Диаметр НБА колебался в пределах – от 0,25 до 0,5 см (медиана – 0,34±0,12 см).

Первая ветвь НБА – левая ободочная артерия отходила на расстоянии 1,14–3,0 см (1,92±0,71 см) от ее начала и у 96,7% пациентов направлялась круто вверх к левому изгибу ободочной кишки (ОК). Сигмовидные артерии в количестве 2–3-х отходили как от основного ствола НБА, так и от левой ободочной артерии, создавая аркадную сеть вдоль левых отделов ОК.

Прямым продолжением НБА после отхождения сигмовидных артерий являлась верхняя ректальная артерия (ВРА). Такой тип деления НБА (магистральный) наблюдали у 76,7% пациентов. Рассыпной тип деления зарегистрирован у 23,3% больных – при первом делении НБА отмечалось три и более ветви, которые отходили на одном уровне с устьем левой ободочной артерии (сигмовидные артерии и ВРА).

Магистральный тип строения НБА с выраженной краевой артерией – наиболее благоприятный анатомический вариант для выполнения первичного реконструктивно-восстановительного этапа операции и гарантия для свободного низведения в полость таза как сигмовидной, так и нисходящей ОК.

При рассыпном типе строения НБА адекватность

кровоснабжения левых отделов ОК – сомнительна. Во избежание некроза низводимой ОК, требовалась мобилизация проксимальных ее отделов (поперечно-ободочного и восходящего). Низведение их в полость таза – возможно только через «окно» в брыжейке подвздошной кишки, что требовало дополнительных манипуляций в брюшной полости и удлиняло время операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Исследование ангиоархитектоники бассейна НБА на диагностическом этапе позволяет адекватно оценить не только выраженность аркадных артерий разного порядка, краевого сосуда левой половины ОК, связь НБА с ветвями ВБА, но и во время паренхиматозной фазы получить представление о внутрисстеночном кровоснабжении сегмента низводимой ОК.

Диагностическая мезентерикография НБА позволяет планировать возможность первичного реконструктивно-восстановительного этапа при сфинктеро- и функционально-сохраняющих операциях по поводу РПК (низведения левых отделов ОК в полость таза и путь низведения, формирования неоректум и неосфинктер), особенно у пациентов с ожирением.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АНГИГРАФИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ РЕКТАЛЬНОГО РАКА

Захарченко А.А., Винник Ю.С.,
Тухтева Н.М., Полежаев Л.А.

Красноярский государственный медицинский
университет, г. Красноярск, Россия

THE CLINICAL SIGNIFICANCE OF THE SYMPTOMS OF RECTAL CANCER

Zakharchenko A.A., Vinnik Yu.S.,
Tukhteva N.M., Polezhaev L.A.

Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk,
Russia

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить ангиографические симптомы рака прямой кишки (РПК) и определить их клиническое значение при комбинированном лечении на предоперационном этапе.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Анализированы ангиограммы бассейна верхней ректальной артерии (ВРА) у 88 пациентов, которым проведено комбинированное лечение по поводу РПК.

По данным ангиографии оценивали ангиографические симптомы РПК – специфические изменения как внутри-, так и внеорганных ПК.

После оценки ангиографических симптомов РПК и определения возможности проведения комбинированного лечения: 54,5% пациентам выполнена эндоваскулярная радиомодификация опухоли с последующей высокодозной лучевой терапией разовой очаговой дозой 13 Гр. 45,5% – химиоэмболизация ректальных артерий.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Ангиографические симптомы РПК: 1 – наличие в зоне опухоли патологических сосудов, которые многочисленны, с неравномерным просветом и необычно расположены (причудливая сеть), извиты или вытянуты, выпрямлены или веретенообразно и мешотчато расширены. Их разветвления – беспорядочны, хаотичны.

2 – инфильтрация стенок артерий. При прорастании артерий – краевой дефект, «засубренность», нечеткость контура сосуда, симптом «культи».

3 – гиперваскуляризация и скопление контрастного вещества в опухоли – депонирование до 20–30 секунд. Пропитывание опухоли контрастным веществом

в капиллярной фазе позволяло уточнить размеры опухоли и ее форму.

4 – аваскулярная зона – результат сдавления, инфильтрации или тромбоза артерий под влиянием опухолевого процесса («культи» артерий) и ранний венозный сброс.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Особенности ангиоархитектоники злокачественных опухолей ПК, являются основой для клинического применения предоперационных эндоваскулярных методов сочетанного воздействия как на периферические (гиперваскулярные), так и на центральные (аноксичные) зоны опухоли.

Наличие гиперваскулярной зоны способствует миграции жизнеспособных клеток опухоли в окружающие ткани и распространению метастазов лимфогенным / гематогенным путем. Основные усилия в комбинированном лечении пациентов с РПК должны быть направлены именно на эту зону и проводиться в неoadjuвантном режиме.

Решить задачу повышения абластики операции и снизить вероятность метастазирования позволяют: 1 – эндоваскулярная радиомодификация опухоли Метронидазолом с последующей высокодозной лучевой терапией разовой очаговой дозой 13 Гр, 2 – химиоэмболизация ректальных артерий Фторурацилом.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА В ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Зитта Д.В., Субботин В.М., Бусырев Ю.Б.

Кафедра факультетской хирургии № 1 с курсом урологии, ФГБОУ ВО «ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь, Россия

Вопрос о возможности применения программ оптимизации периоперационного периода «Fast track», «ПУВ» в лечении больных с заболеваниями прямой кишки требует дальнейшего изучения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить эффективность и безопасность программы оптимизации в лечении больных с ЗНО прямой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты лечения 258 больных, оперированных радикально по поводу рака прямой кишки в отделении колопроктологии ГКБ 2 г. Перми. До начала лечения все больные были разделены на 2 группы. 115 пациентов группы сравнения получали стандартную периоперационную терапию (доступ у всех – лапаротомия). 143 больных основной группы получали лечение в соответствии с программой оптимизации (у 53 больных лапароскопический доступ). Существенных отличий между группами по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям, локализации опухоли и объему операций не было. Изучались: вид и продолжительность операции, кровопотеря, объем инфузии, сроки активизации, удаления дренажей, восстановления моторной функции кишечника, частота послеоперационных осложнений, сроки достижения готовности к выписке.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Использование лапароскопического доступа привело к значительному снижению кровопотери. Применение программы оптимизации привело к укорочению сроков и объемов инфузионной терапии, значимому ускорению активизации больных и сокращению сроков начала энтерального питания. Количество больных с осложненным течением послеоперационного периода и общее количество осложнений были достоверно выше в группе сравнения. При распределении осложнений в соответствии с классификацией Clavien-Dindo оказалось, что разница между группами была достоверной только для ослож-

нений 2 и 3а ст. Применение программы оптимизации привело к значимому сокращению сроков готовности к выписке.

ВЫВОДЫ. Применение программы оптимизации у больных с новообразованиями прямой кишки эффективно и безопасно, приводит к существенному снижению операционной кровопотери, ускорению восстановления больных после операции, значительному сокращению частоты послеоперационных осложнений и сроков достижения готовности к выписке.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Краснов Е.А., Кострубин А.Л., Алиев Ф.Ш., Полозов С.В., Варданян Т.С.

Сургутская окружная клиническая больница, Сургутский государственный университет, г. Сургут, Россия

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Послеоперационная летальность при осложненном колоректальном раке достигает 52%, что свидетельствует о необходимости применения более щадящих малоинвазивных методик лечения у данной категории больных.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка эффективности эндоскопических технологий в диагностике и лечении осложнений колоректального рака.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты лечения 114 больных с осложнениями колоректального рака, пролеченных в Сургутской окружной клинической больнице за период 2012–18 гг. Мужчин – 51 (44,7%), женщин – 63 (55,3%). Средний возраст составил $62,3 \pm 1,7$ лет. В анализируемой группе обтурационная кишечная непроходимость была у 96 (84,2%), толстокишечное кровотечение – у 18 (15,8%) больных. Всем пациентам выполнена колоноскопия, с подготовкой клизмами. Критериями эффективности эндоскопических методов лечения явились стойкий гемостаз и разрешение кишечной непроходимости.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среди пациентов с кишечным кровотечением колоноскопия позволила диагностировать его источник, а также применить эндоскопический гемостаз. Предпочтение отдавалось аргонплазменной коагуляции. В связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза, 5 (27,8%) больных были оперированы. У пациентов с кишечной непроходимостью колоноскопия позволила оценить уровень, степень и протяженность опухолевого стеноза. Дистальное расположение опухоли обеспечило возможность трансанальной интубации кишки – у 17 (17,7%) пациентов, стентирования толстой кишки – у 10 (10,4%). При невозможности применения эндоскопических методов лечения, консервативные мероприятия позволили добиться разрешения кишечной непроходимости у 29 (30,2%) пациентов. Остальные 40 (41,7%) больных были оперированы в экстренном порядке.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Диагностическая роль колоноскопии при осложненном колоректальном раке заключается в визуализации опухолевой ткани, что делает возможным применение малоинвазивных эндоскопических методик лечения, которые стали эффективны у 72,2% больных с кишечным кровотечением и у 28,1% пациентов с обтурационной кишечной непроходимостью.

ПРОГНОЗ РИСКА ПРОГРЕССИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ РЧА СИНХРОННЫХ МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Козлов С.В., Каганов О.И., Козлов А.М., Фролов С.А.
ГБУЗ «Самарский областной клинический
онкологический диспансер», г. Самара, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить факторы прогноза риска прогрессии заболевания после РЧА синхронных множественных метастазов колоректального рака (КРР) в печень при циторедуктивных операциях.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование вошли 78 пациентов с IV стадией КРР, которым выполнялась операция по удалению первичной опухоли с РЧА синхронных метастазов в печень, с последующим проведением химиотерапии.

Для определения факторов, позволяющих прогнозировать риск развития рецидивов на первом году наблюдения после циторедуктивной операции с РЧА синхронных множественных метастазов КРР в печень, был проведен многофакторный анализ с применением логистической регрессии для построения математической модели. Изначально в модель в качестве предикторов были включены 10 предикторов: возраст, пол, уровень опухолевой инвазии Т (2,3,4), регионарные метастазы N (0,1,2), индекс метастатического поражения печени (ИМПП), дифференцировка опухоли (G1, G2, G3), значение СА-242 до операции в Ед/мл, значение СЕА до операции в нг/мл, значение СА19-9 до операции в Ед/мл, мутационный статус гена KRAS.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В результате анализа были получены 3 наиболее значимых предиктора: СЕА; мутационный статус гена KRAS; ИМПП – предложенная нами величина, которая рассчитывается как произведение суммы диаметров метастазов в печени на их количество, результат представляет собой целое число, удобное в статистической обработке. Эти предикторы вошли в математическую модель. На основании полученной модели разработана компьютерная программа, которая со специфичностью 92,5%, чувствительностью 97,3%, точностью 94,8% позволяет рассчитать риск развития прогрессии заболевания в первый год после циторедуктивной операции. Это позволяет определить место РЧА в алгоритме лечения больных КРР IV стадии с синхронными метастазами в печень.

Применение РЧА при циторедуктивных операциях позволило достигнуть трехлетней безрецидивной выживаемости 22,7% и пятилетней общей выживаемости 4,3%.

ВЫВОД. Таким образом, индекс метастатического поражения печени, мутационный статус гена KRAS, дооперационные значения СЕА являются прогностически значимыми факторами, позволяющими прогнозировать на дооперационном этапе риск развития прогрессии заболевания после РЧА и определить показания к выполнению РЧА во время циторедуктивной операции.

12-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Коробка В.Л., Балин Н.И., Дударев С.И.
ГБУ РО «РОКБ», г. Ростов-на-Дону, Россия

12 YEARS EXPERIENCE IN THE SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED COLORECTAL CANCER

Korobka V.L., Balin N.I., Dudarev S.I.

State Budget Institution of Rostov region «Rostov Regional Hospital», Rostov-on-Don, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. В настоящее время несмотря на современные возможности диагностики колоректального рака на ранних стадиях заболевания, число больных с местнораспространенными процессами не имеет тенденции к уменьшению.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты хирургического лечения больных с местнораспространенным колоректальным раком за 12 лет.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. На базе центра хирургии и координации донорства с 2006 по 2018 годы прооперировано 1934 пациента с колоректальным раком. С местнораспространенными формами – 1247 (64,5%). У 591 (30,5%) пациентов первичная локализация опухоли в прямой, 503 (26,0%) – в сигмовидной, 297 (15,3%) – в слепой и восходящей ободочной кишке, в 543 (28,1%) случаях – в остальных отделах ободочной кишки. В 98,3% случаях выявлена аденокарцинома различной степени дифференцировки. В структуре пациентов преобладали 3 и 4 стадии онкологического заболевания (1 и 2 стадия – 33,6%, 3 стадия – 58,2%, 4 стадия – 8,2%). Выполнялся стандартный объем хирургического вмешательства с расширенной лимфаденэктомией (тотальной мезоректумэктомией) в том числе, с применением эндоскопических методик (с 2013 года – 40 пациентов (2,0%)). В 1211 случаях была выполнено радикальное хирургическое вмешательство. У 393 пациентов осуществлялась сочетанная операция с резекцией смежных органов. Из них 128 (32,6%) пациентам, наряду с удалением первичного очага, производился один из видов резекций печени: пангистерэктомия – 57 (14,5%); резекция тонкой кишки – 89 (22,6%); резекция мочеочника – 18 (4,6%); резекция мочевого пузыря – 27 (6,9%); экзентерация малого таза – 6 (1,5%) случаев.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Осложнения выявлены у 188 (9,7%) больных (нагноение послеоперационных ран – 45 (2,3%); тромбоэмболия легочной артерии – 39 (2,0%); варианты несостоятельности анастомозов – 42 (2,2%), 61 (3,1%) – другие виды осложнений). 30-дневная летальность отмечена в 61 наблюдении (3,2%). У 33 пациентов причиной смерти являлась ТЭЛА (54,1%). 3-летняя выживаемость у пациентов составила 65,4%.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ. За 12 лет работы в хирургическом центре ГБУ РО РОКБ были получены хорошие результаты хирургического лечения больных, с местнораспространенными формами колоректального рака.

СЕЛЕКТИВНАЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ МАСЛЯНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Коротких Н.Н., Брежнев С.Г., Коротких К.Н.

БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1», г. Воронеж, Россия

SELECTIVE ENDOVASCULAR OIL EMBOLIZATION IN THE COMPLEX TREATMENT OF COMPLICATED RECTAL CANCER

Korotkikh N., Brezhnev S., Korotkikh K.

Voronez Regional Clinical Hospital #1, Voronezh, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения рака прямой кишки показывает, что неудачи его, главным образом, обусловлены появлением местных рецидивов и метастазов опухоли в ближайшие годы после выполнения, казалось бы, радикальной операции. Поиск путей улучшения результатов лечения рака прямой кишки привел к разработке метода эндоваскулярных вмешательств на сосудах, кровоснабжающих прямую кишку.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения больных осложненным раком прямой кишки за счет селективной эндоваскулярной масляной эмболизации прямокишечных артерий.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Данное исследование основано на анализе результатов хирургического лечения 178 пациентов с ЭКХ, оперированных в период с 2006 по 2016 гг. Больные были распределены на три группы: основную и две контрольные. Основную группу составили 52 пациента, которым перед операцией проведена селективная внутриартериальная масляная эмболизация прямокишечных артерий. В первую контрольную группу включено 60 больных, у которых лечение рака прямой кишки ограничено только хирургическим вмешательством. Во вторую контрольную группу вошли 66 больных, которые получили предоперационную лучевую терапию.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Местные рецидивы среди пациентов основной группы в полости малого таза выявлены у 6,0% пациентов, отдаленные метастазы – у 18,0% больных. В первой контрольной группе местный рецидив диагностирован у 18,9% пациентов, отдаленные метастазы – у 24,5% оперированных больных. Во второй контрольной группе локорегионарные рецидивы зарегистрированы в 6,7% случаях, отдаленные метастазы – в 18,3% наблюдениях. Показатель трехлетней безрецидивной выживаемости в основной группе больных составил 76,3%, в первой контрольной группе – 75%, во второй контрольной – 59,1%. Актуальная пятилетняя выживаемость в основной группе составила 73,5%, в первой контрольной группе – 56,6%, во второй контрольной группе – 72,5%.

ВЫВОДЫ. Разработанный и внедренный в клиническую практику метод селективной внутриартериальной масляной эмболизации прямокишечных артерий у больных осложненным раком прямой кишки не приводит к развитию осложнений и побочных эффектов лечения, при этом позволяет добиться существенной регрессии опухоли, повышая ее резектабельность. Последнее позволяет статистически значимо повысить частоту выполнения сфинктеросохраняющих операций.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИССЕКЦИЯ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Мтвралашвили Д.А., Хомяков Е.А., Чернышов С.В.

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

ЦЕЛЬ. Эндоскопическая диссекция в подслизистом слое (ESD) является методом выбора удаления доброкачественных и начальных форм злокачественных новообразований правой половины ободочной кишки. Данное проспективное обсервационное исследование, направлено на изучение результатов выполнения эндоскопической диссекции в подслизистом слое эпителиальных новообразований правой половины ободочной кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. С января 2017 по декабрь 2018 года в исследование включено 152 пациента (64 (42,1%) – мужчин, 88 (57,9%) – женщин). Медиана возраста больных составила 66 лет (min 27 – max 84 года). Медиана размеров удаленных новообразований составила 47,5 мм (min – 20 мм, max – 80 мм).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Конверсия в трансабдоминальное вмешательство произошла у 19/152 (12,5%) больных. Независимыми факторами конверсии в полостное вмешательство оказались перфорация в брюшную полость ($p=0,048$) и лифтинг опухоли менее 3 мм ($p=0,05$). При окончательном патоморфологическом исследовании операционных препаратов у 142 (93,4%) из 152 больных выявлена аденома и у 10/152 (6,6%) больных – аденокарцинома. Частота R0 резекций составила 110/133 (83,5%). Послеоперационные осложнения в сроки до 30 дней возникли у 5/133 (3,7%) пациентов. Летальных исходов после ESD не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Эндоскопическая подслизистая диссекция в правых отделах ободочной кишки является безопасной, воспроизводимой операцией с высокой частотой R0 резекций.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ РАКОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Пантюков Е.Д., Велиев Т.И.,

Пантюков Е.Д., Свистун П.А.

Краевой колопроктологический центр КГБУЗ «Горбольница № 4», г. Барнаул, Россия

ENDOSCOPIC TREATMENT OF EARLY COLON CANCERS

Veliev T.I., Pantukov E.D., Svistun P.A.

Regional coloproctology center, Barnaul, Russia

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.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проведен динамический анализ группы больных с ранними раками толстой кишки, у которых была выполнена эндоскопическая электроэксцизия в период с 1992 по 2018 гг. Отдаленные результаты оценивались на основании контрольных колоноскопий со взятием биопсий в порядке динамического наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Всего под наблюдением находилось 64 больных. Мужчин – 40, женщин – 24. Возраст пациентов составил 60-87 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 пожилого возраста с сопутствующей патологией составила 100%. Отсутствие рецидивов после эндоскопической электроэксцизии позволило ограничиться эндоскопической операцией у пожилых больных.

ОСЛОЖНЕННЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Рахимов Б.М., Танкова Е.С.,
Колесников В.В., Кривов А.И.

ГБУЗ СО «ТГКБ№ 5», г. Тольятти, Россия

Запущенные формы колоректального рака, протекающие бессимптомно могут проявиться впервые в виде осложнений, требующих экстренного хирургического вмешательства. Количество пациентов с осложненным колоректальным раком составляет более 60% среди всех больных с опухолями данной локализации. К осложнениям колоректального рака относятся острая кишечная непроходимость, перфорация кишечной стенки, кишечное кровотечение. При развитии осложнений диагностика колоректального рака приобретает определенную специфику – большинство пациентов поступают в стационары общей лечебной сети с диагнозом «острый живот» и подлежат неотложному оперативному вмешательству, кроме того, позже 24 часов от появления первых симптомов заболевания госпитализируются более 85% пациентов. Все это связано с трудностями диагностики на догоспитальном и госпитальном этапах, пожилым и старческим возрастом пациентов, выраженными коморбидными поражениями. Несмотря на хорошо отработанную технику операций на толстой кишке, до настоящего времени все еще нет рациональной хирургической тактики. Это обусловлено отсутствием единого мнения хирургов и онкологов при различных осложнениях колоректального рака, поэтому лечение пациентов с urgentными осложнениями рака толстой кишки не теряет своей актуальности.

ЦЕЛЬ. Оценка ближайших результатов лечения осложненного колоректального рака по данным общехирургического стационара.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы 71 КСБ за период с 01.01.2016 г. по 31.12.2018 года. Женщин было 37, мужчин – 34, возраст пациентов от 27 до 92 года, в среднем, 70±2,0 года. Все пациенты поступили в экстренном порядке с клиникой толстокишечной непроходимости или кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. 67 пациентов поступили позже 24 часов с момента начала заболевания, 4 пациента в пределах 6 часов с момента начала заболевания. У 64 пациентов превалировала картина обтурационной толстокишечной непроходимости, у 7 пациентов клиника кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Виртуальная МСКТ-колоноскопия выполнена 29 пациентам. У 7 пациентов основная клиника была представлена кишечным кровотечением и тяжелой анемией. Всем больным проведены лабораторные исследования, УЗИ, Ро-логические обследования грудной клетки, ЭКГ, консультации смежных специалистов по показаниям. Параллельно с обследованием проводилась консервативная терапия, направленная на ликвидацию кишечной непроходимости и коррекцию анемии. После обследования установлена следующая локализация

процесса: опухоль ободочной кишки – 43, сигмовидная кишка и прямая кишка – 28 пациентов. Оперированы в срочном порядке 48 пациентов: выполнены правосторонняя гемиколэктомия – 10, операция Гартмана – 25. Паллиативные операции выполнены у 13 больных: цекостомия – 3, илеостомия – 7, обходных анастомозов – 3. Шесть пациентов с ранее установленным диагнозом и стоявших в очереди на госпитализацию переведены в специализированное колопроктологическое отделение. 23 пациента лечены консервативно.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Выполнены 10 правосторонних гемиколэктомий с тремя несостоятельностью илеотрансверзостомии. Все трое оперированы повторно с выведением илеостомы: 2 – умерло, 1 – выжил. Причина смерти – распространенный перитонит, полиорганная недостаточность. На 28 операции Гартмана умер один больной с распространенным перитонитом и у 5 – нагноение вокруг колостомы. В группе из 13 пациентов с различными паллиативными обходными анастомозами умерло 3 пациента: двое от тромбоза легочной артерии, один – от тотального мезентериального тромбоза. Специфические хирургические послеоперационные осложнения наблюдались у 14. В группе больных, леченных консервативно, умерло трое больных от распадающейся опухоли на фоне тяжелой анемии и полиорганной недостаточности, шесть пациентов переведены в специализированный центр, 14 пациентов отказались от дальнейшего лечения и выписаны с улучшением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Осложненный колоректальный рак в общехирургической клинике представлен тяжелым контингентом больных среднего и пожилого возраста. Послеоперационные осложнения и летальность остаются высокими. Наиболее частой причиной летальности остается распространенный послеоперационный перитонит.

Лечение пациентов с осложненным колоректальным раком остается трудной задачей для врачей общехирургических стационаров. Неудовлетворительные непосредственные результаты требуют разработки четких показаний и создания наиболее соответствующего алгоритма использования хирургических методов восстановления толстокишечного пассажа.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОМИКРОХИРУРГИИ (ТЭМ) И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОДСЛИЗИСТОЙ ДИССЕКЦИИ (ЭПД) В ЛЕЧЕНИИ КРУПНЫХ АДЕНОМ И РАННИХ ФОРМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Рыбаков Е.Г., Чернышов С.В., Тарасов М.А.,
Нагулов М.А., Мтвралашвили Д.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. До настоящего времени существует проблема радикального хирургического лечения крупных аденом и раннего рака прямой кишки. Методами, потенциально обеспечивающими минимальный риск развития местного рецидива такого рода опухолей являются трансанальная эндомикрорхирургия (ТЭМ) и эндоскопическая подслизистая диссекция (ЭПД). На сегодняшний день отсутствуют опубликованные данные рандомизированных исследований, сравнивающих результаты этих методов.

ЦЕЛЬ. Определить эффективность и безопасность ТЭМ и ЭПД в лечении крупных аденом и ранних форм рака прямой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Был разработан протокол одноцентрового исследования для сравнения ТЭМ и ЭПД. В исследование планируется включить 236 пациентов с образованиями прямой кишки размером ≥ 3 см, расположенными в 2-х см и выше зубчатой линии без эндоскопических признаков малигнизации с предоперационным стадированием опухоли cT0N0/cT1N0 (по результатам ТРУЗИ и МРТ). Планируемое количество пациентов, которое будет включено в исследование – 118 в каждой группе.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В настоящее время в исследование включено 64 пациента (37 женщин, 27 мужчин). В группу ТЭМ включено 35 человек, в группу ЭПД – 29. Средний возраст оперированных больных 67 лет (32–83). В группе ЭПД интраоперационных осложнений не отмечено, в группе ТЭМ 2 (5,7%) пациентам потребовалось формирование отключающей стомы по причине возникшего контакта с брюшной полостью.

ВЫВОДЫ. Для объективного определения метода радикального локального удаления крупных аденом и раннего рака прямой кишки требуется проведение рандомизированного исследования.

РАННИЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

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

ФГБОУ ВО «ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова»
МЗ РФ, г. Санкт-Петербург, Россия
Городской колопроктологический центр (СПБГБУЗ
«Городская больница № 9»), г. Санкт-Петербург,
Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты лечения пациентов с ранним раком прямой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. N=81. Проспективная группа – 42 (51%) пациента, прооперированных с применением малоинвазивных трансанальных методов лечения (ТЭМ, локальное иссечение) в период с 2012 по 2018 гг. Ретроспективная (контрольная) группа пациентов (n=39) – ТМЭ. Критерии включения в исследование: u,mrT0-T1; u,mrN0, ctM0, G1-2, EM VI-. Локализация опухоли: нижне- и среднеампулярный отдел (C20.0).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Медиана наблюдения – 45 (16-67) месяцев. В проспективной группе статистически значимые различия были выявлены в следующих показателях: длительность операций ($p<0,001$), степень интраоперационной кровопотери ($p<0,001$), продолжительность пребывания в стационаре ($p<0,001$), частота интра- и послеоперационных осложнений были достоверно ниже ($p<0,04$). Местный рецидив был выявлен в 1 (2,4%) случае после локального иссечения. При анализе отдаленных показателей 5-летней общей и безрецидивной выживаемости статистически значимых различий между двумя группами не выявлено ($p=1,0$).

ВЫВОДЫ. Малоинвазивные трансанальные методы лечения ранних форм рака прямой кишки позволяют улучшить непосредственные результаты лечения, обеспечивают прецизионность вмешательства, не оказывая влияния на отдаленные онкологические результаты.

ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Стойко Ю.М., Максименков А.В.,
Левчук А.Л., Колозян Д.А.

ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России,
г. Москва, Россия

IMMEDIATE RESULTS OF ROBOTIC-ASSISTED OPERATIONS IN COLORECTAL SURGERY

Stojko YU.M., Maksimenkov A.V.,
Levchuk A.L., Kolozyan D.A.

Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow,
Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Степень распространенности робот-ассистированных операций (РАО) в колоректальной хирургии остается низкой и не превышает 8,8% среди выполненных миниинвазивных вмешательств на ободочной и прямой кишке, по данным американских авторов, с учетом лапароскопических (ЛС) вмешательств.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить непосредственные результаты применения РАО и лапароскопических (ЛС) операций в хирургии ободочной и прямой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ непосредственных результатов 49 РАО на прямой и ободочной кишке и 181 аналогичных операций, выполненных ЛС. Проведен сравнительный анализ длительности операций, частоты интраоперационных и послеоперационных осложнений, стратифицированных по Clavien–Dindo. Для рака прямой кишки проведен сравнительный анализ удаленных макропрепаратов с оценкой количества удаленных лимфатических узлов, качества мезоректумэктомии по шкале Quirke, дистального клиренса, частоты R1 и CRM+ резекций.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При сравнении операций, выполненных на ободочной кишке, статистически значимых различий в длительности операции (230 мин. и 210 мин., $p=0,130$), частоте конверсий (0 и 4,8%, $p=0,320$), количестве и тяжести интраоперационных (0 и 2,9%, $p=0,445$) и послеоперационных осложнений (10% и 11,5%, $p=0,853$), летальности (0 и 0,95%, $p=0,274$) между группой РАО и ЛС, соответственно, не выявлено. Анализ результатов оперативных вмешательств на прямой кишке выявил статистически значимое увеличение продолжительности РАО на 55 минут (300 мин. и 245 мин., $p<0,01$). При этом РАО и ЛС не различались по частоте конверсий (10,3% и 6,6%, $p=0,516$), количеству и тяжести интраоперационных (6,9% и 2,6%, $p=0,308$) и послеоперационных осложнений (31% и 26,3%, $p=0,629$). Летальных исходов у пациентов, оперированных на прямой кишке, выявлено не было. Анализ онкологических результатов оперативных вмешательств (качество ТМЭ, циркулярный край резекции, частота R1, количество лимфатических узлов) не выявил статистически значимых различий между исследуемыми группами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение РАО на данном этапе при заболеваниях ободочной кишки нецелесообразно в связи с аналогичной эффективностью лапароскопических резекций ободочной кишки и экономической неоправданностью. Потенциальные преимущества РАО имеет при вмешательствах по поводу рака прямой кишки, особенно при низкой локализации опухоли. Однако анализ непосредственных результатов выполненных операций на прямой кишке не выявили достоверных преимуществ РАО перед ЛС.

ОЦЕНКА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ КонтРАСТ-УСИЛЕННОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗНО ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА НА ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ЭТАПЕ

Тиханкова А.В., Борсуков А.В.

Проблемная научно-исследовательская лаборатория «Диагностические исследования и малоинвазивные технологии», ФГБОУ ВО СГМУ, г. Смоленск, Россия

ASSESSMENT OF THE MICROCIRCULATION IN PATIENTS WITH MALIGNANT TUMORS OF THE LARGE INTESTINE USING CONTRAST – ENHANCED ULTRASOUND OF THE LIVER ON THE PREOPERATIVE STAGE

Tikhankova A. V., Borsukov A.V.

Problem scientific research laboratory «Diagnostic researches and miniinvasive technology» of the Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Контраст – усиленное ультразвуковое исследование (КУУЗИ) является методом медицинской визуализации ангиоархитектоники печени без лучевой нагрузки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Комплексная оценка резервных возможностей печени у пациентов с ЗНО толстого кишечника и диффузными заболеваниями печени на предоперационном этапе.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В 2018 г. на клинической базе ПНИЛ СГМУ выполнено КУУЗИ у 19 пациента (9 мужчин, 10 женщин), в возрасте 51-83 лет (средний возраст $67 \pm 3,2$ лет) с хроническими вирусными гепатитами В и С (ХВГ В и С) и ЗНО толстого кишечника с единичными метастазами в печень. Контрольную группу составили 10 пациентов с ХВГ В и С: 5 мужчин, 5 женщин в возрасте 42-71 год (средний возраст – $56 \pm 5,1$ лет). Все пациенты обследованы в 2 этапа: 1-й этап – эластография печени для диагностики клинически значимого фиброза и цирроза печени (F3, F4): 1 гр.: $n=7$ (37%); 2 гр.: $n=2$ (20%), оценка клинико-лабораторных показателей: 1 гр. – $n=8$ (42%) с минимальными клиническими проявлениями (виремия $< 10^5$ МЕ/мл; АЛТ, АСТ $< 2N$), $n=11$ (58%) с выраженным клиническим течением (виремия $> 10^5$ МЕ/мл; АЛТ, АСТ $> 5N$); 2 гр. – $n=6$ (60%) и $n=4$ (40%), соответственно. 2-й этап – проведение КУУЗИ по стандартной методике для оценки микроциркуляции по 3 фазам (артериальной, портальной и поздней венозной). Референтным методом являлась МСКТ с болюсным контрастированием.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При оценке количественных параметров КУУЗИ в 1-й гр. не наблюдалось достоверных различий ($p > 0,05$). Было выявлено, что показатели начала артериальной фазы и времени полувыведения контрастного препарата были достоверно выше у пациентов 2-й гр. по сравнению с пациентами 1-й гр.: 14,6-18,3 и 9,1-13,7 сек., 132,2-218,4 сек. и 83,7-101,4 сек., соответственно. Время транзита «печеночная артерия – печеночная вена» в 1 гр. ($8,9 \pm 0,5$ сек.) короче, чем у пациентов 2 гр. ($11,9 \pm 1,2$ сек.), как и время транзита «воротная вена – печеночная вена»: 1 гр. – $4,1 \pm 1,8$ сек. и 2 гр. – $10,3 \pm 0,5$ сек. Также в 1 гр. у 2-х пациентов были обнаружены новые милиарные метастазы размером до 10 мм через 10 дней после стандартного обследования, включающего в себя УЗИ и МСКТ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение КУУЗИ печени на предоперационном этапе позволяет объективно оценить

состояние микроциркуляции в печеночной ткани, а также выявить новые милиарные метастазы.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С MUTYH-АССОЦИИРОВАННЫМ ПОЛИПОЗОМ

Тобоева М.Х., Цуканов А.С., Фролов С.А., Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Королик В.Ю., Шелыгин Ю.А.

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

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH MUTYH-ASSOCIATED POLYPOSI

Toboeva M.Kh., Tsukanov A.S., Frolov S.A., Kuzminov A.M., Vyshegorodtsev D.V., Korolik V.Yu., Shelygin Yu.A.

State scientific center of coloproctology, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. MutYH-ассоциированный полипоз (МАР) – заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, обусловленное мутациями в гене MutYH, характеризующееся развитием множественных полипов в толстой кишке и колоректального рака на их фоне при несвоевременном выполнении хирургического вмешательства. К настоящему моменту нет точных рекомендаций, посвященных оперативному лечению больных МАР.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Целью данного исследования стало изучение тактики хирургического лечения у российских пациентов с MutYH-ассоциированным полипозом.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В период с октября 2012 по ноябрь 2018 года в ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» проходили лечение 20 пациентов (7 мужчин, 13 женщин) в возрасте от 19 до 70 лет, у которых были обнаружены наследственные мутации в гене MutYH. При колоноскопии у данной группы больных было выявлено от 22 до 230 полипов. От всех пациентов, включенных в исследование, было получено информированное согласие.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 14 пациентов был установлен диагноз колоректального рака. 17 больным было выполнено хирургическое вмешательство. 3 пациента находятся под динамическим наблюдением с периодическим выполнением эндоскопической полипэктомии. Важно отметить, что объем оперативных вмешательств у пациентов с МАР достаточно разнообразен: 5 пациентов были оперированы в 2 этапа, и, как правило, второй этап заключался в удалении оставшихся отделов толстой кишки в связи с быстрым ростом полипов в них. У 12 больных хирургическое вмешательство выполнено в один этап, однако объем операций при этом так же вариабелен: передняя резекция прямой кишки (1), правосторонняя гемиколэктомия (2), левосторонняя гемиколэктомия (1), субтотальная резекция ободочной кишки (1), колэктомия с формированием постоянной илеостомы (2), колэктомия с формированием илеоректального анастомоза (2), колэктомия с формированием тонкокишечного резервуара (3).

ВЫВОДЫ. В настоящее время в «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» пациентам с МАР проводятся различные виды и объемы хирургических вмешательств. Начато исследование, в котором подробным образом будет изучена клиническая характеристика данной категории больных и разработана оптимальная хирургическая тактика.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА (МКРР)

Торчуа Н.Р., Пономаренко А.А., Рыбаков Е.Г.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России,
г. Москва, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Лапароскопические резекции печени при МКРР за последние 10 лет стали выполняться чаще, но все еще не являются однозначной альтернативой открытым операциям. Роль и значение лапароскопической операции при МКРР продолжает изучаться.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России в течение года проводилось пилотное проспективное исследование с группой сравнения. Критериями включения было наличие резектабельных МКРР в печени любой локализации, удаленная первичная опухоль прямой или ободочной кишки. Критериями исключения служила необходимость выполнения реконструкции кровеносных или билиарных сосудов. Всего в проспективную группу (ЛапГр) было включено 35 пациентов с резектабельными МКРР. Сравнение проводилось с сопоставимой ретроспективной группой пациентов – 17 человек, которым были выполнены открытые операции (ОткГр). Анализ проводился для следующих показателей: R0 границы резекции, частота интра- и послеоперационных осложнений, частота конверсии, послеоперационный койко-день.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Двум пациентам из ЛапГр потребовалась конверсия в открытое вмешательство, данные этих больных анализировались в ОткГр; один пациент – исключен из исследования в связи с отсутствием МКРР (по результатам интраоперационного УЗИ печени и срочного гистологического исследования). В обеих группах наиболее часто были выполнены неанатомические резекции печени. Продолжительность операции меньше в ОткГр. При этом в ЛапГр статистически значимо меньше: кровопотеря (100 мл против 320 мл, $p=0,0001$), частота послеоперационных осложнений (16/32 против 13/19, $p=0,01$) и продолжительность послеоперационной госпитализации (11 ± 3 против 14 ± 5 дней, $p=0,008$). Границы резекции не различались в обеих группах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Атипичные лапароскопические резекции печени при МКРР, при сравнении с сопоставимыми открытыми операциями, связаны с меньшим количеством осложнений, кровопотерей и послеоперационным койко-днем, при одинаковой радикальности операции.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш.,
Магомадов Э.А., Калицова М.В., Медоев В.В.,
Зураев К.Э., Ардасенов Т.Б.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лечение больных местнораспространенным раком ободочной кишки, осложненным острой непроходимостью остается достаточно сложной проблемой. В подавляющем большинстве случаев оперативные вмешательства выполняются в экстренном порядке и хирурги выявляют местное распро-

странение опухоли интраоперационно, в связи с чем, ограничиваются, как правило, наложением разгрузочных стом или не радикальными оперативными вмешательствами.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты лечения больных местнораспространенным раком левых отделов ободочной кишки, осложненным кишечной непроходимостью.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование вошли 118 пациентов с местнораспространенным раком левых отделов ободочной кишки, осложненным непроходимостью.

РЕЗУЛЬТАТЫ. I стадия нарушения проходимости ободочной кишки выявлена у 33 (27%) больных, II – у 51 (41,8%), III – у 24 (19,7%) и IV – у 14 (11,5%) пациентов. Больные с I стадией оперированы в течение 7-10 дней после разрешения непроходимости и проведения необходимой предоперационной подготовки и дообследования. Пациенты со II стадией оперированы в течение 24 часов, с III – в течение 6-12 часов, в течение этого времени им проводилась необходимая предоперационная подготовка и коррекция сопутствующих заболеваний, всем пациентам с 2 и 3 стадией на первом этапе произведено наложение проксимальной трансверзостомы в правом подреберье или илеостом из минидоступа. После ликвидации непроходимости через 7-10 дней больным выполнялись отсроченные радикальные или циторедуктивные оперативные вмешательства с наложением анастомоза и сохранением проксимальной стомы, которая ликвидировалась спустя 2-3 месяца локальным доступом. Пациентам с IV стадией непроходимости операции выполнялись через 2-3 часа после соответствующей предоперационной подготовки. Больным выполнены комбинированные радикальные или циторедуктивные левосторонние гемиколэктомии или сигмоидэктомии с формированием двустольной колостомы по разрабатанному в клинике способу. В последующем спустя 2-3 месяца стомы закрывались из локального доступа. У 101 (85,6%) больного выполнены комбинированные резекции ободочной кишки, у 17 (14,4%) объем операции ограничивался формированием колостомы. Из 101 у 44 (37,3%) больных были выполнены оперативные вмешательства в сочетании с интраоперационной внутрибрюшной химиотерапией с ранней послеоперационной системной и последующей химиотерапией. Послеоперационная летальность составила 5,1% (6 больных). Различные послеоперационные осложнения выявлены у 24 (20,3%) пациентов, при этом комбинированное лечение не приводило к их росту.

ВЫВОДЫ. Предложенная классификация обтурационного нарушения проходимости ободочной кишки и лечебно-диагностический алгоритм позволяют оптимизировать сроки предоперационной подготовки и объем выполняемого вмешательства, а так же создать условия для проведения комбинированных методов лечения. Формирование декомпрессионных проксимальных кишечных стом из минидоступа позволяет сократить сроки выполнения радикальных операций до 7-10 дней, увеличить количество радикальных и циторедуктивных операций до 85,6%, снизить послеоперационную летальность до 5,1%. Трансверзо- или илеостомия из минидоступа позволяет радикальный этап завершать формированием трансверзоректального анастомоза и избежать тяжелых реконструктивных-восстановительных этапов.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э., Ардасенов Т.Б.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Наиболее частым осложнением колоректального рака является кишечная непроходимость. Несмотря на использование всего современного арсенала комплексного лечения данной категории пациентов, результаты лечения нельзя признать удовлетворительными.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов лечения рака толстой кишки, осложненного острой непроходимостью.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В основу исследования положены результаты лечения 678 больных раком толстой кишки, осложненным острой непроходимостью. В зависимости от используемой тактики лечения, мы разделили больных на 2 группы. В контрольную клиническую группу вошли 236 (34,8%) пациентов, в лечении которых применялась ранее разработанная в клинике пред- и интраоперационная тактика. В основную клиническую группу было включено 442 (65,2%) пациента, в лечении которых использовалась разработанная в клинике новая лечебно-диагностическая программа и способы хирургического и комбинированного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При сравнении результатов лечения контрольной и основной групп после всех этапов отмечено достоверное уменьшение числа летальных исходов (с 12,7% до 5,0%) и послеоперационных осложнений (с 38,5% до 21,3%) в основной группе. Разработанная лечебно-диагностическая программа, позволила повысить количество радикальных и циторедуктивных оперативных вмешательств с 88,1% в контрольной до 92,3% – в основной группе и статистически значимо улучшить 5-летнюю общую выживаемость в сравнении с контрольной группой с 41,1% до 54,7%, снизить частоту местных рецидивов с 18,0% до 7,0%. Улучшить при II стадии рака толстой кишки, осложненного ОТКН, 5-летнюю общую выживаемость – с 56,7% до 72,6%, безрецидивную выживаемость – с 49,6% до 67,3% и канцерспецифическую выживаемость – с 60,2% до 81,6% и при III стадии 5-летнюю общую выживаемость – с 27,1% до 41,1%, безрецидивную выживаемость – с 17,1% до 33,8% и канцерспецифическую выживаемость – с 29,9% до 46,5%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Использование консервативных и малоинвазивных способов декомпрессии на первом этапе лечения рака толстой кишки, осложненной непроходимостью, позволяет снизить количество летальных исходов, послеоперационных осложнений, увеличить число радикальных и циторедуктивных операций, а так же улучшить отдаленные результаты лечения.

СПОСОБ ДЕКОМПРЕССИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э., Ардасенов Т.Б.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лечение больных раком толстой кишки, осложненным острой обтурационной непроходимостью, остается одним из сложных вопросов современной хирургии. В последние годы в связи с внедрением миниинвазивных и эндоскопических технологий приоритетной позицией для многих хирургов стала первичная декомпрессия толстой кишки, которая позволяет существенно снизить послеоперационную летальность.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить непосредственные результаты лечения больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза за счет применения нового способа декомпрессии толстой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 40 больных, которые были разделены на 2 группы. В контрольную группу вошли 14 больных. Основную группу составили 26 больных. В клинике разработан способ декомпрессии толстой кишки при острой обтурационной толстокишечной непроходимости (патент № 2549489), который был использован у пациентов основной группы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В основной группе отмечена более быстрая нормализация основных клинических и лабораторных показателей, а также показателей внутрибрюшного давления. При исследовании уровня токсемии у больных обеих групп практически во всех случаях отмечено уменьшение уровня интоксикации, но наиболее выраженный эффект получен в основной группе.

Летальных исходов в обеих группах не было. В основной группе осложнения выявлены у 1 (3,8%) больного в виде воспалительного парастомального инфильтрата. В контрольной группе у 4 (28,6%) больных развились осложнения в виде нагноения раны.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Использование предложенного способа декомпрессии толстой кишки при острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза позволяет снизить количество осложнений, за счет принудительного удаления содержимого толстого кишечника и санации его просвета, что приводит к более быстрой нормализации основных клинических и лабораторных показателей, а также показателей внутрибрюшного давления.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ФОРМИРОВАНИЯ НИЗКИХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ И КОЛОАНАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э., Ардасенов Т.Б.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проблема формирования низких колоанальных или колоректальных анастомозов при выполнении низких передних резекций прямой кишки на сегодняшний день остается актуальной, несостоятельность анастомоза, выполненного с помо-

щью ручного шва, достигает 5,4-69,2%. В то же время аппаратный шов так же не лишен недостатков, несостоятельность его составляет, в среднем, 9%, высокой остается и частота развития стенозов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Снижение количества воспалительных осложнений, летальных исходов и финансовых затрат при выполнении низкой передней резекции прямой кишки с анастомозом.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В первую группу вошли 78 пациентов, которым после низких передних резекций анастомозы выполнялись скрепочными циркулярными сшивающими аппаратами. Во вторую группу включены 112 пациентов, которым анастомозы наложены по разработанному в клинике способу.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В первой группе после наложения анастомозов циркулярными скрепочными сшивающими аппаратами несостоятельность выявлена у 7 (9,0%) больных. В том числе, у 3 больных с превентивной проксимальной стомой и у 4 пациентов без нее. Ранние проявления несостоятельности анастомоза (на 3-4 сутки) в виде выделения кишечного содержимого по дренажам или перитонитальных симптомов в нижних отделах живота отмечены у 2 пациентов. У одного из них с проксимальной превентивной стомой эти явления полностью были ликвидированы консервативными методами. У другого потребовалось произвести релапаротомию, санацию и дренирование малого таза и брюшной полости с наложением превентивной двустольной илеостомы.

У остальных 5 пациентов несостоятельность соустья была диагностирована на 7-10 сутки при пальцевом исследовании и проктографии, у всех больных лечение было ограничено консервативными способами.

Во второй группе в послеоперационном периоде после тромбоза легочной артерии умер один пациент. Из оставшихся 111 больных несостоятельность кишечного соустья выявлена у 9 (8,1%) пациентов. В том числе, у 5 пациентов с проксимальной превентивной стомой и у 4 пациентов без нее. У 2 пациентов с превентивными стомами выделения кишечного содержимого по дренажным трубкам были выявлены на 4 сутки. В последующем на фоне консервативных мероприятий они были ликвидированы в течение 12-13 дней. У остальных пациентов несостоятельность анастомоза в виде небольших затеков (15-20 мм) выявлена на 8-10 сутки после проктографии. Из 45 больных второй группы, которым не были сформированы превентивные проксимальные стомы, у 2 пациентов на 4-5 сутки отмечены выделения кишечного содержимого по дренажным трубкам. В одном случае полное выздоровление отмечено на фоне консервативных способов лечения, в другом – после релапаротомии, санации и формирования проксимальной стомы. У остальных 2 пациентов несостоятельность в виде небольших затеков зарегистрирована только после проктографии через 8-10 дней.

В среднем, затраты на выполнения аппаратного анастомоза составили 550 долларов, на выполнение по разработанному в клинике способу 45 долларов.

ВЫВОДЫ. Разработанный способ наложения анастомоза после низкой передней резекции и устройство для его осуществления позволяет, не увеличивая количество осложнений и летальных исходов, снизить материальные затраты на выполнение оперативного вмешательства, то есть может являться альтернативным способом формирования анастомозов после низких передних резекций.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Тотиков З.В., Тотиков В.З., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А., Калицова М.В., Медоев В.В., Зураев К.Э., Ардасенов Т.Б.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. В последние годы широкое применение в онкологической клинике для оценки степени распространения опухолевого процесса и диагностики непроходимости нашло ультразвуковое исследование. Обладая высокой разрешающей способностью и информативностью, оно позволяет диагностировать не только саму опухоль, но и определять ее размеры, отношение к окружающим тканям и органам, наличие перифокального воспалительного процесса и метастазов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить возможность УЗИ и целесообразность его использования в диагностике колоректального рака, осложненного острой непроходимостью.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Приведен анализ результатов УЗИ брюшной полости у 374 больных раком толстой кишки, осложненным острой обтурационной непроходимостью.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 326 из 374 больных выявлены признаки ОТКН: наличие в просвете кишки жидкого кишечного содержимого, утолщение стенки толстой кишки и увеличение ее размеров проксимальнее опухоли, определена перистальтическая активность кишки. У 218 (58,3%) пациентов верифицирована сама опухоль, из них у 200 (53,5%) определены как размеры ракового канала, так и самой опухоли, а так же толщина ее стенок. У 106 (28,3%) пациентов с помощью УЗИ выявлено распространение опухоли на прилегающие к ней органы или перифокальный воспалительный процесс. В то же время, у 32 (29,6%) больных из 108 УЗИ дало ложноотрицательный результат. Так определенные на УЗИ у 46 (12,3%) пациентов метастазы в печени подтвердились при отсроченном КТ и оперативном вмешательстве только у 41 (89,1%) больного. В то же время, из 49 больных с определенными в последующем метастазами в печени, УЗИ не подтвердило их наличие у 7 (14,3%) больных. Увеличенные до 2-3 см парааортальные и брыжеечные лимфоузлы были выявлены с помощью УЗИ только у 6 (1,6%) пациентов, что в последующем подтвердилось интраоперационно. Значительно чаще (27%) при исследовании парааортальных и брыжеечных лимфоузлов были получены ложноотрицательные заключения.

Для определения эффективности проводимой декомпрессионной терапии у 286 пациентов через 6-12 и 24 часа выполнялись контрольные ультразвуковые исследования, четко отразившие динамику развития непроходимости на фоне проводимого лечения. В среднем, на исследование затрачивалось 30-40 минут.

Наряду с вышесказанным, у 21 больного нами дополнительно был использован усовершенствованный способ ультразвуковой диагностики.

При помощи данного способа у этих больных определены границы опухоли, толщина ее стенок, протяженность и диаметр ракового канала. При этом у 5 пациентов диагностировано местное распространение опухоли или перифокальный воспалительный процесс.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. УЗИ является высокоэффективным и безопасным методом обследования больных с колоректальным раком, осложненным острой непроходимостью.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЖИМА ПРОВЕДЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Тур Г. Е., Прохоров А. В., Мороз Е. Г.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

THE RESULTS OF COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH RECTAL CANCER DEPENDING ON THE MODE OF RADIATION THERAPY

Tur G.E., Prokhorov A.V., Moroz E.G.

Belorussian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

АКТУАЛЬНОСТЬ. Комбинированное лечение рака прямой кишки (РПК) является общепринятым мировым стандартом. Результаты лечения зависят от многих факторов, в т.ч. от эффективности лучевой терапии (ЛТ).

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить результаты комбинированного лечения больных раком прямой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 98 пациентов, которым в Минском городском клиническом онкологическом диспансере был проведен предоперационный курс ЛТ в дозе, эквивалентной 40 Гр в режиме крупного фракционирования (разовая доза 5 Гр). Пациенты были разделены на 2 группы: I группу составили 39 пациентов, которым ЛТ проводилась в течение 5 дней без перерыва, II группу – 59 пациентов, которым ЛТ проводилась с перерывом на 2 дня (выходные дни). В I группе было 17 (43,6%) женщин и 22 мужчины, средний возраст – 60,3±9,2 лет. В II группе было 28 женщин (47,9%) и 31 мужчина, средний возраст – 61,6±10,6 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. По системе TNM в I группе первичная опухоль соответствовала категории T4 у 10 (25,6%) пациентов, T3 – у 24 (61,5%), T2 – у 4 (10,3%). В II группе первичная опухоль соответствовала категории T4 у 18 (30,5%) пациентов, T3 – у 32 (54,2%), T2 – у 9 (15,3%). В I группе брюшно-промежностная экстирпация была выполнена 27 (69,2%), внутрибрюшная резекция – 10 (25,6%), операция Гартмана – 2 пациентам. В II группе брюшно-промежностная экстирпация была выполнена 30 (50,8%), внутрибрюшная резекция – 18 (30,5%), операция Гартмана – 11 (18,6%) пациентам. Местно-рецидивный рецидив был выявлен у 23,1% пациентов I группы, 28,8% – у пациентов II группы. В I группе медиана выживаемости составила 36 месяцев, трехлетняя выживаемость – 51,3%, пятилетняя – 23,1%. В II группе медиана выживаемости составила 30 месяцев, трехлетняя выживаемость – 38,9%, пятилетняя – 17,9%.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ. По данным нашего исследования, результаты комбинированного лечения рака прямой кишки выглядят предпочтительнее, если предоперационная лучевая терапия в режиме крупного фракционирования проводилась без перерыва.

ПОЛИНЕОПЛАЗИЯ: КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК В СОЧЕТАНИИ С ОПУХОЛЯМИ ДРУГИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

Тур Г. Е., Прохоров А. В., Равба А. А., Сачук А. А.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

POLINEOPLASIA: COLORECTAL CANCER IN COMBINATION WITH TUMORS OF THE OTHER LOCATIONS

Tur G.E., Prokhorov A.V., Ravba A.A., Sachuk A.A.

Belorussian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

АКТУАЛЬНОСТЬ. Частота полинеоплазии, по данным разных авторов, составляет 12-20% как проявление различных синдромов, так и спорадически.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить структуру и результаты лечения пациентов с полинеоплазией, одной из локализаций которой являлся колоректальный рак (КРР).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 68 пациентов, которым проводилось лечение по поводу полинеоплазии, одной из локализаций которой являлся КРР. Среди пациентов было 40 (58,8%) женщин, 28 мужчин. Средний возраст составил 69,2±8,9 (49-86) лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Первичный КРР локализовался в правом фланге у 16 (20,6%), в левом фланге – у 4, в сигмовидной кишке – у 20 (29,4%), в области ректо-сигмоидного соединения – у 13, в прямой кишке – у 13 (19,1%) пациентов. Распределение по стадиям было следующим: I-II стадия – у 20 (30,8%), III стадия – у 35 (51,5%), IV стадия – у 12 пациентов. Хирургическое лечение по поводу КРР в объеме правосторонней гемиколонэктомии было выполнено 16 пациентам, левосторонней – 4, резекции сигмовидной кишки – 17 (25%), операция Гартмана – 10, передняя резекция и экстирпация прямой кишки – 21 (30,9%) пациентам. Синхронно вторичная опухоль была выявлена у 23, метакронно – у 45 (66,2%) пациентов, причем у 80% – вторичная опухоль возникала после лечения КРР. Вторичная опухоль локализовалась в простате у 14 (20,6%), молочной железе – у 12 (17,6%), легком – у 7, желудке – у 7, яичниках – у 7 (10,3%) пациентов, в почке – у 4. Редко встречавшиеся опухоли составили 25%. Хирургическое лечение по поводу вторичной опухоли произведено 37 (54,4%), химиолучевое – 10, косвенно-действующие операции выполнены 6, и симптоматическое лечение проводилось 15 пациентам. Медиана выживаемости составила 23,3 месяца, 3-летняя выживаемость – 25%, 5-летняя – 14,7%.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Риск возникновения вторичной опухоли после лечения КРР достаточно высок. В период диспансерного наблюдения за пациентом, помимо исключения рецидива и прогрессирования опухолевого процесса, необходимо иметь в виду вероятность возникновения опухоли другой локализации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С IV СТАДИЕЙ РАКА ПРАВОГО ФЛАНГА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Тур Г. Е., Прохоров А. В., Равба А. А., Сачук А. А.
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

THE RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH STAGE IV RIGHT COLON CANCER

Tur G. E., Prokhorov A. V., Ravba A. A., Sachuk A. A.
Belorussian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

АКТУАЛЬНОСТЬ. В структуре заболеваемости злокачественных новообразований колоректальный рак занимает 3-е место. На момент установления диагноза у 20% пациентов выявляют отдаленные метастазы, что существенно ухудшает прогноз пациентов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить результаты лечения пациентов с IV стадией рака правого фланга ободочной кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 70 пациентов, которым в Минском городском клиническом онкологическом диспансере проводилось лечение по поводу IV стадии рака правого фланга ободочной кишки. Среди пациентов было 45 (64,3%) женщин и 25 мужчин. Средний возраст составил $66,7 \pm 12,6$ (38–95) лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. По классификации TNM первичная опухоль соответствовала категории T4 у 25 (35,7%) пациентов, T3 – у 43 (61,4%), T2 – у 2 (2,9%). Гистологически у всех пациентов верифицирована аденокарцинома различной степени дифференцировки. Первичная опухоль локализовалась в слепой кишке у 39 (55,7%), в области восходящего отдела – у 19 (27,1%), в области печеночного изгиба – у 12 (17,1%). У всех пациентов были выявлены метастазы в регионарные лимфоузлы. Метастазы в печень выявлены у 58 (82,9%) пациентов, в яичники – у 3 (4,3%), парааортальные л/узлы – у 4 (5,7%), перитонеальный карциноматоз – у 5 (7,1%). Хирургическое лечение в объеме правосторонней гемиколонэктомии с оментэктомией была произведена 57 (81,4%), илеотрансверзостомия – 13 пациентам. Синхронная резекция печени выполнена 2 пациентам, аднексэктомия – 3, париетальная перитонэктомия – 3 пациентам. Химиотерапия с применением фторурацила, оксалиплатина, капецитабина, лейковорина была проведена 53 (75,7%) пациентам. Одногодичная летальность составила 52,9%, медиана выживаемости – 10,5 месяцев, трехлетняя выживаемость – 7,1%, пятилетняя выживаемость – 1,4%.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В исследуемой группе пациентов наиболее часто опухоль локализовалась в слепой кишке. Метастазы в печень выявлены у 58 (82,9%) пациентов. Одногодичная летальность составила 52,9%, медиана выживаемости – 10,5 месяцев, трехлетняя выживаемость – 7,1%, пятилетняя выживаемость – 1,4%.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОХИРУРГИИ

Хомяков Е. А., Чернышов С. В.,
Фоменко О. Ю., Рыбаков Е. Г.
ФГБУ «ГНЦК им. А. Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить влияние трансанальной эндоскопической микрохирургии (ТЭМ) на качество жизни пациентов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. С января 2018 г. в исследование включены 76 пациентов, перенесших ТЭМ по поводу новообразований прямой кишки без клинически значимых осложнений. Качество жизни через 3 месяца оценено у 63 пациентов. Для оценки качества жизни использовались опросники Wexner и FIQL.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В исследование включено 63 пациента (41 женщина, 22 – мужчин), медиана возраста составила 62 (35–87) года. Медиана высоты опухоли от анального края составила 6,0 см (2–12 см), медиана размеров опухолей составила 3,0 см (0,7–10). У 11 пациентов после ТЭМ ухудшилась функция держания. ROC анализ показал, что наиболее выражено страдала функция у лиц старше 58,5 лет. Средний балл по шкале FIQL: образ жизни: 3,8 против 3,7; копинг: 3,6 против 3,2; депрессия: 3,5 против 3,5; стеснительность 3,3 против 3,4 (при оценке перед операцией и через 3 месяца, соответственно, $p > 0,05$). Локализация опухоли в нижеампулярном отделе прямой кишки является фактором риска нарушения анальной функции после ТЭМ (тест Mann-Whitney, $p = 0,017$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Локализация опухоли в нижеампулярном отделе прямой кишки – фактор риска нарушения анальной функции после ТЭМ ($p = 0,017$). Продолжается набор пациентов в исследование.

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛАТЕРАЛЬНО-РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Черных Д. А.¹, Филин А. А.¹, Дуванский В. А.^{2,3}

¹ ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница, г. Санкт-Петербург, Россия

² ФГБУ Государственный научный центр лазерной медицины им. О. К. Скобелина, г. Москва, Россия

³ Российский университет дружбы народов, г. Москва, Россия

ENDOSCOPIC TREATMENT EXPERIENCE OF THE LATEROALLY SPREADING COLON TUMOR

Chernykh D. A.¹, Filin A. A.¹, Duvanskiy V. A.^{2,3}

¹ Leningrad Regional Clinical Hospital, St. Petersburg, Russia

² State Research and Clinical Center for Laser Medicine, Moscow, Russia

³ RUDN University, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Большинство не злокачественных новообразований толстой кишки можно удалить эндоскопическим методом. При удалении LST необходимо сосредоточиться на высококачественной визуализации, функции увеличения (ZOOM), хромоскопии и эндоскопии узкого спектра (NBI, i-scan).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В большинстве случаев методом выбора для удаления LST является эндоскопическая резекция слизистой оболочки (EMR), которая может применяться в виде фрагментар-

ной резекции (pEMR) или резекции единым блоком. Эндоскопическое иссечение в подслизистом слое (ESD) является альтернативным методом. ESD обеспечивает резекцию новообразований единым блоком с более низкой частотой рецидивов по сравнению с EMR.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Колоректальные неоплазии были диагностированы у 1706 пациентов за период исследования с 2006 по 2019 гг. Из них в 203 случаях были обнаружены LST. Опыт нашей клиники включает 37 pEMR (18,2%), 149 EMR (73,4%) и 17 ESD (8,4%). Отмечены следующие осложнения: кровотечение после удаления – 14 (6,9%), кровотечение в отсроченном периоде – 2 (1,0%, все после ESD). Во всех случаях был достигнут гемостаз. Не было случаев перфораций кишечной стенки, развития стеноза просвета кишки и летальных исходов. Контрольное исследование выявило 12 (5,9%) резидуальных новообразований, что потребовало их повторного эндоскопического удаления.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Эндоскопическое удаление является безопасным и широко распространенным методом лечения LST. Тем не менее, его характеристики должны быть тщательно оценены, прежде чем принимать решение об удалении. Лечение должен осуществлять только опытный врач-эндоскопист в специализированном медицинском центре.

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОХИРУРГИЯ: ОПЫТ 600 ОПЕРАЦИЙ

Чернышов С.В., Рыбаков Е.Г.,
Хомяков Е.А., Майновская О.А.

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

ЦЕЛЬ. Трансанальная эндоскопическая микрохирургия (ТЭМ) – метод выбора для локального иссечения опухолей прямой кишки. Представленная выборка больных – самая крупная в отечественной медицинской практике.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты лечения 600 пациентов, которые оперированы в объеме ТЭМ с 2011 по 2019 гг. по поводу аденом и аденокарцином прямой кишки. Отношение мужчин/женщин 225/375, соответственно. Средний возраст больных составил 59,8±9 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средний размер удаленных опухолей – 3,4±1,5 см. R0 резекции были выполнены в 571/600 (95,2%) случаев. Частота осложнений составила 3,6%. При патоморфологическом исследовании удаленных препаратов аденома выявлена у 450/600 (75,0%) больных, аденокарцинома – в 150/600 (25,0%) случаях. Среднее время наблюдения больных с аденомами составило 38,4±25,1 мес., с аденокарциномами – 33,4±23,8 месяцев. Частота местных рецидивов при аденомах составила 4,5%. Локорегионарный рецидив аденокарциномы pT1 после ТЭМ выявлен у 6,8% больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ТЭМ эффективный и безопасный метод лечения аденом прямой кишки. При раке прямой кишки требуется тщательная селекция пациентов.

РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРОРАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Шельгин Ю.А., Нагудов М.А., Пономаренко А.А.,
Рыбаков Е.Г., Сухина М.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Инфекционные осложнения в области хирургического вмешательства (ИОХВ) – актуальная проблема современной колоректальной хирургии. Несмотря на большое количество исследований, посвященных пероральной антибиотикопрофилактике, результаты их разнятся, а эффективность ее при хирургии рака прямой кишки ранее не оценивалась.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность пероральной антибиотикопрофилактики в хирургии рака прямой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Все пациенты, которым планировалась резекция прямой кишки, включенные в исследование, были случайным образом распределены в две группы: контрольную (стандартная предоперационная подготовка: механическая подготовка кишечника+в/в введение цефалоспоринов III поколения за 30-90 минут до кожного разреза) и основную (подготовка дополнялась пероральным приемом эритромицина 500 мг и метронидазола 500 мг после начала механической подготовки кишечника в 17.00, 20.00 и 22.00). Первичная точка исследования: общая частота ИОХВ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. С ноября 2017 по декабрь 2018 гг. в исследование включены 116 пациентов (57 – в основную и 59 – в контрольную группу). Обе группы были сопоставимы характеристикам включенных пациентов и выполненных операций. В основной группе в 46 (80%) случаях сформирован анастомоз, в 11 (20%) была выполнена обструктивная операция (28 (49%) лапароскопический доступ), в контрольной 53 (89%) и 6 (11%) (30 (51%) лапароскопический доступ), соответственно. Общая частота ИОХВ составила 2/57 (3,5%) при применении пероральной антибиотикопрофилактики и 13/59 (22%) в контрольной группе (p=0,002). Также применение пероральной антибиотикопрофилактики было связано с более низкой частотой поверхностных (0%) и глубоких ИОХВ (3,5%) в сравнении с применением только внутривенной prophylaxis (8,6% и 15,2%) (p<0,05). При многофакторном анализе только проведение пероральной антибиотикопрофилактики (ОШ: 0,15, 95% ДИ: 0,03-0,8, p=0,02) и выявление патогенных микроорганизмов в брюшной полости в конце операции более 105 КОЕ/мл (ОШ: 17,9, 95% ДИ: 2,1-150, p=0,008) были выявлены как независимые факторы, влияющие на развитие ИОХВ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение пероральной антибиотикопрофилактики связано с выраженным снижением частоты ИОХВ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ, ОТКРЫТОЙ И ТРАНСАНАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ В ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Шелыгин Ю.А., Хильков Ю.С.,
Пономаренко А.А., Майновская О.А.,
Чернышов С.В., Казиева Л.Ю., Рыбаков Е.Г.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. На сегодняшний день нет исследований, посвященных сравнению открытой, лапароскопической и трансанальной мезоректумэктомии.

ЦЕЛЬ. Сравнить непосредственные результаты при выполнении тотальной мезоректумэктомии при раке прямой кишки лапароскопическим, трансанальным и открытым способом.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Клиническое проспективное исследование. В группу Отк. ТМЭ вошли 16 пациентов, в группу ЛА ТМЭ – 13, ТА ТМЭ – 16.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Группы были однородны по клинико-морфологическим признакам. Длительность оперативного вмешательства статистически значима была меньше в группе От ТМЭ 145 ± 29 мин., чем в группах ЛА ТМЭ 193 ± 38 мин. и ТА ТМЭ 235 ± 36 мин., $p=0.000001$ (От ТМЭ против ЛА ТМЭ, $p=0.000083$; От ТМЭ против ТА ТМЭ, $p=0.0000001$). Частота и структура послеоперационных осложнений (кровотечение, послеоперационная раневая инфекция, послеоперационная задержка мочи, послеоперационный парез ЖКТ, сердечно-легочные осложнения, абсцесс, гематома, несостоятельность анастомоза, летальность), послеоперационный койко-день статистически не различались. Качество удаленного препарата по Quirke P. в группах От ТМЭ, ЛА ТМЭ и ТА ТМЭ Grade 3 у 6/16 (38%), у 8/13 (62%) и у 6/16 (38%); Grade 2 7/16 (44%), 3/13 (23%) и 7/16 (44%); Grade 1 3/16 (19%), 3/13 (15%) и 3/16 (19%) соответственно, статистической значимости достигнуто не было, $p=0.67$. Случаи позитивной циркулярной границы резекции составляли в группе ЛА ТМЭ у 3/13 23%, в группе ТА ТМЭ 1/16 (6%), в От ТМЭ 0/16, $p=0.27$. Дистальная граница резекции в группе От ТМЭ составляла 13 ± 10 мм, против 14 ± 9 мм в группе ЛА ТМЭ ($p=0.6$), в группе ТА ТМЭ 24 ± 7 мм против 14 ± 9 мм в группе ЛА ТМЭ ($p=0.003$) и 13 ± 10 мм в группе От ТМЭ против 24 ± 7 в группе ТА ТМЭ ($p=0.001$), достигла статистически значимых различий, $p=0.014$.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ТА ТМЭ обеспечивает наибольшую дистальную границу резекции в сравнении с открытым и лапароскопическим методом. На данном этапе ни одна из методик не достигла различий по качеству ТМЭ. Малое число больных в группах не позволяет окончательно сделать выводы об эффективности исследуемых методов, что требует дальнейшего исследования.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАКЕ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ IV СТАДИИ, ОСЛОЖНЕННОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Щаева С.Н., Крюков Н.С., Степанова С.Н.
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный
медицинский университет» Минздрава РФ,
г. Смоленск, Россия

Каждый пятый пациент с КРР имеет отдаленные метастазы, что в 80% случаев исключает возможность

выполнения радикального хирургического вмешательства. Лечение пациентов с ургентными осложнениями КРР по-прежнему представляет собой серьезную проблему и связано с высокой частотой послеоперационных осложнений и летальностью.

ЦЕЛЬ. Проанализировать результаты лечения больных раком левой половины ободочной кишки IV стадии, обусловленным метастазами в печени и осложненным кишечной непроходимостью.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Изучены результаты лечения 101 больного, перенесшего экстренные оперативные вмешательства в общехирургических стационарах г. Смоленска за период 10 лет. Сравнивались результаты лечения одноэтапных резекционных вмешательств, включающие операцию на толстой кишке и сегмент- и бисегментэктомию печени ($n=62$) с группой с двухэтапным методом лечения: первым этапом формировалась колостома, вторым проводилось резекционное вмешательство ($n=39$). По демографическим, клинико-морфологическим характеристикам пациенты обеих групп были сопоставимы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Наибольшая частота послеоперационных осложнений IIIb-IV аст. по Clavien-Dindo наблюдалась в 1-й группе – 24,2%, из них несостоятельность анастомоза у 9 больных. Летальность составила 25,8%. Частота осложнений IV аст. во 2-й группе составила 10,2%, за счет дыхательной недостаточности на фоне двусторонней пневмонии ($n=2$), сердечно-сосудистой недостаточности ($n=2$) в связи с декомпенсацией уже имеющихся заболеваний. Летальность составила 10,2%. В 1-й группе 31 (50%) больной получали химиотерапию в адъювантном режиме, во 2-й группе 28 (71,8%) пациентов в неадъювантном, после формирования колостомы. Медиана ОВ в 1-й группе составила 7 месяцев, во второй группе 11 месяцев ($p=0.006$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При лечении больных раком левой половины ободочной кишки IV стадии заболевания, обусловленным метастазами в печень и осложненным кишечной непроходимостью, в условиях общехирургических стационаров предпочтительнее придерживаться тактики двухэтапного лечения с формированием колостомы на первом этапе. Такая тактика лечения позволяет добиться уменьшения количества послеоперационных осложнений и снижения уровня общей летальности.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ТОЛСТОКИШЕЧНЫЙ ЛАВАЖ И ДЕКОМПРЕССИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Эктов В.Н., Шамаева Т.Е., Музальков В.А., Куркин А.В.
Воронежский государственный университет
им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лечение обтурационной непроходимости опухолевой этиологии продолжает оставаться актуальной проблемой абдоминальной хирургии в связи с противоречивостью мнений, касающихся вопросов выбора рациональной хирургической тактики и сохраняющейся высокой послеоперационной летальностью.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Рассмотреть технические варианты и изучить результаты применения интраоперационной ирригации и декомпрессии толстой кишки в хирургическом лечении обтурационной толстокишечной непроходимости (ОТКН).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В основу исследования положены наблюдения за 266 больными с ОТКН, кото-

рые находились на лечении в колопроктологическом отделении Воронежской областной клинической больницы № 1. У 67 (26,2%) больных обтурирующая опухоль располагалась в правой половине толстой кишки, у 189 (73,8%) больных – в левой половине. У пациентов преобладали суб- и декомпенсированные стадии развития заболевания (75,2% больных). Одномоментные хирургические вмешательства с наложением первичного анастомоза были выполнены 68 больным – у 36 пациентов обтурирующая опухоль располагалась в правой половине толстой кишки, у 32 – в левой половине. При выполнении в условиях ОТКН радикальных операций применялись различные варианты декомпрессии кишечника (назогастроинтестинальная, ортоградная и ретроградная через илео-колостому, ретроградная трансанальная) и методика интраоперационного кишечного лаважа.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При локализации опухолевого процесса в левой половине ободочной кишки достоверно чаще выполнялись радикальные операции без наложения анастомоза, при правостороннем расположе-

нии опухоли чаще радикальные хирургические вмешательства завершались формированием первичного анастомоза. В группах оперированных больных после различных типов радикальных хирургических вмешательств – с наложением и без наложения межкишечного анастомоза – не выявлено статистически значимых различий в показателях послеоперационной летальности – соответственно, 8,8% и 11,8%. Так же не отмечено различий в показателях послеоперационной летальности при сравнении этих же типов хирургических вмешательств при опухолях правой и левой половины толстой кишки – летальность составила 11,9% и 10,2%.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При благоприятной клинической ситуации и тщательной оценке операционного риска при хирургическом лечении ОТКН возможно применение сегментарных резекций толстой кишки с наложением первичного анастомоза с обязательным использованием интраоперационной ирригации толстой кишки и применением различных вариантов декомпрессии кишечника.

ГЛАВА 3. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ВЗК IN VIVO

Адамович А.Ю.¹, Дыбов О.Г.¹, Старостин А.М.²,
Ванслав М.И.¹, Игнатович Т.В.¹, Нижегородова Д.Б.¹

¹ Белорусской медицинской академии
последипломного образования, г. Минск, Республика
Беларусь

² Минская областная клиническая больница, г. Минск,
Республика Беларусь

EXPERIMENTAL MODELING IBD IN VIVO

Adamovich H.Y.¹, Dybau A.G.¹, Starastin A.M.²,
Vanslau M.I.¹, Ihnatovich T.V.¹, Nizheharodava D.B.¹

¹ Belarusian Medical Academy of Post-Graduate
Education, Minsk, Republic of Belarus

² Minsk Regional Clinical Hospital, Minsk, Republic of
Belarus

АКТУАЛЬНОСТЬ. Одним из перспективных патогенетических подходов лечения воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) является таргетная иммунотерапия, клинический эффект которой можно оценить на экспериментальной модели ВЗК. В настоящее время существуют спонтанные, трансгенные, адаптивного переноса и химически индуцированные модели. Однако, основной проблемой является отсутствие унифицированного подхода к моделированию ВЗК.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Адаптировать и оценить валидность экспериментальной модели ВЗК in vivo.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В эксперименте использовали лабораторных крыс линии Вистар (n=13) весом 330-380 г. Крысы голодали в течение 24 ч до начала эксперимента, затем были разделены на 3 группы: группа I (n=5) ректально вводили 4% раствор уксусной кислоты (УК) (5 мл/кг), группе II (n=5) – 10% раствор УК (5 мл/кг), контрольной III группе (n=3) – физиологический раствор. Повторное введение 15% раствора УК осуществляли группам I и II через 8 дней. Валидность модели оценивалась клинически, морфологически и макроскопически. Статистическая обработка данных проводилась непараметрическим U-критерием и расчетом медианы (25-й + 75-й процентиля).

РЕЗУЛЬТАТЫ. В течение 48 часов после введения УК в группах I и II наблюдались клинические проявления патологического процесса: диарея, кровь в кале, снижение двигательной активности. У 75% животных экспериментальных групп наблюдались левосторонний проктосигмоидит с поверхностными изъязвлениями (0,5-1,5 см), покрытыми фибрином, умеренная гиперемия слизистой оболочки и гипертрофия по типу «булыжная мостовая». У 25% животных экспериментальных групп выявлен спаечный процесс. Токсический мегаколон наблюдался у всех животных группы I и II, о чем свидетельствует значительное увеличение отношения массы толстой кишки к ее длине (0,087[0,071÷0,103]–I группа, 0,252[0,101÷0,403] – II группа) по сравнению с контрольной группой (0,04[0,02÷0,08]), p=0,049 и p<0,001, соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Учитывая клинические, морфологические и макроскопические показатели оценки валидности экспериментальной модели и статистически высоко значимые различия отношения массы и длины толстой кишки, комбинированное введение 10% и 15% УК является предпочтительнее для моделирования ВЗК in vivo.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Алиев Ф.Ш.¹, Алиев В.Ф.¹, Илькинич А.Я.²,
Алборов Р.Г.¹, Петров В.Г.¹

¹ ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России,
г. Тюмень, Россия

² БУВО ХМАО Югры Сургутский ГМУ, г. Сургут,
Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Реконструктивно-восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки считаются непредсказуемыми в плане развития послеоперационных осложнений. При компрессионном шве создаются лучшие условия для регенерации тканей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить сравнительные результаты реконструктивно-восстановительных операций после обструктивных резекций толстой кишки по типу Гартмана в зависимости от способа формирования шва.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Сформировано 3 сравнительные группы исследования: в 1-ю группу вошли 22 пациента, которым были сформированы компрессионные колоректальные анастомозы при помощи имплантатов с памятью формы; во 2-ю включены 15 пациентов, которым формировали анастомозы лигатурным способом по Матешуку-Ламберу; в 3-ю у 19-ти больных – циркулярным степлерным швом. По возрасту, полу, причинам выведения стом, частоте сопутствующих заболеваний сравниваемые группы были сопоставимы.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В послеоперационном периоде в основной группе больных в 1 (4,5%) случае развился парез кишечника. Во 2-й группе осложнения, наблюдались в 2 (6,6%) случаях: в 1 (3,3%) наблюдалась несостоятельность соустья, еще в 1 (3,3%) – сформировался инфильтрат в зоне анастомоза. Отдаленные осложнения в сроки до 3 лет имели место у 2-х больных: во 2 и 3 группах в виде развития стриктуры колоректального соустья.

ВЫВОД. Опыт применения компрессионного анастомоза при реконструктивно-восстановительных операциях после операции типа Гартман I позволяет говорить о перспективе компрессионного колоректального шва в клинической практике.

КОМБИНИРОВАННЫЙ ЛАПАРОКОЛОНОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ

Андреев А.Л.

ООО «АВА-ПЕТЕР», клиника «Скандинавия»,
г. Санкт-Петербург, Россия

COMBINE LAPAROCOLONOSCOPIC REVERSAL OF HARTMANN'S PROCEDURE

Andreev A.L.

AVA-PETER Ltd, «Scandinavia», St. Petersburg, Russia

В Клинике «Скандинавия» основным методом восстановления проходимости толстой кишки после операции Гартмана является лапароскопический. При этом, сшивающий аппарат вводится в культю прямой кишки через анус, а его головка, после отсече-

ния колостомы, через проксимальную часть толстой кишки. Однако у трёх пациентов после операции типа Гартмана с длинной культей сигмовидной кишки применили комбинированный лапароколоноскопический способ восстановления толстокишечной проходимости. Показаниям к проведению такого метода была длинная, извитая культя сигмовидной кишки, диаметром меньше сшивающей части аппарата. Метод заключался в том, что головку сшивающего аппарата проводили в культю кишки ретроградно с помощью колоноскопа, а сам аппарат – через колостому. После формирования толстокишечного циркулярного анастомоза, колостому отсекали линейным сшивающим аппаратом. Значимых интра- и послеоперационных осложнений не было. Комбинированный лапароколоноскопический метод восстановления толстокишечной проходимости после операции типа Гартмана расширяет возможности малоинвазивной хирургии у этой сложной категории пациентов.

ТРЕХЭТАПНАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ДИВЕРТИКУЛИТА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ С АБСЦЕДИРОВАНИЕМ И ПЕРИТОНИТОМ

Андреев А.Л.

ООО «АВА-ПЕТЕР», клиника «Скандинавия», г. Санкт-Петербург, Россия

THREE STAGE OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR SIGMOID DIVERTICULITIS WITH ABSCESS AND GENERALIZED PERITONITIS

Andreev A.L.

AVA-PETER Ltd, «Scandinavia», St. Petersburg, Russia

В последнее время отмечается увеличение пациентов с дивертикулитом толстой кишки с перфорацией, абсцедированием и перитонитом. Кроме того, меняется тактика лечения дивертикулярной болезни. В докладе представлены 12 пациентов с дивертикулитом сигмовидной кишки с абсцедированием и распространенным перитонитом. Этим пациентам первым этапом выполнена лапароскопическая операция типа Гартмана. Вторым этапом через 36-48 часов проводили этапную санационную релапароскопию. Через 3-4 месяца выполнили лапароскопическое восстановление толстокишечной проходимости. На традиционную операцию перешли в двух случаях. В одном – при первичной операции из-за выраженных воспалительных инфильтративных изменений, в другом – при проведении лапароскопического восстановления непрерывности толстой кишки не удалось сформировать анастомоз из-за поломки циркулярного сшивающего аппарата, в связи с чем перешли на открытую операцию. В отдаленном периоде у одного пациента образовался рубцовый стеноз колоректального анастомоза, который устранен с помощью баллонной дилатации. Наш опыт свидетельствует, что лапароскопическая хирургия в скором времени может стать основным малотравматичным и эффективным методом лечения осложненного дивертикулита толстой кишки. Этапную санационную релапароскопию можно рассматривать, как необходимое мероприятие в лечении распространенного перитонита.

ВАРИАНТ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЗЕРВУАРНОГО ИЛЕОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Борота А.В., Борота А.А., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К.

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

A VARIANT OF RESERVOIR ILEORECTAL ANASTOMOSIS FORMATION IN THE ULCERATIVE COLITIS SURGICAL TREATMENT

Borota A.V., Borota A.A., Kuhto A.P., Baziyan-Kuhto N.K.
SEO HPO «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

АКТУАЛЬНОСТЬ. При колпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеоректального анастомоза во время формирования линейного механического шва культы прямой кишки, последняя расплывается по длине кассеты сшивающего аппарата, что обуславливает при формировании механического циркулярного резервуарного илеоректального анастомоза наличие слабых мест вне зоны механического циркулярного анастомоза, и зачастую приводит к несостоятельности швов анастомоза.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Снижения риска несостоятельности илеоректального анастомоза.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. После мобилизации ободочной и прямой кишки до тазового дна последнюю прошивают линейным сшивающим аппаратом, пересекают скальпелем на уровне нижеампулярного отдела. Со стороны промежности производят эвагинацию культы прямой кишки, отсекают линию механического шва, на верхушку культы накладывают кисетный шов, погружают в полость таза, подтягивают за нить. Через культю прямой кишки со стороны анального канала заводят циркулярный сшивающий аппарат, кисетный шов затягивают со стороны малого таза и завязывают на наконечнике сшивающего аппарата. Формируют стандартный резервуарный илеоректальный механический циркулярный анастомоз.

РЕЗУЛЬТАТЫ. С 2017 по июнь 2019 года в клинике общей хирургии № 1 ГОО ВПО «ДонНМУ им. М. Горького» на базе проктологического отделения ДокТМО 5 пациентам был выполнен предложенный вариант. В послеоперационном периоде случаев несостоятельности илеоректального анастомоза не было. Функциональные результаты, по сравнению со стандартным видом хирургического вмешательства, статистически не различались.

ВЫВОДЫ. Предложенный вариант формирования илеоректального анастомоза при хирургическом лечении язвенного колита обеспечивает полное сопоставление анастомозируемых участков кишки сходной округлой формы, что снижает риск несостоятельности.

ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКАЯ МУКОЗЭКТОМИЯ КУЛЬТЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЗИДУАЛЬНОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Борота А.В., Борота А.А., Кухто А.П.,
Базиян-Кухто Н.К.

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

HIGH-FREQUENCY ELECTRO THERMAL RECTAL CUFF MUCOSECTOMY FOR THE PREVENTION OF RESIDUAL ULCERATIVE COLITIS

Borota A.V., Borota A.A., Kuhto A.P., Baziyan-Kuhto N.K.
SEO HPO «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

АКТУАЛЬНОСТЬ. Культит, как проявление резидуального язвенного колита, в отдалённом послеоперационном периоде является актуальной проблемой как для пациента, так и для хирурга.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Поиск оптимального способа мукозэктомии культуры прямой кишки, который снижает риск возникновения культита, как проявления резидуального язвенного колита.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. За период с 2012 по июнь 2019 года в клинике общей хирургии № 1 ГОО ВПО «ДонНМУ им. М. Горького» на базе проктологического отделения ДоКТМО 74 пациентам были выполнены реконструктивно-восстановительные хирургические вмешательства по поводу осложненных форм язвенного колита. В 23 случаях из 74 выполнена колпроктэктомия с формированием J-образного илеального резервуара, илео-поуч-ректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукозэктомией культуры прямой кишки (на эвагинированной на промежность культе прямой кишки при помощи LigaSure Precise Plus) и протективной илеостомией. В остальных случаях, согласно стандартному варианту, слизистую культуры прямой кишки не удаляли.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Разница в количестве и структуре послеоперационных осложнений у пациентов с мукозэктомией культуры прямой кишки и без неё статистически не значима. Функциональные результаты (кратность стула, функция держания анального сфинктера) при выполнении мукозэктомии культуры прямой кишки и без неё статистически не различались. В отдалённом послеоперационном периоде эпизодов культита у пациентов в группе с мукозэктомией культуры прямой кишки отмечено не было.

ВЫВОДЫ. Высокочастотная электротермическая мукозэктомия культуры прямой кишки в комплексе реконструктивно-восстановительного хирургического лечения язвенного колита позволяет свести к минимуму риск культита, как проявлений резидуального язвенного колита, в отдалённом послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, АССОЦИИРОВАННОГО С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Борота А.В., Полунин Г.Е.,
Танасов И.А., Гюльмамедов В.А.

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

ВВЕДЕНИЕ. Неспецифические воспалительные заболевания толстой кишки (НВЗТК) – установленный фактор риска для развития рака толстой кишки (РТК). **ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** Проанализированы результаты лечения 1214 больных с НВЗТК: 841 (69,3%) с язвенным колитом (ЯК) и 373 (30,7%) с болезнью Крона (БК) за 30 лет. РТК наблюдали у 46 пациентов (3,8±0,5%): 33 (71,7%) при ЯК и 13 (28,3%) при БК.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 13 пациентов с БК у 1 (7,7%) больного диагностирована I стадия заболевания, у 6 (53,8%) – II, у 3 (23,1%) – III, у 2 (15,4%) – IV. Возраст дебюта БК в изучаемой группе, в среднем, составил 46,8±4,1 лет. Время, прошедшее от дебюта БК до диагностики РТК, в среднем, составило 10,9±1,5 лет. Возраст, в котором был установлен диагноз опухоли, колебался от 29 до 78 лет, в среднем – 52,4±2,4 года. Удельный вес лиц трудоспособного возраста составил 65,2%. Средний возраст, в котором диагностирован РТК, в среднем, составил 56,8±4,3 лет. Наиболее частым местом локализации РТК явилась сигмовидная кишка – 5 (38,5%) наблюдений, затем слепая – 4 (30,8%), прямая кишка – 3 (23,1%), и восходящий отдел ободочной кишки – 1 (7,7%) наблюдение. Из 13 пациентов с БК у 7 (53,8%) выявлено тотальное, у 3 (23,1%) – левостороннее, у 2 (14,4%) – правостороннее поражение ТК и только у 1 (7,7%) пациента – илеоколит. Из 13 пациентов оперировано 12 (93,5±3,6%), 1 пациенту проведена выживающая терапия без оперативного вмешательства. 5 (41,7%) оперированы по ургентным показаниям, 7 (58,3%) – в плановом порядке. Из 7 пациентов, оперированных в плановом порядке, 6 получили курсы неoadъювантной химиотерапии. 2 пациентам с раком прямой кишки проведена дооперационная лучевая терапия в суммарной дозе 25 Гр. 1 пациенту до операции лучевая терапия не проводилась ввиду выраженных воспалительных изменений стенки кишки и связанной с этим угрозы развития осложнений. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения возникли у 2 (16,7±5,3%) из 12 прооперированных пациентов: несостоятельность анастомоза на 6 сутки – у 1, абсцесс брюшной полости – у 1. Умер 1 пациент на фоне прогрессирования синдрома полиорганной недостаточности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. РТК, ассоциированный с БК, не является частым осложнением, так как операции, связанные с другими осложнениями, проводят раньше его возникновения. При раке, ассоциированном с БК, в 92,3% случаев наблюдали изолированное поражение толстой кишки. 41,7% операций выполняются по ургентным показаниям.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ НАЛИЧИЯ ОГРОМНЫХ КАЛОВЫХ КАМНЕЙ В СИГМОВИДНОЙ КИШКЕ

Велиев Т.И., Шалыпин Д.И., Пантюков Е.Д.

Краевой колопроктологический центр КГБУЗ
«Горбольница № 4», г. Барнаул, Россия

A RARE CASE OF THE PRESENCE OF HUGE FECAL STONES IN THE SIGMOID COLON

Veliev T.I., Shalyapin D.I., Pantyukov E.D.

Regional coloproctology center, Barnaul, Russia

Чрезвычайно редкой и малоизученной патологией является кишечечно-каменная болезнь. В клинику краевого колопроктологического центра обратилась больная К., 25 лет с жалобами на наличие пальпируемого образования в левой подвздошной области, отсутствие оформленного стула на протяжении года. Общее состояние больной удовлетворительное. Из анамнеза жизни известно, что больная три месяца назад самостоятельно родила здорового ребёнка. В течение всего периода беременности больная для очищения кишечника применяла очистительные клизмы. С детства страдает хроническими запорами, состояла на учёте у детского хирурга с диагнозом болезнь Гиршпрунга. В клинике больная прошла обследование. Живот мягкий, безболезненный. В левой подвздошной области пальпируется огромных размеров образование каменистой плотности, не смещаемое при пальпации. При видеоколоноскопии на 50 см. обнаружено 3 огромных каловых камня размерами 8 на 3; 6 на 2; 4 на 2 см. Сигмовидная кишка была расширена, проходимость частично сохранена, что позволило колоноскопом полностью осмотреть толстую кишку. Попытки удаления камней путём применения ручного пособия и очистительных клизм эффекта не дали. Принято решение об оперативном лечении. По экстренным показаниям больной была проведена лапаротомия, при ревизии обнаружена огромных размеров сигмовидная кишка с тремя каловыми камнями.

Попытка сместить каловые камни в нижние отделы кишечника эффекта не принесли. Камни в просвете кишки не перемещались. Выполнена резекция кишки с наложением анастомоза «конец-в-конец». Макропрепарат: сигмовидная кишка значительно растянута, в просвете три огромных каловых камня, каменистой плотности.

В послеоперационном периоде без осложнений. На 5-е сутки больной разрешено есть, на 7-е сутки появился самостоятельный стул, на 10-е сутки больная выписана для амбулаторного наблюдения в удовлетворительном состоянии.

ОПТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Великанов Е.В., Титаева А.А., Лапаева Л.Г.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В настоящее время эндоскопическое исследование является наиболее информативным методом диагностики язвенного колита, однако, визуальный осмотр во время тотальной колоноскопии не всегда позволяет выявить минимальные воспалительные изменения слизистой оболочки и дифференцировать степень выраженности НЯК. Метод оптической когерентной томографии (ОКТ) в совокупности с флуоресцентной спектроскопией (ФС) является

одним из перспективных неинвазивных методов ранней диагностики структурных изменений слизистой оболочки толстой кишки.

ЦЕЛЬ. Оценка возможностей комплексного применения методов оптической диагностики при НЯК.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Комплексное исследование толстой кишки выполнено у 180 больных с НЯК. Всем больным были проведены колоноскопия, ОКТ и ФС.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В результате исследования были получены следующие результаты: при НЯК тяжелой степени на ОКТ-изображении отмечается снижение четкости границы между первым и вторым слоем за счет деформации и фрагментации собственной мышечной пластинки слизистой оболочки, тогда как при легкой и средней степени выраженности воспалительного процесса дифференцируются три горизонтально ориентированных слоя: нижний слой ярче верхнего, граница между слоями контрастная, ровная и непрерывная.

ФС изменений слизистой оболочки при тотальном поражении тяжелом течении НЯК, показала, что спектры аутофлуоресценции отличались от спектров измененной и интактной слизистой оболочки при не тотальном поражении. При этом отмечается снижение показателя коэффициента флуоресценции по мере нарастания степени и объема поражения слизистой при НЯК.

Совместное применение ОКТ и лазерно-индуцированной флуоресценции позволяет получить комплексную информацию как о структурных, так и о биохимических изменениях, что делает оптические методы диагностики более информативными.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ РАСШИРЕННЫХ РЕЗЕКЦИЙ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Волостников Е.В., Муравьев А.В., Бруснев Л.А.

ГБУЗ СК «Городская клиническая больница № 2», г. Ставрополь, Россия

RECONSTRUCTIVE SURGERY AFTER EXTENDED RESECTION OF THE LEFT HALF OF THE COLON

Volostnikov E. V., Muravyov A. V., Brusnev L.A.,
City clinical hospital № 2, Stavropol, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Восстановительные операции после расширенных резекций ободочной кишки с формированием концевой колостомы представляют определенные сложности и связаны с невозможностью формирования прямого толстокишечного анастомоза из-за нехватки длины трансплантата.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Собственный опыт восстановительных операций после расширенных резекций левых отделов ободочной кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Представлен опыт лечения 12 больных с концевыми колостомами после расширенных резекций левой половины ободочной кишки за период 2014-2018 гг. Во всех случаях не было возможности формировать прямой толстокишечный анастомоз из-за нехватки длины трансплантата.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Операции выполнены традиционным методом. После выделения колостомы из брюшной стенки осуществляли мобилизацию и резекцию правых отделов толстой кишки различного уровня. При сохраненной дистальной части сигмовидной кишки аборальной культи правые отделы резецировали полностью и непрерывность кишечной трубки восстанавливали илеосигмоидным анастомозом «бок-в-бок» однорядным швом. Выполнено 7 операций такого объ-

ема. При отсутствии дистальной части сигмовидной кишки, резекцию правых отделов ободочной кишки производили до восходящего отдела с поворотом на 180 градусов против часовой стрелки на подвздошно-толстокишечной сосудистой ножке с формированием асцендоректоанастомоза аппаратным швом. Выполнено 5 операций. Послеоперационные осложнения наблюдались у 3 больных. Несостоятельность асцендоректоанастомоза с формированием параколярного абсцесса была в 1 случае. Потребовалось формирование проксимальной илеостомы и дренирования абсцесса под УЗИ контролем. В последующем илеостома была закрыта. Летальных исходов не было. Отдаленные результаты отслежены у всех больных. Диареи, требующей медикаментозной коррекции, не было ни в одном случае.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Восстановительные операции после расширенных резекций левой половины относятся к категории сложных вмешательств. Для восстановления непрерывности кишечной трубки необходимо использовать правые отделы толстой кишки. Подобные операции следует выполнять в специализированных клиниках.

ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Давыдова О. Е., Андреев П. С.,
Каторкин С. Е., Солдаткин В. М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара, Россия

Язвенный колит и его осложнения – одна из наиболее сложных проблем в колопроктологии. Тяжелые формы болезни диагностируют у 20% больных, при этом пик заболеваемости приходится на 20-39 лет – молодых людей трудоспособного возраста. Стандартное консервативное лечение оказывается неэффективным у 10-30% пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов консервативного лечения больных тяжелыми формами язвенного колита с левосторонним или тотальным поражением толстой кишки путем назначения целенаправленной антибактериальной терапии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование были включены 80 пациентов с тяжелой формой язвенного колита. В основной группе целенаправленная антибактериальная терапия назначалась с учетом выделенной микрофлоры из биоптатов стенки толстой кишки разработанным нами способом (патент РФ на изобретение № 2668790). Пациенты группы сравнения получали эмпирическую антибактериальную терапию.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При поступлении у пациентов обеих групп отмечался умеренный лейкоцитоз до $18,0 \times 10^9/\text{л}$. На 7 сутки у 24 (60%) исследуемых в основной группе показатели лейкоцитов нормализовались. К 14 суткам у всех пациентов основной группы показатели лейкоцитов были до $8,8,0 \times 10^9/\text{л}$, в контрольной группе лишь у 16 (40%) пациентов этот показатель пришел в норму.

В первый день наблюдения у 80 (100%) температура тела была от $37,0^\circ\text{C}$ до $38,5^\circ\text{C}$. К 7 суткам от начала лечения у 8 (20%) пациентов в основной группе и у 16 (40%) больных сохранялась температура тела выше $37,0^\circ\text{C}$.

У всех пациентов частота стула в 1 сутки была до 13 раз. К 7 суткам у пациентов основной группы она

уменьшалась до 3 раз в сутки, и к 14 суткам стала 1-2 раза в сутки. В группе сравнения этот показатель нормализовался к 30 суткам.

ВЫВОД. Консервативное лечение с целенаправленным назначением антибактериальных препаратов у пациентов в основной группе позволило раньше добиться клинической ремиссии тяжелой атаки язвенного колита.

РОЛЬ РЕНТГЕНОАТОМИИ ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ В ПЛАНИРОВАНИИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Захарченко А. А., Винник Ю. С., Кузнецов М. Н.

Красноярский государственный медицинский университет, г. Красноярск, Россия

THE ROLE OF RENTGENANATOMY OF THE SUPERIOR MESENTERIC ARTERY IN THE PLANNING OF RECONSTRUCTIVE-REPARATIVE STAGE OF SURGERY FOR ULCERATIVE COLITIS

Zakharchenko A. A., Vinnik Yu. S., Kuznetsov M. N.

Krasnoyarsk state medical university, Krasnoyarsk, Russia

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить эффективность и целесообразность диагностической ангиографии верхней брыжеечной артерии (ВБА) в прогнозировании возможности реконструктивно-восстановительного этапа при операциях по поводу язвенного колита (ЯК).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Анализированы ангиограммы бассейна ВБА у 28 пациентов с ЯК, которым после колпроктэктомии планировали реконструктивно-восстановительный этап операции – формирование первичных и отсроченных J/S-резервуаров, резервуаро-анальных анастомозов.

По данным ангиографии оценивали тип ветвления ВБА, выраженность аркадной сети. У пациентов с ранее выполненной колэктомией определяли отсутствие или наличие подвздошно-ободочной артерии (ПОА). С учетом выявленных вариантов ангиоархитектоники ВБА прогнозировали возможность выполнения реконструктивно-восстановительного этапа операции и наиболее вероятный тип формирования резервуара (J/S).

РЕЗУЛЬТАТЫ. По данным верхней мезентерикографии магистральный тип ветвления ВБА (благоприятный) выявлен у 89,3% пациентов. На основании этого определены следующие варианты выполнения реконструктивно-восстановительного этапа операции и наиболее вероятный тип формирования резервуара. Вариант I (48,0%): магистральный тип ветвления, ПОА сохранена, мобилизация брыжейки в ее бассейне позволяет удлинить последнюю на $9,2 \pm 0,8$ см. Возможно формирование как J-, так и S-резервуара. Вариант II (28,0%): магистральный тип ветвления, ПОА сохранена, мобилизация брыжейки в ее бассейне недостаточна для адекватного низведения резервуара. Необходима дополнительная мобилизация дистальных ветвей ВБА, что позволяет удлинить последнюю на $10,3 \pm 0,9$ см. Возможно формирование J- и S-резервуара. Вариант III (24,0%): магистральный тип ветвления, ПОА отсутствует, возможна только мобилизация основного ствола ВБА на уровне 5-8-й сегментарных артерий, что позволяет удлинить брыжейку только на $7,3 \pm 0,7$ см. Возможно формирование

только J-резервуара. Вариант IV (у наших пациентов не зарегистрирован): магистральный тип ветвления, ПОА отсутствует, мобилизация брыжейки в бассейне ВБА недостаточна для адекватного низведения резервуара. В этом случае – только транспозиция верхних брыжеечных сосудов в подвздошные позволит удлинить брыжейку на $11,4 \pm 0,6$ см. Появляется возможность формирования как J-, так и S-резервуара. Вариант проблематичен из-за высокого риска тромбоза дистальной аркадной сети и некроза резервуара. Рассыпной тип ветвления AMS (неблагоприятный) выявлен в 10,7% случаев – сохранить при этом адекватное кровоснабжение резервуара принципиально невозможно. Вариант – пожизненная илеостомия Брука.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. От особенностей ангиоархитектоники и выраженности аркадной сети брыжейки тонкой кишки полностью зависит успех реконструктивно-восстановительного этапа при операциях по поводу ЯК.

При магистральном типе ветвления ВБА с сохраненной ПОА, удлинение брыжейки тонкой кишки при пересечении и лигировании ПОА или дистальных ветвей ВБА позволяет сформировать тонкокишечные резервуары как J-, так и S-типа.

При отсутствии ПОА возможность удлинения брыжейки тонкой кишки ограничена вариантом пересечения и лигирования основного ствола ВБА на уровне 5-8-й сегментарных артерий. В этом случае допустимо формирование только J-образного резервуара. При рассыпном типе строения ВБА и отсутствии ПОА попытка выполнения реконструктивно-восстановительного этапа нецелесообразна. Больной в этом случае обречен на пожизненную илеостомию.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННОЙ ПРОКТОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТРЕЗИИ АНУСА И ПРЯМОЙ КИШКИ

Ионов А.Л., Мызин А.В., ЩербакOVA О.В., Соколов С.В., Герасимова Н.В., Сулавко Я.П.

«Российская детская клиническая больница» ФГБОУ ВО РНМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия

ADVANTAGES OF LAPAROSCOPICALLY-ASSISTED PROCTOPLASTY IN TREATMENT OF ANORECTAL ATRESIA

Ionov A.L., Myzin A.V., Scherbakova O.V., Sokolov S.V., Gerasimova N.V., Sulavko Ya.P.

Russian Children's Clinical Hospital of the Russian Ministry of Health, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Одной из малотравматичных и эффективных методик хирургического лечения атрезии ануса и прямой кишки является лапароскопически-ассистированная проктопластика. Однако особенности технического оснащения и анестезиологического обеспечения препятствуют распространению этой операции и выработке обоснованных показаний к ее применению.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить преимущества лапароскопически-ассистированного низведения кишки перед лапаротомным доступом при лечении аноректальной атрезии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ результатов хирургического лечения 70 детей (43 (61%) мальчика, 27 (39%) девочек) с атрезией ануса и прямой кишки в возрасте от 6 месяцев до 12 лет. Основную

группу (ОГ) составили результаты лапароскопически-ассистированной проктопластики – 47 (67%) наблюдений. В группу контроля (ГК) вошли 23 (33%) ребенка, которым была выполнена брюшно-промежностная проктопластика по Ромуальди. Течение операции и послеоперационного периода оценивали на основании клинических и лабораторных данных. Катамнез изучен у 50 (71%) пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В основной группе зарегистрированы меньшие ($p < 0,05$) продолжительность операции (ОГ – 69 ± 21 минута; ГК – 124 ± 36 минут), частота постгеморрагической анемии (ОГ – 25%; ГК – 63%), длительность пареза кишечника (ОГ – 4 ± 1 день; ГК – 6 ± 1 день), большая ($p < 0,05$) выраженность ацидоза (ОГ – $7,2 \pm 0,1$; ГК – $7,3 \pm 0,1$). Недержание кала после операции диагностировано у 68% детей. Иссечение избытка слизистой после проктопластики (ОГ – 17%; ГК – 58%) чаще выполняли в группе контроля, резекцию рубцовых стенозов (ОГ – 10%; ГК – 5%) – в основной группе ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Лапароскопически-ассистированная проктопластика характеризуется меньшим количеством осложнений, чем лапаротомное низведение, и может быть рекомендована в качестве метода выбора при лечении атрезии ануса и прямой кишки.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК И ВЕДОЛИЗУМАБА СПОСОБСТВУЕТ ДОСТИЖЕНИЮ БОЛЕЕ ГЛУБОКОЙ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Князев О.В., Каграманова А.В., Лишинская А.А., Корнеева И.А., Звяглова М.Ю., Кулаков Д.С., Демченко А.Н., Бабаян А.Ф.

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва, Россия

Одним из новых перспективных методов лечения больных язвенным колитом (ЯК) является биологическая терапия с использованием мезенхимальных стромальных клеток костного мозга (МСК). В некоторых случаях одновременно с МСК больные получают сопутствующую антицитокиновую или иммуносупрессивную терапию. В настоящее время новая стратегия терапии ЯК заключается в достижении глубокой ремиссии заболевания.

ЦЕЛЬ. Сравнить эффективность комбинированной терапии с применением мезенхимальных стромальных клеток и ведолизумаба (ВДБ) с монотерапией ВДБ и МСК.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. 45 пациентов с тотальным язвенным колитом средней степени тяжести были разделены на группы в зависимости от проводимой терапии. Первая группа пациентов с ЯК в возрасте от 19 до 51 года (Me-29) ($n=15$) получила противовоспалительную терапию с использованием культуры МСК2 млн/кг по схеме; вторая группа пациентов с ЯК ($n=15$) в возрасте от 23 до 50 лет (Me-38) получила ВДБ по рекомендуемой схеме, третья группа пациентов с ЯК ($n=15$) в возрасте от 24 до 56 лет (Me-31) получила МСК+ВДБ. Эффективность проводимой терапии оценивали по иммунобиологическим и гистологическим маркерам воспаления: уровню С-реактивного белка (С-РБ), индексу Гебса (ИГ) и уровню фекального кальпротектина (ФКП). Уровень С-РБ, ФКП и ИГ оценивали через 26 недель после начала терапии. Исходный уровень С-РБ составил $24,6 \pm 1,8$; $25,5 \pm 2,0$ и $24,8 \pm 2,1$ мг/л,

соответственно. Исходный ИГ в группах больных составил $4,6 \pm 0,4$; $4,35 \pm 0,25$ и $4,5 \pm 0,3$ балла, соответственно. Исходный уровень ФКП составил $1090 \pm 88,8$; $1000 \pm 83,9$ и $1010 \pm 120,5$ мкг/г, соответственно.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Через 26 недель от начала терапии в первой группе больных уровень С-РБ составил $7,8 \pm 2,1$ мг/л, во второй группе – $7,4 \pm 1,3$ мг/л, в третьей группе – $7,5 \pm 1,0$ мг/л ($p > 0,05$). Уровень ФКП через 26 недель от начала терапии в первой группе больных составил $98,8 \pm 9,3$ мкг/г, во второй группе – $90,6 \pm 7,5$ мкг/г, в третьей группе – $82,8 \pm 6,3$ мкг/г ($p < 0,05$ по сравнению с 1-й и 3-й группами). Уровень ИГ через 26 недель от начала терапии в первой группе пациентов составил $0,7 \pm 0,1$ балла, во второй группе – $0,65 \pm 0,1$ балла, в третьей – $0,35 \pm 0,06$ балла ($p < 0,001$ по сравнению с 1-й и 3-й группами).

ВЫВОД. Комбинированная терапия с применением мезенхимальных стромальных клеток и ведолизумаба у пациентов с язвенным колитом способствует достижению более глубокой ремиссии и уменьшению степени воспаления слизистой оболочки кишки, чем монотерапия МСК и ВДБ.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА, НАБЛЮДАЕМЫХ В МОСКОВСКОМ КЛИНИЧЕСКОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ИМЕНИ А.С. ЛОГИНОВА

Князев О.В., Каграманова А.В., Лишинская А.А., Корнеева И.А., Звяглова М.Ю., Кулаков Д.С., Демченко А.Н., Бабаян А.Ф., Парфенов А.И.

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва, Россия

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) являются хроническими аутоиммунными воспалительными заболеваниями с поражением кишечника и внекишечными проявлениями. Концепция постоянного пожизненного приема лекарственных препаратов является краеугольным камнем в терапии ВЗК. Приверженность к приему препаратов определяет, как степень, в которой пациент соблюдает дозы и интервал между ними в соответствии с предписанным режимом дозирования.

ЦЕЛЬ. Оценить приверженность к терапии у больных болезнью Крона (БК) и язвенным колитом (ЯК), наблюдающихся в отделении лечения воспалительных заболеваний кишечника ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование включили 55 (45,8%) мужчин и 65 (54,2%) женщины старше 18 лет, 70 (58,3%) пациентов с ЯК, 50 (41,7%) с БК, которые походили лечение и обследование в отделение лечения воспалительных заболеваний кишечника МКНЦ имени А.С. Логинова. Приверженность пациента к терапии оценивалась с помощью теста Мориски-Грина, по результатам которого все пациенты были разделены на 2 группы: первая группа – больные с низкой приверженностью к лечению (НПЛ); вторая группа – больные с высокой приверженностью к лечению (ВПЛ).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Установлено, что пациентов с низкой приверженностью к терапии оказалось значительно больше, чем пациентов с высокой приверженностью к терапии 78 (65,0%) против 42 (35,0%), соответственно, ($p < 0,001$). В группе больных с ВПЛ, преобладали женщины – 26 (61,9%) против 16 (30,1%) мужчин

($p < 0,001$). В группе ВПЛ также преобладали пациенты с БК 30 (71,4%) против 12 (28,6%) пациентов с ЯК ($p < 0,001$). Установлено, что в группе ВПЛ, преобладали пациенты получающие препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК) 23 (54,8%) и генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) – 15 (35,7%). В группе НПЛ, преобладали пациенты, получающие системные иммуносупрессоры и глюкокортикостероиды – 54 (69,3%), против пациентов, получающих 5-АСК и ГИБП – 24 (30,7%) ($p < 0,001$). Частота обострений заболеваний более одного раза в год была значительно выше в группе НПЛ – 52 (66,6%), против 13 (30,9%) в группе ВПЛ ($p < 0,001$). Частота хирургических вмешательств у пациентов с БК была значительно выше в группе НПЛ – 15 (75,0%) против 5 (16,6%) в группе ВПЛ ($p < 0,001$). Значительная разница между группами отмечалась по возможности получать препараты в списке ДЛО (дополнительное лекарственное обеспечение) – 38 (90,5%) в группе ВПЛ против 40 (51,3%) группы НПЛ ($p < 0,001$). Также было показано, что на приверженность не влияют ни возраст, ни образовательный и социально-экономический статус пациента.

ВЫВОД. Среди пациентов с ВЗК, обследованных в отделении лечения воспалительных заболеваний кишечника МКНЦ имени А.С. Логинова, 65% имеют низкую приверженность к приему назначенных препаратов. С низкой приверженностью к лечению ассоциируются такие факторы, как использование в терапии системных иммуносупрессоров и глюкокортикостероидов, осложненное течение БК, частота обострений ВЗК. С высокой приверженностью к лечению достоверно ассоциирован женский пол, наличие препаратов в списке ДЛО.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЧАСТОТА НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ ОРИГИНАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ИНФЛИКСИМАБ И ЕГО БИОСИМИЛЯР. ГОД НАБЛЮДЕНИЯ.

Князев О.В.¹, Каграманова А.В.¹, Шкурко Т.В.^{1,2}

¹ ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова Департамента здравоохранения Москвы», г. Москва, Россия

² ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ», г. Москва, Россия

Биосимиляры – это аналоги биофармацевтических лекарственных средств, с близкой, но не идентичной исходной молекулой. Они представляют собой современные лекарственные препараты на основе белков, полученных путём биологического синтеза в клетках дрожжей и бактерий. Биосимиляры открывают возможность более широкого доступа к доступному по цене лечению воспалительных заболеваний кишечника, при этом по эффективности и безопасности они сопоставимы с оригинальными препаратами.

ЦЕЛЬ. Выявить частоту нежелательных явлений в течение года наблюдений у пациентов с язвенным колитом, получающих оригинальный препарат инфликсимаб и его биосимиляр.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В отделении воспалительных заболеваний кишечника ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения Москвы» с декабря 2017 года по декабрь 2018 года наблюдали 56 больных ЯК, которые получали оригинальный инфликсимаб (ИФЛ) в течение длительного времени (более 5 лет); 16 (26,6%) пациентов перешли

на введение биосимиляра инфликсимаба; 13 бионаивным пациентам с ЯК назначен оригинальный препарат ИФЛ, 29 бионаивным пациентам с ЯК – биосимиляр ИФЛ. В 14 случаях происходило чередование введения оригинального ИФЛ с биосимиляром. Таким образом, в аналитическую группу включены 98 пациентов с ЯК, получающих оригинальный инфликсимаб и его биосимиляр. Сравнительный анализ проводили методом четырехпольных таблиц с использованием непараметрических статистических критериев.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В течение года нежелательные явления (НЯ) различной клинической значимости (крапивница, бронхоспазм, тошнота, головные боли, анафилактический шок) развились у 12 пациентов с ЯК. Среди больных ЯК, получающих оригинальный ИФЛ длительное время, НЯ за год наблюдения не отмечено. Из числа 16 пациентов, перешедших на введение биосимиляра, НЯ развилось у 2/16 (12,5%) (ОР-1,62; 95% ДИ 0,65-15,98; χ^2 -0,18, $p=0,673$). Среди бионаивных пациентов с ЯК, получавших оригинальный ИФЛ, НЯ развилось у 1/13 (7,7%). Среди бионаивных пациентов с ЯК, получавших биосимиляр, НЯ развилось также у 1/29 (3,5%) пациента (ОР-2,2; 95% ДИ 0,151-32,98; χ^2 -0,36, $p=0,852$). Большинство НЯ (8 (66,7%)) развились в случае чередования введения оригинального ИФЛ и его биосимиляра (ОР-7,4; 95% ДИ 1,1-51,5; χ^2 -9,9, $p=0,007$).

ВЫВОДЫ. Частота нежелательных явлений у пациентов с ЯК, регулярно получающих оригинальный ИФЛ и его биосимиляр не различается. Частота нежелательных явлений у пациентов с ЯК при переводе с оригинального ИФЛ на его биосимиляр ИФЛ не выше, чем у больных ЯК, регулярно получающих оригинальный ИФЛ. Частота нежелательных явлений значительно выше у пациентов с ЯК, чередующих введение оригинального ИФЛ и его биосимиляра.

ЧАСТОТА ПОТЕРИ ОТВЕТА ПРИ ПЕРЕВОДЕ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА С ОРИГИНАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ИНФЛИКСИМАБА НА ЕГО БИОСИМИЛЯР

Князев О.В.¹, Шкурко Т.В.^{1,2}, Каграманова А.В.¹, Лишинская А.А.¹, Бабян А.Ф.¹, Звяглова М.Ю.¹, Корнеева И.А.¹, Демченко А.Н.¹, Кулаков Д.С.¹, Парфёнов А.И.¹

¹ ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А. С. Логинова Департамента здравоохранения Москвы», г. Москва, Россия

² ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ», г. Москва, Россия

Биосимиляры – это аналоги биофармацевтических лекарственных средств, с близкой, но не идентичной исходной молекулой. Они представляют собой современные лекарственные препараты на основе белков, полученных путём биологического синтеза в клетках дрожжей и бактерий. Биосимиляры открывают возможность более широкого доступа к доступному по цене лечению воспалительных заболеваний кишечника, при этом по эффективности и безопасности они сопоставимы с оригинальными препаратами.

ЦЕЛЬ. Выявить частоту потери ответа у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), получающих биосимиляр инфликсимаба в течение года наблюдений.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В отделении воспалительных заболеваний кишечника ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова

Департамента здравоохранения Москвы» наблюдали 60 больных ВЗК, которые были переведены с оригинального препарата инфликсимаб (ИФЛ) на введение биосимиляра инфликсимаба, были разделены на две группы. 1-я группа ($n=30$) пациентов были бионаивными пациентами, которые получали оригинальный препарат ИФЛ, а затем были переведены на его биосимиляр. 2-я группа пациентов ($n=30$) имели предшествующий опыт получения анти-ФНО- α перед введением ИФЛ и затем его биосимиляра. Оценивали потерю ответа при переводе пациентов с ВЗК с оригинального препарата инфликсимаба на его биосимиляр по клиническим, лабораторным и инструментальным данным. Сравнительный анализ проводили методом четырехпольных таблиц с использованием непараметрических статистических критериев.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В течение года наблюдения среди бионаивных больных ВЗК, получающих оригинальный ИФЛ при переводе на биосимиляр ИФЛ потеря ответа развилась у 5 (16,7%) пациентов. В большинстве случаев потеря ответа на биосимиляр (13 (43,3%)) развивалась в случае если ИФЛ и его биосимиляр были не первым анти-ФНО- α препаратами (ОР- 0,385; 95% ДИ 0,157 – 0,945; χ^2 – 5,079; $p=0,02857$).

ВЫВОДЫ. Частота потери ответа при переводе пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника с оригинального препарата инфликсимаба на его биосимиляр значительно выше у пациентов с ВЗК, если ИФЛ и его биосимиляр были не первым анти-ФНО- α препаратами.

ДИНАМИКА НЕУДАЧ ПРИ ОСВОЕНИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫМ СПОСОБОМ У БОЛЬНЫХ С КОНЦЕВЫМИ КОЛОСТОМАМИ

Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Хасия Д.Т., Жуков П.А.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ, ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», г. Тюмень, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Восстановление непрерывности толстой кишки лапароскопически ассистированным способом (ЛАС) у больных с концевой колостомой относится к категории сложных оперативных вмешательств, что является одной из главных причин возникновения неудач.

ЦЕЛЬ. У последовательно выполненных 67-ми ЛАС восстановительных операций одним хирургом исследовать динамику неудач.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Для изучения накопления опыта при проведении 67 ЛАС восстановительных операций изучен уровень неудач при помощи функции BCUSUM (BINARYCUSUM). Результаты операций были представлены в бинарном виде (0 неудача, 1 успешное вмешательство). Критериями неудачи считали выполнение конверсии, возникшие в послеоперационном периоде осложнения, повторное вмешательство. Также к признакам неудачной операции отнесено увеличение продолжительности операции и адгезиолитика более 1,5 стандартных отклонений выше среднего значения (212,5 мин. и 112 мин.), аналогично увеличение кровопотери более 216 мл.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Анализ оценки динамики накопления опыта выполнения вмешательства при помощи функции CUSUM продемонстрировал исходно высокий уровень неудач операций. Снижение его уровня и достижение поставленной цели, уменьшение в 2 раза относительно начальных результатов, было достигнуто к 52 операции, но и в дальнейшем возникновение указанного признака сохранялось, но на низком уровне.

ВЫВОД. С накоплением опыта проведения ЛАС восстановительных операций риски неудач снижаются, но и после окончания периода обучения возможность их возникновения сохраняется.

ОСОБЕННОСТИ АДГЕОЛИЗИСА ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ЛАС СПОСОБОМ У БОЛЬНЫХ С КОНЦЕВОЙ КОЛОСТОМОЙ

Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Хасия Д.Т., Жуков П.А.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ, ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», г. Тюмень, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. После обструктивных резекций в брюшной полости развивается адгезивный процесс, который формируется с высокой частотой и выраженностью в области срединного рубца и культи заглушенной культи. Сращения при восстановительных операциях являются факторами риска выполнения восстановительных операций, в т.ч. лапароскопическим способом.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить влияние адгезивного процесса на восстановление непрерывности толстой кишки после обструктивных резекций.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Клиническое исследование проведено у 67 больных с концевой колостомой, которым проведено восстановление непрерывности кишечного тракта с проведением хронометража адгеолизиса.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В начале исследования рассекались все сращения брюшной полости, с приобретением опыта только для выделения анастомозируемых объектов и наложения анастомоза, что обусловило снижение времени его проведения, так средняя длительность рассечения спаек уменьшилась с $84,62 \pm 48,58$ мин. до $66,47 \pm 27,37$ при консолидации опыта. С накоплением опыта наложения анастомозов для большей мобильности приводящего сегмента кишки, после выделения стомы дополнительно рассекался листок париетальной брюшины по левому боковому каналу, что улучшало условия наложения анастомоза.

ВЫВОД. Проведение адгеолизиса только для выделения анастомозируемых объектов с дополнительным рассечением листка брюшины по левому боковому каналу при ЛАС операциях позволяет сократить время рассечения спаек и относительно безопасно восстановить непрерывность кишечника.

ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ ПРИ ОСВОЕНИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЛАС СПОСОБОМ У БОЛЬНЫХ С КОНЦЕВОЙ КОЛОСТОМОЙ

Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Хасия Д.Т., Жуков П.А.
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ, ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», г. Тюмень, Россия

Для периода освоения новой методики в хирургии характерны его длительность, высокие продолжительность операции и объемы кровопотери, частота осложнений и конверсии. В связи с чем, возникает необходимость изучения процесса накопления опыта, проведения научного анализа времени его приобретения для нивелирования негативных особенностей внедрения.

ЦЕЛЬ. Определить период обучения выполнения ЛАС восстановительных операций методом построения кривых обучения.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Исследование проведено у 67 больных, которым последовательно выполнены восстановительные операции ЛАС способом одним хирургом. Для построения кривой обучения применена экспоненциальная модель регрессии. Анализированы 6 признаков периоперационного периода: продолжительность вмешательства, длительность адгеолизиса, объем кровопотери, время лечения в реанимации, послеоперационного лечения, общей продолжительности лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Объем кровопотери с накоплением опыта уменьшается в сравнении с началом внедрения методики ($p=0,001$). С каждой последующей операцией происходит уменьшение кровопотери на 5,3%. По этому признаку целевой уровень кровопотери достигнут к 22 операции. Максимальная длительность периода освоения отмечена при анализе адгеолизиса, заданный уровень по этому признаку был достигнут к 30 операции, она явилась разграничением периода освоения и периода приобретенного опыта для конкретного хирурга.

ВЫВОД. Для приобретения опыта проведения ЛАС восстановительных операций у больных с концевой колостомой конкретному хирургу потребовалось выполнить 30 оперативных вмешательств.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАС ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Матвеев И.А., Матвеев А.И., Гиберт Б.К., Хасия Д.Т., Жуков П.А.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ, ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», г. Тюмень, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Выполнение лапароскопического доступа при восстановительных операциях на толстой кишке связано с риском повреждения внутренних органов, связанного с развитием спаечного процесса в брюшной полости.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Выбор оптимального места и способа введения первого троакара при лапароскопическом восстановлении непрерывности толстой кишки у больных с концевой колостомой.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Клиническое исследование проведено у 67 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Введение инструментов в брюшную полость в процессе приобретения опыта было изменено. У 61 (91,4%) пункцию брюшной полости выполняли иглой Вереща в правом подреберье по среднеключичной линии. На этапе освоения у 6 (8,95%) пациентов после создания пневмоперитонеума первый порт устанавливали открытым методом в окологупочной области с рассечением послеоперационного рубца. У всех больных в этой области был интенсивный спаечный процесс. Герметичность троакара обеспечивали наложением швов на рану, но достичь плотного обжатия трубки не удавалось. В связи с травматичностью метода он был признан неудовлетворительным. В последующем введение первого троакара проводилось справа от срединного рубца проколом, в области с отсутствием послеоперационных рубцов передней брюшной стенки и прилегающими к нему висцеропариетальными спаек, что создавало условия для его герметичности, безопасности введения. Отрицательной стороной этого места введения троакара, в отличие от способа Хассона через срединный доступ, был больший объем рассечения спаек в области срединного рубца для подхода к объектам анастомозирования.

ВЫВОД. Оптимальным местом введения троакара при проведении восстановления непрерывности толстой кишки являются мезогастральная область справа.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕБАМИПИДА В ЛЕЧЕНИИ ПОСТЛУЧЕВОГО КОЛИТА

Мещерякова Г.М., Копылова Д.В., Ватутина В.С.
БУЗ ВО ВОКБ № 1, г. Воронеж, Россия

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность ребамипида в лечении постлучевого колита.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. На базе областного гастроэнтерологического центра консультативной поликлиники БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1» выполнены клинические наблюдения за пациентами, страдающими постлучевым проктосигмоидитом. Всего было обследовано 18 пациентов с постлучевым поражением дистальных отделов толстой кишки.

Все пациенты были разделены на 2 группы: первая (основная), состоявшая из 9 человек, получала базисную терапию, включающую препараты 5-АСК в дозе 3 г/сутки и дополнительно препарат ребамипид по 100 мг 3 раза в день на протяжении 2 месяцев. Вторая группа (контрольная), состоявшая из 9 пациентов, получала только базисную терапию (препараты 5-АСК).

При первичном обращении пациенты обеих групп предъявляли жалобы на периодические боли в животе различной локализации и интенсивности. Кроме того, во всех случаях были выявлены нарушения функции кишечника в виде частого кашицеобразного стула с наличием патологических примесей. Метеоризм отмечен у всех больных.

Всем пациентам обеих групп проводилась ректороманоскопия в начале и через 2 месяца лечения для оценки состояния слизистой оболочки толстой кишки. При осмотре были выявлены признаки активности постлучевого проктосигмоидита: изъязвления, эритема, телеангиэктазии, атрофия слизистой оболочки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Отмечено существенное преимущество по достигнутым результатам в основной группе по сравнению с группой контроля. Нормализацию стула с отсутствием патологических примесей отмечали 88% (8 больных) в основной группе и 44% (4 больных) в контрольной. При проведении контрольной ректороманоскопии в основной группе признаки эндоскопической ремиссии наблюдались у 7 (77%) человек, тогда как в контрольной группе – у 5 (55%) человек.

За время лечения побочных эффектов и непереносимости отмечено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Ребамипид является новым и перспективным препаратом в составе комплексной терапии постлучевого проктосигмоидита.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОЛИХОСИГМЫ

Мухаббатов Д.К., Нозимов Ф.Х.,
Хоркашев Ф.М., Аёнов С.С.

Кафедра общей хирургии № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов хирургического лечения больных с долихосигмой в сочетании с патологией правой половины толстого кишечника.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Материалом для данного научного исследования явились результаты хирургического лечения 36 больных долихосигмой в сочетании с патологией правой половины толстого кишечника,

которые находились на лечении в отделении колопроктологии ГКБ № 5 им. К.Т. Таджикива. Мужчины составляли 12 (33,4%), а женщины – 24 (66,7%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Были выявлены следующие сочетания патологии правой половины толстого кишечника с долихосигмой: различной степени подвижной слепой кишки у 13 (36,9%) и мега – и долихоколон правой половины толстого кишечника у 23 (63,8%) больных.

Первую группу составили 3 больных с долихосигмой с I-ой степенью подвижной слепой кишки. Им произведена резекция сигмовидной кишки с наложением десцендо-ректо-анастомоза «конец-в-конец». Вторую группу составили 5 больных долихосигмой со II-ой степенью подвижной слепой кишки. Этой группе больных произведена резекция сигмовидной кишки с наложением десцендо-ректо-анастомоза и цекопексия. В 3-ю группу вошли 5 больных с долихосигмой с III-степенью подвижной слепой кишки, и 23 больных с долихосигмой с удлинением и расширением правой половины толстого кишечника. Им проведена операция двойного анастомоза: резекция восходящей ободочной кишки с наложением цеко – асцендо-анастомоза «конец-в-конец» и резекцией сигмовидной кишки с наложением десцендо-ректо-анастомоза или же правосторонняя гемиколэктомия с наложением илео-транsverзо-анастомоза с резекцией сигмовидной кишки с наложением десцендо – ректо-анастомоза.

ВЫВОДЫ. Хирургическая тактика лечения больных с долихосигмой в сочетании с патологией правой половины толстой кишки зависит от степени подвижности слепой кишки и диктует обязательное выполнение различных форм корригирующих операций.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Панкратова Ю.С., Карпукхин О.Ю., Зиганшин М.И.

Казанский государственный медицинский университет,
РКБ МЗ РТ, г. Казань, Россия

RECONSTRUCTIVE SURGERY FOR DIVERTICULAR DISEASE

Pankratova Yu.S., Karpukhin O.Yu., Ziganshin M.I.

Kazan state medical University, Republican clinical
hospital, Kazan, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. При неотложных операциях у пациентов с дивертикулярной болезнью ободочной кишки (ДБОК), осложненной перитонитом, кишечной непроходимостью или периколическим абсцессом, выполняют, как правило, первичную резекцию с наложением колостомы, т.е. операцию типа Гартмана. Что касается восстановительного этапа, то ряд подходов к нему носит противоречивый характер и требует дальнейшего обсуждения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Анализ результатов восстановительных операций у пациентов с ДБОК, оперированных по поводу её осложненных форм.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. За период 2001-2019 гг. в отделении колопроктологии РКБ МЗ РТ находился на лечении 251 больной с различными осложнениями ДБОК. Пролечены консервативно 212 (84,4%) пациентов, оперированы – 39 (15,6%). При этом, в один этап оперированы 26 (66,7%), в два этапа – 13 (33,3%) пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. За указанный период выполнена 41 восстановительная операция: у 13 (31,7%) пациентов, первично оперированных в нашей клини-

ке, и у 28 (68,3%) пациентов, ранее оперированных в различных стационарах Республики Татарстан. Восстановительные операции проведены на сроках от 17 до 54 недель (в среднем – 26,48±9,2 после первичной операции). Устранение десцендостомы выполнено у 18 (43,9%), сигмостомы – 18 (43,9%), трансверзостомы – 3 (7,3%), цекостомы – 2 (4,9%). В одном наблюдении трансверзостомы играла роль превентивной: при наложении аппаратного анастомоза у пациентки с ДБОК после устранения коловезикального свища и фрагментов толстой кишки, вовлеченных в воспалительный процесс. У 20 (48,8%) пациентов устранение колостомы сочетали с ререзекцией ободочной кишки из-за наличия множественных резидуальных дивертикулов в проксимальном или дистальном её сегментах. В этой связи считаем обязательным перед восстановительной операцией выполнение проктографии и ирригоскопии через стому. Осложнений и летальных исходов после восстановительных операций не было.

ВЫВОДЫ. Восстановительный этап лечения пациентов с ДБОК целесообразно проводить в отделениях, специализирующихся на хирургии толстой кишки, после предварительного обследования пациентов на предмет резидуальных дивертикулов.

ДИВЕРСИОННЫЙ КОЛИТ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Полутарников Е.А., Довбета Е.В.

ГАУЗ Кемеровская областная клиническая больница
им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Диверсионный колит (ДК) – это обратимые воспалительные изменения, возникающие в результате отсутствия пассажа кала в отключенной части кишки. По данным различных авторов, ДК возникает в 80-90% случаев и имеет три степени выраженности: минимальная, умеренная и значительная. Увеличение числа осложненных форм рака и дивертикулеза толстой кишки, заканчивающихся формированием стомы, ведет к росту реконструктивно-восстановительных операций, а развитие ДК в отключенных отделах кишки, серьезно осложняет выполнение таких операций. Риск развития послеоперационных осложнений при ДК достигает 29,7%.

ЦЕЛЬ. Определить частоту диверсионного колита и степень его выраженности.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Нами были ретроспективно проанализированы 91 история болезни пациентов, которым выполнялись реконструктивно-восстановительные операции за период с 2013 по 2018 гг. Средний возраст пациентов 51,5 года. Сроки от момента наложения стомы варьировали от 3 мес. до 1,5 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При сборе анамнеза было выяснено, что только 21 (23%) пациент выполнял механическую очистку отключенной части кишки после наложения стомы, ввиду отсутствия информированности. По данным колоноскопии, выявлены признаки воспаления слизистой у 79 (87%) пациентов. Значительная степень выраженности воспаления в 18 (20%) наблюдалась в группе пациентов, которые не выполняли механическую очистку кишки. Умеренная степень воспаления составила 38 (42%) и минимальная степень 23 (25%). С целью снижения выраженности воспалительного процесса, на предоперационном этапе, пациентам были назначены очистительные клизмы с отваром ромашки и пена «Салофальк». При выполнении восстановительных операций, у 17% (15 пациентов) сохранялись макроскопические признаки ДК, в виде сужения просвета кишки, утолщения стенок, которые в 12 случаях, потребовали выполнения резек-

ции воспалительно-измененного отдела кишечника, с последующим наложением анастомоза. У трех пациентов решено было отказаться от выполнения восстановительной операции, ввиду крайне высокого риска несостоятельности анастомоза.

ВЫВОДЫ. 1. Диверсионный колит имеет место практически у всей категории больных после обструктивных резекций толстой кишки и находится в прямой зависимости от давности «отключения».

2. После выполнения обструктивных резекций необходимо обязательное проведение профилактики ДК.

3. Необходима предоперационная диагностика степени ДК и при необходимости его лечение.

4. Восстановление непрерывности кишечника, относится к разряду сложных оперативных вмешательств, должно выполняться в специализированных учреждениях.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛЯРНОГО ГЕНЕЗА: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Резницкий П.А., Ярцев П.А., Тетерин Ю.С.

ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»,
г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Дивертикулы ободочной кишки в 20-65% являются источником кровотечения, а рецидив кровотечения регистрируется в 33-42%.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность методов лечения при дивертикулярном кровотечении.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В 2000-2013 гг. госпитализировано 112 пациентов с дивертикулярным кровотечением из левой половины ободочной кишки. В первые 24 часа выполнялась колоноскопия. Гемостаз включал эндоскопическую инъекцию эпинефрина в устье дивертикула, внутривенную гемостатическую терапию. При неэффективности эндоскопического гемостаза выполнялась резекция толстой кишки (при установленной локализации кровоточащего дивертикула) или левосторонняя гемиколэктомия. Период наблюдения пациентов составил 5 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В 86 (76,8%) случаях кровотечение носило состоявшийся характер. Рецидив кровотечения в период наблюдения – у 27 (31,4%) пациентов. У 26 (23,2%) пациентов было диагностировано продолжающееся дивертикулярное кровотечение. У 15 (13,4%) пациентов источником явился единственный дивертикул, был выполнен успешный инъекционный гемостаз (86,7%). У 2 (1,8%) пациентов отмечен рецидив кровотечения, выполнена лапаротомия, элективная резекция сигмовидной кишки. Рецидив кровотечения в период наблюдения не отмечен. Рецидив у неоперированных пациентов – в 2 (13,3%) случаях. У 11 (9,8%) пациентов источником кровотечения явились множественные дивертикулы (2-5), выполнен инъекционный гемостаз. Рецидив кровотечения – у 9 (81,8%) пациентов, которым выполнена лапаротомия, левосторонняя гемиколэктомия. В послеоперационном периоде у 3 (2,7%) пациентов возникла раневая инфекция. Рецидива кровотечения в период наблюдения не отмечено. У 2 (1,8%) неоперированных пациентов отмечен рецидив кровотечения в течение 5 лет. В целом, рецидив кровотечения возник у 31 (27,7%) неоперированного пациента.

ВЫВОДЫ. Эндоскопический гемостаз эффективен в 86,7% случаев при кровотечениях из единичного дивертикула. Учитывая высокий уровень рецидива кровотечения из дивертикулов (27,7%), методом профилактики следует рассматривать плановую резекцию толстой кишки после ее полноценного обследования.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА NAT2 У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Сатырова Т.В., Михайлова Е.И.

Учреждение образования «Гомельский
государственный медицинский университет», г. Гомель,
Республика Беларусь

POLYMORPHISM OF GENE NAT2 AT PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS

Satyrova T.V., Mikhailova E.I.

The Gomel state medical university, Gomel, Belarus

АКТУАЛЬНОСТЬ. Основной группой лекарственных средств, используемых для лечения язвенного колита (ЯК), являются препараты чистой 5-аминосалициловой кислоты и сульфасалазин. Их эффективность и безопасность у различных пациентов может в значительной степени варьировать, что во многом обусловлено генетически детерминированной активностью N-ацетилтрансферазы 2 (NAT2), фермента, обеспечивающего биотрансформацию этих лекарств в организме пациента.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить распределение полиморфизмов гена NAT2 у пациентов с ЯК по сравнению с таковым у здоровых добровольцев.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. У 30 здоровых добровольцев и 46 пациентов с ЯК с помощью ПЦР-ПДРФ (PCR-RFLP) произведено определение генотипа NAT2 по 5 однонуклеотидным заменам (T341C, G590A, G857A, C282T, C481T).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Распределение генотипов полиморфных вариантов гена NAT2 носило следующий характер: G857A (GG-0,933; GA-0,067), C481T (CC-0,333; CT-0,500; TT-0,167), C282T (CC-0,500; CT-0,400; TT-0,100), T341C (TT-0,333; TC-0,500; CC-0,167) и G590A (GG-0,533; GA-0,400; AA-0,067) у здоровых добровольцев и G857A (GG-0,957; GA-0,043), C481T (CC-0,435; CT-0,391; TT-0,174), C282T (CC-0,456; CT-0,456; TT-0,088), T341C (TT-0,370; TC-0,478; CC-0,152), G590A (GG-0,500; GA-0,413; AA-0,087) у пациентов с ЯК. При сравнении распределения частот полиморфных вариантов гена NAT2 в исследуемых группах обнаружено нарушение равновесия Харди-Вайнберга по полиморфизму C481T. Индекс фиксации Райта соответствовал 16%, что указывало на слабую степень корреляции этого полиморфного варианта с ЯК. Статистической значимости зависимость не достигла ($p=0,1$), а сравнение распределения генотипов полиморфных вариантов гена NAT2 в исследуемых группах подтвердило отсутствие значимых отличий ($p>0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Полиморфные варианты G857A (GG, $p=0,645$; GA, $p=0,645$), C481T (CC, $p=0,473$; CT, $p=0,478$; TT, $p=1,00$), C282T (CC, $p=0,815$; CT, $p=0,645$; TT, $p=1,00$), T341C (TT, $p=0,482$; TC, $p=1,00$; CC, $p=1,00$) и G590A (GG, $p=0,818$; GA, $p=1,00$; AA, $p=1,00$) гена NAT2 не имели статистически значимых отличий в группе здоровых добровольцев и пациентов с ЯК.

ОСТРЫЕ ПЕРФОРАТИВНЫЕ ЯЗВЫ – МАЛОИЗУЧЕННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Сингаевский А.Б., Несвит Е.М.

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»,
г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Современные возможности хирургии позволяют оказывать помощь значительно большему числу больных, чем в прошлом. Вместе с тем происходит не только увеличение количества осложнений, но и появление новых, ранее редких и малоизвестных. К ним относятся острые перфоративные язвы тонкой кишки после операций на органах брюшной полости.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Определить структуру заболеваний, оперативное лечение которых осложняется развитием острых перфоративных язв тонкой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Изучены 62 случая пациентов, проходивших хирургическое лечение в период с 2012 по 2017 гг., чей послеоперационный период осложнился развитием острых перфоративных язв тонкой кишки. Среди пациентов преобладали женщины – 63,3%. Средний возраст составил $69,0 \pm 12,6$ лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Половина пациентов с данным осложнением (30 (48,4%) больных), проходили лечение в связи с заболеваниями толстой кишки: 24 (38,7%) оперированы по поводу колоректального рака, причем 14 (22,6%) из них в неотложном порядке в связи с осложненными формами основного заболевания, а 10 (16,1%) больных – в плановом порядке. Реже операция выполнялась в связи с осложнениями дивертикулеза, либо для восстановления непрерывности толстой кишки – по 3 (4,8%) человека в каждой группе. Важным фактом является то, что если общая летальность при данном осложнении составила 74,2%, то среди больных с патологией толстой кишки данный показатель оказался значительно выше: в группе больных с колоректальным раком, оперированных по неотложным показаниям – 92,9%, оперированных в плановом порядке – 88,9%, а среди пациентов с осложненными формами дивертикулеза и после реконструктивных операций на толстой кишке летальность составила 100,0%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Острые перфоративные язвы тонкой кишки – сравнительно новое, но грозное осложнение. Учитывая высокую летальность, а также то, что у половины пациентов с данным осложнением операция выполнялась по поводу патологии толстой кишки, данная проблема требует внимания и настороженности хирургов, онкологов и колопроктологов.

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Татьянченко В.К., Лукаш А.И., Сухая Ю.В.,
Богданов В.Л., Ковалёв Б.В.

ФГБОУ ВО РостГМУ, г. Ростов-на-Дону, Россия

DIAGNOSIS OF CHRONIC PANCREATITIS IN PATIENTS WITH DIVERTICULAR COLON DISEASE

Tatyanchenko V.K., Lukash A.I., Sukhaia Yu.V.,
Bogdanov V.L., Kovalev B.V.

State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Оценка функции поджелудочной железы в ходе лечения заболеваний кишечника, в том

числе ассоциированных с хроническим панкреатитом, не утратила своей актуальности. Своевременная диагностика и лечение панкреатита служит залогом улучшения качества жизни больных.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Разработать алгоритм диагностики хронического панкреатита (ХП) у больных дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДБТК).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Обследовано 86 больных с ХП и ДБТК в возрасте от 40 до 75 лет. По шкале индексной оценки тяжести течения ХП больные распределены на 3 группы: легкая (I), средняя (II) и тяжелая (III) формы. Диагностику ХП у больных с ДБТК проводили по оригинальной методике (Федеральный патент № 2119168). Определяли: амилазу крови и диастазу мочи, липазу, а-эластазу-1 в кале, проводили колопроктологическое и ультразвуковое исследование. Содержание интерлейкинов (IL) 1b, 8, туморнекротизирующего фактора (TNF α) определяли твердофазным иммуноферментным методом. Оксид азота (NO) в крови определяли по содержанию нитратов и нитритов в моче.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У всех 86 больных диагноз ДБТК был подтвержден данными ирригографии и колоноскопии. При тотальном дивертикулезе толстой кишки выражал оригинальной пробы составлял 88,46 $\pm$ 3,75% и указывал на высокую вероятность повреждения ткани поджелудочной железы. Достоверно высокая активность отмечалась и при дивертикулезе сигмовидной и нисходящей ободочных кишок – 71,52 $\pm$ 6,81%. У больных с дивертикулезом сигмовидной кишки мы регистрировали умеренное снижение активности пробы по сравнению с практически здоровыми лицами (разность экстинций была 0,061 $\pm$ 0,009 у.е./мл против 0,085 $\pm$ 0,009 у.е./мл у здоровых). В I группе у больных ДБТК и сопутствующим ХП обнаружено умеренное повышение амилазы, а-эластазы-1, IL 1b, IL 8, снижение NO. У больных II группы обнаружено резкое повышение показателей IL1b, 8, TNF α , амилазы, липазы. Показатели а-эластазы-1 и NO достоверно снижены (p<0,01). Выявлены сильные корреляционные связи между NO и а-эластазой-1 кала.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При установлении диагноза ХП у больных с ДБТК следует шире использовать разработанный нами биохимический тест. Он обладает высокой чувствительностью и способен диагностировать вовлечение поджелудочной железы в общий патогенетический «круг». При выражении более чем на 60% мы отмечали повреждающее действие с возможным развитием дисфункции и хронического панкреатита. Для определения степени тяжести течения ХП у больных ДБТК оптимальным следует считать измерение IL 1b и 8, TNF α , а-эластазы-1, NO.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭТАПОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С ПОМОЩЬЮ ВНУТРИПРОСВЕТНОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ

Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А.,
Гайнутдинов Ф.М., Суфияров Р.Р., Аитова Л.Р.,
Куляпин А.В., Эйбов Р.Р., Аминова Э.М.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия

OPTIMIZATION OF STAGES OF SURGICAL TREATMENT OF ULCERATIVE COLITIS USING INTRALUMINAL ULTRASONOGRAPHY

Timerbulatov M.V., Ibatullin A.A.,
Gainutdinov F.M., Sufiyarov R.R., Aitova L.R.,
Kulyapin A.V., Abou R.R., Aminova E.M.

Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. При диагностике язвенного колита базовыми методами являются рентгенологические и эндоскопические методы исследования. Но эти методы не всегда возможно применить у тяжелой категории больных. Альтернативным методом инструментального мониторинга при язвенном колите является внутриспиральная ультрасонография.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка информативности метода внутриспиральной ультрасонографии с доплерометрией при определении активности воспалительного процесса, контроль эффективности лечения больных язвенным колитом на различных этапах хирургического лечения.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфы у 28 больных, страдающих тяжелыми формами язвенного колита, выполнялась внутриспиральная ультрасонография органов брюшной полости. Критерием включения стали пациенты, страдающие язвенным колитом и перенесшие различные этапы хирургического лечения. Учитывая, что после колэктомии сохраняется воспалительный процесс в прямой кишке, при внутриспиральной ультрасонографии с доплерометрией оценивали состояние стенки кишки, брыжейки, наличие кровотока и степень васкуляризации. У пациентов после проктэктомии с наложением J-образного резервуара ультрасонография применялась для оценки состояния анастомоза, резервуара и степени готовности пациента к заключительному этапу оперативного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Во время оценки полученных результатов при ультрасонографии с доплерографией выявлялось утолщение стенки, понижение её эхогенности, отсутствие дифференцировки на слои, усиление кровотока в подслизисто-слизистом слое прямой кишки. Тем самым позволяет установить степень выраженности патологического процесса в стенке кишки или резервуара.

ВЫВОДЫ. Внедрение метода внутриспиральной ультрасонографии с доплерографией позволяет получить количественную оценку выраженности патологического процесса в стенке кишки и окружающих тканях, констатировать наступление ремиссии и выбрать оптимальные сроки для выполнения этапов оперативного лечения у больных язвенным колитом.

ПАТОЛОГИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ АКРОМЕГАЛИЕЙ

Титаева А.А., Великанов Е.В.

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Акромегалия – заболевание, этиологическим фактором которого является избыточное образование соматотропного гормона (СТГ) аденогипофизом. По результатам многочисленных исследований, в структуре смертности больных акромегалией одно из первых мест занимают злокачественные новообразования, в первую очередь, толстой кишки.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить частоту, характер и структуру изменений толстой кишки при акромегалии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Было проведено 110 колоноскопий у пациентов с акромегалией. Также была сформирована контрольная группа из 197 больных без акромегалии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В исследуемой группе пациентов долихосигма была выявлена в 58,1% случаев, что статистически значимо чаще, чем в контроле (23,8%) ($p < 0,001$).

Дивертикулы были выявлены у 44,5% пациентов, что также статистически значимо выше, чем в контрольной группе – 25% ($p < 0,001$).

Эпителиальные образования толстой кишки в группе больных с акромегалией были верифицированы у 49,1% пациентов, что также оказалось статистически значимо выше, чем у пациентов без акромегалии – 13,7% ($p < 0,001$). При гистологическом исследовании биоптатов выявленных образований были получены следующие результаты: гиперпластические полипы – в 61% ($p < 0,05$), тубулярные аденомы – 35,2%, 9,3% – рак толстой кишки.

ВЫВОД. Эпителиальные образования толстой кишки у больных акромегалией встречаются статистически значимо чаще, чем в контрольной группе в 3,6 раз, преимущественно, за счет гиперпластических полипов. Частота непוליпозных изменений нижних отделов ЖКТ (долихосигма, дивертикулы) статистически значимо выше у пациентов с акромегалией (в 2,44 и 1,78 раз, соответственно).

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Тотикова Э.В., Тотиков В.З.,
Хестанов А.К., Тотиков З.В., Медоев В.В.,
Калицова М.В., Ардасенов Т.Б.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проблема лечения больных с огнестрельными ранениями кишечника на сегодняшний день остается актуальной, в связи с высокими показателями летальности и частотой послеоперационных осложнений, составляющими, по данным литературы, 6,8-60% и 40-65%, соответственно.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты лечения путем выработки адекватного диагностического алгоритма, оптимальной хирургической тактики у раненых с огнестрельными повреждениями прямой кишки и промежности в условиях мирного времени.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследуемую группу вошли 48 (53,9%) пострадавших. Лечение этих больных проводилось в соответствии с разработанными в клинике подходами.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При ранениях только внутрибрюшного отдела прямой кишки больным выполнялись резекции по типу операции Гартмана. Пострадавшим, с повреждением внебрюшных отделов прямой кишки предпочтение отдавалось формированию проксимальной сигмостомы через мини-доступ, дренированию раневого канала и параректальной клетчатки с последующей интубацией прямой кишки. При ранении сфинктера проводилась первичная хирургическая обработка раны с последующим наложением первичного шва анального жома и прямой кишки с формированием проксимальной сигмостомы из минидоступа. Всем раненым с повреждением всех отделов прямой кишки производилась передняя резекция прямой кишки по Гартману, дренирование параректальной клетчатки и раневого канала, располагающегося по ходу внебрюшного отдела прямой кишки, с последующей интубацией культи прямой кишки. У 14 (29,2%) больных были выявлены послеоперационные осложнения. Летальность составила – 8,3% (4 пациента). У всех пострадавших причиной летального исхода был тяжелый комбинированный шок.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При огнестрельных ранениях внутрибрюшного отдела прямой кишки, целесообразным является выполнять резекцию пораженного участка прямой кишки по типу операции Гартмана. При поражении внебрюшного отдела прямой кишки предпочтение следует отдавать, наложению проксимальной колостомы через минидоступ, интубации прямой кишки и дренированию раневого канала. При ранении сфинктера проводится первичная хирургическая обработка с наложением первичного шва анального жома и прямой кишки с формированием проксимальной колостомы.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА (ВЗК) В СТРУКТУРЕ УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Филиппов Д.В., Денисов А.А., Глушкова В.А.

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

INFLAMMATORY BOWEL DISEASES IN THE STRUCTURE OF URGENT SURGICAL PATHOLOGY IN CHILDREN

Filippov D.V., Denisov A.A., Glushkova V.A.
St. Petersburg state pediatric medical University,
Saint Petersburg, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Ежегодный рост заболеваемости ВЗК у детей, особенности клинических проявлений и высокий процент диагностических ошибок в педиатрической практике, определяют актуальность данной проблемы.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить процент диагностических ошибок (позднюю диагностику) у пациентов с дебютом осложненных форм болезни Крона (БК) и язвенного колита (ЯК).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. С 2015 года оперативные вмешательства были выполнены 38 детям (в возрасте от 5 до 17 лет), из них – 5 пациентам с ЯК и 33 – с БК. Показаниями к хирургическому этапу лечения являлись: кишечные осложнения ВЗК и неэффективность консервативной терапии. В зависимости от проведенного хирургического лечения пациенты были распре-

делены в 3 группы: I группа – 9 пациентов с тяжелым течением ЯК и БК толстой кишки, которым была выполнена колпроктэктомия/колэктомия. II группа – 21 пациент со стриктурами терминального отдела подвздошной кишки (18 наблюдений) и со стриктурами другой локализации (3 пациента) при БК. III группа – 8 детей с БК, оперированных по поводу перианальных поражений. Проведен ретроспективный анализ течения осложненных ВЗК с учетом анамнеза и ранее перенесенных операций.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В I группе расхождение первичных диагнозов зафиксировано у 3 пациентов из 9; во II группе из 21 пациента 13 были ранее оперированы по поводу острого аппендицита (у 3 был зафиксирован «терминальный илеит», и у одного пациента была заподозрена онкология); 3 детей из III группы были неоднократно оперированы по поводу рецидивирующего парапроктита, что явилось причиной поздней диагностики в половине случаев (19 из 38 – 50%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Относительно редкая встречаемость ВЗК в педиатрии, отсутствие настороженности среди детских хирургов, неадекватная трактовка патологических изменений при операциях, выполняемых по поводу «острого живота» и гнойных заболеваний перианальной области, приводят к поздней диагностике ВЗК. Несвоевременное консервативное лечение значительно повышает риск развития хирургических осложнений у пациентов с дебютом ЯК и БК.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ

Фоменко О.Ю., Алексеев М.В., Белоусова С.В.,
Нефедзов И.О., Некрасов М.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. У 25-90% больных после выполнения операций по поводу рака прямой кишки развивается «синдром низкой передней резекции» (СНПР), характеризующийся частым стулом (до 6 раз в сутки и более), длительным и неполным опорожнением кишечника, императивными позывами на дефекацию и анальной инконтиненцией различной степени выраженности. При этом частота развития анальной инконтиненции после низкой передней резекции прямой кишки достигает 30–50%.

ЦЕЛЬ. Изучить возможности улучшения качества жизни у больных с СНПР с помощью консервативной реабилитации методами БОС-терапии и тибальной нейромодуляции.

Работа была разделена на два этапа. 1. Разработка методов БОС-терапии, направленные на улучшение резервуарной функции и чувствительности низведенной кишки к наполнению.

2. Оценка первого опыта консервативного лечения методом комплексной БОС-терапии и тибальной нейромодуляции.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В 2019 год были обследованы и пролечены 13 пациентов с СНПР, средний возраст – 61,0±12,3 лет. Мужчин было 6 (46,2%), женщин – 7 (53,8%). При этом 4 (30,8%) пациентам проведена неoadъювантная химиолучевая терапия. Все пациенты заполняли Шкалу СНПР до и после лечения. Функциональные показатели у всех пациентов оценены методами аноректальной манометрии: сфинктерометрии и резервуарной функции низведенной кишки до и после лечения. Больные проходили курс 10-ти дневной консервативной реабилитации методом комплексной БОС-терапии и тибальной нейромодуляции.

Комплексная БОС-терапия включала программу на удержание кишечного содержимого (двухканальная запись: манометрия и ЭМГ); программу на улучшение резервуарной функции и программу для снижения порогов чувствительности прямой кишки к наполнению.

РЕЗУЛЬТАТЫ. По данным сфинктерометрии, показатели давления в покое и при волевом сокращении у женщин составили 28,4±2,4 / 36,0±7,1 и 92,1±16,9 / 123,0±18,7 мм рт. ст. до и после лечения, что свидетельствовало о динамическом улучшении тонуса и сократительной способности сфинктерного аппарата на 26,7% и 33,6% (p<0,05), соответственно. У мужчин аналогичные значения составили 123,0±18,7/36,1±4,1 и 159,1±65,5/184,7±55,7, соответственно. Прирост значений был на 23,2 ((p<0,05), и 16,2% (p>0,05). По данным исследования резервуарной функции низведенной кишки, порог постоянной чувствительности, который не определялся до лечения, был зарегистрирован у всех пациентов, начиная с 50 мл. Ощущение позыва на дефекацию, которое возникало у больных 9/13 (69,2%) на 56,0±18,4 мл инсультрированного воздуха после лечения было отмечено у всех пациентов. Постоянный позыв на дефекацию, зарегистрированный у 4/13 (30,8%) на 64,0±13,8 мл был вызван у всех пациентов после лечения. Наиболее значимым представляется появление ощущения максимально переносимого во всех случаях, тогда как до лечения он был зарегистрирован только у 38,5% больных.

ВЫВОД. Разработка метода комплексной БОС-терапии, включающей программу двухканальной записи для улучшения держания кишечного содержимого и программу резервуарной функции низведенной кишки, приводит, по данным пилотного исследования, к повышению качества жизни у больных после низкой передней резекции в сроки от 3 до 6 месяцев после закрытия стомы (шкала СНПР снижается на 53,7%), что подтверждается данными функциональных исследований.

ПРИМЕНЕНИЕ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВУАРОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

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

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара,
Россия

APPLICATION OF SMALL BOWEL TANKS IN SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH SEVERE FORMS OF ULCERATIVE COLITIS

Chernov A.A., Zhuravlev A.V., Katorkin S.E.

Samara state medical University, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. В развитых странах отмечается рост заболеваемости язвенным колитом (ЯК). В хирургическом лечении нуждаются более 30% больных с тяжелыми формами заболевания. Результаты стомирующих операций неприемлемы для большинства больных, что приводит к отказу от плановых операций. Создание тонкокишечного резервуара (ТТР) с илеоанальным анастомозом позволяет восстановить анальную дефекацию, провести полную реабилитацию пациентов.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты хирургического лечения больных ЯК после колпроктэктомии путем создания ТТР.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. За 2012-2018 гг. сформированы 24 ТТР. Первичный ТТР – 16 больным после

колпроктэктомии, отсроченный ТТР после проктэктомии – 8 пациентам. С применением лапароскопического доступа выполнено 3 операции.

Мужчин – 14. Женщин – 10. Средний возраст – $35 \pm 2,3$ лет. Показания к формированию ТТР – неэффективность консервативной терапии. Гормонорезистентность была у 11, гормонозависимость – у 7 пациентов. Противопоказания к созданию ТТР: воспаление слизистой прямой кишки, не поддающееся консервативной терапии, аденокарцинома, болезнь Крона, тяжелое состояние больного. Демукотомия культи прямой кишки не выполнялась из-за угрозы развития стриктуры и ухудшения функции анального держания. Операция заканчивалась формированием двустольной илеостомы по Торнболу.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Время операции – 260 ± 34 мин. Кровопотеря – 250 ± 135 мл. У 2 пациентов было кровотечение из линии степлерного шва. Послеоперационные осложнения отмечены у 7 (29,2%) больных. Тромбоз аорты – 1, спаечная непроходимость – 1, несостоятельность анастомоза – 3, ранение мочеоточника – 1, ректо-вагинальный свищ – 1. Умер 1 (4,2%) пациент от тромбоза аорты.

Закрытие илеостомы проведено 20 (83,3%) больным. Отдаленные результаты в сроки 35 ± 9 мес. прослежены у 17 пациентов. Частота дефекации – $6,3 \pm 1,2$ в сутки. Ночная дефекация имела у всех оперированных больных. Недержание жидкого кишечного компонента – у 2, прокладки использовали 3 пациента. Хронический резервуарит диагностирован у 1 пациента. За период наблюдения удаления, реконструкции ТТР или реилеостомии не было.

ВЫВОДЫ. Колпроктэктомия с J-образным ТТР и илеоанальным анастомозом является методом выбора хирургического лечения тяжелого ЯК.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ С 3D-ВОЛЮМЕТРИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С J-ОБРАЗНЫМ ТОНКОКИШЕЧНЫМ РЕЗЕРВУАРОМ

Чернов А.А., Журавлев А.В., Каторкин С.Е.,
Зельтер П.М., Крамм Е.К.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара,
Россия

COMPUTED TOMOGRAPHY WITH 3D VOLUMETRY IN PATIENTS WITH J-SHAPED SMALL INTESTINE RESERVOIR

Chernov A.A., Zhuravlev A.V., Katorkin
S.E., Zelter P.M., Kramm E.K.

Samara state medical University, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Больные, перенесшие колпроктэктомию с формированием тонкокишечного резервуара (ТР) по поводу тяжелых форм тотального язвенного колита (ЯК), нуждаются в объективных и малоинвазивных методах обследования созданных резервуарных конструкций.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить визуализацию ТР для оценки его функционального состояния и выявления осложнений перед закрытием превентивной илеостомы.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Под нашим наблюдением в период 2012-2018 гг. находилось 17 пациентов с J-образным ТР после колпроктэктомии по поводу ЯК. Средний возраст $35 \pm 2,3$ лет. У 12 пациентов была выполнена первичная реконструктивная колпроктэктомия и у 5 пациентов с тяжелой ата-

кой ЯК и неэффективностью консервативной терапии, по срочным показаниям выполнена колэктомия. Формирование отсроченного ТР выполнено 5 пациентам через 3-4 месяца после колэктомии. Для улучшения визуализации сформированного ТР предложена КТ-резервуарография с 3D реконструкцией с использованием программы «Автоплан».

РЕЗУЛЬТАТЫ. Исследование выполнено 9 больным с первичным ТР на 32-срезовом томографе Toshiba Aquilion (Япония). После выполнения нативного сканирования, ТР заполнен водорастворимым контрастом (Омнипак 350 в разведении 1:10) в объеме 150 мл до появления контрастного вещества в калоприемнике. Далее выполнялось сканирование брюшной полости в нативном режиме с задержкой дыхания, при напряжении на трубке 120 кВ, сила тока рассчитывалась автоматически в зависимости от веса пациента. Полученная серия мультипланарных изображений загружалась в систему «Автоплан», где с помощью пороговой обработки формировалась полигональная 3D-модель контрастного вещества – внутреннего слепа резервуара. Объем резервуара рассчитывался автоматически и составил, в среднем, 135 ± 10 мл. При этом исследовании исключается часть контрастного вещества, вышедшая за пределы ТР в приводящий отдел тонкой кишки до илеостомы.

ВЫВОДЫ. Применение предложенной методики позволяет определить объем ТР, определить его расположение по отношению к костным структурам, что позволяет косвенно оценить функциональные возможности оперированного пациента.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ

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

ФГБОУ ВО «Самарский государственный
медицинский университет», г. Самара, Россия

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC CONSTIPATION

Shamin A.V., Katorkin S.E., Zhuravlev A.V.

Samara state medical University, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проблема хирургического лечения запоров в настоящее время остается одной из актуальнейших в колопроктологии, так как, по данным различных авторов, количество неудовлетворительных результатов достигает от 27 до 46%, пролеченных пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с резистентными формами хронического запора.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. С 2010 по 2019 гг. в колопроктологическом отделении клиники госпитальной хирургии проходило лечение 79 пациентов с хроническим запором. Хирургическое лечение проведено 52 (65,8%) пациентам. Выполнены следующие виды оперативных вмешательств: передняя резекция прямой кишки – 2; резекция сигмовидной кишки – 2; расширенная левосторонняя гемиколэктомия – 12; субтотальная колэктомия – 36. Виды сформированных анастомозов: трансверзо-ректальный – 12, асцендо-ректальный – 2, сигмо-ректальный – 2, илео-сигмоидный – 36.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. Из 52 прооперированных нами пациентов отдаленные результаты лечения прослежены у 41 (78,8%) пациента. Хорошие результаты лечения отмечены у 25 (60,9%) прооперированных больных. У всех пациентов отмечался само-

стоятельный стул, исчезли боли в животе, ощущения тяжести и вздутия. У 12 (29,2%) человек, перенесших операции, результаты лечения оценены нами, как удовлетворительные. Больные отмечали улучшение общего самочувствия после перенесенной операции, однако, либо сохранялись невыраженные запоры, либо признаки болевого синдрома. У 4 (9,9%) оперированных пациентов выполненное хирургическое вмешательство не принесло ожидаемого эффекта. Наблюдались следующие осложнения: кровотечение из линии анастомоза – у двух пациентов (кровотечение остановлено консервативными методами); рубцовые стриктуры анастомоза – у пяти пациентов (стриктуры возникли в первые 6 месяцев после лечения, в связи с чем были выполнены повторные вмешательства).

ВЫВОДЫ. Основной причиной неудач в хирургии хронического запора является неадекватный выбор объема операции. Субтотальная резекция ободочной кишки приносит наиболее благоприятные отдаленные функциональные результаты в лечении медленно-транзитных запоров.

ПОВРЕЖДЕНИЯ РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Шапошников В.И.

НОЧУ ВО «Кубанский медицинский институт»,
г. Краснодар, Россия

DAMAGE TO THE REKTOSIGMOID DIVISION OF THE COLON

Shaposhnikov V.I.

Kuban Medical Institute, Krasnodar, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. В силу редкости повреждения ректосигмоидного отдела толстой кишки, оно всё ещё остаётся недостаточно изученным. Обычно пострадавшим накладывают колостомы, которые вызывают у них не только выраженный дискомфорт, но и требующих, в дальнейшем, продолжительного двухэтапного хирургического лечения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Определить возможность и целесообразность применения первичного анастомоза при этой форме повреждения толстой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Наблюдали 3 пострадавших с разрывом ректосигмоидного отдела и с попаданием каловых масс в просвет брюшной полости. Все трое были мужчины в возрасте от 33 до 45 лет. От момента травмы и до операции, прошло от 2 до 3 часов. После первичной санации этой полости и иссечения краев раны кишки, на неё был наложен шов. Вслед за этим, дистальная часть сигмы на протяжении 3-4 см была циркулярно мобилизована и на такую же глубину внедрена в просвет прямой кишки. На контактирующие слои брюшины наложены серо-серозные швы. Через анальное отверстие выше анастомоза проведена широкая газоотводная трубка. Она одновременно выполняла и роль каркаса, который предупреждает развитие стриктуры. После второй санации брюшной полости, зона анастомоза дополнительно прикрывалась прядью большого сальника. Брюшная полость дренировалась через две подвздошные области перчаточнотрубочными дренажами.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Послеоперационное течение протекало без осложнений. Газоотводные трубки удалялись на 4-5 день, а из брюшной полости – на 5-6 день. Продолжительность лечения составила от 18 до 24 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При повреждении ректосигмоидного отдела толстой кишки можно рекомендовать приме-

нение первичного глубокого погружного анастомоза, с укреплением его прядью большого сальника и проведением через просвет каркасной газоотводной трубки.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У ДЕТЕЙ С ПЕРИАНАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Щербак О.В., Ионов А.Л.

РДКБ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ,
г. Москва, Россия

SURGICAL TACTICS IN CHILDREN WITH PERIANAL CROHN'S DISEASE

Shcherbakova O.V., Ionov A.L.

Russian Children's Clinical Hospital, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Периаанальные поражения при болезни Крона (БК) представлены анальными трещинами, параректальными абсцессами и свищами, стриктурами ануса. У детей периаанальные поражения встречаются чаще, чем во взрослой популяции и выявляются в 13-62% случаев. Хирургическое лечение периаанальной БК включает дренирование абсцессов и проведение вмешательств с иссечением параректальных свищей, резекций прямой кишки. У пациентов с БК нередко возникает необходимость в повторных операциях, которые могут привести к развитию анальной инконтиненции.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов хирургического лечения детей с периаанальной БК, используя этапный подход и применяя современные сфинктеросохраняющие методики.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. С 1998 по 2019 гг. на лечение находилось 170 пациентов с БК, из них включены в исследование 89 (52,4%) детей с периаанальными поражениями. Проведен ретроспективный анализ пациентов с периаанальной БК: в 1-ю группу объединены дети (40), у которых использовались классические методы хирургического лечения (вскрытие парапроктита, фистулотомия и/или иссечение свища до уровня кишки и др.); во 2-ю группу вошли пациенты (49), у которых применялись операции по новым методикам, таким как лигатурное дренирование, сегментарная пластика с низведением полнослойного лоскута.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При анализе результатов хирургического лечения одного из видов периаанальных поражений, а именно, параректальных свищей, выявлено, что в первой группе проведены операции 20 пациентам со свищами (20 из 40 – 50%), у них отмечены послеоперационные осложнения в большинстве случаев: рецидив свища (13 из 20 – 65%); формирование незаживающей раны и несостоятельности сфинктера (5 из 20 – 25%). Лишь у 2 больных (2 из 20 – 10%) не было осложнений. Во 2-й группе хорошие результаты после сегментарной пластики с низведением полнослойного лоскута, с предварительным лигатурным дренированием, отмечены у 22 (91,6%) детей из 24 пациентов со свищами ($p < 0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Внедрение современных подходов и выбор оптимальной стратегии, с учетом патогенеза заболевания, показывает хорошие послеоперационные результаты и позволяет улучшить результаты лечения детей с болезнью Крона с периаанальными поражениями.

ГЛАВА 4. СТОМЫ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

ЛЕЧЕНИЕ ПАРАСТОМАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ К РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ

Воронин Ю.С., Ильканич А.Я., Алиев Ф.Ш.

Сургутская окружная клиническая больница,
Сургутский государственный университет, г. Сургут,
Россия

Тюменский государственный медицинский университет
г. Тюмень, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Частота парастомальных осложнений достигает 70%, и 30,1-58,5% стомированным пациентам требуется их хирургическое лечение.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка эффективности мероприятий профилактики и лечения парастомальных осложнений на этапе подготовки к реконструктивно-восстановительным вмешательствам.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. За период 2012-2019 гг. в кабинете стомированного пациента Окружного центра колопроктологии Сургутской окружной клинической больницы перед реконструктивно-восстановительным вмешательством наблюдались 130 стомированных пациентов. У 38 (29,2%) из них выявлены различные парастомальные осложнения. Наличие одного осложнения отмечено у 26 (68,4%) больных, 2 и более – у 12 (31,6%) пациентов. У 26 больных наблюдалось одно парастомальное осложнение: дерматит парастомальной области выявлен – у 16 (42,1%), стеноз устья стомы – у 5 (13,2%), эвагинация стомированной кишки – у 3 (7,9%), парастомальные свищи – у 2 (5,2%). Среди сочетанных осложнений наиболее часто встречалось сочетание парастомической грыжи и дерматита – у 8 (21,1%) пациентов. Сочетание грыжи со стенозом устья стомы наблюдалось – у 3 (7,9%) человек. У одного (2,6%) пациента зафиксировано наличие парастомальной грыжи, сочетающейся со стенозом устья стомы и парастомальным дерматитом. Все больные оперированы в плановом порядке. Проведен сравнительный анализ исходов лечения пациентов, которые наблюдались в кабинете стомированного пациента и больных, направленных на реконструктивно-восстановительную операцию из других лечебных учреждений округа. На основании анализа течения послеоперационного периода проведена оценка эффективности мероприятий профилактики и лечения парастомальных осложнений на этапе подготовки к реконструктивно-восстановительным вмешательствам в условиях созданной службы стомированных пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациентам со стенозом устья стомы проводилось бужирование зоны сужения с увеличением диаметра бужа каждые 3 дня, что позволило восстановить нормальный пассаж кишечного содержимого и газов в течение 14 суток. С целью устранения дерматита вокруг стомы каждые 2 дня больным выполнялись перевязки со средствами на основе оксида цинка, гидроколлоидными и альгинатными повязками. Уменьшение площади воспаления и мацерации достигалось к 7 суткам, полное заживление поражённого участка кожи – к 20 суткам после начала лечения. Для больных с эвагинацией и парастомическими грыжами сокращались сроки ожидания оперативного лечения, до госпитализации проводился подбор бандажа и устранение сочетавшихся с грыжей осложнений.

ВЫВОД. Проведение комплекса мероприятий по профилактике и лечению парастомальных осложнений на этапе подготовки к реконструктивно-восстановительным вмешательствам позволяет снизить количество послеоперационных гнойно-инфекционных осложнений на 9,5% в сравнении с пациентами, не наблюдавшимися в кабинете стомированного больного.

ИЛЕОСТОМАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Дарбишгаджиев Ш.О.¹, Баулин А.А.¹,
Калентьев В.В.², Баулин В.А.¹, Баулина Н.В.¹

¹ Кафедра хирургии и эндоскопии им. профессора
Н.А. Баулина ПИУВ – филиал РМАНПО, г. Пенза,
Россия

² Пензенский областной онкологический диспансер,
г. Пенза, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В России, как и во всем мире, отмечается ежегодный постоянный рост числа больных, перенесших оперативные вмешательства по наложению кишечной стомы. При этом выбор оптимального вида кишечной декомпрессии, позволяющий не только создать условия для устранения патологического процесса при толстокишечных свищах, но и проводить профилактику развития несостоятельности кишечных анастомозов в группе лиц с высоким риском, является актуальной и важной клинической проблемой.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В основу исследования вошли результаты лечения 32 больных, которым была сформирована лечебная и превентивная кишечная стома по разработанному в клинике способу. Из них – 14 больным в экстренном порядке на фоне ургентной хирургической патологии наложена лечебная обструктивная илеостомия, 18 пациентам в плановом порядке для профилактики развития несостоятельности толстокишечных анастомозов сформирована аналогичная превентивная илеостомия в правой подвздошной области. Мужчин было 16 (47%), женщин – 18 (53%). Средний возраст больных составил 62,5±11,2 года, с диапазоном от 18 до 89 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Для оценки эффективности предложенного способа превентивной илеостомии проводилось наблюдение за состоянием больных на госпитальном, реабилитационном и реконструктивно-восстановительном этапах. Реконструктивные оперативные вмешательства проводили в сроки от 1-3 месяцев, под внутривенным или общим наркозом, длительность составила от 30 мин. до 1 час 5 мин. Медиана – 42 мин. Перед осуществлением реконструкции оценивали состояние первичного толстокишечного анастомоза путем проведения ректального пальцевого исследования и эндоскопического осмотра толстой кишки, стриктуры анастомоза нами не отмечено.

При динамическом контроле за пациентами и на реконструктивном этапе осложнения развились у 3-х больных, у 1-го параилеостомического дерматит, купирован применением местных лосьонов. У 1-го нагноение послеоперационной раны после реконструкции и 1-му больному потребовалось повторное оперативное вмешательство по поводу пареза кишечника. Таким образом, частота развития осложнений при формировании и закрытии предложенного способа илеостомии составила 8,8%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение временной илеостомии по нашей методике позволяет минимизировать риск развития несостоятельности первично сформированного анастомоза, добиться значительного снижения частоты послеоперационных осложнений, ускорить

процесс реабилитации и сократить сроки пребывания больных в стационаре. Реконструктивный этап является наиболее технически простым, не требующим специальных навыков. Сформированная задняя губа позволяет сократить длительность операции.

СПОСОБ ПРЕВЕНТИВНОЙ ИЛЕОСТОМИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Дарбишгаджиев Ш.О.¹, Баулин А.А.¹, Калентьев В.В.², Баулин В.А.¹, Баулина Н.В.¹

¹ Кафедра хирургии и эндоскопии им. профессора Н.А. Баулина ПИУВ – филиал РМАНПО, г. Пенза, Россия

² Пензенский областной онкологический диспансер, г. Пенза, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В настоящее время нет сомнений в том, что проксимальная кишечная стома снижает частоту и тяжесть несостоятельности толстокишечных анастомозов. В связи с чем наложение превентивной стомы после резекций ободочной и прямой кишки у лиц с высоким риском развития данного осложнения остается стандартным хирургическим вмешательством. В то же время формирование и закрытие кишечной стомы сопряжены с развитием высокой частоты осложнений, что диктует необходимость разработки новых методов наложения разгрузочных стом.

ЦЕЛЬ. Разработка и применение нового способа превентивной одностольной илеостомии для улучшения результатов хирургического лечения заболеваний прямой и левых отделов ободочной кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. На базе кафедры хирургии и эндоскопии ПИУВ, под руководством профессора Баулина А.А., был разработан и используется «способ защиты анастомоза» после резекций левых отделов толстой кишки.

Предлагаемый способ применялся нами для лечения сложных свищей толстой кишки у 12 больных и в последующем применен для профилактики развития несостоятельности толстокишечных анастомозов после резекции левых отделов толстой кишки у 16 больных.

Разработанный в клинике способ осуществляется следующим образом: после мобилизации и резекции участка толстой кишки с последующим формированием анастомоза, на расстоянии 25-30 см от илеоцекального угла рассекается подвздошная кишка, в правой подвздошной области формируется окно с диаметром до 3 см.

Приводящий отдел через сформированное окно выводится на переднюю брюшную стенку, фиксируется к коже непрерывным швом. Отводящий конец ушивается и фиксируется к приводящему концу 4 узловыми серо-серозными швами.

При анализе течения послеоперационного периода у данных пациентов, развитие несостоятельности нами не отмечено.

Очевидными преимуществами предложенного варианта являются:

- «Хоботок» позволяет избежать контакт кишечного содержимого с кожей;
- Простота в уходе – мобильность терминального отдела тонкой кишки позволяет выводить ее на удобном месте передней брюшной стенки;
- При лапароскопических резекциях толстой кишки для извлечения препарата и формировании стомы можно применить троакарное отверстие;

- Лучший косметический эффект;
- Относительно небольшой диаметр отверстия в передней брюшной стенке, что уменьшает риск развития парастомических грыж;
- Отсутствие риска ущемления брыжеек выводимых петель для стомирования;
- Возможность формирования и закрытия локальным доступом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Результаты проводимого исследования позволяют рекомендовать предлагаемый способ превентивной илеостомии применять для профилактики развития несостоятельности толстокишечных анастомозов.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Евдокимов Г.М.¹, Сидоров И.Н.¹, Евдокимов Г.М.², Щеголева О.В.²

¹ ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ

им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов, Россия

² ГУЗ ОКОД, г. Саратов, Россия

PECULIARITIES OF CHEMOTHERAPY IN STOMA PATIENTS

Evdokimov G.M.¹, Sidorov I.N.¹, Evdokimov G.M.², Shegoleva O.V.²

¹ Saratov State Medical University of the Ministry of Health of Russia named after V.I. Razumovskiy, Saratov, Russia

² Regional Clinical Oncology Center, Saratov, Russia

Химиотерапия у больных колоректальным раком нередко проводится при наличии у них временного или постоянного наружного кишечного свища (стомы).

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Проанализировать особенности проведения химиотерапии у стомированных больных.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ частоты и выраженности осложнений при проведении химиотерапии у 357 больных колоректальным раком, имеющих стому.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Схемы химиотерапии: Mayo – у 139 (39%) больных; FOLFIRI – у 79 (22%); FOLFOX – у 86 (24%); Кселода – у 53 (15%) человек. Диарейный синдром диагностирован у 164 (46%) больных. Степень его выраженности: I-II – у 76%; III-IV – у 24%. Чаще диарейный синдром III-IV степени отмечался при применении схемы FOLFIRI. В зависимости от локализации стомы отмечены отличия выраженности: при илеостоме диарейный синдром III-IV степени встречался наиболее часто (77%). При этом, у 46 больных с илеостомой наблюдались выраженные изменения слизистой кишки и кожи вокруг нее, что потребовало применения соответствующих лечебных мероприятий. Отмечался один летальный случай, причиной которого были выраженные диарейный и интоксикационный синдром. Задержка эвакуации кишечного содержимого наблюдалась у 57 (16%) пациентов, чаще при схеме Mayo (43%). При применении капецитабина (кселода) у двух пациентов данный вид осложнения привел к острой кишечной непроходимости, которая купировалась консервативным методом лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При проведении химиотерапии у стомированных больных колоректальным раком часто возникают осложнения: диарейный синдром (46%), задержка эвакуации (16%). В данных ситуациях необходим комплексный подход в лечении, обуславли-

ющий применение диетотерапии, коррекции водно-электролитного баланса и применении ферментных препаратов; а также мероприятия, направленные на нормализацию функции кишечника, уходом за слизистой кишки и кожи вокруг нее (применение двух-компонентных калоприемников).

ОКАЗАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСЛОЖНЕННЫМИ КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ

Игуменов А.В., Соколкина В.В.,
Донец Т.Б., Иванов С.С.

ГБУЗ СО «ТГКБ № 1» г. Тольятти, Россия

PROVIDING COMPREHENSIVE CARE TO PATIENTS WITH COMPLICATED INTESTINAL STOMAS

Igumenov A.V., Sokolkina V.V., Donets T.B., Ivanov S.S.

Tolyatti City Clinical Hospital № 1, Tolyatti, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. За последнее десятилетие увеличилось число людей, перенесших операцию на кишечнике с наложением стомы. Основная масса стомированных людей, получив медицинскую помощь в стационаре, после выписки остается один на один со своими новыми проблемами. Многочисленные осложнения, возникающие в позднем послеоперационном периоде, недостаток информации приводят к тяжелой инвалидизации и к резкому понижению уровня жизни у таких пациентов. Иногда, вовремя не оказанная квалифицированная помощь при стомальных осложнениях, стоит человеку жизни.

ЦЕЛИ. Показать на примере взаимного сотрудничества колопроктологов, стоматерапевтов и врачей других специальностей, что вовремя выявленные проблемы не только с самой стомой, но и общего состояния пациента, а также хирургическая коррекция тяжелых осложнений, значительно повышают уровень адаптации пациента и способствуют скорейшему его возвращению к привычной жизни.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проведена работа по сравнительному анализу между пациентами, которым оказывалась комплексная помощь в лечении различных стомальных осложнений, которая включала в себя консервативные методы и хирургические методы лечения, и пациентами, которым такая помощь не оказывалась. Внедрена практика проведения предоперационной маркировки у 100% плановых и экстренных больных, что привело к значительному сокращению возникновения поздних осложнений.

Период сбора и изучения информации – с января 2015 года по май 2019 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. На основании собранного материала отчетливо прослеживается положительное влияние сотрудничества между стоматерапевтом и хирургом при оказании комплексной реабилитационной помощи пациентам со стомой. Положительный эффект на качество жизни пациентов также оказывает привлечение к работе с пациентом врачей смежных специальностей. Проведение хирургического лечения поздних стомальных осложнений, которые невозможно исправить терапевтическими методами, положительно влияют как на общее состояние больного, так и на его психологический фон.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В современной реальности оказание квалифицированной реабилитационной помощи пациентам с осложненными стомами невозможно без привлечения врачей хирургов и терапевтов. Только совместные действия медработников различных специализаций, а также доступность качественных

средств по уходу за стомой, могут значительно улучшить качество жизни пациентов, что позволяет им вернуться к полноценной социальной активности.

ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ЗАМЫКАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Воронин Ю.С.,
Алиев Ф.Ш., Лопацкая Ж.Н.

Сургутская окружная клиническая больница, г. Сургут,
Россия

Сургутский государственный университет, г. Сургут,
Россия

Тюменский государственный медицинский университет,
г. Тюмень, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Недостаточность анального сфинктера (НАС) состояние, которое развивается у пациентов при выключении терминального отдела кишечника из процесса пищеварения. При этом динамика снижения и восстановления замыкательной функции на этапах реабилитации является актуальным предметом исследования.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Определить и количественно оценить степень нарушения функции замыкательного аппарата прямой кишки (ЗАПК) у пациентов с кишечной стомой на этапах реабилитации.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Для оценки состояния замыкательного аппарата прямой кишки (ЗАПК) в окружном центре колопроктологии Сургутской окружной клинической больницы с 2015 года применяется сфинктерометрия. Этот метод позволяет количественно оценить степень анальной континенции. Оценка функционального состояния ЗАПК перед реконструктивно-восстановительной операцией и спустя 4 – 12 – 24 недели после нее выполнена у 83 больных аппаратом «Sphinctometer S4401» (MSM ProMedico GmbH) в соответствии с рекомендациями по проведению исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У всех исследованных перед восстановительным вмешательством пациентов выявлена НАС: I степени – у 29 (34,9%), II степени – у 35 (42,2%), III степени – у 1 (22,9%) больных. После выписки из стационара через 4 недели проводилась повторная сфинктерометрия. При этом НАС не отмечена – у 3 (3,6%) человек, I степени выявлена – у 41 (49,4%), II степени – у 29 (34,9%), III степени у 13 (15,7%). Через 12 недель получены следующие результаты сфинктерометрии: у 21 (25,3%) отмечены нормальные показатели замыкательной функции, НАС I степени – у 41 (49,4%), II степени – у 18 (21,7%), III степени – у 3 (3,6%) пациентов. Очередная оценка ЗАПК проведена через 24 недели: нормальные показатели выявлены у 36 (43,4%) больных, НАС I степени выявлена – у 36 (43,4%), II степени – у 10 (12,0%), III степени – у 1 (1,2%) пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. После проведения операции, завершённой выведением стомы, анальная инконтиненция развивается у 100% пациентов. Восстановление замыкательной функции через 24 недели наблюдения достижимо лишь у 43,4% больных.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ОДНОСТВОЛЬНЫМИ КОЛОСТОМАМИ

Каганов О.И., Кривошеков Е.П., Мешков А.В.
ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ, г. Самара, Россия
ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер, г. Самара, Россия

QUALITY OF LIFE IN CANCER PATIENTS WITH SINGLE-BARREL COLOSTOMY

Kaganov O.I., Krivoshekov E.P., Meshkov A.V.
Samara State Medical University, Samara, Russia
Samara Regional Clinical Oncology Center, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Улучшение качества жизни (КЖ) после радикальных колостомизирующих операций по поводу рака прямой кишки является актуальной задачей наряду с решением проблем онкологического радикализма.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов хирургического лечения и КЖ стомированных больных после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки (БПЭПК).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Больным контрольной группы (n=61) формировалась внутрибрюшная одноствольная колостома по ранее принятым методикам. Пациентам основной группы (n=75) применен способ формирования одноствольной забрюшинной колостомы (патент РФ на изобретение № 2374995 от 10.12.2009). Качество жизни исследовано по шкале FACT-C в течение года после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При рутинном формировании постоянной концевой колостомы в контрольной группе послеоперационные осложнения со стороны стомы диагностированы у 17 (27,9%) больных, в основной – у 3 (4%) человек (p=0,000). В течение 12 мес. после операции параколостомические грыжи и рубцовые стенозы, требующие хирургической коррекции в контрольной группе выявлены у 15 (24,6%) пациентов, в основной – у 2 (2,7%) больных (p=0,000). Проведен сравнительный анализ КЖ до и после хирургического лечения. После хирургического лечения в группах исследования показатели КЖ по шкалам FACT-G, FACT-C и ТОИ имели тенденцию к улучшению. 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-C (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 одноствольной колостомы при выполнении БПЭПК позволило значимо улучшить результаты хирургического лечения и КЖ по сравнению с группой больных после формирования колостомы по ранее принятым методикам.

АНАЛИЗ ПРИЧИН, ВЫЗЫВАЮЩИХ ПАРАСТОМАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Муравьев А.В., Оверченко Д.Б., Кораблина С.С.
ГБУЗ СК «2-я городская клиническая больница», г. Ставрополь, Россия

ANALYSIS OF PARASTOMAL COMPLICATIONS CAUSES

Muravyev A.V., Overchenko D.B., Korablina S.S.
State Budgetary Institution of Health Care of the Stavropol Region «Clinical City Hospital № 2», Stavropol, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургическое лечение ряда заболеваний толстой кишки сопряжено с необходимостью формирования кишечных стом. Несмотря на постоянное совершенствование хирургической техники, частота осложнений – от 3-70% в разных клиниках.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Дать представление о ранних и отдаленных осложнениях колостомии, провести анализ парастомальных осложнений.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В амбулаторном центре колопроктологии 2-й городской больницы г. Ставрополя в период с 2014-2018 гг. зарегистрировано 1012 стомированных больных, впервые обратившихся. Осложнения колостомии наблюдалось у 242 (24%) больных. Проведен анализ парастомальных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из анамнеза удалось выяснить характер и частоту осложнений. Осложнения колостомии в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались у 94 (39%) больных:

острая кишечная непроходимость – 4 (1,7%) чел.; некроз выведенной кишки – 12 (4,9%) чел.; ретракция выведенной кишки – 8 чел (3,4%); эвентрация в области стомы – 5 (2%) чел.; поверхностное нагноение в области кожно-кишечных швов вокруг стомы – 19 (7,9%) чел.; параколостомический абсцесс – 42 (17,4%) чел.; флегмона параколостомической области – 4 (1,7%) чел. С отдаленными осложнениями колостомии было 148 (61%) больных: параколостомическая грыжа – 65 (26,8%) чел.; выпадение кишки (пролапс) – 28 (11,5%) чел.; стриктура – 39 (16,1%) чел.; параколостомические свищи – 16 (6,6%) чел.

ВЫВОД. Формирование стомы, занимая мало операционного времени и усилий операционной бригады, во многом предопределяет дальнейшую судьбу пациента. Если оперативные вмешательства сопровождаются высоким риском развития осложнений непосредственно после операции, то пропорционально растет риск отдаленных осложнений. Использование в практической деятельности наиболее эффективных способов формирования коло – илеостом на передней брюшной стенке позволит значительно улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения самых различных заболеваний толстой кишки, требующих формирования стомы.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИРТУАЛЬНОЙ «ПРИЗРАЧНОЙ» ИЛЕОСТОМЫ ПРИ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Помазкин В.И.
Свердловский областной госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несостоятельность колоректального анастомоза после передней резекции прямой кишки является самым грозным «хирургическим» ослож-

нением при этой операции. Для уменьшения числа неблагоприятных исходов широко применяется формирование протективной коло- или илеостомы. Хотя этот прием не уменьшает частоту несостоятельности анастомоза, последствия ее протекают без фатальных последствий. В то же время возникает дополнительная проблема лечения осложнений, связанных с самой стомой, а также ее ликвидацией. Кроме того, наличие кишечной стомы снижает качество жизни пациентов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить результаты использования виртуальной «призрачной» илеостомы при низкой передней резекции прямой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 12 пациентов, оперированных по поводу рака средне-ампулярного отдела прямой кишки II-III ст. с наложением аппаратного наданального колоректального анастомоза. Средний возраст составил 67,5 лет. Мужчин было 5, женщин – 7. Всем пациентам была выполнена нервосберегающая низкая передняя резекция прямой кишки с полной мезоректумэктомией с проведением пробы на герметичность анастомоза. Для виртуальной илеостомы был выбран подвижный сегмент подвздошной кишки в 30 см от илеоцекального угла с проведением через прилежащий к кишке участок ее брюжейки свободно лежащего турникета из силиконовой трубки с выведением ее концов на брюшную стенку в правой подвздошной области. В случае возникновения признаков несостоятельности колоректального анастомоза подготовленный сегмент подвздошной кишки может легко быть выведен на брюшную стенку для формирования илеостомы из минидоступа без необходимости лапаротомии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Летальных исходов не было. Несостоятельность колоректального анастомоза возникла лишь у 1 (8,3%) из пациентов. У 11 (92,7%) послеоперационный период протекал без осложнений со стороны анастомоза. Турникет у них был удален на 6-7 сутки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Виртуальная «призрачная» илеостома при низкой передней резекции прямой кишки позволяет у большинства пациентов обойтись от формирования реальной «ненужной» илеостомы, являясь потенциальной ее альтернативой.

МОДИФИКАЦИЯ МЕТОДА ЗАКРЫТИЯ СТОМАЛЬНОЙ РАНЫ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А.,
Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.,
Аминова Э.М., Эйбов Р.Р., Суфияров Р.Р.

Городская клиническая больница № 21, г. Уфа, Россия

MODIFICATION OF THE METHOD OF CLOSURE OF THE STOMAL WOUND AFTER RECONSTRUCTIVE SURGERY

Timerbulatov M.V., Ibatullin A.A.,
Gainutdinov F.M., Kulyapin A.V., Aitova L.R.,
Aminova E.M., Abou R.R., Sufiyarov R.R.

City clinical hospital № 21, Ufa, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургическое лечение ряда заболеваний толстой кишки заканчивается формированием стом.

Решением данной проблемы является выполнение реконструктивно-восстановительной операции (РВО) по восстановлению кишечной непрерывности с ликвидацией стомы.

По данным отечественных и зарубежных авторов остается дискуссионным вопрос об оптимальном выборе метода ликвидации кожного дефекта, на месте расположения стомы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить результаты проведенных РВО у пациентов с кишечной стомой, которым при закрытии кожного дефекта был наложен кисетный шов и линейные узловы́е швы.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. На базе отделения колопроктологии ГКБ № 21 г. Уфы в период с 2015 по 2018 гг. выполнено 34 РВО с закрытием кожной раны, на месте ранее существовавшей стомы, кисетным швом и 27 РВО с закрытием кожной стомальной раны наложением линейных узловых швов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Сроки наблюдения составили от 1 до 3-х лет. У всех 34-х пациентов из основной группы не выявлено осложнений в послеоперационном периоде, сформировался мягкий рубец звездчатой формы, удалось добиться хороших результатов.

У пациентов контрольной группы наблюдалось формирование патологического послеоперационного рубца у 16 больных, нагноение послеоперационной раны – у 3-х пациентов, расхождение кожных швов – у 5 больных.

ВЫВОДЫ. Удалось добиться отсутствия послеоперационных осложнений и отличного косметического и эстетического эффекта, при закрытии кожной раны кисетным швом.

О ТЕРМИНОЛОГИИ И ХРОНОЛОГИИ

Исаев В.Р., Андреев П.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара, Россия

Надо возделывать свой сад.
Вольтер. Кандид, или Оптимизм

Несомненно, чтобы понять друг друга, нужно придерживаться общей терминологии. Последняя со временем изменяется, уточняется, конкретизируется. Так, в МКБ – 10 сейчас отсутствует определение «неспецифический» при обозначении язвенного колита. Не стало одного слова и одной буквы в аббревиатуре (ЯК). А нам предлагают забыть факт из отечественной истории, когда в 1913 г. на 13-ом съезде хирургов России сотрудником клиники Оппеля В.А. хирургом Казаченко А.С. и был предложен этот термин, который с того времени использовался как в отечественной, так и в зарубежной медицинской литературе. Сейчас широкой популярностью пользуется так называемый «Диверсионный колит». Суть заболевания – патологические изменения в отключенной из пассажа части толстой кишки. Термин получил распространение с выходом работы Glotzer D.J. et al. (1981), где слово diversion употреблено в необычном для нас значении – отведение, уклонение; отключение, выключение, отведение. Все бы ничего, но оказывается еще Dupuytren G. (1777-1835) большое клиническое значение придавал шпоре (l'épéron promontorium) как причине развития в отключенном из пассажа дистальном отрезке кишки «вторичных атрофических процессов». Колченогов П.Д. (1964), приведя довольно большой список отечественных авторов, подтвердивших точку зрения Dupuytren'a G., заключает: «Детальное же изучение этих атрофических процессов было осуществлено в условиях эксперимента Перльманом А.А. (1914), Колесниковым С.А. (1940)». Кстати, работа Перльмана А.А. «Слепые мешки при операциях на толстой кишке (экспериментальное исследование)» была опубликована все в том же сборнике 13-го съезда хирургов России, а исследование Колесникова С.А. оформлено в виде кандидатской диссертации. Видимо, не случайно Воробьев Г.И. с сотрудниками (2008 г.) обошел стороной «диверсию» и предложили назвать эту патологию «Синдромом отключенной толстой кишки». Мы придерживаемся этой же точки зрения.

ОБ ЭТОЛОГИИ

Исаев В.Р., Андреев П.С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара, Россия

**Обычай этот похвальнее нарушить,
чем блюсти.**
В.Шекспир. Гамлет

«Этология» – термин, впервые введенный в научный

обиход И. Жоффруа Сент-Илером в 1859 г., – сыном знаменитого французского зоолога. «Ethos» в переводе с греческого языка – «нравы, характер, обычай, привычка». Этологию как науку о естественном поведении животных и человека в дальнейшем развил лауреат Нобелевской премии Лоренц К. (1903-1989). Пионером в исследовании нормативных оснований науки с целью получения достоверных знаний является социолог Мертон Р.К. (1903-2003). Установленные им принципы просты для исполнения. Он обратил внимание на составные части научной недобросовестности (research misconduct), этику цитирования, соавторство. Так, например, в соавторах, по его мнению, не должно быть тех, кто только способствовал исследованию или написанию статьи; кто оказывал техническую помощь; кто обеспечивал необходимыми материалами и реагентами; кто снимал показания с приборов; кто оказывался рецензентом или консультантом и т.п. К сожалению, указанные принципы сейчас все же нарушаются. Явление это становится почти обычным. Погоня за индексом Хирша открыла широкое поле для активной... бездеятельности. В сочетании с «административным восторгом» (см. роман Достоевского Ф.М. «Бесы») и эффектом Матфея (см. анализ Мертон Р.К. «Притчи о талантах» в Евангелии от Матфея, 25:29) возникает немалая пробивная сила, результатом деятельности которой являются нередко видимость, симулякр (ut aliquid fieri videatur). В свое время (2002) Lipsett P.A. задалась вопросом, является ли публикация сама по себе заслуживающей внимания и желательной до такой степени, что возникает дилемма, – печататься или погибнуть, предпочитая количество качеству. Кажется, до сих пор этот вопрос остается без ответа.

МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ХИМУСА В ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МОДЕЛИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Кучумов А.Г.¹, Камалутдинов А.М.², Лукин П.С.³

¹ ФГБОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет», г. Пермь, Россия
² ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», г. Казань, Россия
³ ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь, Россия

THE MATHEMATICAL MODELING OF THE FLOW OF CHYME IN THE PATIENT- SPECIFIC COLON MODEL

Kuchumov A.¹, Kamalutdinov A.², Lukin P.³

¹ Perm National Research Polytechnic University, Perm, Russia
² Kazan (Volga region) Federal University, Kazan, Russia
³ Perm State Medical University, Perm, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несостоятельность кишечных анастомозов колеблется в пределах 5,4-69,2%, с летальностью – 23,8%. Для прогнозирования целостности анастомоза есть необходимость в проведении оценки напряженно-деформированного состояния кишки при перистальтическом течении химуса в анастомозированном участке.

ЦЕЛЬ. Создание математической модели тече-

ния химуса в персонализированной модели кишечника, полученной в результате рендеринга МРТ-изображений конкретного пациента.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. МРТ-снимки толстого кишечника здорового пациента. Химус представили в виде неньютоновской степенной жидкости, состоящей из крупных молекул со сложными пространственными структурами, при течении которой её вязкость зависит от градиента скорости. Для расчета течения химуса использованы уравнения неразрывности и уравнения Навье–Стокса, отражающие механику жидкости и газа и их способность оказывать сопротивление.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Рендеринг и сегментация МРТ-изображений проведены в открытом программном коде ITK-Snap. По результатам построена 3D модель толстого кишечника. Модель импортирована в программный продукт OpenFOAM – открытую интегрируемую платформу для численного моделирования задач механики сплошных сред, в частности задач гидродинамики биожидкостей. Проведенные расчёты течения химуса в персонализированной модели кишечника, показали распределение скоростей и давлений химуса в толстом кишечнике, соответствующее физиологическим данным с наибольшими показателями в слепой и восходящей ободочной кишках.

ВЫВОДЫ. Создание индивидуализированной модели кишечника в норме и при патологии с учётом перистальтики и влияния нервной системы в трёхмерной геометрии кишечника, полученной при обработке МРТ-изображений конкретного пациента, открывает перспективы: оценки влияния лекарств на транспорт химуса, каловых масс и моторику кишечника; анализа состояния пациента на основе численной оценки гидродинамических параметров химуса в сегменте ЖКТ и сравнение с нормальными для него значениями; анализа прочности анастомозов; оценки эффективности лечения воспалительных заболеваний кишечника для конкретного пациента.

ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Лаврешин П.М., Муравьев А.В.,
Бруснев Л.А., Лысенко О.В.

ФГБОУ ВО СГМУ МЗ РФ, г. Ставрополь, Россия

TREATMENT OF BLEEDING FROM THE LOWER GASTROINTESTINAL TRACT IN THE CITY HOSPITAL

Lavreshin P.M., Murav'ev A.V.,
Brusnev L.A., Lysenko O.V.

Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Ежегодная заболеваемость кровотечениями из нижних отделов желудочно-кишечного тракта (КНОЖКТ) составляет от 20 до 30 случаев на 100 тысяч населения. Летальность, в целом, составляет от 2 до 4%. По мнению американских хирургов, чаще всего толстокишечные кровотечения бывают вызваны дивертикулярной болезнью и колоректальным раком (КРР) (до 70% наблюдений). В российских публикациях приоритет традиционно отдают геморрою (около 60%).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Проанализировать результаты лечения КНОЖКТ в условиях городской больницы и определить наиболее эффективную лечебную тактику.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В основе работы – анализ лечения 156 пациентов с КНОЖКТ в период 2016–

2018 гг. В исследуемой группе преобладали мужчины (58%). Возраст пациентов колебался от 18 до 91 года, средний возраст – $48 \pm 7,3$ лет. При сборе субъективных данных кишечные кровотечения выявлены у 37% больных в анамнезе.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. При поступлении всем пациентам с клиникой КНОЖКТ назначалась гемостатическая терапия и коррекция анемии по показаниям. Только 23 (15%) больным потребовалось переливание эритроцитарной взвеси. После достижения гемостаза всем пациентам выполнялась колоноскопия для выявления источника кровотечения. По локализации источника кровотечения пациенты распределились: дивертикулярная болезнь – 7%, болезнь Крона – 3%, неспецифический язвенный колит – 2%, полипы – 7%, КРР – 24%, кровотечения после полипэктомии – 2%, хронический геморрой – 54%, лучевой проктит – 1%.

Оперативное лечение получили 32 (21%) больных: 20 пациентов – по поводу хронического геморроя, 9 – по поводу КРР, 3 – по поводу полипа анального канала.

Все пациенты с воспалительными заболеваниями кишечника переводились в гастроэнтерологическое отделение для дальнейшего лечения. Пациенты с КРР, не требующие экстренной операции, направлены в онкологический диспансер. Никто из пациентов не умер.

ВЫВОДЫ. Колоноскопия позволяет определить источник КНОЖКТ и адекватно определить тактику лечения. Хирургическое лечение требует дифференцированного подхода. Пациентам с КНОЖКТ необходим мультидисциплинарный подход в лечении.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ПОВЫШАЮЩИХ РИСК РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Леушина Е.А.

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России,
г. Киров, Россия

ANALYSIS OF FACTORS INCREASING THE RISK OF COLORECTAL CANCER DEVELOPMENT IN PATIENTS OF THE GASTROENTEROLOGICAL PROFILE

Leushina E.A.

FSBEI HE Kirov SMU MOH, Kirov, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Колоректальный рак (КРР) является широко распространенной в мире патологией, ежегодная заболеваемость достигает 1 миллиона случаев. По прогнозам абсолютное число случаев КРР в мире в следующие два десятилетия увеличится в результате роста населения, в целом, и его старения как в развитых, так и в развивающихся странах. КРР занимает второе место по смертности от злокачественных новообразований среди мужчин и женщин. Своевременное выявление колоректального рака предполагает диагностику его на ранних, доклинических стадиях, когда отсутствуют всякие клинические проявления этого заболевания.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Провести анализ факторов, повышающих риск развития колоректального рака у пациентов гастроэнтерологического профиля.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Было обследовано 50 человек (мужчины и женщины по 25 человек), пациенты гастроэнтерологического профиля, находящиеся на стационарном лечении в НУЗ Отделенческая кли-

ническая больница на станции Киров ОАО «РЖД». Средний возраст обследуемых составил $53 \pm 2,2$ года. Проводилось анкетирование по факторам, которые повышают риск развития колоректального рака.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В ходе исследования было выявлено, что семейный анамнез (полипоз, КРР или другие раки) наблюдался у 20% пациентов, воспалительные заболевания кишечника – 6% человек, возраст старше 50 лет – у 80% пациентов, анализ кала на скрытую кровь проводился в 100% случаев (результат отрицательный), колоноскопия была проведена в 86% случаев, иригоскопия – 14%, прием алкоголя отмечают 80% больных, особенности питания (красное мясо, жиры, углеводы) – 90%, табакокурение – 54%, повышенная масса тела у 86%, гиподинамией страдают 90% человек, СД 2 типа выявлялся у 6% больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, среди факторов, повышающих риск развития колоректального рака, преобладают – возраст старше 50 лет, прием алкоголя, особенности питания (красное мясо, жиры, углеводы), повышенная масса тела, гиподинамия. Исходя из этого, можно предложить следующие направления профилактики: изменение образа жизни (увеличение физической активности) и питания (отказ от алкоголя, значительное сокращение красного мяса, жиров и углеводов), регулярные медицинские осмотры.

ТАЗОВЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Ломоносов Д.А., Благодарный Л.А.,
Ломоносов А.Л., Аслаханова К.С.

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский
университет МЗ РФ, г. Тверь, Россия
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России,
г. Москва, Россия

PELVIC PAIN SYNDROME IN OUT-PATIENT PRACTICE

Lomonosov A.L., Blagodarny L.A.,
Lomonosov D.A. Aslakhanova K. S.

Tver' state medical University, Tver', Russia
State Scientific Center of Coloproctology, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Прокталгия Fugax (PF) – это боль в прямой кишке продолжительностью менее 20 минут с отсутствием боли в межприступный период.

ЦЕЛЬ. Изучить клиническую картину PF.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Обследовано 56 больных в возрасте $48,7 \pm 2,1$ года, из них 41 (73,2%) женщина. Проводилось обследование колопроктологом, изучение мышц тазового дна, эндоскопия толстой кишки, МРТ позвоночника и костей таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В анамнезе PF интенсивность болей по визуальной аналоговой шкале составила $6,2 \pm 0,44$. Эпизоды PF продолжались в течение более 6 месяцев у 37 (66,1%) обследованных. Средняя длительность заболевания у них составила $4,2 \pm 0,7$ года. Продолжительность эпизодов PF составила от 5–6 сек. до 6–7 мин. PF проявлялась сериями болевых приступов подряд у 2 (3,6%) пациентов. PF связывал с дефекацией 31 (55,4%) обследованный; 16 (28,6%) – с заболеваниями позвоночника; 5 (8,9%) – с менструацией; 3 (5,4%) – считали, что PF возникла после операций на анальном канале и копчике. При пальцевом ректальном исследовании (ПРИ) боли отмечены у 18 (32,1%) обследованных. В том числе, в различных сочетаниях: у 12 (21,4%) пациентов в m.puborectalis (с её спазмом), у 6 (10,7%) – в области lig. Sacrospinale, в копчике и в заднем проходе – по 4 (7,1%) пациента,

у 1 (1,8%) – выявлен спазм внутреннего анального сфинктера. У 38 (67,9%) пациентов ПРИ болей не выявило. Среди факторов, которые могли способствовать возникновению PF, нами отмечены: нарушения дефекации у 31 (55,4%), остеохондроз поясничного отдела позвоночника – у 29 (51,8%), сколиоз – у 19 (33,9%) больных. Данные о наличии патологических изменений в позвоночнике у 15 (26,8%) больных были подтверждены МРТ.

ВЫВОДЫ. Особенностью клинической картины у больных с PF является внезапность и небольшая длительность эпизодов боли, затрудняющая проведение объективных исследований непосредственно в период обострения заболевания. Отмечено, что PF чаще выявляется у пациентов с нарушениями дефекации, остеохондрозом, сколиозом на фоне менструации и ранее выполненных операций на анальном канале.

РОБОТИЧЕСКАЯ КОЛОРЕКТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А.,
Эйбов Р.Р., Урманцев М.Ф., Денейко А.С.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В настоящее время в мире продолжает активно накапливаться опыт выполнения роботических операций. Наибольшее преимущество применения робототехники оправдало себя в онкоурологии в хирургии рака предстательной железы. В колоректальной хирургии выполнение робот-ассистированных лапароскопических операций имеет свои особенности.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить возможности применения робота Да Винчи в колопроктологии и оценить ближайшие результаты.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В г. Уфе на базе клиники БГМУ в 2018 открыт центр роботической хирургии. С 2018 по 2019 гг. выполнено 36 операций при различных заболеваниях толстой кишки. По полу среди пациентов было 14 (38,9%) женщин и 22 (61,1%) мужчин. 27 (75%) пациентов были с колоректальным раком. По структуре операций наибольшее число выполнено передних резекций прямой кишки – 29 (80,6%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Средняя продолжительность операций составила 255 минут, что, в среднем, было больше на 90 минут по сравнению с лапароскопическими операциями. Конверсий не было. Среди осложнений отмечено 2 (5,6%) случая несостоятельности колоректального анастомоза. В одном случае развился летальный исход в связи развитием сосудистой недостаточности кишечника.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Первый опыт выполнения роботических операций в колоректальной хирургии показал возможность их безопасного выполнения. Среди недостатков наряду с высокой стоимостью следует отметить ограниченность применения роботической техники при обширных резекциях толстой кишки. В хирургии рака прямой кишки робот Да Винчи позволил добиться более качественного выполнения тотальной мезоректумэктомии и лимфодиссекции. Более тщательная оценка результатов выполнения роботических операций в хирургии толстой кишки возможна при накоплении соответствующего опыта.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО СКРИНИНГА

Фуныгин Д.В., Романенков С.Н., Анишев А.С.

Нефтеюганская окружная клиническая больница
им. В.И. Яцкив, г. Нефтеюганск, Россия

ЦЕЛЬ. Показать эффективность комбинированных методов обследования для ранней диагностики неопластических образований толстой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ результатов программы колоректального скрининга за период с 2014–2018 гг. Обследовано 29462 пациентов, считающих себя практически здоровыми, в возрасте старше 50 лет. На первом этапе пациентам проведено двухкратное исследование кала на гемоглобин и трансферрин. Для этого использовали набор производства Alfresa Pharma Corporation, Japan. Скрининг-тест оказался положительным у 4274 (14,5%) пациентов. На втором этапе, пациентам с положительным скрининг-тестом, проведена колоноскопия, во время которой патология толстой кишки диагностирована у 2839 (66,4%) пациентов. Среди выявленных заболеваний: неопластические образования толстой кишки диагностированы у 1262 (44,4%) пациентов. Всем пациентам с неопластическими образованиями толстой кишки выполнена биопсия с последующим гистологическим исследованием биопсийного материала. Колоректальный рак диагностирован в 90 (3,1%) случаях, доброкачественные новообразования – в 1172 (41,2%).

Среди 90 пациентов с колоректальным раком мужчин было 38, женщин – 52. Средний возраст пациентов составил $63,5 \pm 4,7$ лет. По результатам комплексного обследования и комбинированного лечения по стадиям процесса пациенты распределены следующим образом: I стадия – 19 (21,1%), II стадия – 49 (54,4%), III стадия – 18 (20,0%), IV стадия – 4 (4,4%).

Таким образом, комплексное обследование «практически» здоровых людей в 44,4% случаев позволило диагностировать неопластические заболевания толстой кишки, из них колоректальный рак I и II стадии составили 2,4% а доброкачественные неопластические образования составили 41,2%.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОДНОЭТАПНОЙ ПОДГОТОВКИ ГИПЕРОСМОТИЧЕСКИМ СОЛЕВЫМ РАСТВОРОМ НА ОСНОВЕ СУЛЬФАТОВ, КАК ПОДГОТОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И (ИЛИ) ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ

Хитарьян А.Г.^{1,2}, Ковалёв С.А.^{1,2}, Ромодан Н.А.¹,
Орехов А.Н.^{1,2}, Алибеков А.З.^{1,2}, Дегтярев О.Л.³,
Кислов В.Н.², Карпова И.О.¹

¹ НУЗ «ДКБ на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД»,
г. Ростов-на-Дону, Россия

² ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, кафедра
хирургических болезней № 3, г. Ростов-на-Дону,
Россия

³ ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, кафедра
хирургических болезней № 4, г. Ростов-на-Дону,
Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Эффективная подготовка кишечника имеет принципиальное значение не только для выполнения колоноскопии, как важного диагности-

ческого исследования для верификации патологии кишечника, но и часто необходима для проведения оперативных вмешательств на органах брюшной полости. В России с начала 2019 г. стал широко использоваться концентрированный солевой раствор на основе сульфатов (Эзиклен®, пр-во Бофур Ипсен Индастри, Франция). По данным производителя и медицинской литературы, для Эзиклен подробно изучен режим дробного применения (двухдневный), а режим единовременного применения (однодневный) – широко не изучен и имеет рекомендацию производителя – в случае клинической необходимости.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка клинической эффективности единовременного режима применения Эзиклен® при подготовке кишечника для эндоскопии и (или) оперативного лечения на ободочной кишке в сравнении с дробным режимом применения и изосмотического раствора полиэтиленгликоля (Макрогол 4000) и электролитов (Фортранс®) в качестве контроля.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В клинике НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД» с февраля по июнь 2019 г. проведено пилотное рандомизированное слепое (для эндоскописта) исследование сравнительной эффективности трёх режимов подготовки пациентов к эндоскопии и оперативному лечению на ободочной кишке с использованием осмотических слабительных: одно- и двухэтапной подготовки препаратом на основе гиперосмотического солевого раствора на основе сульфатов (Эзиклен®) (1-я и 2-я группа, соответственно) и изосмотического раствора полиэтиленгликоля (Макрогол 4000) и электролитов (Фортранс®, Бофур Ипсен Индастри, Франция.). Подготовка кишечника препаратом осуществлялась пациентом самостоятельно, согласно инструкции производителя и получении разъяснений от врача-клинициста. При проведении исследования у 489 пациентов эндоскописты не знали режима подготовки кишечника у исследуемого пациента и оценку качества подготовки кишечника проводили на основании объективных критериев по Чикагской шкале подготовки кишечника (Chicago Bowel Preparation Scale). Согласно этой классификации, толстая кишка разделена на три участка – левый, средний и правый. Каждый из сегментов оценивается по двенадцатибалльной системе, к которой добавляется четырехбалльная градация оценки количества жидкости в просвете кишки, уже имеющейся до начала исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ. По результатам проведенного исследования, существенной статистически значимой разницы при подготовке кишечника для эндоскопии и (или) оперативного лечения на ободочной кишке при единовременном режиме применения Эзиклен® в сравнении с дробным режимом применения Эзиклен®, а также при использовании изосмотического раствора полиэтиленгликоля (Макрогол 4000) и электролитов (Фортранс®) мы не отметили.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. С учётом показаний и противопоказаний, одноэтапная подготовка препаратом Эзиклен как подготовительного этапа для эндоскопического исследования толстого кишечника и (или) оперативного лечения на ободочной кишке может быть рекомендована к более широкому клиническому применению.

ПЕРИАНАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ: ОСЛОЖНЕНИЕ ДЕБЮТА ГЕМОБЛАСТОЗОВ И АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

Штыркова С.В., Данишян К.И., Караголян С.Р.
ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России,
г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Частота развития периаанальной инфекции (ПИ) достигает 10,2% среди взрослых пациентов с лейкемией, у 13-20% пациентов данное осложнение развивается в дебюте гематологического заболевания и служит первым поводом для обращения за медицинской помощью.

ЦЕЛЬ. Определить факторы, препятствующие купированию ПИ и своевременному началу противоопухолевого лечения, а также причины осложнений в период проведения химиотерапии (ХТ).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование включили 8 пациентов, у которых признаки ПИ развились в дебюте гемобластоза, до начала лечения. Анализировали исходы различных вариантов лечения с учетом эффективности купирования ПИ и влияния на лечение основного заболевания: возможности своевременно начать ХТ и развития осложнений в период проведения ХТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 5 (из 8) пациентов отмечено существенное удлинение срока между обращением за

медицинской помощью по поводу ПИ и началом ХТ гемобластоза (от 18 до 49 суток). Препятствиями для своевременного начала ХТ были неуставленный своевременно диагноз гемобластоза (острый миелондный лейкоз – в двух случаях, в одном – множественная миелома) и продолжающийся инфекционный процесс в тканях периаанальной области у двух пациентов с тяжелой гранулоцитопенией (ГЦП). Чаше «незамеченным» гемобластоз оставался у пациентов с компенсированными показателями гемограммы. Осложнения в период проведения ХТ были связаны с рецидивом ПИ в зоне операции (в результате паллиативного дренирования парапроктита и наличия свища прямой кишки) и развитием сепсиса (при продолжающемся воспалении в послеоперационной ране на фоне ГЦП).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Неуставленный диагноз гемобластоза и неэффективность оперативного лечения парапроктита у больных с тяжелой ГЦП были главными причинами задержки начала противоопухолевого лечения в данном исследовании. Общй анализ крови с лейкоцитарной формулой должен быть выполнен перед операцией у всех больных с парапроктитом для исключения гемобластоза. Сохраняющиеся источники инфицирования (свищ) в прямой кишке и продолжающийся инфекционный процесс на фоне ГЦП явились причинами рецидивов ПИ и сепсиса в период проведения ХТ.



Государственный Научный Центр Колопроктологии имени А.Н. Рыжих

ГНЦК
Государственный Научный Центр
Колопроктологии им. А.Н. Рыжих

**ЕДИНСТВЕННОЕ В МИРЕ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ,
целиком специализирующееся на
диагностике и лечении колопроктологических заболеваний**



- ✓ Эндоскопическая диагностика с использованием новейшего эндоскопического оборудования: полноспектральная колоноскопия FUSE, капсульная эндоскопия, а так же весь спектр эндохирургических манипуляций.



- ✓ Ультразвуковая диагностика с применением 3D технологий.
- ✓ Магнитно-резонансная и Компьютерная томографии (МРТ, КТ), на томографах последнего поколения.



- ✓ Весь спектр микробиологических и иммунологических исследований, включая анаэробную инфекцию и взаимодействие микроорганизмов в системе кишечной микробиоты с определением генетических маркеров патогенности и резистентности к антибактериальным препаратам у бактерий.



- ✓ Консультации специалистов-колопроктологов, онкологов и гастроэнтерологов, смежных специалистов: терапевта, кардиолога, уролога, гинеколога, генетика.
- ✓ Прием ведут врачи-специалисты, в том числе, кандидаты и доктора медицинских наук, имеющие большой опыт клинической работы.
- ✓ 11 современных операционных залов.
- ✓ Весь спектр хирургических операций по поводу колопроктологических заболеваний.



- ✓ Более 35 лечебных и диагностических отделов и клинических отделений.
- ✓ Палаты повышенной комфортности.



- ✓ Генетическая лаборатория с возможностью выполнения полноэкзомной ДНК-диагностики.
- ✓ Экспертного уровня (референс-центр) патоморфологическая и гистохимическая лаборатория.
- ✓ Широкий спектр лабораторных анализов.



Она одна такая*

Новая бесцитратная
форма выпуска препарата
ХУМИРА® 40 мг/0,4 мл

Теперь меньше боли**
при введении!



КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ по применению лекарственного препарата Хумира®

Регистрационный номер: ЛП-004593. **МНН:** Адалимуаб. **Лекарственная форма:** раствор для подкожного введения. **Фармакологические свойства:** Адалимуаб селективно связывается с фактором некроза опухоли альфа (ФНО- α) и нейтрализует его биологические функции за счет блокады взаимодействия с поверхностными клеточными p55 и p75 рецепторами к ФНО- α . **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** **Взрослые:** • Среднетяжелый и тяжелый активный ревматоидный артрит (в режиме монотерапии или в комбинации с метотрексатом или другими базисными противовоспалительными препаратами). • В комбинации с метотрексатом препарат Хумира® снижает скорость прогрессирования повреждения суставов (по данным рентгенографического исследования) и улучшает функциональную активность. • Активный псориазический артрит (в режиме монотерапии или в комбинации с метотрексатом или другими базисными противовоспалительными препаратами). • Активный анкилозирующий спондилит. • Болезнь Крона (среднетяжелой или тяжелой степени) - при неадекватном ответе на традиционную терапию, а также непереносимости или противопоказаниях к традиционной терапии; при неэффективности (или снижении эффективности) или непереносимости инфликсимаба. • Хронический бляшечный псориаз (среднетяжелой и тяжелой степени), когда показана системная терапия или фототерапия, и другие варианты системной терапии не являются оптимальными. • Язвенный колит среднетяжелой и тяжелой степени при неадекватном ответе на традиционную терапию, включая кортикостероиды и/или 6-меркаптопурин или азатиоприн, а также при непереносимости или противопоказаниях к традиционной терапии. • Аксильный спондилоартрит без рентгенологически подтвержденного анкилозирующего спондилита, но при наличии объективных признаков воспаления по повышению уровня СРБ и/или данным МРТ, при отсутствии адекватного ответа на лечение нестероидными противовоспалительными препаратами или их непереносимости. • Активный идиопатический гидраденит средней или тяжелой степени тяжести у взрослых пациентов при отсутствии адекватного ответа на стандартную системную терапию. **Дети:** • Ювенильный идиопатический артрит у пациентов от 2 лет в режиме монотерапии или в комбинации с метотрексатом. • Болезнь Крона (среднетяжелой или тяжелой степени) у пациентов от 6 лет и старше при неадекватном ответе на традиционную терапию, а также непереносимости или противопоказаниях к традиционной терапии. • Активный энтезит-ассоциированный артрит у пациентов в возрасте от 6 лет и старше при отсутствии адекватного ответа на терапию стандартными препаратами или их непереносимости. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** • Гиперчувствительность к адалимуабу или любым его вспомогательным компонентам. • Беременность. • Период грудного вскармливания. • Детский возраст до 18 лет (кроме пациентов от 2 лет с ювенильным идиопатическим артритом, пациентов от 6 лет с болезнью Крона (среднетяжелой или тяжелой степени) и пациентов от 6 лет с активным энтезит-ассоциированным артритом). • Инфекционные заболевания, в том числе туберкулез. • Совместный прием с антагонистами ФНО или другими генно-инженерными биологическими противоревматическими препаратами (например, анакинра и абатацепт). **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ:** Подкожно. Лечение препаратом Хумира® проводится под контролем врача. Если врач считает это возможным, то после соответствующего обучения технике подкожных инъекций больные могут самостоятельно вводить себе препарат. Препарат Хумира® вводят подкожно в область бедра или живота. Рекомендуемый режим дозирования для взрослых и детей по каждому показанию приведен в полной инструкции по медицинскому применению. **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ:** Были проведены исследования препарата Хумира® у пациентов с ревматоидным артритом, полиартритным ювенильным идиопатическим артритом и псориазическим артритом, принимающих препарат как в качестве монотерапии, так и в сочетании с метотрексатом. Образование антител было ниже при одновременном назначении препарата Хумира® с метотрексатом в сравнении с монотерапией. Введение препарата Хумира® без метотрексата приводило к повышению образования антител, ускорению клиренса и снижению эффективности адалимуаба. Противопоказано применять препарат Хумира® в комбинации с анакинрой. Противопоказано применять препарат Хумира® в комбинации с абатацептом. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:** Побочные реакции, возможно причинно-связанные с применением препарата, как клинические, так и лабораторные, приведены с указанием частоты (очень часто $\geq 1/10$, часто $\geq 1/100$, нечасто $\geq 1/1000$). Очень часто: инфекции дыхательных путей (включая инфекции верхних и нижних дыхательных путей, пневмония, синусит, фарингит, назофарингит и герпес-вирусную пневмонию); лейкопения (включая нейтропению и агранулоцитоз); анемия; повышение концентрации липидов; головная боль; тошнота, рвота, боль в животе, повышение активности печеночных ферментов; сыпь (в т.ч. экзема, экзема); кожно-мышечная боль; реакции в месте инъекции (включая абсцесс). Часто: генерализованные инфекции (включая сепсис, кандидоз и грипп), инфекции ЖКТ (включая вирусный гастроэнтерит), инфекции кожи и мягких тканей (включая паронихии, флегмона, импетиго, некротизирующий фасциит и опоясывающий лишай), инфекции уха, инфекции полости рта (включая простой герпес, ротавирусный герпес и порокония зубов), инфекции половых путей (включая вульвовагинальную микотическую инфекцию), инфекции мочевыводятельного тракта (включая пиелонеф-

рит), грибковые инфекции, инфекции суставов; доброкачественные новообразования, рак кожи, кроме меланомы (включая базально-клеточную карциному и плоскоклеточный рак); тромбоцитопения, лейкоцитоз; реакции гиперчувствительности, аллергические реакции (включая сезонную аллергию); гипокальциемия, повышение концентрации мочевой кислоты, аномальные концентрации натрия, гипокальциемия, гипергликемия, гипофосфатемия, дегидратация; изменения настроения (включая депрессию), беспокойство, бессонница; парестезии (включая гипестезию), мигрень, компрессия корешка нерва; конъюнктивит, нарушения зрения, блефарит, отек глаз; вертиго; тахикардия; гипертония, покраснение кожи, гематомы; кашель, астма, одышка; кровотечение ЖКТ, диспепсия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, синдром Шегрена, ухудшение или впервые выявленный псориаз (в т.ч. ладонно-подошвенный пустулезный псориаз), крапивница, кровоподтеки (в т.ч. пурпура), дерматит (в т.ч. экзема), онхокозия, гипергидроз, алопеция, зуд; мышечные спазмы (в т.ч. повышенный уровень креатинфосфокиназы в крови); гематурия; почечная недостаточность; боль в грудной клетке, отеки, икота; нарушения в системе свертывания крови (включая увеличение активированного частичного тромбопластинного времени), положительные результаты теста на аутоантитела (включая антитела к двойной спирали ДНК), увеличение концентрации лактатдегидрогеназы. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ** **Инфекции.** Пациенты, принимающие антагонисты ФНО, более подвержены развитию серьезных инфекций. Нарушение функции легких может повысить риск развития инфекций. В связи с этим, следует тщательно наблюдать пациентов на предмет появления инфекций, в том числе туберкулеза, до начала лечения, во время лечения и после окончания лечения препаратом Хумира®. Не следует начинать лечение препаратом Хумира® у пациентов с активной инфекцией, в том числе хронической или локализованной, пока она не будет вылечена. До начала терапии препаратом Хумира®, следует провести оценку на наличие активного или неактивного («латентного») туберкулеза у всех пациентов. Также следует провести противотуберкулезное профилактическое лечение до начала применения препарата Хумира® у пациентов с несколькими или значимыми факторами риска развития туберкулеза, несмотря на отрицательный результат теста на туберкулез, а также у пациентов с прошлым латентным или активным туберкулезом в анамнезе, для которых невозможно подтвердить проведение адекватного курса лечения. Носители ВГВ, нуждающиеся в лечении препаратом Хумира®, необходимо тщательно наблюдать на наличие признаков и симптомов активной инфекции ВГВ на протяжении всего периода терапии и в течение нескольких месяцев после ее прекращения. **Аллергические реакции.** В ходе клинических исследований серьезные аллергические реакции, связанные с применением препарата Хумира®, наблюдались редко. В случае возникновения анафилактической реакции или другой серьезной аллергической реакции, введение препарата Хумира® следует немедленно прекратить и начать соответствующую терапию. **Злокачественные новообразования и лимфопролиферативные нарушения.** В ходе контролируемой части клинических исследований антагонистов ФНО наблюдались больше случаев злокачественных опухолей, в том числе лимфомы, среди пациентов, получающих антагонист ФНО, в сравнении с пациентами контрольной группы. Однако они случались редко. В пострегистрационный период были отмечены редкие случаи Т-клеточной лимфомы печени и селезенки у пациентов, получавших лечение адалимуабом. Эта редкая форма Т-клеточной лимфомы имеет очень агрессивное течение заболевания и, как правило, является смертельной. При применении препарата Хумира® наблюдались некоторые случаи возникновения такой Т-клеточной лимфомы печени и селезенки у молодых пациентов при сопутствующем лечении азатиоприном или 6-меркаптопурин по поводу воспалительного заболевания кишечника. **Гематологические реакции.** Сообщалось о редких случаях панцитопении, в том числе апластической анемии, при применении антагонистов ФНО. Сообщалось о нежелательных явлениях со стороны системы крови, в том числе клинически значимой цитопении (например, тромбоцитопении, лейкопении) при применении препарата Хумира®. **Аутоиммунные процессы.** Лечение препаратом Хумира® может привести к образованию аутоиммунных антител. Пациенты пожилого возраста. Частота серьезных инфекций среди пациентов старше 65 лет, получающих лечение препаратом Хумира®, была выше, чем у пациентов в возрасте до 65 лет: 3,6% по сравнению с 1,4% соответственно. При лечении лиц пожилого возраста, следует уделять особое внимание риску развития инфекции. **Особые указания при серьезных инфекциях, других оппортунистических инфекциях, реактивации гепатита В.** В неврологических осложнениях, подавлении иммунитета, вакцинации, одновременном применении биологических базисных препаратов для лечения ревматоидного артрита (ББПР) или антагонистов ФНО, при хирургическом вмешательстве, непереходимости тонкой кишки приведены в полной инструкции по медицинскому применению. **ФОРМА ВЫПУСКА:** раствор для подкожного введения 40 мг/0,4 мл. Информация только для медицинских и фармацевтических работников. Для получения более подробной информации о препарате, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению препарата или обратитесь в ООО «Белгос», 125196, г. Москва, ул. Лесная, д.7, БЦ «Белые Сады», здание «А», тел. (495) 258 42 77, факс (495) 258 42 87.

* ХУМИРА® 40 мг/0,4 мл, бесцитратная форма препарата адалимуаб <<http://grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx>>. Доступ от 20.11.2018
** Хумира® 40 мг/0,4 мл. Инструкция по медицинскому применению; Nash P. et al. Rheumatol Ther (2016) 3:257–270.

Информация для фармацевтических и медицинских работников На правах рекламы.