



ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«ПЕРВЫЙ БАЙКАЛЬСКИЙ
КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИЙ
ФОРУМ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ»

28–30 ИЮЛЯ 2022, МОСКВА

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| Батров П.А., Шутов С.А., Данишян К.И., Штыркова С.В., Прасолов Н.В., Рыбаков Е.Г., Хомяков Е.А., Иванов Н.С. ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ – НАДАНАЛЬНОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА У ПАЦИЕНТА С ГЕМОФИЛИЕЙ А, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ИНГИБИТОРА К ФАКТОРУ СВЕРТЫВАНИЯ VIII(FVIII) | 3 |
| Беляев А.И., Зитта Д.В. НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСАНАЛЬНЫХ ЭНДОМИКРОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ..... | 4 |
| Галашокян К.М. ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОГО ХОДА КОНТРОЛИРУЕМЫМ ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ | 5 |
| Ганич Е.Г., Щукина О.Б. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ КРОНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ..... | 6 |
| Гатауллин Б.И. ПОЛ ПАЦИЕНТА КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ | 7 |
| Гришаков П.И., Завалкин А.А., Жилина М.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИСТАЛЬНОГО КОЛПАЧКА В РУТИННОЙ КОЛОНОСКОПИИ..... | 7 |
| Данилов М.А., Кротов Г.А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА..... | 9 |
| Диденко П.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ РЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ..... | 10 |
| Едчик Р.А., Гиниятуллина Л.Ф. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЙ СУРГУТСКОЙ ОКРУЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ | 11 |
| Ермаков И.В. ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ НИЖНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ..... | 12 |
| Жилин И.В. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ЖИТЕЛЕЙ СИБИРИ И ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ | 13 |
| Зиганшин Б.М. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА | 14 |
| Казарезов О.В. ПРЕДИКТОРЫ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДИВЕРТИКУЛИТА У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19 | 14 |
| Клименко Е.С., Данишян К.И., Соболева О.А., Сабиров К.Р., Грибанова Е.О., Канаева М.Л., Галстян Г.М., Костина И.Э., Мальчикова А.О., Клясова Г.А. СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНТЕСТИНАЛЬНОГО МУКОРМИКОЗА | 16 |
| Колосов А.В. ПРИМЕНЕНИЕ ГИБРИДНЫХ ЛАПАРО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕУДАЛИМЫМИ АДЕНОМАМИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ | 17 |
| Кузнецов В.Д., Грошилин В.С. КОМБИНИРОВАННАЯ МЕТОДИКА РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА | 18 |
| Ликутов А.А., Савицкая Т.А. ФАКТОРЫ, ЛИМИТИРУЮЩИЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ПОДСЛИЗИСТОЙ ДИССЕКЦИИ (ESD) В ТОЛСТОЙ КИШКЕ..... | 18 |
| Матвеева А.С. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АНАТОМИИ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ..... | 19 |
| Нафедзов И.О. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ | 21 |
| Николаева А.О., Леонтьев А.В., Данилов М.А. МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА: ОПЫТ МКНЦ | 21 |
| Панкратова Ю.С., Карпухин О.Ю. ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ И ПАНДЕМИЯ COVID-19. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА..... | 22 |
| Петров Д.А. РОЛЬ АУТОЛОГИЧНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ КИШЕЧНИКА В ЛЕЧЕНИИ УЛЬТРАКОРОТКИХ ВАРИАНТОВ СИНДРОМА КОРОТКОЙ КИШКИ | 23 |

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| Радостев С.И. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТРАКОРПОРАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРАВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ..... | 24 |
| Рамазанова С.Р. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ БОЛЕЗНИ КРОНА С ВНЕКИШЕЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ..... | 25 |
| Расмагина И.А., Бакулин И.Г. ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА | 26 |
| Роженцева Д.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ КОПЧИКОВОЙ КИСТОЙ | 29 |
| Романова Е.М. ИНТРАКОРПОРАЛЬНЫЙ ИЛЕОТРАНСВЕРЗОАНАСТОМОЗ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРАВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ..... | 29 |
| Сазонов А.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ С ЛАТЕРАЛЬНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИССЕКЦИЕЙ..... | 30 |
| Сахабетдинов Б.А., Валитов Б.Р. ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ ПОЛИПОВ..... | 31 |
| Творогов Д.А., Дваладзе Л.Г., Раджабов Б.Э., Коваленко С.А., Ярцев М.М., Мовчан К.Н., Акимов В.П. РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ | 32 |
| Утюмова А.И. ВЫБОР ТАКТИКИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ | 33 |
| Хабибуллина Л.Р. РАДИКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ СЕМЕЙНОМ АДЕНОМАТОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. ИМПУЛЬСИВНОЕ РЕШЕНИЕ ИЛИ СТРОГАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ? | 35 |
| Хитарьян А.Г., Головина А.А., Ковалев С.А., Орехов А.А., Алибеков А.З., Ромодан Н.А., Чепурная И.А., Шимченко Д.К. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ 3D-ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ РЕКТОПЕКСИИ В СРАВНЕНИИ С 2D-ЛАПАРОСКОПИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕКТОЦЕЛЕ И ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ: ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ОДНОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ | 36 |
| Хрюкин Р.Ю. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А В ДОЗИРОВКЕ 40 ЕД В СРАВНЕНИИ С БОКОВОЙ ПОДКОЖНОЙ СФИНКТЕРОТОМИЕЙ (NCT03855046) | 37 |
| Хубезов Д.А., Зайцев О.В., Игнатов И.С., Огорельцев А.Ю., Ли Ю.Б., Снегур С.В., Пучков Д.К., Бурмистрова С.С., Леухина Т.И. ИЗУЧЕНИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЖКТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА КРЫСАХ..... | 37 |
| Цицкарова А.З., Демин А.Н., Корольков А.Ю., Хубулава Г.Г. ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ АНТИТРОМБИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ..... | 38 |
| Шинкарев С.А., Латышев Ю.П., Сорокин С.В., Мотин А.С., Шевченко О.Ю., Архипов Д.В. ТРАНСАНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ С ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТАЛЬНОЙ МОБИЛИЗАЦИЕЙ, ЧАСТИЧНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЕЙ | 39 |
| Ядрихинская М.С., Шахгильдян В.И., Орловский А.А., Домонова Э.А., Тишкевич О.А. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЗНАЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ ДНК ЦИТОМЕГАЛОВИРУСА В КРОВИ, БИОПТАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЦМВ-КОЛИТА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ..... | 40 |

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«ПЕРВЫЙ БАЙКАЛЬСКИЙ

КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ»

28-30 ИЮЛЯ 2022, МОСКВА

**ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ –
НАДАНАЛЬНОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА У ПАЦИЕНТА
С ГЕМОФИЛИЕЙ А, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ИНГИБИТОРА К ФАКТОРУ
СВЕРТЫВАНИЯ VIII (FVIII)**

Батров П.А., Шутов С.А., Данишян К.И., Штыркова С.В., Прасолов Н.В., Рыбаков Е.Г.,
Хомяков Е.А., Иванов Н.С.

ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России, г. Москва, Россия

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Возможным специфическим проявлением гемофилии А является формирование спонтанной гематомы брюшной полости, имитирующей клиническую картину различных острых хирургических заболеваний. Появлением ауто-антител к FVIII приводит к утрате ответа на заместительную гемостатическую терапию и требует индивидуально-ориентированного подхода к лечению, а также высокочувствительных технологий лабораторного мониторинга для уменьшения риска неконтролируемого кровотечения при проведении хирургических вмешательств.

ЦЕЛЬ. Показать особенности ведения периоперационного периода у пациента с тяжелым нарушением плазменного звена гемостаза.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Пациенту 43 лет, страдающему гемофилией А, по поводу гематомы мезоректум была выполнена обструктивная резекция толстой кишки с последующей серией лапаротомий по поводу неконтролируемого кровотечения и перитонита. В ФГБУ НМИЦ гематологии госпитализирован для проведения реконструктивной операции на толстой кишке и герниопластики. На фоне заместительной терапии препаратами FVIII сформирован наданальный колоректальный анастомоз и превентивная двусторонняя илеостома, фиксирован сетчатый протез. Послеоперационный период осложнился острым массивным кровотечением торpidным терапии FVIII. Предположено острое возникновение ингибитора к FVIII. Нормализация показателей свертывающей системы и купирование кровотечения было достигнуто на терапии антиингибиторным коагулантным комплексом при мониторинге гемостаза методом тромбоэластографии (ТЭГ), что позволило в последующем выполнить закрытие превентивной илеостомы. Пациент выписан с контролируемым актом дефекации.

ВЫВОД. Пациентам с тяжелой коагулопатией возможно выполнение операций любой степени сложности; для уменьшения риска послеоперационного кровотечения необходим персонализированный подход к заместительной гемостатической терапии, основанный на применении интегрального коагулологического теста.

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСАНАЛЬНЫХ ЭНДОМИКРОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Беляев А.И., Зитта Д.В.

Отделение колопроктологии ГБУЗ ПК Городская клиническая больница №2 имени Ф.Х. Граля, г. Пермь, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Анализ нашего первого опыта использования ТЭО в лечении пациентов с заболеваниями прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведено проспективное обсервационное исследование, в котором приняли участие 14 пациентов, которым в период с декабря 2021 г. по январь 2022 г. были выполнены ТЭО. 13 больных с доброкачественными новообразованиями прямой кишки, 1 пациент с НЯК в культе прямой кишки (ранее перенес колэктомию с резекцией прямой кишки). Предоперационное обследование включало в себя: пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию, биопсию и ПГИ препарата, колоноскопию, МРТ малого таза, исследование сыворотки крови на онкомаркеры РЭА, СА 19-9, СА 242. Все вмешательства ТЭО выполняли в плановом порядке. Предоперационная подготовка кишечника проводилась в 13 случаях. Антибактериальную профилактику проводили за 30 минут до операции: внутривенно 1,0 г цефтриаксона и 500 мг метронидазола. Все вмешательства производили под спинномозговой анестезией в положении на спине. Использовали стандартное оборудование для ТЭО компании Karl Stortz (Германия). После дивульсии анального канала в просвет прямой кишки устанавливали операционный ректоскоп, монтировали видеосистему, производили инсуфляцию углекислого газа в просвет кишки с давлением в пределах 11–12 мм рт.ст. В условиях карбоксиректум при помощи электрокоагуляции производили разметку границ резекции, отступив примерно на 0,5–1,0 см от видимых краев новообразования. После этого ультразвуковым диссектором выполняли иссечение полнослойного лоскута стенки прямой кишки с новообразованием. После удаления опухоли просвет кишки промывали раствором фурацилина, рану ушивали непрерывным швом монофираментной нитью Вилок 3/0 – 15 см. В 2 случаях рана была оставлена открытой.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средний возраст больных составил 58 ± 5 (39–81) лет. Женщин было 10. По данным ПГИ предоперационных биоптатов у всех пациентов были выявлены аденомы прямой кишки с дисплазией. Данные МРТ малого таза не выявили признаков инвазии опухоли за пределы слизистой или лимфогенной диссеминации ни у одного из больных. Результаты исследования сыворотки крови на онкомаркеры: РАЭ $2,4 \pm 4,6$ нг/мл, СА 19-9 $60,8 \pm 85,1$ ед/мл, СА 242 $3,9 \pm 12,4$ ед/мл. Средний размер новообразований составил 2,4 (1,2–7,9) см. Среднее расстояние от нижнего полюса опухоли до зубчатой линии составило $4,4 \pm 2,3$ см. В 8 из 13 наблюдений новообразования располагались по задней полуокружности кишечной стенки, остальные новообразования располагались на латеральных стенках прямой кишки. Среднее время операции составило $84,4 \pm 22,6$ (56–140) мин. Макроскопически чистые края резекции были получены в 12 случаях. В одном случае у больного с большой, полуциркулярной ворсинчатой опухолью пришлось удалять препарат частями. Послеоперационных осложнений не было. Время от госпитализации до выписки составило 8 ± 2 (6–13) дней. При патоморфологическом исследовании макропрепараторов выявлено: тубулярная аденома 3/13 (21,5%); гиперпластический полип 1/13 (28,5%), ворсинчатая аденома 9/13 (50,0%) пациентов.

ВЫВОД. ТЭО эффективный и безопасный способ лечения доброкачественных новообразований прямой кишки.

ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОГО ХОДА КОНТРОЛИРУЕМЫМ ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Галашокян К.М.

ФГБОУ ВПО Ростовский медицинский университет, кафедра хирургических болезней ФПК и ППС, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ, пilonидальный синус) выявляется в 3–5% случаев при массовом обследовании и занимает 4-е место в структуре колопроктологических заболеваний, проявляется в активном трудоспособном возрасте, а более половины оперируются до 30 лет. Результаты лечения ЭКХ нельзя назвать удовлетворительными: у 6–30% рецидивы, у 13–24% осложнения. При закрытии раны и наложении швов после иссечения в 14–74% отмечается несостоятельность швов, а рецидив заболевания в 4–45%. Открытый способ, вследствие своей простоты, является распространенным методом лечения в мире, основной его недостаток – это длительное заживление раны крестцово-копчиковой области.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов лечения больных с ранами крестцово-копчиковой области путём разработки и применения в практике терапии отрицательным давлением (вакуум-терапия).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В представленном исследовании выполнен анализ хирургического лечения 149 больных с пilonидальным синусом. При этом выполнено 34 операции иссечения ЭКХ с открытым ведением, 33 операции с иссечением и марсупиализацией раны, 43 – с первичным швом по Донати и 39 больным выполнено иссечение пilonидального синуса с последующей терапией контролируемым отрицательным давлением.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В группе больных с вакуум-терапией гнойных осложнений не отмечено. В группах с традиционным лечением вторичным заживлением нагноительные осложнения зафиксированы в 5 (14,7%) случаях, при марсупиализации – 9 (27,3%), при использовании швов Донати – 14 (32,6%). Наименьшее количество койко-дней отмечено при применении вакуум-терапии, что составило, в среднем, 9,2 дней. Период эпителизации ран с вакуумной терапией составил в среднем 27,4 дней, в случае с традиционным лечением мазевыми повязками – 67,3 дней, в подгруппе с марсупиализацией – 37 дней, а у больных со швами Донати составил 16,3 дня. У пациентов с вакуум-терапией период нетрудоспособности достоверно меньше, чем у пациентов, которым проводилось лечение мазевыми повязками – 21,6 и 28,8 дней, соответственно. Рецидив заболевания в подгруппе с применением отрицательного давления отмечен в 1 (2,6%) случае в то время, как у больных с традиционными методиками достигал 11%.

ОБСУЖДЕНИЯ И ВЫВОДЫ. Радикальной методикой лечения пilonидальной болезни является оперативное лечение. В настоящее время представлен широкий спектр оперативных пособий: открытое лечение, первичное закрытие раны (без перемещения и с перемещением межягодичной складки), пластические операции и лечение с применением малоинвазивных технологий. Однако результаты ближайшего и отдаленного послеоперационного периода не всегда удовлетворяют колопроктологов. Представленный способ лечения с применением терапии отрицательного давления позволяет уменьшить период заживления ран крестцово-копчиковой области после иссечения эпителиального копчикового хода и снижает частоту послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ КРОНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ганич Е.Г., Щукина О.Б.

*Кафедра общей врачебной практики (семейной медицины) ПСПБГМУ имени акад. И.П. Павлова
СПб ГБУЗ «Городская клиническая больница №31», г. Санкт-Петербург, Россия*

Ключевые слова: болезнь Крона, воспалительные заболевания кишечника, генно-инженерная биологическая терапия, возраст дебюта заболевания.

ВВЕДЕНИЕ. Болезнь Крона (БК) является хроническим воспалительным заболеванием кишечника, которое приводит к прогрессирующему его повреждению и инвалидности. Около 30% пациентов с БК заболевают в возрасте до 20 лет. Следовательно, большинство пациентов будет болеть на протяжении всей своей жизни. Из имеющихся литературных данных известно лишь то, что возраст младше 40 лет является независимым фактором риска потребности в хирургическом лечении болезни. Пациенты, заболевшие в детском возрасте, имеют более прогрессивное и экстенсивное поражение кишечника при БК, что требует более раннего агрессивного подхода в терапии и тщательного мониторинга активности болезни. На территории России мало что известно о различии в течение заболевания и факторах риска прогрессирования в зависимости от возраста дебюта заболевания (ВДЗ).

НАУЧНАЯ НОВИЗНА. Предполагается получить клинико-диагностические особенности течения БК у пациентов в зависимости от ВДЗ, что позволит выявить когорты пациентов, требующих особого подхода в наблюдении и лечении, что, в свою очередь, позволит улучшить клинические исходы заболевания. Предполагается проанализировать предикторы потребности в генно-инженерной биологической терапии у больных в зависимости от ВДЗ, что позволит оптимизировать лечебную тактику.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ. Оценка особенностей течения БК на основании клинико-диагностических критериев у пациентов с разным ВДЗ с целью оптимизации лечебно-диагностических подходов. Изучить и дать сравнительную оценку клиническим и визуализирующими признакам БК в зависимости от ВДЗ. Установить факторы риска неблагоприятных клинических исходов в зависимости от ВДЗ. Проанализировать связь ВДЗ и предикторов потребности в генно-инженерной биологической терапии у пациентов с болезнью Крона.

МЕТОДЫ. Сбор жалоб, анамнеза, объективный осмотр; Клинический анализ крови; Биохимический анализ крови (СРБ); Фекальные маркеры (фекальный кальпротектин, зонулин); Гастроскопия; Илеоколоноскопия с биопсией; Морфологическое исследование биоптатов кишки; МР – энтерография. Методы статистического анализа полученных результатов исследования. Ретроспективная оценка с проспективным наблюдением и ведением пациентов в течение 52 недель.

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ. Предполагается получить различия в клинической картине заболевания, распространенности поражения ЖКТ, особенностях локализации воспалительного процесса у пациентов в зависимости от ВДЗ и выявить более распространенное поражение тонкой кишки среди пациентов, заболевших в детском возрасте и, в свою очередь, более частую локализацию воспалительного процесса в толстой кишке у пациентов, заболевших старше 40 лет. Предполагается установить факторы риска прогрессирования болезни в зависимости от ВДЗ и подтвердить плохой прогноз у пациентов, заболевших в детстве. На основании полученных данных предполагается установить связь раннего ВДЗ и потребности в генно-инженерной биологической терапии у пациентов с БК.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Дополнительные более продолжительные проспективные исследования необходимы для уточнения особенностей течения болезни у пациентов в зависимости от ВДЗ.

ПОЛ ПАЦИЕНТА КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Гатауллин Б.И.

Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Татарстана, онкологическое отделение №3, г. Казань, Россия

Нами проанализирована выживаемость больных колоректальным раком (КРР) со стратификацией случаев с выделением «целевой» группы – пола пациента.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Разработать индивидуальную модель прогноза результатов лечения больных КРР в зависимости от половой принадлежности пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Работа основана на анализе результатов клинического обследования и лечения 654 пациентов с колоректальным раком, из них мужчин – 434, женщин – 220.

РЕЗУЛЬТАТЫ корреляционного анализа факторов, влияющих на 5-летнюю выживаемость показали, что у 7 параметров, в свете их прогностического значения, выявлена достоверная корреляция ($p < 0,05$) с результатами 5-летней выживаемости, это – стадия заболевания ($r = 0,762$), статус T ($r = 0,547$), N ($r = 0,672$), M ($r = 0,575$), возраст больного ($r = 0,522$), статус гена K-ras ($r = 0,485$), степень дифференцировки опухоли ($r = 0,439$). Используя регрессионный анализ, построены модели «дерева решений», отдельно для пациентов мужского и женского пола. Исходя из полученных данных, прогностически неблагоприятными следует считать у мужчин низкодифференцированные опухоли при любом T, с наличием регионарных метастазов, отсутствием отдаленных метастазов и мутацией гена K-ras: 5 лет не прожил ни один пациент. В то же время даже при наличии отдаленных метастазов при отсутствии мутации 5 – летняя выживаемость составила 10%. У женщин прогностически неблагоприятными являются опухоли любой дифференцировки T3-4 N0 с наличием отдаленных метастазов (5 лет прожили 6% пациентов) и низкодифференцированные опухоли T4N0M0 – (пятилетняя выживаемость – 8%) независимо ее мутационного статуса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Знание гендерно-ассоциированных особенностей развития и течения КРР актуально для онкологов для прогноза заболевания, а также выбора эффективных диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИСТАЛЬНОГО КОЛПАЧКА В РУТИННОЙ КОЛОНОСКОПИИ

Гришаков П.И., Завалкин А.А., Жилина М.В.

ГБУЗ «Центр специализированных видов медицинской помощи им. В.П. Аваева» г. Тверь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Колоректальный рак (КРР) занимает одно из ведущих мест в мире в структуре заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний. Наиболее эффективной методикой скрининга КРР в популяции лиц среднего риска в возрасте 40–75 лет относят эндоскопическое исследование толстой кишки, все чаще дополняемое использованием различных технических приспособлений, облегчающих диагностическую и оперативную активность врача. Одним из них является дистальный колпачок, позволяющий увеличить фокусное расстояние при прохождении складок, упрощающий процесс интубации тонкой кишки. Краем колпачка возможно осторожно и бережно отодвигать складки кишки и осматривать позадискладочное пространство, выполнять акваскопию. Наконец, дистальный колпачок также удобен при оперативной активности для уверенной фиксации образований в поле зрения и контроля хирургического инструмента.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследовано 57 человек (48 женщин и 9 мужчин, средний возраст – 57,6 лет) выполнялось на оборудовании компании Fujifilm, модель колоноскопов EC-760R-V/L и EC-760ZP-V/L. Анализ результатов проводился с учетом выделения 2 групп пациентов: в первую вошли 42 пациента без спаечной болезни брюшной полости (8 мужчин и 34 женщины), во вторую – 15 человек (1 мужчина и 14 женщин) со спайками брюшной полости различной локализации. Критерии включения пациентов в выборку: достаточное качество подготовки к исследованию (суммарное число баллов по Бостонской шкале 6 и выше); сохраненное анатомическое строение толстой кишки; наличие проходимости толстой кишки и илеоцекального клапана. Критерии исключения/невключения в исследование: низкое качество подготовки к исследованию (суммарное число баллов по Бостонской шкале менее 6); предшествующие операции на толстой кишке (резекции, гемиколэктомия, наложенные обходные анастомозы); стенозы кишки, объективно препятствующие проведению аппарата за стеноз и выполнению тотальной колоноскопии с интубацией подвздошной кишки. В 1-й группе 22 пациента были осмотрены без дистального колпачка, 14 – человек с колпачком. В 6 случаях осмотр начинался без использования дистального колпачка, но ввиду неэффективности осмотра, осмотр продолжался после одевания колпачка. Во 2-й группе 6 пациентов были осмотрены без дистального колпачка, 6 – с колпачком; 3-м пациентам осмотр начинался без дистального колпачка, неэффективность осмотра требовала использования колпачка и продолжение осмотра с ним. Оценивались следующие показатели: достижение купола слепой кишки; интубация подвздошной кишки; время, затраченное на прохождение толстой кишки; время, затраченное на осмотр толстой кишки; болевые ощущения пациента по шкале боли NRS; частота выявления мелких и крупных полипов; частота выявления злокачественных новообразований (ЗНО). У пациентов, у которых исследование начинали без колпачка, а затем продолжали с ним, оценивался уровень болевых ощущений без колпачка и с колпачком.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В 1-й группе пациентов при осмотре с дистальным колпачком болевые ощущения менее выражены; в 100% случаев удалось достичь купола слепой кишки и интубации подвздошной кишки; время, затраченное на прохождение кишечника, составило 18,9 мин, а время на осмотр кишки на выходе – 20,0. При этом частота обнаружения мелких и крупных полипов выше (1,42 случай на 1 исследование), чем при осмотре без колпачка (0,86 случай на 1 исследование); частота обнаружения ЗНО приблизительно одинакова в группе с колпачком и без колпачка (0,1 случай на 1 исследование). У пациентов этой группы исследование, начатое без колпачка и продолженное с колпачком, сопровождалось менее выраженными болевыми ощущениями, чем при том же осмотре, но без колпачка; частота достижения купола слепой кишки составила 83,3%, интубации подвздошной кишки – 66,6%; время, затраченное на прохождение кишечника – меньше (16,3 мин.), чем при осмотре с колпачком (20,8 мин.); время на осмотр кишки на выходе было меньше (11,2 мин.), чем при осмотре без колпачка (15,9 мин.), а частота обнаружения мелких и крупных полипов ниже (0,33 случая на 1 исследование), частота обнаружения ЗНО ниже, чем в группе с колпачком и без колпачка (0 случаев). Во 2-й группе пациентов при осмотре с дистальным колпачком выраженность болевых ощущений оценивалась одинаково, равно как и частота обнаружения мелких и крупных полипов, ЗНО; частота достижения купола слепой кишки составила 100%, а интубации подвздошной кишки – 66,6%, что меньше, чем в группе осмотренных без колпачка; время, затраченное на прохождение кишечника и время, которое тратит доктор на осмотр кишки на выходе одинаково – соответственно 25,9 мин. и 15,7 мин. При этом у пациентов со спаечной болезнью брюшной полости исследование, которое начинали без колпачка и продолжали исследование с колпачком, болевые ощущения менее выражены, чем при том же осмотре, но без колпачка; частота достижения купола слепой кишки и интубации подвздошной кишки составила 100%, тогда как время, затраченное на прохождение кишечника, (27,3 мин.) – больше, чем при осмотре с колпачком (25,9 мин.). При этом время на осмотр кишки на выходе (13,6 мин.) – меньше, чем при осмотре без колпачка (16,3 мин.), а частота обнаружения мелких и крупных полипов, ЗНО приблизительно одинакова.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Эндоскопическое исследование кишечника с использованием дистального колпачка позволяет несколько снизить болевые ощущения у пациента при проведении колоноскопии за счет

увеличения фокусного расстояния и, как следствие, более эффективного прохождения петель и изгибов кишки, а также за счет уменьшения объема нагнетаемого в толстую кишку газа. При этом сокращается время прохождения толстого кишечника, возрастает доля эффективного выполнения тотальных колоноскопий и интубаций подвздошной кишки, увеличивается время осмотра на выходе ввиду появления возможности осмотра позадискладочного пространства, что, в свою очередь, позволяет выявить ранее недоступные для осмотра неоплазии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА

Данилов М.А., Кротов Г.А.

ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ, отделение колопроктологии, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Клостродий-ассоциированный псевдомембранный колит (ПК) – это острое воспалительное заболевание толстой кишки, характеризующееся токсин-индукцированным повреждением слизистой оболочки с последующим формированием фиброзных наложений. Основными факторами, увеличивающими риск развития данного заболевания посредством нарушения кишечной микробиоты и колонизации толстого кишечника *Clostridioides difficile*, являются длительная антибактериальная терапия, пожилой возраст (старше 65 лет) и длительный период пребывания пациента в стационаре. На фоне пандемии новой коронавирусной инфекции, из-за тропности вируса к эпителию толстой кишки с последующим его повреждением и возросшей частотой применения массивной антибактериальной и биологической терапии, отмечено многократное возрастание числа госпитализаций пациентов с тяжелыми формами ПК. Под тяжелыми формами ПК следует понимать тяжелую и фульминантную формы. Тяжелая форма характеризуется наличием у пациента профузной диареи, вздутием живота, абдоминальным болевым синдромом, лейкоцитозом (более $15 \times 10^9/\text{л}$) и повышением уровня сывороточного креатинина (более 133 мкмоль/л). Фульминантная форма характеризуется лейкоцитозом (более $35 \times 10^9/\text{л}$) или лейкоцитопенией (менее $3 \times 10^9/\text{л}$), повышением сывороточного лактата (более 2,2 ммоль/л), частым развитием токсического мегаколона, следствием которого является гипотензия, токсический шок, абдоминальный компартмент синдром и перфорация стенки толстой кишки, а также высокой смертностью (35–50%) и риском рецидива заболевания (15–25%). В качестве консервативной терапии клостродиального колита применяют комбинации метронидазола с ванкомицином или фидаксомицином, но при неэффективности консервативной терапии и стремительном ухудшении состояния пациента возникает необходимость принятия решения в пользу экстренной операции в объеме субтотальной или тотальной колэктомии. В поисках путей улучшения результатов лечения Neal MD и соавторы в 2011 г. предложили выполнение ранней малоинвазивной органосохраняющей операции в объеме формирования петлевой ileostомы с последующим выполнением антеградного лаважа толстой кишки растворами метронидазола и ванкомицина.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты лечения пациентов с тяжелыми формами ПК путем оптимизации хирургической тактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Выполнен ретроспективный анализ 38 пациентов, подвергшихся хирургическому лечению с начала 2018 г., из них 22 мужчин и 16 женщин. Средний возраст пациентов – $54,4 \pm 4,4$ лет. Из исследования были исключены пациенты, имеющие такие сопутствующие заболевания, как воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит и болезнь Крона), ишемический и микроскопический колиты, аллергические и онкологические заболевания. Все пациенты, в зависимости от объема операции были распределены на 3 группы: группа I – пациенты, которым выполнено формирование петлевой ileostомы (27 пациентов); группа II – пациенты, которым выполнена субтотальная колэктомия (7 пациентов); группа III – пациенты, которым выполнена тотальная колэктомия (4 пациента).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Основными факторами включения пациентов в I группу были неэффективность ранее проводимой консервативной терапии (от 48 до 72 часов) и отсутствие клинико-лабораторных признаков фульминантного течения заболевания. Пациентам данной группы интраоперационно через сформированную илеостому проводился зонд за илеоцекальный угол в просвет слепой кишки, через который в течение 10 дней проводился лаваж толстой кишки раствором ванкомицина с метронидазолом. Средняя продолжительность экспозиции раствора в просвете толстой кишки составила 25–30 мин. Пациентам I группы на 7-е сутки после формирования стомы выполнялась контрольная колоноскопия, в результате которой у всех пациентов была отмечена положительная динамика различной степени выраженности (уменьшение площади поражения и гиперемии слизистой толстой кишки, наличие свежих эрозий на месте отхождения фибриновых пленок и уменьшение ригидности стенок толстой кишки). У всех пациентов (100%) I группы в различные сроки выполнены реконструктивно-восстановительные операции. При выполнении контрольной колоноскопии через 3 мес. у всех пациентов (100%) отмечен полный регресс заболевания. Пациентам II и III групп были выполнены вмешательства в экстренном и срочном порядке в зависимости от степени поражения толстой кишки. Группы различались по частоте гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде: в группе I – 2,5%, в группе II – 26%, в группе III – 100%. Средняя длительность пребывания пациентов I группы в стационаре составляла 7 койко-день, пациентов II и III групп – 13 койко-день. Пациентам II и III групп реконструктивно-восстановительные операции не проводились. Послеоперационной летальности в общей выборке пациентов не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Залогом успешного лечения пациентов с тяжелыми формами ПК является своевременная диагностика заболевания, тяжести и определение показаний к тому или иному объему хирургического вмешательства. Формирование илеостомы и проведение антеградного лаважа толстой кишки позволяет проводить эффективную лекарственную терапию, снижая тем самым риск развития осложнений и значительно повышая качество жизни пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ РЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Диденко П.Н.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Прямокишечные свищи – одно из наиболее распространенных проктологических заболеваний, составляющее до 35–40% всех патологий анального канала и перианальной области. Свищи прямой кишки чаще всего развиваются вследствие нерадикального хирургического лечения острой формы парапроктита. По различным литературным данным свищ прямой кишки является основной причиной развития пектеноза и недостаточности анального сфинктера, которая отмечается у 5–35% оперированных пациентов. Столь высокий процент недержания обусловлен, как правило, избыточной радикальностью лечения или же длительность заболевания, что связано с замещением рубцовой тканью волокон запирательного аппарата прямой кишки. С развитием хирургических техник и появлением малоинвазивных технологий в настоящее время наиболее предпочтительными оперативными методами являются сфинктеросберегающие операции, которые активно внедряются в клиническую практику, как в России, так и за рубежом.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты лечения пациентов с хроническим парапроктитом и высокими экстрасфинктерными свищами прямой кишки, путем применения сфинктеросберегающих операций, определить их эффективность.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В хирургическом отделении клиники Ростовского медицинского университета за период 2020–2022 гг. проведён ретроспективный многофакторный анализ лечения 62 пациентов

с экстрасфинктерными прямокишечными свищами. Возраст больных варьировал от 22 до 62 лет, мужчин было 42, женщин 20. Все больные были разделены на 3 сравниваемые группы в зависимости от метода малоинвазивного сфинктеросберегающего оперативного лечения. В I группе было 20 пациентов, которым были выполнены операции по методике видеоассистированного лечения свища (VAAFT). Во II группе состояло 26 пациентов, которым была выполнена методика межсфинктерной перевязки свища (LIFT). И в III группе было 16 пациентов, оперированных по методу лазерной коагуляции свищевого тракта (FILAC).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Проанализировав все группы пациентов, и учитывая следующие критерии: приоритетом являлась радикальность выбиравшего способа операции и выраженность болевого синдрома. Мы получили следующие результаты. Выраженный болевой синдром возник у 4 (20%) пациентов I исследуемой группы, у 6 (23%) пациентов II группы и у 7 (37%) пациентов III группы. Что касается радикальности операции, то рецидивы заболевания возникли у 7 (35%) пациентов I исследуемой группы, у 2 (8%) пациентов II группы и у 6 (38%) пациентов III группы. Длительность стационарного лечения статистически не различалась и варьировала от 4 до 8 суток, в среднем $5,76 \pm 0,42$. В группе с применением FILAC технологии отмечалось наличие инфильтратов перианальной области у 3 (19%) пациентов в послеоперационном периоде, что удлиняло период стационарного лечения и увеличивало выраженность болевого синдрома.

ВЫВОДЫ. Учитывая вышеизложенные результаты, мы можем сказать, что методика LIFT по своей радикальности превосходила другие методики в исследуемых группах. Однако методика VAAFT имела наименее выраженный болевой синдром. Учитывая указанные данные, следует рассматривать данные методики с точки зрения их эффективности при минимальной травматизации тканей запирательного аппарата прямой кишки и снижения риска инконтиненции. Сравнительный анализ выявил преимущества LIFT и VAAFT методик, позволяющих минимизировать выраженность и длительность болевого синдрома, и не уступающих в радикулизме при отсутствии рецидивов после их применения в исследуемых группах.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЙ СУРГУТСКОЙ ОКРУЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Едчик Р.А., Гиниятуллина Л.Ф.

БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский Государственный Университет», г. Сургут, Россия

Одна из важнейших проблем колопроктологии – вопросы диагностики и лечения дивертикулярной болезни. На сегодняшний день имеются трудности в этом вопросе, такие как стертая клиническая картина заболевания и несвоевременность постановки диагноза, ведущая к образованию осложнений. Из этого выходит, что «истинная» распространенность и частота дивертикулярной болезни неизвестна.

ЦЕЛЬ. Оценить долю осложнений дивертикулярной болезни в структуре хирургических патологий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В основу исследования положены данные опыта диагностики осложнений дивертикулярной болезни хирургического и проктологического отделений Сургутской окружной клинической больницы с 1 января 2014 года по 31 декабря 2020 года. Взяты 105 пациентов, из которых 40 мужчин и 65 женщин в возрасте от 31 до 91 года.

Результаты и обсуждения: 18 (17,1%) человек поступили в приемное хирургическое отделение СОКБ в экстренном порядке, остальные 87 (82,9%) человек – само обращение, с жалобами на боли в животе. Доля совпадения диагноза при поступлении по сравнению с заключительным диагнозом составила 32,4%. У 66 пациентов был выставлен диагноз после проведения инструментальных исследований, из которых у 22 пациентов были осложнения дивертикулярной болезни. Всем пациентам с осложнениями проводилась лапаротомическая резекция сигмовидной кишки. Во всех случаях, среди оперированных больных, летальность отсутствовала,

а также не отмечались интра- и послеоперационные осложнения. Среди оперированных наблюдалась 3 пациента с кишечным кровотечением. Позже они принимали гемостатическую терапию, рецидива кровотечения не отмечалось. У оставшихся 19 пациентов наблюдались: паракишечный инфильтрат – 5 человек, перфоративный дивертикулит – 7 человек, стеноз – 1 человек, мочепузырно-прямокишечный свищ – 1 человек.

ВЫВОДЫ. Правильная постановка диагноза является важным шагом в достижении положительных результатов лечения. Прогноз в большинстве случаев дивертикулярной болезни толстой кишки благоприятный. Больные с дивертикулярной болезнью должны быть взяты под диспансерное наблюдение. По данным эпидемиологических исследований, назначение диеты, богатой растительными волокнами, может существенно снижать риск развития дивертикулов толстой кишки и их осложнений.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ НИЖНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Ермаков И.В.

ФГБУ МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Техника резекции левых отделов ободочной и прямой кишки при колоректальном раке подразумевает «высокое» и «низкое» лигирование нижней брыжеечной артерии. Уровень «перевязки» артерии может быть связан с кровоснабжением низводимой кишки, что может увеличить частоту несостоительности колоректального анастомоза.

ЦЕЛЬ данной работы – оценить влияние уровня перевязки нижней брыжеечной артерии на частоту несостоительности анастомоза, время операции, объем лимфаденэктомии и послеоперационный койко-день.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С января 2021 г. по январь 2022 г. проанализированы результаты пилотного исследования, в которое были включены 59 пациентов с adenокарциномой сигмовидной кишки, ректосигмоидного соединения и прямой кишки cT2-4aN0-2M0-1, которым выполнена операция с формированием колоректального анастомоза. Неoadьювантное лечение проведено в соответствии с действующими клиническими рекомендациями. Первую группу составили 25 пациентов, которым выполнено «низкое» (с сохранением левой ободочной артерии) лигирование нижней брыжеечной артерии, вторую 34 пациента, которым выполнено «высокое» лигирование. За первичный критерий оценки принята частота несостоительности анастомоза в группах. Для определения стратегии лечения использована классификация несостоительности по степени тяжести (Rahbari N.N., 2010). Вторичные критерии – время операции, объем лимфаденэктомии, послеоперационный койко-день.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациенты в группах были сопоставимы по полу, возрасту. Женщин среди них было 33 (55,9%), мужчин 26 (44,1%). Возраст пациентов составил $65,8 \pm 11,8$ года (41–84 лет). Лапароскопически-ассистированные вмешательства выполнены у 56 (94,9%) пациентов, открытые у 3 (5,1%), конверсия выполнена у 4 пациентов. В группе низкого лигирования продолжительность вмешательства была значимо короче ($263,04 \pm 69,76$ мин и $275,84 \pm 75,64$ мин; $p = 0,029$). Среднее число исследованных лимфатических узлов в препарате в группах не различалось (в основной $20,4 \pm 8,8$ л/у и в контрольной группе $18,6 \pm 6,1$ л/у, соответственно; $p = 0,370$). Длина удаленного участка кишки в группе низкого лигирования была меньше ($16,6 \pm 5,2$ и $21,6 \pm 5,5$ см; $p = 0,001$). Послеоперационные осложнения развились у 15 (25,4%) пациентов, у 7 (28%) пациентов в группе низкого и у 8 (23,5%) пациентов группы высокого лигирования ($p = 0,697$). У 3 (12%) пациентов ($n = 3$ класс C) группы низкого и у 6 (17,6%) пациентов ($n = 1$ класс A; $n = 1$ класс B; $n = 3$ класс C) группы высокого развилась несостоительность анастомоза ($p = 0,552$). После низкой передней резекции несостоительность колоректального анастомоза развилась у 5 пациентов, у 4 пациентов группы высокого,

и у 1 пациента из группы низкого лигирования. Средний койко-день в группах не различался (в основной 11,34 + 5,49 дня и 12,15 + 5,74 дня в контрольной; $p = 0,602$).

ОБСУЖДЕНИЕ. Недостаточность кровоснабжения низводимой кишки и натяжение анастомоза сегодня рассматривается как основные причины несостоятельности анастомоза. Проведенный предварительный анализ не показал достоверных различий в частоте несостоятельности анастомоза в группах. Однако прослеживается тенденция по снижению частоты несостоятельности анастомоза среди пациентов с сохранением левой ободочной артерии. Общее количество удаленных лимфатических узлов и послеоперационный койко-день в группах достоверно не различались. Длина удаленного участка кишки была достоверно больше у пациентов контрольной группы, как и продолжительность операции, что можно объяснить недостаточной длинной низводимой кишки и необходимостью мобилизации селезеночного изгиба.

ВЫВОДЫ. Сохранение левой ободочной артерии у пациентов с adenокарциномой сигмовидной и прямой кишки не сопровождается увеличением времени операции, не ухудшает качество выполненной лимфаденэктомии и может сопровождаться снижением частоты несостоятельности колоректального анастомоза.

РЕКОМЕНДАЦИИ. Анализ результатов свидетельствует о целесообразности продолжения набора пациентов в исследование и, в дальнейшем, проведения рандомизированных исследований.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ЖИТЕЛЕЙ СИБИРИ И ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Жилин И.В.

Иркутский научный центр хирургии и травматологии, г. Иркутск, Россия

Ключевые слова: язвенный колит, колпроктэктомия, генетические предикторы

Частота колпроктэктомий (КПЭ) при язвенном колите (ЯК) достигает 15–40%.

ЦЕЛЬ. Оценить роль полиморфизмов TNF α (rs1800629) IL10(rs1800871, rs1800896) ITGA4(rs1143674, rs1449263), ITGB7(rs11574532) в качестве предикторов развития ЯК, потребности в колэктомии у жителей Иркутской области, Республики Бурятия и Забайкальского края

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Европеоиды: группа консервативного лечения $n = 70$, группа оперативного лечения $n = 25$; пациенты бурятской принадлежности $n = 25$. Контроль представлен здоровыми добровольцами (европеоиды ($n = 114$), буряты ($n = 24$)). Генотипы исследовали методом ПЦР. В программе «IBM SPSS Statistics» рассчитывали χ^2 -квадрат, бинарную логистическую регрессию.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Гомозиготы ITG α 4(rs1449263)GG в группе консервативного лечения встречались чаще, чем в контроле ($p = 0,017$). Частота КПЭ была выше среди носителей ITG α 4(rs1449263)AG, ITG β 7(rs11574532)TT ($p = 0,026$; $p = 0,018$) и у пациентов с тотальным колитом ($p = 0,007$). Регрессионный анализ демонстрировал, что ITG β 7(rs11574532)TT ($p = 0,04$), возраст дебюта ЯК ($p = 0,009$) являлись предикторами КПЭ у европеоидов, а IL10(rs1800896)GG фактором риска развития ЯК у бурят. Разработана модель прогнозирования КПЭ у европеоидов, с хорошей прогностической способностью (AUC = 0,722; $p = 0,001$; 95%ДИ:0,612–0,832).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Исследование полиморфизма генов ITG β 7(rs11574532)TT и ITG α 4(rs1449263)AG в дебюте заболевания у европеоидов и IL10(rs1800896)GG в бурятской когорте представляется логичным для обоснования ранней таргетной терапии до развития осложнений.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СКРИНИНГА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Зиганшин Б.М.

*¹ГАУЗ Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Татарстан,
г. Казань, Россия*

*²Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
г. Казань, Россия*

Скрининг колоректального рака, как средство ранней диагностики и вторичной профилактики, приводит к снижению заболеваемости и смертности от колоректального рака (КРР). Он позволяет зафиксировать не только предраковые состояния, но и более ранние стадии КРР, которые поддаются эффективному лечению.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Проанализировать результаты скрининга КРР у населения Республики Татарстан (РТ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В скрининговом исследовании проведенном в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения (ДОГВН) ежегодно принимает участие более 500 тысяч граждан Республики Татарстан. Ежегодно выполняется около 200 тыс. исследований кала на скрытую кровь у лиц без имеющейся кишечной симптоматики, в возрасте от 45 до 84 лет. Исследуемые прошли тестирование в поликлиниках по месту жительства с помощью фекального иммунохимического теста (FIT), который является общепринятым скрининговым методом во многих странах мира. Уровнем отсечения считали концентрацию гемоглобина в образце более 50 нг/мл. Исследование проведено в период с 2015 по 2020 год.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Доля выявленных патологических результатов в РТ составляет, в среднем 8% от общего количества проведенных тестов. Следовательно, ежегодно около 16 тыс. граждан должны направляться на второй этап ДОГВН для проведения фиброколоноскопии (ФКС). Однако ФКС проведена всего лишь каждому десятому потенциальному пациенту, что связано с отказом многих лиц проходить эту процедуру и различными организационными причинами. По результатам проведенной эндоскопии у 5% пациентов выявлен рак прямой и ободочной кишки, у 37% доброкачественные новообразования различных отделов толстой кишки (в том числе и у больных с опухолями). Отмечено, что значительная доля пациентов (58%) с «положительным тестом кала на скрытую кровь» не имели какой-либо органической патологии прямой или ободочной кишки. Основной проблемой в анализе результатов скрининга явилась сложность в получении результатов колоноскопии из различных медицинских учреждений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Для полноценного проведения скрининга колоректального рака необходимо создать в регионах единый координирующий центр для сбора и анализа результатов первого и второго этапов диспансеризации в одном месте. Следует принять меры для увеличения и поддержания высокого уровня готовности населения к программам скрининга, что повысит их соблюдение среди различных групп населения.

ПРЕДИКТОРЫ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДИВЕРТИКУЛИТА У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Казарезов О.В.

БУЗ ВО ВОКБ №1, г. Воронеж, Россия

Дивертикулярная болезнь толстой кишки является мультифакториальным заболеванием, распространенным в западных странах, и поражающим около половины населения старше 60 лет. Острый дивертикулит представляет собой наиболее частое осложнение дивертикулярной болезни и является причиной экстренной госпитализации и операции у пожилых людей.

Во время пандемии COVID-19 системы здравоохранения повсеместно внесли серьезные изменения в работу, отложив плановую диагностику и лечение по широкому спектру патологий. Относительно хирургии и, в частности колоректальной хирургии, произошло сокращение объема как плановых, так и срочных мероприятий, особенно при доброкачественных заболеваниях, к которым относится и дивертикулярная болезнь. При анализе баз данных PubMed за период с начала пандемии COVID-19 найдено менее 30 публикаций, характеризующих развитие острого дивертикулита у пациентов, госпитализированных с новой коронавирусной инфекцией. Однако эта проблема очень актуальна, так как пациенты с вирусной пневмонией, ассоциированной с COVID-19, имеют повышенный риск осложнений, в том числе и фатальных, и главная задача заключается в том, чтобы оптимизировать тактику по раннему выявлению осложнений дивертикулярной болезни и сбалансировать сроки начала лечения, в том числе и хирургического. Сроки хирургического лечения острого перфоративного дивертикулита в эпоху COVID-19 могут зависеть от степени поражения легочной ткани и нарушения функции внешнего дыхания.

Также нам известно о наличии симптоматики со стороны желудочно-кишечного тракта, непосредственно ассоциированной с COVID-19. Патофизиологические механизмы этих изменений пока неясны. Необходимо отметить, что подобные желудочно-кишечные симптомы часто относят только на счет вирусной инфекции, а это может быть первым проявлением воспалительных изменений в дивертикулах толстой кишки. Таким образом, своевременная диагностика острого дивертикулита может быть затруднена.

ЦЕЛЬ нашего исследования – выявить возможные факторы риска, предикторы развития серьезных осложнений дивертикулярной болезни у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. С апреля 2020 года на базе БУЗ ВО ВОКБ №1 был развернут стационар для оказания помощи пациентам с новой коронавирусной инфекций COVID-19. В период с 01.04.2020 г. по 31.12.2021 г. было пролечено 9484 пациентов. В исследование были включены пациенты, у которых в процессе лечения новой коронавирусной инфекции развилась клиника осложненного дивертикулита с формированием паракишечного инфильтрата, абсцесса или перфорацией в свободную брюшную полость. Выборка пациентов проводилась ретроспективно на основе анализа медицинских карт.

В исследование было включено 28 пациентов с клиникой осложненного острого дивертикулита (18 женщин, 10 мужчин), средний возраст составил $63,7 \pm 9,16$ года. Как правило, первым симптомом был болевой синдром, однако в ряде случаев диагноз был поставлен только на основе инструментальных методов исследования. В среднем, острый дивертикулит возникал на $9 \pm 5,7$ сутки после госпитализации и начала терапии COVID-19. У 19 пациентов был выявлен воспалительный инфильтрат с наличием или отсутствием абсцесса, у 9 – перфоративный дивертикулит, осложненный перитонитом. Было прооперировано 11 пациентов: у 7 пациентов выполнена обструктивная резекция пораженного сегмента толстой кишки, в 4 случаях – формирование колостомы. Летальность составила 35,7% (умерло 10 пациентов), при этом в 6 случаях летальный исход был в течение первых суток после операции. По данным проведенного регрессионного анализа динамика повышения С-реактивного белка, лейкоцитов и уровня прокальцитонина, а также таргетная терапия (применение блокаторов ИЛ-6) достоверно было ассоциировано с выполнением хирургического вмешательства. А прогностическими признаками летального исхода была степень поражения легочной ткани, дозировка ГКС, уровень С-реактивного белка. С другой стороны, возраст, пол, длительность терапии ГКС, наличие сопутствующего сахарного диабета не влияли на исход заболевания. Малое количество наблюдений позволяет сделать только предварительные результаты по выявлению возможных предикторов тяжелого и крайне тяжелого течения дивертикулярной болезни толстой кишки у пациентов с новой коронавирусной инфекцией. При появлении симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта у пациентов с COVID-19, в первую очередь, болевого синдрома, особенно на фоне высоких доз ГКС и после введения блокаторов ИЛ-6 необходимо помнить о возможности острого дивертикулита и своевременно проводить инструментальную диагностику, включающую РКТ брюшной полости, для своевременного выявления такого опасного осложнения, как перфорация дивертикула.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНТЕСТИНАЛЬНОГО МУКОРМИКОЗА

Клименко Е.С., Данишян К.И., Соболева О.А., Сабиров К.Р., Грибанова Е.О., Канаева М.Л., Галстян Г.М., Костина И.Э., Мальчикова А.О., Клясова Г.А.

ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России, г. Москва, Россия

Ключевые слова: мукормикоз, гемиколэктомия, миелотоксический агранулоцитоз.

ВВЕДЕНИЕ. Инфекции, вызванные грибами, представляют значимую проблему у онкогематологических больных. Мукормикоз является третьим по частоте встречаемости среди инвазивных микозов, уступая инвазивному аспергиллезу и инвазивному кандидозу. Летальность при мукормикозе высокая, составляет от 50% и более.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Представить случай успешной сочетанной терапии, включающей хирургическое лечение и применение антимикотиков, интестинальной формы мукормикоза у больной с острым миелоидным лейкозом в период миелотоксического агранулоцитоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Пациентка 22 лет с острым миелоидным лейкозом была госпитализирована в ФГБУ «НМИЦ гематологии» в связи с развитием позднего рецидива заболевания после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. Проведение химиотерапии осложнилось миелотоксическим агранулоцитозом, фебрильной лихорадкой, тифлитом, параколическим инфильтратом размером 62×44 мм с вовлечением стенок толстой кишки. По данным КТ органов брюшной полости было выявлено полостное образование в илеоцекальной области. В то время как при УЗИ и МРТ определялся инфильтрат. При КТ грудной клетки был обнаружен очаг в нижней доле левого легкого. При исследовании бронхо-альвеолярной жидкости не было получено данных за инвазивных микоз. В связи с наличием инфильтрата илеоцекального угла, увеличивающегося в размерах, выполнено оперативное вмешательство. Инфильтрат был представлен конгломератом, состоящим из петель дистального отдела подвздошной кишки и слепой кишки. Выявлен трансмуральный некроз слепой кишки, червеобразного отростка, дистального отдела подвздошной кишки, париетальной брюшины и забрюшинной клетчатки.

Была выполнена правосторонняя гемиколэктомия с резекцией 70 см измененного дистального отдела подвздошной кишки, иссечены некротизированная париетальная брюшина подвздошной ямки и участки измененной фасции правой поясничной мышцы. В день операции при флуоресцентной микроскопии (окраска калькофлюором белым) биоптата кишки был обнаружен несептированный мицелий, дано заключение о наличии мукормикоза. При патологоанатомическом исследовании выявлена морфологическая картина язвенно-некротического илеита, а также, в кровеносных сосудах разного калибра выявлены грибковые эмболы. Больной была назначена сочетанная противогрибковая терапия, включающая липидный комплекс амфотерицина В (доза 5 мг/кг в сутки, внутривенно) и каспофунгин. Впоследствии был получен рост грибов *Rhizopusoryzae*, принадлежащих к порядку Mucorales.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. В представленном клиническом наблюдении длительная иммуносупрессия, резистентное течение основного заболевания, длительный агранулоцитоз способствовали развитию редкого осложнения – интестинальной формы мукормикоза. Отмечено расхождение результатов среди использованных инструментальных методов исследования. По данным КТ проводилась дифференциальная диагностика между параколическим абсцессом и деструкцией аппендиекса. Однако, по данным МРТ и УЗИ, структура купола слепой кишки и аппендиекса была сохранена. В связи с отсутствием достоверных данных за абсцедирование, продолжалась антибактериальная терапия. Колоноскопия выполнялась в связи с высоким риском перфорации толстой кишки. Применяемая противомикробная терапия была неэффективной. После получения данных за появление нового очага уплотнения легочной ткани, по данным КТ органов грудной клетки, заподозрен инвазивный микоз. Удаление очага поражения позволило достичь нормализации температуры тела и ликвидации пареза кишечника. Пациентка была выписана из стационара на 14-е сутки после оперативного вмешательства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. У иммунокомпрометированных пациентов наличие инфильтрата илеоцекального угла может быть обусловлено грибами. Единственным методом лечения в таком случае является радикальная хирургическая санация очага инфекции в сочетании с противогрибковыми препаратами.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИБРИДНЫХ ЛАПАРО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ НЕУДАЛИМЫМИ АДЕНОМАМИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Колосов А.В.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

Ключевые слова: гибридные операции, комбинированная лапаро-эндоскопическая хирургия, опухоли ободочной кишки.

ВВЕДЕНИЕ. «Золотым стандартом» в лечении колоректальных аденом является их эндоскопическое удаление. Однако в 10–15% случаев применение эндоскопических методик ограничено крупным размером образования, его локализацией, наличием фиброзных изменений в подслизистом слое. Традиционно в таких случаях выполняется резекция сегмента кишки. В качестве альтернативы резекционным вмешательствам могут быть выполнены гибридные лапаро-эндоскопические операции.

ЦЕЛЬЮ исследования было изучение непосредственных результатов подобных вмешательств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты лечения 88 пациентов, оперированных по поводу эндоскопически неудалимых аденом толстой кишки. 50 больным выполнены гибридные лапаро-эндоскопические вмешательства (основная группа), 38 пациентов оперированы в объеме лапароскопической резекции ободочной кишки (контрольная группа). Сформированные группы статистически значимо не различались по полу, возрасту, индексу массы тела, классу физического состояния пациента по шкале ASA, индексу коморбидности, размеру и локализации новообразования в ободочной кишке. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Длительность операции в обеих группах статистически значимо не различалась. Медиана этого показателя в группе гибридных вмешательств – 120 мин., а при лапароскопических резекциях – 130 мин. ($p = 0,7$). Длительность стационарного лечения больных после операции в основной группе составила 5 против 7 дней, соответственно, ($p = 0,0012$). Послеоперационные осложнения в основной группе развились у 8 (16%), а в группе контроля – у 9 (23,7%) больных ($p = 0,85$). Все осложнения ликвидированы консервативно. Летальных исходов в обеих группах не было. Позитивная граница резекции в группе гибридных операций была выявлена в 3 (6%) случаях, и ни в одном наблюдении – в контрольной группе. Доброточный характер удаленных новообразований в группе гибридных операций с позитивной границей резекции исключал необходимость повторных вмешательств. При контрольных эндоскопических исследованиях (Ме–5,5 месяцев после операции) признаков локального рецидива не выявлено. Медиана уровня выраженности болевого синдрома, оцениваемого по ВАШ, у пациентов основной группы на 1-е п/о сутки составила 4 балла, что было статистически значимо ниже аналогичного показателя у больных контрольной группы – 6,5 баллов ($p = 0,005$). На 2-е п/о сутки данный показатель у пациентов обеих групп статистически значимо не различался. На 3-и п/о сутки уровень болевого синдрома у больных основной группы вновь оказался ниже, чем в группе контроля – 1 против 3 баллов, соответственно ($p = 0,024$).

ВЫВОДЫ. Гибридные лапаро-эндоскопические вмешательства, по сравнению с лапароскопическими резекциями, не увеличивают частоту послеоперационных осложнений, снижают уровень болевого синдрома у пациентов в послеоперационном периоде, а также сокращают сроки пребывания больных в стационаре после хирургического лечения. Результаты пилотного исследования позволяют рассматривать данные операции в качестве альтернативы резекции толстой кишки при лечении пациентов с аденомами, не подлежащими эндоскопическому удалению.

КОМБИНИРОВАННАЯ МЕТОДИКА РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Кузнецов В.Д., Грошилин В.С.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на изобилие техник хирургического лечения эпителиального копчикового хода (пилонидальной болезни), на текущий момент остается довольно высоким процент неудовлетворительных исходов, в первую очередь, рецидивов, а также нагноительных осложнений, прорезывания швов, расхождения, некроза краев раны. Разработка этапного метода лечения копчикового хода с использованием энергии лазера и последующим иссечением представляется перспективной задачей.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов лечения и снижения количества рецидивов у пациентов с эпителиальным копчиковым ходом, путём разработки и обоснования технологии двухэтапного метода лечения (с применением лазерного воздействия и последующим радикальным оперативным вмешательством).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведен проспективный моноцентровой анализ результатов лечения 60 пациентов на базе клиники РостГМУ. Пациенты составили три группы клинических наблюдений: В I группе (основной, 20 пациентов) проводилось двухэтапное лечение по оригинальной методике (зарегистрирована заявка на изобретение). Во II группе (20 наблюдений) применяли методику «cleftlift» согласно аутентичному способу Bascom-Karydakis (Bascom II). В III группе (20 наблюдений) иссекали эпителиальный копчиковый ход с пластикой крестцово-копчиковой области традиционными способами с ушиванием ран и пластикой крестцово-копчиковой области без использования техники «cleftlift».

РЕЗУЛЬТАТЫ. Послеоперационный период протекал более гладко у пациентов I группы. Частота нагноения раны относительно других групп минимальна – 2 случая (10%). Значимых инфильтративно-воспалительных осложнений у пациентов, пролеченных по оригинальной методике, не было. Во II группе нагноение раны возникло у 4 пациентов (20%), в одном случае (10%) сформировался рецидивный свищевой ход, у 2 (10%) больных имели место длительно рассасывающиеся инфильтраты потребовавшие дренирования и санации раны. Рецидивы возникли у 10% пациентов. В III группе суммарный удельный вес рецидивов – 15%, общий удельный вес послеоперационных осложнений – 45%. Продолжительность лечения в I группе ($4,6 \pm 1,3$ суток) достоверно меньше, как и период нетрудоспособности (10 суток при гладком течении и 16 суток – при нагноении раны), по сравнению с данными контрольных групп.

ВЫВОДЫ. Разработанный способ двухэтапного лечения эпителиальных копчиковых ходов позволяет повысить эффективность хирургического лечения, снизить количество рецидивов и осложнений, сократить сроки нетрудоспособности, при раннем заживлении и стабильном качественном косметическом эффекте.

ФАКТОРЫ, ЛИМИТИРУЮЩИЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ПОДСЛИЗИСТОЙ ДИССЕКЦИИ (ESD) В ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Ликутов А.А., Савицкая Т.А.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, отдел эндоскопической диагностики и хирургии, г. Москва, Россия

Ключевые слова: ESD, диссекция, полипы, толстая кишка

ЦЕЛЬ. Выявление факторов риска конверсии ESD в трансабдоминальное вмешательство.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С января 2017 г. по январь 2020 г. в ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России было выявлено и удалено 405 эпителиальных новообразований толстой кишки методом ESD.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средний размер опухолей – $3,0 \pm 1,2$ см. Большинство новообразований, располагалось в правых отделах ободочной кишки, 223/405 (55%). Макроскопический тип чаще всего соответствовал гранулярным латерально распространяющимся опухолям (198 случаев, 48,8%). Ямочный рисунок в 117 случаях (28,8%) соответствовал IIIL типу по Kudo. Сосудистый рисунок в 277 (68,3%) случаях соответствовал II типу по Sano.

Конверсия произошла у 42 (10,3%) пациентов. У 22 больных конверсия была связана с недостаточностью лифтинга. У остальных – с техническими сложностями (10, 2,4%) или интраоперационными осложнениями: кровотечение (5, 1,2%), перфорация (5, 1,2%).

В ходе проведения многофакторного анализа нами выявлены факторы риска конверсии: размер опухоли более 3,2 см, лифтинг менее 3 мм и сосудистый рисунок по Sano IIIa. Положение больного на операционном столе с расположением опухоли на 12 часах статистически значимо влияло на снижение частоты конверсии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Размер опухоли более 3,2 см, лифтинг менее 3 мм, сосудистый рисунок по Sano IIIa являются факторами риска конверсии в трансабдоминальное вмешательство.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АНАТОМИИ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ

Матвеева А.С.

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

Частота и распространенность пролапса тазовых органов являются предметом исследования и дискуссии, поскольку многие пациенты не корректно оценивают симптомы пролапса и не обращаются за медицинской помощью. Тем не менее, согласно литературным данным, пролапс тазовых органов встречается у 67% рожавших женщин. По данным Olsen AL и соавт., (1997), около 11,1% женщин в возрасте до 80 лет переносят оперативное вмешательство по поводу пролапса тазовых органов. По данным исследования Women's Health Initiative Study ректоцеле в структуре заболевания составляет 18,6% (Hendrix S.L. et al, 2002). Стоит отметить, что в настоящее время не существует стандартизованной хирургической методики для ликвидации ректоцеле. Неудовлетворенность хирургической коррекции ректоцеле является актуальной клинической и научной проблемой.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить эффективность хирургического лечения ректоцеле с позиции восстановления нормальной анатомии тазового дна.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ лечения 57 женщин, оперированных с 2016 по 2021 года по поводу ректоцеле в колопроктологическом отделении БУ «Сургутская окружная клиническая больница». Средний возраст пациенток составил $60,5 \pm 7,5$ лет. Ректоцеле 2 стадии диагностировано – у 21 (36,8%) женщины, 3 стадии – у 36 (63,2%), сочетание ректоцеле с апикальным пролапсом – у 20 (35,1%) обследованных. Предоперационное обследование включало в себя сбор жалоб и анамнеза, объективный осмотр (влагалищное исследование с пробой Вальсальвы, пальцевое ректальное исследование). Для ликвидации изолированного ректоцеле была применена циркулярная степлерная эдоректальная проктопластика со смешением кисетного шва по передней полуокружности в крациальному направлении. Для устранения ректоцеле в сочетании с апикальным пролапсом была применена разработанная комбинированная методика, включающая в себя циркулярную степлерную эндоректальную проктопластику с одномоментной установкой переднего интравагинального слинга (заявка на изобретение № 2021101054/14 (001974)). 37 (64,9%)

больным с изолированным ректоцеле была выполнена циркулярная степлерная эндоректальная проктопластика. 20 (35,1%) пациенток, у которых в сочетании с ректоцеле был диагностирован апикальный пролапс, были оперированы в соответствии с разработанной методикой. Для определения эффективности проведенного лечения проводилась сравнительная оценка восстановления анатомической целостности (изменение положения точек Aa, Ba, C(D), Ap, Br по системе POP-Q) и результаты проктографии до и после проведенного лечения. Осмотры проводились в сроке 3–6 месяцев после оперативного лечения. Статистический анализ проведен при помощи открытого ресурса R3.6.1.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Проведен анализ результатов хирургического восстановления тазового дна. Сравнительные данные об изменении положения контрольных точек показали, что в группе с изолированным ректоцеле в точках Ap, Br и в группе пациентов с сочетанием ректоцеле с апикальным пролапсом в трех точках Ap, Br, C (D) имеются значимые различия ($p < 0,001$) результатов хирургического лечения до и после оперативного лечения, что отражено в таблице 1.

Таблица 1. Положение точек системы POP-Q у больных исследуемых групп.

| Точка | Пациенты с изолированным ректоцеле | | Пациенты с ректоцеле сочетанным с апикальным пролапсом | |
|-------|------------------------------------|----------------|--|----------------|
| | До операции | После операции | До операции | После операции |
| Aa | -2,51 ± 0,65 | -2,51 ± 0,65 | -2,95 ± 0,22 | -2,95 ± 0,22 |
| Ba | -2,72 ± 0,69 | -2,72 ± 0,69 | -2,6 ± 0,5 | -2,8 ± 0,41 |
| C(D) | -2,21 ± 0,94 | -2,21 ± 0,94 | 2 ± 1,29 | -4,8 ± 1,0 |
| Ap | 2,4 ± 1,03 | -3,1 ± 0,45 | 2,1 ± 0,64 | -2,7 ± 0,47 |
| Br | 2,72 ± 0,96 | -2,48 ± 0,55 | 3,45 ± 0,75 | -2,45 ± 0,94 |

Для оценки эффективности проведенного оперативного лечения 18 (31,6%) пациенткам с ректоцеле сочетанным с апикальным пролапсом и 32 (56,1%) пациенткам с изолированным ректоцеле была проведена проктография до и после оперативного лечения. По итогам сравнительного анализа было обнаружено статистически значимое уменьшение пролапса передней стенки прямой кишки ($p < 0,001$) после операции в обеих группах (табл. 2).

Таблица 2. Размер ректоцеле по данным дефекографии до и после хирургического лечения.

| Определяемый параметр/группы | Пациенты с изолированным ректоцеле ($n = 18$) | | Пациенты с ректоцеле сочетанным с апикальным пролапсом ($n = 32$) | |
|------------------------------|---|----------------|---|----------------|
| | До операции | После операции | До операции | После операции |
| Размер ректоцеле, см | 3,83 ± 0,83 | 0,53 ± 0,71 | 4 ± 0,79 | 0,44 ± 0,7 |

Осложнений интраоперационного и послеоперационного периодов, рецидивов заболевания в группе исследования не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применяемые в клинической практике специализированных центров технологии восстановления тазового дна с использованием сетчатых имплантов и комбинированных методов лечения позволяют эффективно восстановить анатомическую целостность без осложнений и рецидивов заболевания в сроке наблюдения до 3 лет.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ

Нафедзов И.О.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность терапии методом биологической обратной связи (БОС-терапия) и тибиональной нейромодуляции у пациентов с тяжелым синдромом низкой передней резекции (СНПР).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Шестьдесят пациентов после низкой передней резекции с выраженным СНПР были включены в исследование и распределены в основную ($n = 30$) и контрольную группы ($n = 30$). Пациенты из основной группы прошли 10 сеансов БОС-терапии и тибиональной нейромодуляции, через 3 месяца после закрытия стомы. Функциональные результаты оценивались с помощью опросника СНПР в период между 3–6 месяцами после закрытия стомы, после завершения лечения в основной группе и через 12 месяцев после закрытия стомы в обеих группах.

РЕЗУЛЬТАТЫ. По данным анкетирования, медиана по шкале СНПР (Ме, квартили) в основной группе до проведения консервативной реабилитации составила 40,5 (38; 41) баллов. В подобранной контрольной группе показатели шкалы СНПР составили 39,5 (38; 41) баллов ($p = 0,1$), что соответствовало выраженному СНПР (30–42 балла). После проведения курса консервативного физиотерапевтического лечения у пациентов основной группы вновь проведено анкетирование, которое показало, что субъективные показатели на фоне лечения улучшились: медиана по шкале СНПР снизилась с 40,5 (38; 41) баллов (выраженный СНПР) до 19 (12,5; 24) баллов (отсутствие СНПР) ($p = 0,0002$). При детальной оценке – у женщин положительная динамика показателей составила 48,7% ($p = 0,0009$), а у мужчин – 55,1% ($p = 0,0004$). При повторном анкетировании пациентов основной группы через 12 месяцев после ликвидации стомы выявлено, что показатели по шкале СНПР несколько ухудшились с 19 (12,5; 24) до 24 (18; 27) баллов ($p = 0,003$), при этом у 16/30 (53,3%) пациентов полностью сохранялся эффект от лечения – 23 (15; 27) балла (слабовыраженный СНПР). У 12 из 30 (40%) пациентов субъективные результаты ухудшились с 15,5 (11; 20) до 24 (21,5; 27) баллов (слабовыраженный СНПР) ($p = 0,009$). Двое пациентов отметили возврат к исходному состоянию (выраженный СНПР) с 23 (22; 24) до 38 (36; 40) баллов ($p = 0,4$). Таким образом, у 28/30 (93,3%) пациентов основной группы после проведения курса консервативной реабилитации отмечено улучшение функциональных показателей со снижением выраженности проявления СНПР с 41 до 24 баллов ($p < 0,05$)

Сравнивая результаты анкетирования пациентов обеих групп спустя 12 месяцев после ликвидации превентивной стомы, выявлено, что на фоне проведения курса консервативной реабилитации в основной группе отмечено существенное уменьшение степени выраженности СНПР: 24 (18; 27) балла (слабовыраженный СНПР) против 34 (30; 36) баллов (выраженный СНПР) ($p = 0,00003$) в контрольной группе

ВЫВОДЫ. БОС-терапия и тибиональная нейромодуляция значительно улучшают функциональные результаты у больных с выраженным СНПР.

МИНИИНАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА: ОПЫТ МКНЦ

Николаева А.О., Леонтьев А.В., Данилов М.А.

ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ, отделение колопроктологии, г. Москва, Россия

Ключевые слова: колоректальный рак, несостоятельность анастомоза, превентивная стома.

АКТУАЛЬНОСТЬ. Наиболее значимым и опасным осложнением в хирургии рака прямой кишки является несостоятельность анастомоза (НА). Несвоевременно диагностированная НА приводит к развитию стриктуры анастомоза, увеличивает сроки до закрытия стомы и снижает качество жизни этой группы пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов хирургического лечения больных раком прямой кишки.
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении колопроктологии МКНЦ им. А.С. Логинова в период с 2015 по 2021 год выполнено 460 резекций прямой кишки, из них 276 с превентивной стомой. Частота субклинической НА составила 16,3% (45 пациентов). Пациенты были разделены на группы в зависимости от методики миниинвазивного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Абляция и клипирование свищевого хода выполнялась 14-ти пациентам. Интервал от манипуляции до закрытия стомы – 17 ± 3 дней, стома закрыта всем пациентам (100%), период наблюдения – 23 ± 6 мес., структура – 0%. Марсупиализация выполнялась 11-ти пациентам. Интервал до закрытия стомы – 28 ± 6 дней, стома закрыта 91% пациентов, прослеженность – 22 ± 6 мес., структура выявлена у 1 пациента. ВАК-система использована у 8-ми человек, интервал до закрытия стомы – $37 + 11$ дней, средняя продолжительность сеанса – 6 ± 1 дней, стома закрыта всем пациентам, период наблюдения – $25 + 7$ мес., структура – 0%. ТЭО применялась у 12 пациентов. Интервал до закрытия стомы – 16 ± 4 дней, стома закрыта всем пациентам, прослеженность – 21 ± 4 мес., структура – 0%.

ВЫВОДЫ. Своевременно диагностированная НА и использование миниинвазивных методик улучшает непосредственные хирургические и функциональные результаты лечения больных раком прямой кишки.

ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ И ПАНДЕМИЯ COVID-19. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА

Панкратова Ю.С., Карпухин О.Ю.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия

Основные положения доклада: Пандемия COVID-19 повлияла не только на организацию всей системы здравоохранения, но и заметно внесла коррективы в диагностику и лечение широкого спектра заболеваний.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Анализ результатов оказания стационарной помощи пациентам с острым дивертикулитом в условиях пандемии COVID-19.

Проведен анализ стационарного лечения пациентов с дивертикулярной болезнью ободочной кишки (ДБ) в отделении колопроктологии ГАУЗ РКБ МЗ РТ за пятилетний период (с 2017 по 2022 гг.). Оперативные вмешательства выполнены у 52 (21,3%) пациентов, из них (в плановом порядке – 11 (4,5%), экстренном – 41 (16,8%)), реконструктивно-восстановительные у – 45 (18,4%). Пациентов с осложнениями ДБОК возникшими на фоне COVID-19 ассоциированной пневмонии было 15.

Анализ динамики госпитализации пациентов с ДБ выявил снижение госпитализаций с началом пандемии, вероятно, как в силу перепрофилирования коечного фонда с наступлением коронавирусной пандемии, так и возможного страха пациентов перед заражением. С другой стороны, увеличилось количество пациентов с деструктивными формами, как пациентов с коронавирусной инфекцией, так и без нее.

Принципиальным в выборе лечебной тактики при ДБ считаем установление неосложненного и осложненного дивертикулита. Это привело к повышенному интересу к компьютерной томографии, как к методу диагностики, позволяющему определить необходимость того или иного вмешательства при осложненном дивертикулите. Нагрузка на РКТ возросла в связи с постоянным мониторингом легочных изменений при ковиде, поэтому для контроля динамики противовоспалительной терапии ДБ считаем целесообразным использование сонографии. Увеличилось количество неотложных оперативных вмешательств, в том числе и у пациентов с COVID-19, состояние которых к тому же отягощается разнообразной сопутствующей патологией. Чаще стали прибегать к малоинвазивным вмешательствам, позволяющим вести пациента в максимально щадящем режиме до стабилизации состояния. Более того, дренирование под УЗ-навигацией становится на настоящий момент самостоятельной процедурой при абсцессах крупного размера, однако обоснованность

такого подхода требует дальнейших наблюдений и исследований. Пока же, при больших абсцессах эту технологию можно рассматривать в качестве промежуточной операции перед радикальным вмешательством, выполнение которого необходимо проводить после стабилизации общего состояния пациента. Что касается диффузного перитонита у ковид-положительных пациентов, то он, безусловно, рассматривается в качестве показания к неотложной лапаротомии. При этом следует ограничиться операцией типа Гартмана, отказавшись от расширенной резекции кишки и наложения первичного анастомоза.

ВЫВОД. Пандемия COVID-19 внесла коррективы в течение дивертикулярной болезни у пациентов с сопутствующей новой коронавирусной инфекцией. В связи с этим необходимо выработать клинические рекомендации по диагностике и лечению пациентов с дивертикулярной болезнью и сопутствующей коронавирусной инфекцией. Для этого целесообразно проведение междисциплинарного мультицентрового исследования.

РОЛЬ АУТОЛОГИЧНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ КИШЕЧНИКА В ЛЕЧЕНИИ УЛЬТРАКОРОТКИХ ВАРИАНТОВ СИНДРОМА КОРОТКОЙ КИШКИ

Петров Д.А.

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

ЦЕЛЬ. Продемонстрировать положительное влияние аутологичных реконструкций кишечника (АРК) на снижение зависимости от парентерального питания и числа жизнеугрожающих осложнений у пациентов с ультракороткими вариантами синдрома короткой кишки (СКК).

МЕТОДЫ. С 2008 по 2021 год 37 пациентов в возрасте от 1 месяца до 18 лет с длиной резидуальной тонкой кишки ≤ 30 см в исходе первичных резекций проходили многоэтапное лечение в отделении хирургии №2 РДКБ. Технология лечения СКК включала длительную парентеральную нутритивную поддержку в системе домашнего парентерального питания, персонализированное энтеральное питание, профилактику и лечение жизнеугрожающих осложнений, характерных для СКК, решение ургентных хирургических проблем, а также терапию, направленную на повышение всасывания в тонкой кишке. Аутологичные реконструкции кишечника, направленные на замедление пассажа по ЖКТ, сужение просвета дилатированных участков кишки, а также на увеличение эффективной всасывающей поверхности выполняли 23-м пациентам. Операцией выбора была последовательная поперечная энтеропластика (STEP; n = 16). Кроме этого выполняли продольное удлинение и зауживание (LILT; n = 1), спиральное удлинение и зауживание (SILT; n = 1), а также комбинации разных методик. В пяти случаях операцию дополняли изоперистальтической транспозицией участка толстой кишки. В четырех случаях выполняли повторный STEP (re-STEP). Общее количество операций – 27. Техническим критерием возможности выполнения АРК была достаточная дилатация тонкой кишки, возникающая при СКК на фоне интестинальной адаптации. Показаниями к проведению АРК были частые эпизоды транслокации кишечной флоры в кровоток на фоне синдрома избыточного бактериального роста (СИБР), а также отсутствие тенденций к повышению энтеральной толерантности. Остальные 14 пациентов получали стандартную терапию СКК без АРК ввиду отсутствия достаточной дилатации резидуальной тонкой кишки. Сравнительный анализ лечения двух групп проводили в среднесрочном периоде (до 12 месяцев) и долгосрочном периоде (12–24 месяца) после операции либо после начала терапии (в группе неоперированных пациентов). Оценивали выживаемость, динамику изменения нутритивного статуса, частоту жизнеугрожающих осложнений, время и наличие редукции парентерального питания. Среди характерных для СКК осложнений выделяли катетер-ассоциированную инфекцию и тромбоз (КАИТ), СИБР с транслокациями, заболевание печени, ассоциированное с поражением кишечника (IFALD) и D-лактат-ацидоз (DLA).

РЕЗУЛЬТАТЫ. При сравнительном анализе выживаемости с помощью критерия LogRank не получили статистически значимых различий ($p = 0,593$). Причиной летальных исходов в обеих группах чаще всего был

сепсис, связанный с катетер-ассоциированной инфекцией кровотока. При использовании двухфакторного рангового анализа Фридмана выяснили, что в обеих группах прослеживается тенденция к улучшению нутритивного статуса, независимо от проведения АРК, но статистически значимое улучшение сохраняется только в основной группе между моментом включения в исследование и долгосрочным наблюдением (апостериорный анализ, $p = 0,006$). Сравнительный анализ частоты осложнений показал статистически значимое снижение КАИТ после проведения АРК в основной группе (критерий Макнемара, $p = 0,012$). Различий в частоте остальных видов осложнений между двумя группами не было. Наиболее выраженный эффект от проведения АРК наблюдали в снижении зависимости от парентерального питания: редукция парентерального питания заметно выше в основной группе (критерий LogRank, $p = 0,023$).

ВЫВОДЫ. Сравнительная характеристика лечения пациентов с ультра-СКК говорит о более благоприятном исходе у детей, перенесших аутологичную реконструкцию кишечника. АРК имеет статистически значимое положительное влияние на улучшение нутритивного статуса, снижение частоты катетер-ассоциированных осложнений и редукцию парентерального питания.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТРАКОРПОРАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРАВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ

Радостев С.И.

Иркутский онкологический диспансер, г. Иркутск, Россия

ЦЕЛЬ. Сравнить краткосрочные результаты выполнения интракорпорального анастомоза и экстракорпорального анастомоза при лапароскопической правосторонней гемиколэктомии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ 105 случаев лечения пациентов, которым была выполнена лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия с использованием ИА или ЭА с 2016 по февраль 2021 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В анализ были включены 105 пациентов. Всего в исследовании приняло участие 64 женщины и 41 мужчина. Средний возраст по группам составил $62,8 \pm 1,5$ года в группе ЭА, и $64,7 \pm 3,9$ лет в ИА. ИМТ составил в среднем $24,8 \pm 0,5$ в группе ЭА (от 19 до 34,5), и $24,3 \pm 1,0$ в группе ИА (от 21 до 30,4). Интракорпоральный анастомоз был выполнен 33 пациентам, а экстракорпоральный анастомоз – 72. Длительность выполнения операций составила в группе ЭА $180,0 \pm 7,3$ мин, в группе ИА $214,2 \pm 17,7$ мин. Общее количество хирургических осложнений по группам составило 8 в группе экстракорпорального анастомоза ($p = 0,046$). Летальности в группах не было. Частота повторных операций в группе экстракорпорального анастомоза составила 4,16%, тогда как в группе интракорпоральных анастомозов повторных вмешательств не было. Послеоперационный койко-день составил по группам $12,2 \pm 0,5$ в ЭА и $8,8 \pm 1,0$ в ИА.

ВЫВОДЫ. Результаты нашего исследования подтверждают факт, что интракорпоральный доступ является безопасным способом создания анастомоза при выполнении правосторонней гемиколэктомии в лапароскопическом варианте.

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ БОЛЕЗНИ КРОНА С ВНЕКИШЕЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Рамазанова С.Р.

Военно-медицинская Академия им. С.М. Кирова, кафедра ТУВ-2, г. Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: **внекишечные проявления Болезни Крона, гангренозная пиодермия**

ВВЕДЕНИЕ. Болезнь Крона (БК) – хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ. Разбор клинического случая преобладания в клинической картине болезни Крона тяжелого, жизнеугрожающего рецидивирующего внекишечного проявления – гангренозной пиодермии.

Анализ диагностики и течения болезни Крона с тяжелым внекишечным проявлением, оценка этапов лечения с необходимостью последующей терапии «спасения».

НАУЧНАЯ НОВИЗНА. В данной научной работе представлен случай с преобладанием в клинической картине болезни Крона тяжелого, жизнеугрожающего рецидивирующего внекишечного проявления – гангренозной пиодермии, потребовавшее консервативной терапии «спасения» и хирургического лечения – циркулярной аутодермопластики.

МЕТОДЫ. Объектом исследования стала пациентка Э. 32 года с диагнозом Болезнь Крона, колит, воспалительная форма, хроническое непрерывное течение, высокая степень активности с внекишечным проявлением в виде гангренозной пиодермии правой голени, находившаяся на стационарном лечении в клинике ТУВ-2 Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова с 18 по 25 ноября 2021 гг. Ретроспективно проведен анализ 4-летнего анамнеза болезни Крона с проводимым лечением. Приведено описание текущей активности заболевания и тяжелого внекишечного проявления – гангренозной пиодермии правой голени, а также последующее консервативное и хирургическое лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Описана клиническая картина и лечение болезни Крона с преобладанием в клинической картине тяжелого, жизнеугрожающего рецидивирующего внекишечного проявления – гангренозной пиодермии

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. На ранних этапах болезни Крона имеет стертую симптоматику, затрудняющую своевременную диагностику и адекватную патогенетическую терапию, что приводит к увеличению активности аутовоспаления с возникновением внекишечных проявлений. В представленном случае гангренозная пиодермия обусловила тяжелое жизнеугрожающее состояние, необходимость комплексного консервативного и хирургического лечения.

ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Расмагина И.А., Бакулин И.Г.

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, кафедра пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса, г. Санкт-Петербург, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), включающие в себя язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК) – это хронические заболевания, поражающие лиц в молодом возрасте, нередко имеющие агрессивное течение и приводящие к ранней потере трудоспособности и инвалидизации.

Диагноз ВЗК устанавливается на основании комплексной оценки клинических, лабораторных, эндоскопических и морфологических данных после исключения других возможных причин данных проявлений. Ввиду сходства клинических проявлений и отсутствия «золотого» стандарта диагностики верификация этих заболеваний затруднена, в связи с чем увеличивается доля выявляемости заболеваний на стадиях развития осложнений. В России средний срок установления диагноза от появления первых симптомов заболевания составляет от 1 до 1,5 лет при ЯК и 2,5–3,5 года при БК, при этом у 20% пациентов при ЯК и у 40% пациентов при БК для верификации диагноза более 4 лет.

ЦЕЛЬ. Целью работы является разработка системы поддержки принятия решений врача по диагностике и дифференциальной диагностике ВЗК на основе возможности распознавания особенностей эндоскопической картины искусственной нейронной сетью (ИНС).

ЗАДАЧИ. Для достижения поставленной в работе цели решаются следующие задачи:

1. Формирование исходного массива медицинских изображений;
2. Обучение ИНС различать наличие и отсутствие патологии (ВЗК) на основе эндоскопических цифровых изображений;
3. Обучение ИНС различать известные формы ВЗК (болезнь Крона и язвенный колит) друг от друга на основе эндоскопических цифровых изображений;
4. Программная реализация методики и разработка пользовательского интерфейса системы поддержки принятия решений;
5. Экспериментальная апробация разработанной методики и системы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. На базе гастроэнтерологического отделения клиники Петра Великого СЗГМУ им. Мечникова было обследовано 150 человек, из них 63 пациента имели установленный диагноз ЯК, 53 – БК толстой кишки и 34 не имели признаков ВЗК и составляли группу контроля. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Эндоскопическое исследование проводилось аппаратом Olympus, с помощью которого были получены цифровые изображения в формате JPG расширением 1350×1080 пикселей, однако в дальнейшем изображения были приведены к размеру 256×256 пикселей для распознавания их ИНС. Все изображения ЯК были оценены по шкале эндоскопической активности Шредера:

0 баллов – неизмененная слизистая толстой кишки или неактивное стадия заболевания;

1 балл (минимальная активность) – наличие незначительной гиперемии, воспаления, стертость сосудов кишки, при этом контактная ранимость не выявляется;

2 балла (умеренная активность) – выраженная покраснение слизистой, сосудистый рисунок не прослеживается, контактная ранимость, эрозивные дефекты;

3 балла (выраженная активность) – ранимость слизистой даже без касания ее эндоскопом и/или наличие язвенных дефектов.

Для БК балльного ранжирования не было предусмотрено, и эндоскопическая активность заболевания выставлялись на основании протяженности пораженного сегмента, наличия эрозий, язвенных дефектов и осложнений (стриктур, свищевых ходов).

Критерии изображений для обеспечения точности результатов:

1. наличие одинакового разрешения и расширения;
2. наличие цифровых изображений с информативными параметрами и без артефактов (посторонние предметы, блики);
3. использование специфических методов обработки: медианная фильтрация, пороговый метод сегментации (для выделения и удаления бликов) с сегментацией изображения для быстрой идентификации конкретного заболевания или его признаков (Рис. 1).



Рисунок 1. Этапы обработки эндоскопического изображения

Для диагностики и дифференциации язвенного колита, болезни Крона и нормальной эндоскопической и гистологической картин толстой кишки была выбрана ИНС глубокого обучения, к которой относится сверточная нейронная сеть (Рис. 2). Ее особенность заключается в чередовании сверточных и субдискретизирующих слоёв с односторонней многослойной структурой, при этом каждый нейрон карты признаков соединен с некоторым небольшим участком предыдущего (рецептивного) слоя. Преимуществами данной сети являются ее возможность самонастройки, выработка необходимой иерархии абстрактных признаков при одновременной фильтрации несущественных деталей.

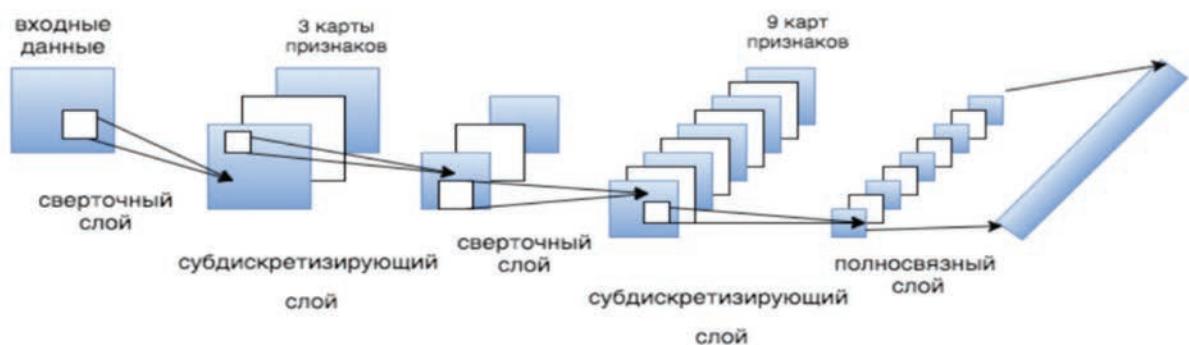


Рисунок 2. Архитектура сверточной нейронной сети

В качестве входных данных сверточная нейронная сеть также использовала обработанные цифровые изображения, полученные при эндоскопическом исследовании, с разрешением 256×256 пикселей. Выходные данные – заключение о норме или виде воспалительного заболевания кишечника (язвенный колит или болезнь Крона).

Модель принятия решения о наличии и виде патологии была разработана на основе обученной сети VGG16 с соединениями быстрого доступа. Выбор именно этой сети был обусловлен возможностью легкой оптимизации и увеличения точности благодаря увеличению глубины, что сложно добиться при использовании других сетей. Соединения быстрого доступа выполняют сопоставление идентификаторов.

Модель реализована с помощью открытых библиотек Keras и Tensor Flow на языке программирования Python, что позволяет не только загружать цифровые изображения и получать заключения о наличии воспалительных изменений и нозологии заболевания, но и вводить данные пациентов для последующего ведения регистра (Рис. 3).

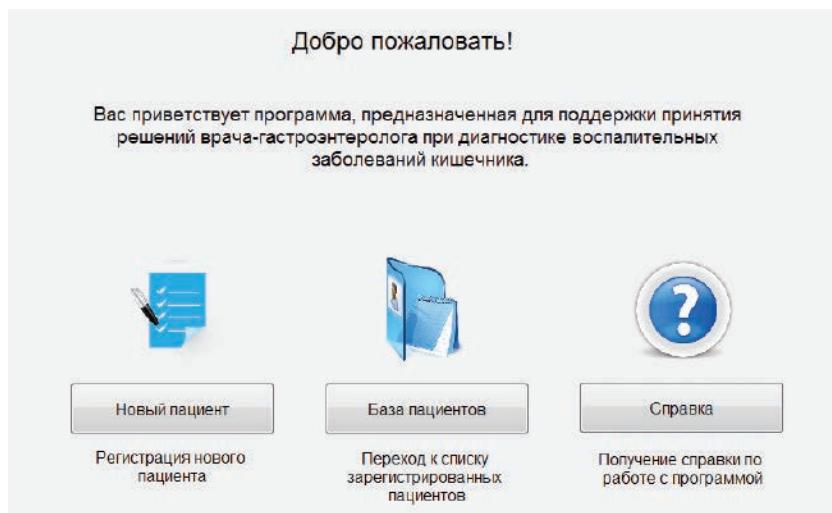


Рисунок 3. Приветственное окно программы

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Для выполнения поставленных задач массив был разделен на два подмассива: «норма» и «патология», последний включал в себя «язвенный колит» и «болезнь Крона». Изображения были рандомно разделены на обучающую и контрольную выборки в пропорции 4:1, в результате чего обучающая выборка состояла из 834 изображений (234 – «норма», 600 – «патология»), а контрольная из 210 изображений (60 – «норма», 150 – «патология»).

Подмассив «патология» включал в себя 750 изображений двух классов «болезнь Крона» и «язвенный колит». Для более точной дифференциации между нозологическими группами для обучения ИИС использовано большее количество изображений, которые также были разделены на обучающую и контрольную выборки в соотношении 9:1. Обучающая выборка состояла из 670 изображений (326 – БК, а 344 – ЯК), а контрольная из 80 изображений (39 – БК, 41 – ЯК).

При апробации модели ИИС могла дифференцировать норму/патологию с чувствительностью 100% и специфичностью 91%, а различать форму ВЗК (ЯК или БК) с чувствительностью 88%, специфичностью 75%.

ВЫВОДЫ. Искусственный интеллект может быть использован для выявления ВЗК, однако для повышения точности дифференциации ЯК и БК требуется дальнейшее обучение ИИС на большем массиве изображений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ КОПЧИКОВОЙ КИСТОЙ

Роженцева Д.А.

Отделение колопроктологии ГБУЗ ПК Городская клиническая больница №2 имени Ф.Х. Граля, г. Пермь, Россия

ЦЕЛЬ. Проанализировать результаты хирургического лечения пациентов с эпителиальной копчиковой кистой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен проспективный анализ результатов хирургического лечения 95 пациентов, оперированных по поводу ЭКХ в плановом порядке в отделении колопроктологии ГКБ №2 города Пермь. У данных пациентов оценивались такие показатели, как возраст, пол, наличие явлений острого воспаления, перенесенные ранее операции по поводу иссечения ЭКХ, количество свищевых ходов, необходимость в применении обезболивающей терапии, наличие осложнений в раннем послеоперационном периоде: нагноение раны, кровотечение, несостоятельность швов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Возраст пациентов составил от 16 до 42 лет, мужчин было 80, женщин – 15. У всех больных была хроническая свищевая форма ЭКХ. На момент операции у всех больных острых явлений воспаления не было. 14 пациентам ранее проводилось радикальное оперативное лечение с ушиванием раны, 45 – вскрытие абсцессов проводилось амбулаторно. Единичные свищевые ходы наблюдались у 77 пациентов, множественные, распространением на ягодичную и поясничную области у 18. Ведение раны «закрытым» методом: в 25 случаях рана ушивалась по Донати, в 15 – параллельными швами, в 25 – производилось подшивание краев раны ко дну; «открыто» у 30 пациентов. У всех больных с «открытым» способом после операции болевой синдром отсутствовал или был незначительным, «закрытым» – обезболивающая терапия препаратами НПВС в первые 2 суток. Гнойно-воспалительные осложнения зафиксированы у 7 больных, послеоперационное кровотечение в 1 случае, несостоятельность швов у 32. Все больные велись «закрытым» методом.

ВЫВОДЫ. В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у пациентов, рана которых ушивалась. При «открытым» методе отсутствовали болевой синдром и осложнения, в связи с этим скорость заживления раны была быстрее.

ИНТРАКОРПОРАЛЬНЫЙ ИЛЕОТРАНСВЕРЗОАНАСТОМОЗ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРАВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Романова Е.М.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

Рак толстой кишки является одной из самых распространенных злокачественных опухолей в мире. Основным методом лечения локализованных форм рака ободочной кишки является операция. На сегодняшний день лапароскопические операции – золотой стандарт, при этом происходит непрерывное совершенствование этапов операции, а благодаря появлению сшивающе-режущих аппаратов для лапароскопических операций в практику вошел интракорпоральный анастомоз.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведен анализ результатов лечения 85 пациентов, которые были прооперированы по поводу рака правой половины ободочной кишки в объеме правосторонней гемиколэктомии (ПГКЭ) в рамках исследования безопасности интракорпорального анастомоза. Всем пациентам выполнялась лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия (ЛПГКЭ) по стандартной методике с учётом онкологических принципов. Операция с формированием илеострансверзоанастомоза экстракорпорально (ЭА) была

выполнена 40 пациентам, а с интракорпоральным анастомозом (ИА) была проведена 45 пациентам. Обе группы больных не имели достоверных различий по полу, возрасту, индексу массы тела (ИМТ) и частоте сопутствующих заболеваний.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Хирургические осложнения по Clavien-Dindo в группе ИА I степени встретились у 4 пациентов, II степени – у 2 пациентов, а III степени – у 1 пациента; в группе ЭА осложнения I степени встретились у 1 пациента, II степени – у 3 пациентов и III степени – у 1 пациента. Осложнений IV и V степени не наблюдалось, а частота развития осложнений достоверно не различалась. ($p = 0,6$)

Время, затрачиваемое на ИА 58 (45; 75) мин. было больше, чем на ЭА 33,5 (30;40) ($p < 0,0001$), а операции при формировании ИА были продолжительнее – $214,8 \pm 59,7$ мин., чем при ЭА $155,3 \pm 37,3$ мин. ($p < 0,0001$) Достоверных различий в длительности послеоперационного пребывания в стационаре не было 6 (5;7) дней в группе ИА, против 7 (5;8) в группе ЭА. ($p = 0,3380$)

Однако болевой синдром по ВАШ в первые сутки после операции, при формировании ИА был слабее – 3,5 балла, а в группе ЭА – 5. ($p = 0,038$)

ОБСУЖДЕНИЕ. В настоящий момент методика формирования ИА внедряется в рутинную практику, при этом отмечается улучшение временных параметров операции – сокращается продолжительности операции и анастомозирования. Формируя ИА, доступ для экстракции препарата (по Пфенненштилю) менее травматичен и ассоциирован с меньшим числом ИОХВ, а послеоперационный болевой синдром менее выражен. На сегодняшний день в нашем центре продолжается освоение методики оперирующими хирургами, анализ полученных результатов.

ВЫВОДЫ. Существует перспектива преимущества ИА, при отработке методики. Сопоставимые временные затраты могут быть нивелированы снижением частоты осложнений со стороны послеоперационной раны, менее выраженным болевым синдромом и гипотетическим снижением частоты послеоперационных вентральных грыж.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ С ЛАТЕРАЛЬНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИССЕКЦИЕЙ

Сазонов А.А.

АКТУАЛЬНОСТЬ. В большинстве развитых стран мира фиксируется рост заболеваемости геморроем, что не позволяет усомниться в актуальности поиска новых методов лечения данного заболевания. Одним из его перспективных направлений является внедрение в хирургическую проктологию высокоэнергетических устройств для диссекции тканей, которые обеспечивают хороший контроль гемостаза и ускоряют выполнение вмешательств. Вместе с тем, отсутствие обоснованного подхода к их выбору и применению создает предпосылки для развития послеоперационных осложнений, частота которых остается высокой, достигая 25–30%.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Обосновать эффективность и безопасность оригинальной методики латеральной ультразвуковой диссекции в режиме «резания» у больных геморроем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Осуществлена сравнительная оценка результатов хирургического лечения двух групп пациентов с III–IV стадиями хронического геморроя. В основную группу включены 40 больных, у которых применялась оригинальная методика геморроидэктомии с латеральной ультразвуковой диссекцией в режиме «резания» (патент №2722997). Основная суть метода заключается в том, что с помощью гармонического скальпеля производится эллипсовидный разрез перианальной кожи и слизистой анального канала до зубчатой линии вокруг геморроидального узла с его мобилизацией снаружи внутрь. Диссекция тканей осуществляется только в режиме «резания». После выделения сосудистой ножки она прошивается

с последующим отсечением геморроидального узла. Обработка сосудистой ножки по классической методике обеспечивает надежность и позволяет воздержаться от ультразвуковой диссекции в режиме коагуляции, что способствует редукции термического воздействия на ткани. Контрольную группу составили 40 больных, которым была выполнена геморроидэктомия по Миллигану-Моргану с использованием монополярной электрокоагуляции. Статистически достоверной разницы между указанными группами по возрастной и половой структуре больных, а также основным клиническим характеристикам заболевания не было. Для изучения патоморфологических изменений осуществлялось гистологическое исследование удаленных геморроидальных узлов с помощью световой микроскопии с окраской препаратов гематоксилином и эозином. В рамках статистического анализа материала для сравнения параметров между группами использовали: для категориальных значений – точный тест Фишера, для количественных показателей – «t-тест» Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Развитие послеоперационных осложнений наблюдалось у одного пациента основной группы и у 8 – в контрольной (3% и 25%, $p < 0,05$). Среди них преобладала рефлекторная задержка мочеиспускания (один случай в основной группе и 7 – в контрольной). Кроме того, у одного из больных контрольной группы произошло формирование структуры анального канала, которая была устранена путем бужирования. Средняя интенсивность болевого синдрома у представителей основной группы оказалась меньше, чем в контрольной: 4,1 балла и 5,8 балла по шкале ВАШ ($p < 0,05$). Для его купирования у всех пациентов основной группы было достаточно назначение нестероидных противовоспалительных препаратов, в то время как у 6 больных контрольной группы была потребность в назначении наркотических средств. При оценке патоморфологических изменений отмечено, что глубина коагуляционного некроза после латеральной ультразвуковой диссекции геморроидальных узлов в режиме «резания» (145 ± 35 мкм) оказалась на порядок меньше по сравнению с аналогичным показателем (2000 мкм) после использования монополярной электрокоагуляции.

ОБСУЖДЕНИЕ. В немногочисленных публикациях представлен успешный опыт применения гармонического скальпеля. Однако авторы, воздерживаясь от лигирования сосудистой ножки, предпочитают использовать режим ультразвуковой коагуляции. Зона некроза при этом достигает 300 мкм, что существенно больше, чем при латеральной ультразвуковой диссекции в режиме «резания».

ВЫВОД. Выполнение геморроидэктомии с латеральной ультразвуковой диссекцией в режиме «резания» позволяет уменьшить травматическое воздействие на ткани за счет редукции глубины их коагуляционного некроза, что является залогом благоприятного течения послеоперационного периода и быстрой реабилитации пациентов.

ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ ПОЛИПОВ

Сахабетдинов Б.А., Валитов Б.Р.

Республиканский Клинический Онкологический диспансер Минздрава Татарстана, г. Казань, Россия

Распространенность полипов толстой и прямой кишки среди населения России среди разных возрастных групп составляет 21–62%. Природа развития колоректальных полипов (КРП) многофакторная.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить взаимосвязь конституциональных особенностей пациентов (рост, вес, окружность живота, индекс массы тела) с развитием КРП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен сравнительный анализ 110 историй болезни пациентов, проходивших амбулаторное лечение в Республиканском Клиническом Онкологическом диспансере Минздрава Татарстана. Пациенты были разделены на 2 группы. I группа – индекс массы тела (ИМТ) составлял до 30 кг/м² (38 пациентов: 21 – до 24,9 кг/м²), II группа – ИМТ – более 30 кг/м² (72 пациента: 37 – ожирение I ст., 21 – ожирение II ст., 11 – ожирение III ст., 3 – ожирение IV ст.). Окружность живота у пациентов I группы до 96 см (медиана – 85 см), II группы свыше 96 см (медиана – 108 см).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В обеих группах гендерное распределение было одинаковым. Возрастные особенности пациентов в обеих группах были репрезентативны (медиана возраста – 48 лет, мода – 51 год). Фактор табакокурения обеих групп был одинаковым и отмечался, соответственно, в 31% и 19% от всей выборки. Обе группы репрезентативны по стажу вредных привычек. По количеству выявленных полипов: 1–2 (в 52% и 23%), 3–5 (в 32% и 48%), более 5 (в 16% и 29% наблюдениях). Размеры полипов : до 10 мм (в 46% и 17%), до 15 мм (в 32% и 45%), свыше 15 мм (в 23% и 38% наблюдениях), соответственно, для I и II групп. В результате гистологического исследования удаленных полипов были получены следующие данные: adenomatозные полипы (в 72% и 84%, соответственно): тубулярные (в 51% и 38%), ворсинчато – железистые (в 34% и 41%), ворсинчатые (в 15% и 21%), гиперпластические полипы (в 28% и 16%). В ходе исследования были отмечены клинические проявления КРП – в I группе у 17% во II группе у 34% пациентов. Критерий Стьюдента в данном исследовании составил от 1.5 до 2.1 по разным сравниваемым признакам.

ВЫВОДЫ. В ходе исследования было отмечено, что рост ИМТ достоверно коррелирует с количеством, размерами и морфологией полипов, а также наличием клинических проявлений. Висцеральный тип ожирения в зависимости от его степени увеличивает риск возникновения КРП за счет, процессов капростаза, дисбиоты ЖКТ, дисметаболических проявлений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ

Творогов Д.А.^{1,2}, Дваладзе Л.Г.¹, Раджабов Б.Э.², Коваленко С.А.², Ярцев М.М.²,
Мовчан К.Н.², Акимов В.П.²

¹ФГБУ СЗОНКЦ им. Л.Г. Соколова ФМБА России, г. Санкт-Петербург, Россия

²ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Методик устранения геморроя немало. Из публикаций специалистов о результатах использования лазерных технологий, как хирургически эффективных инновациях устранения геморроя привлекает особое внимание.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить эффективность использования лазерной технологии геморроидэктомии (LHP) с точки зрения возможности достижения должного уровня качества оказания медицинской помощи больным при осложнении заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы данные о результатах колоноскопии выполненной 92 пациентам ФГБУ СЗОНКЦ им. Л.Г. Соколова ФМБА России в 2018–2021 гг. Бальные предъявляли жалобы на периодические выделения крови из прямой кишки при дефекации. Во всех случаях отмечена анемия 1–2 ст. Ее причины: опухоли толстой кишки – 22%, язвенный колит – 15%, антиодисплазии – 13%, геморрой – 50%. В дневном стационаре, посредством светодиодного лазера Biolitec (длина волны 1470 нм.), 46 больным (средний возраст – 55 ± 7 лет, женщин – 31 (67,4%), мужчин – 15 (32,6%)) хроническим комбинированным геморроем с эпизодическими кровотечениями, осуществлена лазерная деструкция геморроидальных узлов – геморроидэктомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. В 3 случаях лазерная геморроидэктомия выполнена по технологии лазерной деструкции (HELP), в 27 – в формате лазерной геморроидальной пластики (LHP); у 16 пациентов – LHP + геморроидэктомия 1 узла. Очевидно, что даже при 3–4 стадии заболевания использования лазерных технологий позволяет значительно сократить время проведения хирургического вмешательства (в среднем – $36,3 \pm 11,2$ мин). Выраженность болевого синдрома и травматизм тканей сводится к минимуму. Общие сроки выздоровления уменьшаются почти в 2,4 раза, на фоне существенного улучшения качества жизни пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Эффективность применения лазерных методик в амбулаторной проктологии несомненна. Целенаправленная оценка объективности и достоверности выводов должна основываться на результатах лечения многочисленной группы пациентов, наблюдаемых в отдаленные сроки.

ВЫВОДЫ. Лазерные технологии хирургического лечения больных хроническим комбинированным геморроем 3–4 стадии при эпизодах геморроидальных кровотечений в анамнезе могут и должны масштабно применяться при устраниении геморроя, как в плане профилактики, так и в формате непосредственной коррекции анемии.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Утюмова А.И.

Сургутская окружная клиническая больница, г. Сургут, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В течение последних десятилетий отмечается рост заболеваемости раком толстой кишки. В структуре онкологических заболеваний в Российской Федерации колоректальный рак занимает третье место. По мнению большинства исследователей, рак толстой кишки чаще всего развивается из полипа. Заболеваемость полипами толстой кишки является предметом популяционных исследований. Отмечено, что полипы выявляются у пациентов, впервые подвергнутых тотальной видеоколоноскопии в 41,9% случаев, встречаясь в 1,3 раза чаще у лиц мужского пола. Выбор метода удаления полипов и полиповидных образований толстой кишки носит дифференцированный характер и зависит от типа полипа, его локализации, оснащения лечебного учреждения и опыта оперирующего врача. Изучение факторов, влияющих на выбор метода удаления полипов толстой кишки является актуальной темой научного исследования. В большинстве развитых стран приняты национальные рекомендации, определяющие эту тактику. Однако в настоящее время в РФ нет клинических рекомендаций, определяющих тактику лечения доброкачественных колоректальных образований.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка эффективности дифференцированной хирургической тактики при доброкачественных полипах толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Настоящее исследование основано на анализе данных клинико-инструментального обследования и лечения 1542 пациентов с полипами и полиповидными новообразованиями толстой кишки, находившихся в окружном центре колопротологии Сургутской окружной клинической больницы в период 2014–20 гг. В течение этого периода выполнено 2610 операций у 1542 пациентов. На диагностическом этапе при оказании помощи больным с полипами и полипозными новообразованиями толстой кишки всем пациентам проводилось обследование, включавшее клинический осмотр, видеоколоноскопию, патоморфологическое исследование биоптата. С целью улучшения визуализации и определения границы измененных тканей применяли узкоспектральную эндоскопию. Для оценки типа неоплазии использовали Парижскую классификацию полипов толстой кишки. В основу хирургической тактики принято положение об обязательном удалении полипов толстой кишки вне зависимости от суммарного размера. Данное положение принято не только в нашей клинике. Так Erdem L. и соавт. из хирургической гастроэнтерологической клиники Стамбульского университета считают, что удалению подлежат все полипы вне зависимости от размера, поскольку риск малигнизации растет уже после достижения диаметра полипа 5 мм. Все выявленные полипы и полиповидные образования толстой кишки были подвергнуты полипэктомии с последующим гистологическим исследованием. Оперативные вмешательства осуществлялись в условиях стационара. Подготовку осуществляли накануне исследования, используя раствор полиэтиленгликоля (макрогол 4000) регос, либо путем ретроградного кишечного лаважа. Полученный материал отправляли на морфологическое

исследование. Определяли морфологическую принадлежность и степень дисплазии. Выбор тактики хирургического вмешательства и способ удаления полипа зависел от размера полипа, его локализации, результатов предварительного морфологического исследования. В связи с этим в клинике была разработана и внедрена с 2014 г. дифференцированная хирургическая тактика при доброкачественных полипах толстой кишки. При образованиях I_s и I_{sp} типа (Парижской классификации), применяли эндоскопическое удаление холодным способом. Всего, таким образом, было выполнено 424 (16,2%) удаления. Показанием к эндоскопической петлевой электроэксцизии полипов являлось: наличие ножки или узкого основания полипа (тип I_p и I_{sp}). Всего выполнено 1848 (70,8%) петлевых электроэксцизий. Показанием к резекции слизистой оболочки ESMR (endoscopic submucosal resection) были полипы II_a и II_b типа. Всего было выполнено 103 (3,9%) эндоскопических резекций слизистой оболочки. Фрагментарная резекция опухоли применялась при: II_a и II_b типах; гранулярном строении образования; любой локализации образования. Выполнено 125 (4,7%) фрагментарных резекций слизистой оболочки. Эндоскопическая диссекция ESD (endoscopic submucosal dissection) в подслизистом слое выполнялась при: II_a, II_b и II_c типе. Проведено 16 (0,6%) диссекций в подслизистом слое. При невозможности удаления полипа эндоскопическим способом выполняли татуаж основания полипа «индийскими чернилами» для облегчения поиска при проведении хирургического вмешательства. В послеоперационном периоде следовали разработанному регламенту ведения. В 1-е сутки после операции назначался постельный режим, разрешался прием воды до 200–300 мл. На 2-е сутки больные ходили в пределах палаты, разрешался прием жидкой пищи малыми порциями 3–4 раза в день. При отсутствии осложнений раннего послеоперационного периода выписка из стационара осуществлялась на 4 сутки. Контрольная колоноскопия проводилась через 6, 12 месяцев и рекомендаций в последующем исследования не реже 1 раза в год. Эффективность разработанной дифференцированной хирургической тактики при доброкачественных полипах толстой кишки проведено на основании оценки ближайших результатов хирургического лечения. Статистическая обработка материала производилась с помощью программы «Биостат» и Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. При оценке течения послеоперационного периода учитывались осложнения эндоскопических вмешательств: кровотечения из ложа удаленного полипа, перфорация толстой кишки, постполипэктомический синдром, общехирургические и осложнения. При применении эндоскопических технологий осложнения возникли у 102 (6,6%) больных. Кровотечение из ложа удаленного полипа возникло – у 76 (4,9%) пациентов. Перфорация толстой кишки в проекции удаленного полипа отмечена – у 11 (0,7%) оперированных. Течение раннего послеоперационного периода осложнилось развитием постполипэктомического синдрома – у 15 (0,9%) пациентов. При анализе связи объема вмешательства и частоты осложнений установлено следующее (табл. 3). Холодная петлевая полипэктомия осложнилась кровотечениями у 11 (2,59%) пациентов. Петлевая электроэксцизия – осложнилась: кровотечением в 31 (1,68%) случае, перфорацией – в 5 (0,27%), постполипэктомический синдром – в 5 (0,27%) наблюдениях. После эндоскопической резекции слизистой оболочки (EMR) кровотечения возникли в 30 (29,1%) наблюдениях. Перфорация отмечена – у 3 (2,91%) и постполипэктомический синдром – у 6 (5,83%) пациентов. При проведении фрагментарной эндоскопической резекции слизистой у 13 (10,4%) больных возникли кровотечения, у 1 (0,8%) перфорация толстой кишки и постполипэктомический синдром – у 2 (1,6%) пациентов. При эндоскопической диссекции в подслизистом слое (ESD) – кровотечения развились – у 4 (25%), перфорация – у 2 (12,5%) и постполипэктомический синдром – у 2 (12,5%) больных. При анализе полученных данных было выявлено, что наибольшее число осложнений эндоскопического вмешательства сопровождает более сложные технологии удаления полипов толстой кишки, такие как: эндоскопическая резекция слизистой оболочки, диссекция в подслизистом слое, фрагментарная резекция слизистой оболочки. Необходимо отметить, что данные методы применялись при полипах крупных размеров. Особенно большое количество осложнений было на ранних этапах освоения технологий. С приобретением навыка частота осложнений значительно уменьшилась, но, тем не менее, оказалась самой значимой в анализируемой группе. Экстренное хирургическое вмешательство потребовалось при перфорации толстой кишки у 11 (0,7%) больных. Ушивание перфорационного

отверстия проведено – у 5 (0,3%) пациентов, выведение петлевой колостомы – у 6 (0,4%) оперированных. Кровотечение из ложа удаленного полипа было остановлено консервативными мероприятиями – у 4 (0,2%) больных. В 72 (4,6%) наблюдениях для остановки кровотечения использована аргоно-плазменная коагуляция. Постполипэктомический синдром купировался консервативно при использовании внутривенной спазмолитической терапии, антибиотикотерапии и покоя кишечника. В анализируемой группе летальных исходов не зарегистрировано. Средний койко-день при эндоскопической полипэктомии составил $4,64 \pm 1,0,2$, при хирургическом вмешательстве – $9,94 \pm 0,58$ дня.

ВЫВОДЫ. 1. Разработанная дифференцированная хирургическая тактика при доброкачественных полипах толстой кишки является эффективной и безопасной, с вероятностью развития осложнений не более чем в 6,6%. 2. Выбор способа эндоскопического удаления полипов толстой кишки должен зависеть от размера полипа, его локализации, результатов предварительного морфологического исследования. 3. Осложнения при проведении резекционных эндоскопических вмешательств, выполняемых при крупных полипах толстой кишки, возникают в 0,8–29,1% наблюдений.

РАДИКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ СЕМЕЙНОМ АДЕНОМАТОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. ИМПУЛЬСИВНОЕ РЕШЕНИЕ ИЛИ СТРОГАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ?

Хабибулина Л.Р.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Отсутствие своевременного радикального лечения семейного аденоматоза толстой кишки (САТК) развитие колоректального рака (КРР) неизбежно. Актуальными вопросами остаются показания и сроки хирургического лечения детей с тяжелой формой заболевания, которая характеризуется выраженной симптоматикой с ранней манифестацией и малигнизацией аденона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведено ретроспективное исследование «случай-контроль», в котором проанализировано 37 пациентов с САТК из 35 семей. Критериями включения являлись возраст пациента до 18 лет, наличие аденона толстой кишки, и/или подтвержденная мутация гена APC, и/или семейный анамнез САТК. Пациенты с другими полипозными синдромами в исследование не включены. Исследовались такие возможные предикторы, как пол, возраст пациента на момент дебюта заболевания, наличие семейного анамнеза, наследственных синдромов, характеристика аденона (количество, размер, степень дисплазии), сопутствующий полипоз верхних отделов ЖКТ и анемия. В группу случая включены пациенты, подвергшиеся радикальным операциям в возрасте до 18 лет – 16 (43%), в контрольную группу – 21 (57%), которым оперативное вмешательство не проведено.

РЕЗУЛЬТАТЫ. По полу, возрасту на момент дебюта заболевания, наличию анемии, семейного анамнеза, а также по размеру полипов группы статистически значимо не различались. Количество аденона более 500 на момент первой ФКС статистически значимо чаще встречалось в группе оперированных (38% и 19%, $p = 0,002$). Полипоз желудка (19% и 3%, $p = 0,01$) и ДПК (11% и 3%, $p = 0,04$) статистически значимо чаще встречался в хирургической группе. В ходе однофакторного и многофакторного регрессионного анализа выявлено, что только количество аденона более 500 является независимым предиктором колэктомии (ОШ: 11, 95% ДИ: 2–92, $p = 0,01$). Для логической регрессии построена ROC-кривая, которая продемонстрировала достоверность данной модели (AUC: 0,82, 95% ДИ: 0,7–0,9, $p = 0,007$). Положительная предсказательная ценность – 93%, отрицательная – 68%, что подтверждает диагностическую значимость. Для предиктора «количество полипов более и менее 500» построены кривые выживаемости по Каплану Майеру и проведен сравнительный анализ, продемонстрировавший, что риск колэктомии

достоверно выше у пациентов с количествомadenом более 500 на момент первой ФКС (Hazard Ratio: 4, 95% ДИ: 1,5–11, $p = 0,01$).

ВЫВОДЫ. Количество adenом на момент первой ФКС более 500 является достоверным предиктором колэктомии у детей с САТК с высокой прогностической ценностью.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ 3D-ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ РЕКТОПЕКСИИ В СРАВНЕНИИ С 2D-ЛАПАРОСКОПИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕКТОЦЕЛЕ И ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ: ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ОДНОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Хитарьян А.Г., Головина А.А., Ковалев С.А., Орехов А.А., Алибеков А.З., Ромодан Н.А., Чепурная И.А., Шимченко Д.К.

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия.

²ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» г. Ростова-на-Дону ОАО «РЖД», г. Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ. Сравнить непосредственные и отдаленные анатомические и функциональные результаты 3D-лапароскопической вентральной ректопексии в сравнении с традиционной лапароскопией с точки зрения эффективности и безопасности у пациентов с задним тазовым пролапсом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В проспективное рандомизированное одноцентровое исследование были включены пациентки в возрасте 18–70 лет с симптоматическим ректоцеле 3 степени и/или выпадением прямой кишки. Пациенты были проспективно разделены на две группы для выполнения лапароскопической вентральной ректопексии 3D или 2D. Первичная конечная точка – отсутствие рецидива заболевания через 12 месяцев. Вторичные конечные точки включали в себя обструктивную дефекацию и симптомы недержания мочи по шкалам Cleveland Clinic и Векснера, а также степень удовлетворенности по опроснику Patient Global Impression of Improvement questionnaire. Также оценивались время операции, интраоперационная кровопотеря, продолжительность пребывания в стационаре, выраженность боли в послеоперационном периоде, хирургические и mesh-ассоциированные осложнения. Особый интерес в этом исследовании представляла также усталость хирурга после операции, оцененная с помощью анкеты POMS.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В исследование был включен 61 пациент. Срок наблюдения – не менее 12 месяцев (в среднем $2,71 \pm 1,15$ года) после операции. При контрольном обследовании через год рецидива ректоцеле и выпадения прямой кишки не наблюдалось в обеих группах. Не наблюдалось значительных различий между группами по вторичным исходам, за исключением времени операции, кровопотери и послеоперационной боли. Общее время операции было незначительно меньше в 3D-группе за счет более точного рассечения тазовых пространств. Значительные различия были обнаружены в степени утомляемости хирурга после операции, где результаты были намного лучше в 3D-группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. 3D-лапароскопия имеет результаты, в целом сопоставимые с традиционной лапароскопией с точки зрения эффективности и безопасности. С другой стороны, 3D-лапароскопия позволяет улучшить визуализацию в анатомически узких пространствах малого таза во время оперативного вмешательства для более прецизионной и менее травматичной диссекции тканей без значительного увеличения экономических затрат на установку соответствующего оборудования.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А В ДОЗИРОВКЕ 40 ЕД В СРАВНЕНИИ С БОКОВОЙ ПОДКОЖНОЙ СФИНКТЕРОТОМИЕЙ (NCT03855046)

Хрюкин Р.Ю.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты лечения хронической анальной трещины.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование было включено 176 пациентов, рандомизированных методом генерации случайных чисел в компьютерной программе в 2 группы. 88 пациентам выполнено иссечение трещины в сочетании с инъекцией ботулинического токсина типа А во внутренний анальный сфинктер (основная группа, БТА), и 88 – в сочетании с боковой подкожной сфинктеротомией (контрольная группа, БПС).

РЕЗУЛЬТАТЫ. На 30 сутки после операции спазм внутреннего анального сфинктера по данным профилометрии сохранялся у 14,8% пациентов основной группы (БТА) и 22,7% больных контрольной группы (БПС) ($p = 0,18$), а на 60 сутки у 20,4% и у 14,8% пациентов, соответственно ($p = 0,32$). На 60 день наблюдения послеоперационная рана не эпителизировалась у 14% пациентов группы БТА и 1% группы БПС ($p = 0,0006$). На 30 сутки после операции жалобы на недержание отмечали 32% больных группы БТА и 31% – группы БПС ($p = 0,87$), на 60 сутки – 7% и 11% пациентов, соответственно ($p = 0,29$). Интенсивность болевого синдрома после операции в сравниваемых группах не различалась как после дефекации, так и в течение дня ($p > 0,05$). Расширение объема оперативного вмешательства в 2,44 раза повышает шанс развития транзиторной недостаточности анального сфинктера (НАС) на 30 день наблюдения ($p = 0,01$) и в 3 раза – на 60 день ($p = 0,04$). Применение БТА в качестве метода релаксации внутреннего анального сфинктера повышает шанс замедления эпителизации послеоперационной раны в 13,7 раз ($p = 0,01$), а расширение объема операции – в 3,47 раза ($p = 0,03$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение ботулинического токсина типа А в дозировке 40 ЕД после иссечения анальной трещины не уступает боковой подкожной сфинктеротомии в эффективности ликвидации спазма внутреннего анального сфинктера при сопоставимой частоте развития транзиторной недостаточности анального сфинктера в течение 2 месяцев после операции. Нейротоксин служит альтернативой выполнению сфинктеротомии, однако, в ряде случаев, требует добавления в схему послеоперационного ведения пациентов лекарственного средства, содержащего человеческий рекомбинантный эпидермальный фактор роста.

ИЗУЧЕНИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЖКТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА КРЫСАХ

Хубезов Д.А.¹, Зайцев О.В.^{1,2}, Игнатов И.С.^{1,2}, Огорельцев А.Ю.^{1,2}, Ли Ю.Б.², Снегур С.В.²,
Пучков Д.К.¹, Бурмистрова С.С.¹, Леухина Т.И.¹

¹ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», кафедра
хирургии, акушерства и гинекологии ФДПО, г. Рязань, Россия

²ГБУ РО «Областная клиническая больница», г. Рязань, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Нарушение моторики желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) является одним из самых частых осложнений послеоперационного периода в хирургии колоректального рака. Наш клинический опыт показывает, что чаще ПОИ развивается у лиц мужского пола с петлевой коло-/иleoостомой.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ. Оценка влияния различных колоректальных операций на функциональное и морфологическое состояние ЖКТ.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА. Впервые проведено сравнение угнетающего действия различных видов колоректальных операций на функциональное и морфологическое состояние ЖКТ в эксперименте на крысах. В эксперименте продемонстрировано, что колостома является важнейшим фактором риска развития ПОИ.

МЕТОДЫ. Проведено исследование на 30 самках крыс линии Wistar, разделенных на 3 группы (по 10 в каждой). 1 группа – крысы, подвергшиеся лапаротомии (ЛТ), 2 группа – лапаротомии, выведению петлевой колостомы (ЛТ + С), 3 группа – лапаротомии, наложению толсто-толстокишечного однорядного анастомоза (ЛТ + А). Для оценки морфофункционального состояния ЖКТ в послеоперационном периоде оценивались: индекс гастроинтестинального транзита, морфологические изменения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Нами были получены достоверные различия в индексе гастроинтестинального транзита у животных, подвергшихся колостомии по сравнению группой ЛТ + А. Значимых различий при морфологическом исследовании препаратов получено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Изучение моторики ЖКТ в экспериментах на лабораторных животных дает нам понимание о механизмах и причинах ее нарушения. Однако единогласной концепции, отвечающей на вопрос как и почему развивается послеоперационный илеус до сих пор нет, в связи с чем необходимо продолжать исследования.

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

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

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. На сегодняшний день геморрой встречается в широкой возрастной категории пациентов от 21 года. Отдельного внимания требуют коморбидные пациенты, получающие антиагрегантную или антикоагулянтную терапию. Однако вопрос возможности хирургического лечения рецидивирующих геморроидальных кровотечений в условиях сопутствующей сердечнососудистой патологии и медикаментозной гипокоагуляции остается дискутабельным.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В НИИ хирургии и неотложной медицины ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» проведено обследование и лечение 86 пациентов с хроническим геморроем 2–4 стадии и сердечнососудистыми заболеваниями. Дизайн исследования включал два этапа: сравнительно-аналитический (с целью определения влияния антитромботической терапии на геморроидальные кровотечения) и хирургический (сравнение малоинвазивного хирургического лечения геморроя на фоне продолжающейся антиагрегантной, антикоагулянтной 2 терапии и геморроидэктомии с необходимостью отмены вышеуказанной терапии). Во вторую часть исследования вошли 45 пациентов с геморроем 2–4 стадии, которые были разделены на две когорты. В исследуемой группе применялась допплер-контролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией без отмены антитромботической терапии. В контрольную группу вошли пациенты, которым была выполнена геморроидэктомия по Миллигану-Моргану с прерыванием антиагрегантной и антикоагулянтной терапии по классической схеме в послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В ходе первого этапа исследования на основе объективного осмотра, эндоскопических обследований, а также субъективной оценки качества жизни пациентом проанализированы критерии частоты и интенсивности геморроидальных кровотечений на фоне регулярной антитромботической терапии. В результате, статистически значимых различий в частоте эпизодов кровотечений не обнаружено, но отмечалось увеличение объема ректальных кровотечений у пациентов в группе, получающих антиагрегантную

и антикоагулянтную терапию. По итогам хирургического этапа исследования, на основании статистического анализа, в группе пациентов после допплер-контролируемой дезартеризации внутренних геморроидальных узлов получены меньшие показатели интраоперационной кровопотери, болевого синдрома и количества койко-дней, проведенных в стационаре, в отличие от контрольной группы. Несмотря на продолжение терапии антиагрегантными и антикоагулянтными препаратами у пациентов исследуемой группы, случаи послеоперационных кровотечений или рецидива заболевания (отдаленные результаты более 2,5 лет) отсутствовали.

ОБСУЖДЕНИЕ. Геморроидальные кровотечения для коморбидных пациентов существенно снижают качество жизни, и, как следствие, хроническая анемия З оказывает негативное влияние на течение сопутствующей сердечнососудистой патологии. Вопрос о возможности хирургического лечения данной группы пациентов требует интегративного подхода с учетом риска рецидива кровотечения и необходимости профилактики тромбоэмбологических или ишемический осложнений.

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ. Коморбидным пациентам, получающим регулярную антитромботическую терапию и имеющим анамнестические эпизоды желудочно-кишечных кровотечений, рекомендовано амбулаторное наблюдение колопроктологом. При наличии показаний для хирургического лечения среди данной группы пациентов возможно выполнение малоинвазивного лечения в виде допплер-контролируемой дезартеризации внутренних геморроидальных узлов без отмены антиагрегантной и антикоагулянтной терапии в периоперационном периоде. Командная работа в лечении коморбидных пациентов – залог эффективного и успешного результата.

ТРАНСАНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ С ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТАЛЬНОЙ МОБИЛИЗАЦИЕЙ, ЧАСТИЧНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЕЙ

Шинкарев С.А., Латышев Ю.П., Сорокин С.В., Мотин А.С., Шевченко О.Ю., Архипов Д.В.
ГУЗ «ЛООД», г. Липецк, Россия

Ключевые слова: трансанальная резекция, ТММ, ректо-ректальный анастомоз, ворсинчатая аденона.

АКТУАЛЬНОСТЬ. В настоящее время, несмотря на развитие эндоскопической техники, остается актуальным вопрос лечения распространенных форм доброкачественных опухолей и микроинвазивных злокачественных опухолей нижнеампулярного отдела прямой кишки. Ввиду ограниченной мобильности прямой кишки метод трансанальной резекции ограничен. Формирование низких колоректальных анастомозов сопряжены с большим количеством осложнений и инвалидацией пациентов. Нами предложена методика гибридной трансанальной резекции прямой кишки с лапароскопической тотальной мезоректальной мобилизацией с частичной мезоректумэктомией.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка результатов лечения больных, и безопасности метода после выполнения вышеуказанной методики.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Операция выполняется в 2 модификациях: 1 модификация – у пациентов с трудным малым тазом: трансанально прямая кишка циркулярно пересекается на уровне, или чуть выше, зубчатой линии, максимально выделяется в пределах мезоректальной фасции, без ее повреждения, в проксимальном направлении на протяжении 6–7 см. Производится лапароскопическая мобилизация дистальной трети сигмовидной кишки и ТММ без перевязки нижней брыжеечной артерии. Со стороны ануса мобилизованная прямая кишка максимально выводится наружу и пересекается после частичной мезоректумэктомии выше проксимального края опухоли. Формируется ручной двухрядный ректо-ректальный анастомоз. 2 модификация – мобилизация начинается с лапароскопической ТММ. Пересечение прямой кишки трансанально осуществляется вторым этапом.

В ГУЗ «ЛООД» операция выполнена с 2017 года 18 пациентам. У двух больных имелся рак нижнеампулярного отдела в стадии T0N0M0. У остальных – ворсинчатые аденомы больших размеров. По данным МРТ ОМТ и ТРУЗИ прямой кишки опухоли располагались в пределах слизистого слоя, без признаков регионарной лимфаденопатии. Ворсинчатые опухоли начинались в 1–1,5 см от зубчатой линии и циркулярно или на $\frac{3}{4}$ просвета прямой кишки распространялась до 9 см выше ануса. Микроинвазивные злокачественные опухоли располагались в 1,5 и 3 см от зубчатой линии и имели наибольший размер до 2 см.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Ранних послеоперационных осложнений не наблюдалось. Инфекционные осложнения со стороны п/о раны не встречались. Всем пациентам сформирован ручной ректо-ректальный анастомоз. Всем больным удалось обеспечить R0. По данным патоморфологического заключения у пациентов имелись тубулярно-ворсинчатые аденомы, микроинвазивные опухоли с ростом до подслизистого слоя. У всех пациентов отмечена удовлетворительная функция держания. Превентивная стома сформирована 2 пациентам с раком ниже – ампулярного отдела, ввиду неoadьювантной ХЛТ.

ВЫВОДЫ. 1. Выполнение трансанальной резекции прямой кишки с лапароскопической ТММ с частичной мезоректумэктомией, возможно у больных с доброкачественными опухолями, в том числе с подозрением на малигнизацию, и с микроинвазивными злокачественными опухолями.

2. Данная операция возможна при опухолях с верхней границей не выше 12 см от зубчатой линии.

3. Сохранение нижней брыжеечной артерии, отсутствие натяжения шивающих отрезков прямой кишки позволяет выполнять операцию без формирования превентивной стомы.

4. Применение указанной операции позволяет достичь удовлетворительных онкологических и функциональных результатов лечения.

5. Выполнение данной операции позволяет отказаться от использования дорогостоящих шивающих аппаратов, линейных степлеров, что является экономически обоснованным.

6. Формирование ручного двухрядного анастомоза снижает риск несостоятельности, который присутствует при аппаратной методике.

7. Получен патент РФ на изобретение данной методики №2698852 от 30 августа 2019 г.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЗНАЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ ДНК ЦИТОМЕГАЛОВИРУСА В КРОВИ, БИОПТАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЦМВ-КОЛИТА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Ядрихинская М.С.¹, Шахгильдян В.И.², Орловский А.А.³, Домонова Э.А.², Тишкевич О.А.⁴

¹Московский городской центр по профилактике и борьбе со СПИДом, г. Москва, Россия

²ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, г. Москва, Россия

³ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия

⁴Инфекционная клиническая больница №2 ДЗ Москвы, г. Москва, Россия

Ключевые слова: ЦМВ-инфекция, ЦМВ-колит, ДНК ЦМВ, ВИЧ-инфекция

ВВЕДЕНИЕ. Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ), нередко протекающая с поражением кишечного тракта, остается одним из самых частых и тяжелых оппортунистических заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией. ЦМВ может быть одной из причин язвенного колита у больных без глубокой иммуносупрессии. Подробная клинико-морфологическая характеристика и своевременная диагностика ЦМВ-колита сохраняют свою актуальность.

ЦЕЛЬ. Описание клинических и морфологических особенностей, определение клинического значения наличия и концентрации ДНК ЦМВ в крови, биоматериалах кишечника при ЦМВ-поражении толстой кишки у больных ВИЧ-инфекцией.

ЗАДАЧИ. Клиническая характеристика ЦМВ-колита у больных с иммуносупрессией. Описание морфологической картины ЦМВ-колита. Определение диагностического значения (чувствительности и специфичности) качественного и количественного наличия ДНК ЦМВ в крови и биоптатах толстой кишки для подтверждения ЦМВ-этиологии колита.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА. Описаны патогенетические механизмы ЦМВ-поражения кишечника, определены диагностические чувствительность и специфичность качественного и количественного выявления ДНК ЦМВ в крови и биоптатах толстой кишки при ЦМВ-колите.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ИКБ №2 ДЗМ наблюдали 5485 стационарных больных ВИЧ-инфекцией. В возрасте 25–45 лет – 87% лиц. У 61,6% больных количество CD4-лимфоцитов < 200 мкл/кл. Умерли 593 (10,8%) человека. Осуществляли ЭГДС, колоноскопию с исследованием образцов биоптатов пищевода и толстой кишки, а также лейкоцитов крови и плазмы на наличие и определение количества ДНК возбудителей вторичных заболеваний, в том числе ДНК ЦМВ (ПЦР-тест-системы производства ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора). Секционные исследования проведены в патологоанатомическом отделении ИКБ №2 ДЗМ. Для статистической обработки полученных результатов использовали пакеты статистических программ Statistica v. 10.0 и SPSS v. 20, а также язык программирования R. Поиск ассоциаций количества копий ДНК ЦМВ в биоматериалах и наличия манифестной ЦМВИ, в т.ч. ЦМВ-колита, проводили с применением ROC-анализа и определением диагностических чувствительности и специфичности для различных отрезных точек по количеству ДНК ЦМВ. Уровень значимости для проверяемых статистических гипотез принимался равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Манифестная ЦМВИ диагностирована у 454 (13,6%) среди 3333 больных ВИЧ-инфекцией на стадии 4B (СПИД). Патологию пищеварительного тракта (эзофагит, энтероколит, колит) наблюдали в 105 случаях (23,1% больных ЦМВИ). Поражение толстой кишки ЦМВ-этиологии – 63 пациентов (13,9% случаев ЦМВИ).

Отличительные признаки ЦМВ-колита: сильные абдоминальные боли (88,9% случаев) с выраженной болезненностью при пальпации живота (94,4%), диарея (100%, с частотой стула > 5 р/д – 55,6%), у всех больных – снижение веса (> 15–20% mt – 88,9%) и повышение тт (> 39 °C – 51,1%).

При колоноскопии – эрозивно-язвенный или язвенный колит с преимущественным поражением дистальных отделов толстой кишки. При посмертных исследованиях – полисегментарный характер язвенного колита, хронические язвенно-некротические дефекты чаще в сигмовидной кишке (44,4%) и нисходящей ободочной кишке (22,2%), распространенный массивный фиброз подслизистого слоя, васкулит. В области язв, эндотелии сосудов подслизистого слоя – специфические цитомегаловирусные клетки (ЦМК). Поражение кишечника явилось непосредственной причиной гибели 3 больных.

Из 743 образцов ДНК ЦМВ в клетках крови обнаружена в 393 (53%) в количестве 0,5–6,0 lg в 105 лейкоцитах. Манифестная ЦМВИ имела место у 133 (34%) больных с наличием ДНК ЦМВ в клетках крови и 8 (2%) при отсутствии ДНК ЦМВ (350 образцов). При ROC-анализе количества ДНК ЦМВ в клетках крови и наличия манифестной ЦМВИ: при количестве ДНК ЦМВ 3,9 lg в 105 лейкоцитах диагностическая специфичность составила 99% (чувствительность 13%), 2,9 lg в 105 лейкоцитах – 95% и 41%, соответственно.

Из 3623 образцов плазмы ДНК ЦМВ обнаружена в 623 (17%) в количестве 10–10 000 000 копий/мл. Манифестная ЦМВИ имела место у 175 (28%) больных с наличием ДНК ЦМВ в плазме и 49 (2%) при отсутствии ДНК ЦМВ в крови (3000 образцов). При количестве 89782 копий/мл диагностическая специфичность составила 99% (чувствительность 9%), 9380 копий/мл – 95% и 46%, соответственно.

Среди 63 больных ЦМВ-колитом ДНК ЦМВ в биоптате кишки обнаружена у 48 (76,2%) человек. Имели место несколько случаев присутствия ДНК ЦМВ в кишке без развития специфического поражения. Количество ДНК ЦМВ в кишечнике составила от 99 до 1 800 000 копий в образце (медиана 3325, нижняя квартиль 200, верхняя квартиль 70133 копий в образце). Концентрация ДНК ЦМВ менее 1000 копий в образце составила 24,2%, 1001–10000 копий – 7,7%, 10001–100000 копий – 8,8%, > 100 000 копий в образце – 12,1%.

При ROC-анализе количества ДНК ЦМВ в биоптатах толстой кишки и наличия ЦМВ-колита установлено: при количестве вируса 3325 копий диагностическая специфичность составила 90% при чувствительности 79%, при количестве 5300 копий 95% и 75%, соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ЦМВ-инфекция нередко протекает с поражением кишечного тракта. ЦМВ-колит имеет эрозивно-язвенный характер, с распространенным массивным фиброзом подслизистого слоя, васкулитом, наличием ЦМК в области язв и эндотелии сосудов подслизистого слоя. Подтверждением клинически выраженной ЦМВИ, протекающей, в частности, с поражением кишечника, является с 95% специфичностью концентрация ДНК ЦМВ, равная и более в клетках крови 2,9 lg в 105 лейкоцитов, плазме крови 9380 копий/мл, биоптатах толстой кишки – 5300 копий.