

ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПЕРЕМЕЩЕННЫМ ЛОСКУТОМ: УСТАРЕВШИЙ ПОДХОД ИЛИ СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД? (систематический обзор литературы)

Костарев И.В., Шельгин Ю.А., Титов А.Ю. ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва
(директор – д.м.н., профессор, Ю.А.Шельгин) ГБОУ ДПО «РМАПО» Минздрава России, г. Москва
(ректор – академик РАН, профессор Л.К.Мошетьева)

[Ключевые слова: свищи прямой кишки, хирургическое лечение, лоскут, низведение лоскута]

ПРЕВЕНТИВНАЯ СТОМА ПОСЛЕ НИЗКИХ ПЕРЕДНИХ РЕЗЕКЦИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ: УЛУЧШАЕМ РЕЗУЛЬТАТЫ ИЛИ ПЕРЕСТРАХОВЫВАЕМСЯ?

Половинкин В.В., Порханов В.А., Хмелик С.В., Щерба С.Н., Иголкин А.Н.

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. профессора С.В.Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар
(главный врач – член-корр. РАН, д.м.н., профессор В.А.Порханов)

Частота клинически значимых несостоятельности анастомоза (НА) после низких передних резекций (НПР) прямой кишки составляет 3-21 %, послеоперационная летальность, ассоциированная с НА – 6,0-39,3 %. Формирование превентивной стомы (ПС) – наиболее распространенный метод защиты анастомоза.

ЦЕЛЬ. Оценить влияние ПС на развитие НА и тяжесть ее клинических проявлений.

МЕТОДЫ. Исследование проспективное нерандомизированное когортное. За 2003-2011 гг. накоплена информация о 247 пациентах, перенесших плановую сфинктерсохраняющую НПР прямой кишки по поводу средне- и нижнеампулярного рака. Все наблюдения разделены на две группы: с формированием (n=202) и без формирования ПС (n=45).

РЕЗУЛЬТАТЫ. В 13,7 % (34/247) произошла НА. НА развивалась чаще у пациентов без ПС (22,2 % (10/45) против 11,9 % (24/202), $p=0,06$; $r=-0,37$, OR 2,1). Согласно результатам многофакторного анализа отказ от формирования ПС – независимый фактор риска НА ($p=0,03$). Вероятность развития перитонита при НА у пациентов без ПС в 20 раз выше, чем у пациентов с ПС (80 % (8/10) против 16,7 % (4/24); OR 20; $p=0,001$; $r=-0,67$), вероятность летального исхода выше в 7,5 раз (60 % (6/10) против 16,7 % (4/24); OR 7,5; $p=0,01$; $r=-0,75$).

ВЫВОДЫ. Формирование ПС после НПР прямой кишки снижает частоту НА, послеоперационную летальность, связанную с ней, уменьшает тяжесть клинических проявлений НА.

[Ключевые слова: рак прямой кишки, несостоятельность анастомоза, превентивная стома]

АНАЛИЗ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ТИПА ГАРТМАНА

Гатауллин И.Г., Халиков М.М.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», кафедра онкологии, радиологии и паллиативной медицины
(зав. кафедрой – д.м.н., профессор Р.Ш.Хасанов)

ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗ РТ, г. Казань

(гл. врач – к.м.н. И.И.Хайруллин)

ЦЕЛЬ. Улучшение непосредственных и отдаленных результатов реконструктивно-восстановительных операций у больных осложненным колоректальным раком.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Работа основана на клиническом опыте лечения 63 пациентов, которым выполнен реконструктивно-восстановительный этап, после проведенной ранее операции типа Гартмана по поводу осложненного колоректального рака.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Реконструктивно-восстановительные операции проводились на различных сроках после первичной операции.

Для оценки функционального состояния сфинктера прямой кишки всем пациентам проводили сфинктерометрию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Оптимальными сроками выполнения реконструктивного этапа следует считать 1-3 месяца с момента первичной операции.

[Ключевые слова: колоректальный рак, операция Гартмана, реконструктивно-восстановительные операции, сфинктерометрия]

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТОКОЛА «FAST TRACK» У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Зитта Д.В., Субботин В.М., Бусырев Ю.Б.

ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А.Вагнера Минздрава России», г. Пермь
(заведующий кафедрой – д.м.н., профессор Субботин В.М.)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение возможности использования программы оптимизации «fast track» в лечении больных колоректальным раком старческого возраста, оценить ее эффективность и безопасность.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В проспективном рандомизированном исследовании приняли участие 138 больных в возрасте старше 70 лет, которым выполнялись радикальные операции по поводу колоректального рака в отделении колопроктологии ГКБ №2 в период с 2010 по 2014 годы. Все пациенты были разделены на 2 группы. Больные группы сравнения получали традиционную периоперационную терапию (56 процентов), лечение 82 больных основной группы проводилось в соответствии с протоколом оптимизации «fast track».

Анализировались такие показатели, как продолжительность операции, интраоперационная кровопотеря, срок активизации больных, сроки первого отхождения газов и дефекации, частота послеоперационных осложнений – раневая инфекция, несостоятельность анастомоза, перитонит, спаечная кишечная непроходимость, парез кишечника, задержка мочеиспускания, сердечно-легочные осложнения, послеоперационный койко-день.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средний возраст больных составил $77,4 \pm 8$ лет. Существенной разницы по возрастному и половому составу, индексу массы тела, наличию сопутствующей патологии и объему операций между двумя изучаемыми группами больных не было. Продолжительность операций в группе сравнения и основной группе также достоверно не отличалась. Восстановление моторной функции кишечника происходило достоверно быстрее у больных основной группы. Летальность составила 1,8 % в группе сравнения (1 пациент погиб), 0 – в основной группе. Количество осложнений было существенно ниже в основной группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Программа оптимизации «fast track» показала свою эффективность и безопасность у больных колоректальным раком старческого возраста. Применение программы привело к ускорению восстановления моторной функции кишечника и снижению риска послеоперационных осложнений, сокращению сроков пребывания пациентов в стационаре.

[Ключевые слова: fast track, elderly patients, колоректальный рак, оптимизация периоперационного лечения]

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЛАНОВОЙ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Помазкин В.И., Ходаков В.В.

Кафедра общей хирургии Уральского государственного медицинского университета, Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург
(начальник госпиталя – В.С.Башков)

ЦЕЛЬ. Оценить отдаленные результаты лечения пациентов с осложненной дивертикулярной болезнью, оперированных в плановом порядке в объеме левосторонней гемиколэктомии.

ПАЦИЕНТЫ. Произведено сравнение результатов у 53 пациентов с рецидивирующим дивертикулитом, которым ранее было проведено консервативное лечение с ликвидацией воспалительных изменений, и 50 пациентов, перенесших формирование сигмостомы в связи с перфорацией дивертикула.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В первой группе число пациентов с послеоперационными функциональными гастроинтестинальными расстройствами и нарушениями в психоэмоциональной сфере было существенно больше, чем во второй и коррелировало с наличием их до операции. При исследовании качества жизни в первой группе отмечалось достоверное снижение показателей во всех шкалах опросника MOS-SF 36, во второй группе средние значения шкал были сопоставимы с показателями здоровых людей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Показания для планового оперативного лечения при рецидивирующем дивертикулите требуют более строгого определения.

[Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, дивертикулит, качество жизни]

ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Черкасов М.Ф., Галашокян К.М., Старцев Ю.М., Черкасов Д.М.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра хирургических болезней ФПК и ППС, г. Ростов-на-Дону

(зав. кафедрой – профессор, д.м.н. М.Ф. Черкасов)

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты комплексного лечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование включен 31 пациент с эпителиальным копчиковым ходом, основную группу составили 16 пациентов, у которых после радикальной операции оставляли рану открытой и использовали вакуум-терапию. В контрольную группу включены 15 пациентов с ЭКХ, у которых радикальное хирургическое лечение сопровождалось оставлением раны открытой и лечением стандартными повязками. Обе группы пациентов были сравнимы по половому, возрастному составу, стадии воспаления ЭКХ и наличию сопутствующей патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Установлено, что вакуум-терапия способствует сокращению времени полного заживления раны до $27,5 \pm 3,6$ дней против $79 \pm 6,6$ дней в контрольной группе, при этом площадь ран на 14 день терапии уменьшалась на 60% после использования вакуум-терапии против 20% – в контрольной группе. Отмечено уменьшение интенсивности болей, согласно визуально-аналоговой шкале, в группе с вакуум-терапией ($1,5/2,2$ – в основной и $1,8/2,8$ – в контрольной), а также более ранняя активизация больных и раннее восстановление трудоспособности ($31 \pm 3,9$ день – в основной группе и $39 \pm 5,7$ дней – в контрольной). Осложнения возникли у 3 (20%) пациентов только контрольной группы в виде нагноения раны, а рецидивов заболевания в обеих группах отмечено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Способ лечения ЭКХ с использованием вакуум-терапии позволяет улучшить результаты хирургического лечения.

[Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, вакуум-терапия, терапия отрицательным давлением, хирургическое лечение]

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ НА ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И РОБОТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Максименков А.В., Степанюк И.В., Назаров В.А., Левчук А.Л.

ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения РФ, г. Москва
(генеральный директор – д.м.н., профессор О.Э.Карпов)

В статье представлен анализ непосредственных результатов 117 лапароскопических и 16 роботических операций на ободочной кишке, выполненных в НМХЦ им. Н.И. Пирогова за период с января 2011 г. по май 2015 г. Из них 90 пациентов с опухолевым поражением ободочной кишки, 31 пациент с дивертикулярной болезнью, 11 пациентов с функционирующими одноствольными колостомами как результат перенесенных ранее обструктивных вмешательств на левой половине ободочной кишки и 1 пациент с мегаколон. При раке ободочной кишки оперативные вмешательства выполнялись по методике полной мезоколонэктомии с центральным лигированием сосудов (74 пациентов) и по методике скелетизации нижней брыжеечной артерии с параортальной лимфресецией (16 пациентов). Общий процент послеоперационных осложнений среди всех видеоскопических операций составил 11,3%. Применение роботической технологии при операциях на ободочной кишке не может являться целесообразным, ввиду доступности выполнения вмешательств лапароскопически, по критерию цена-эффективность и временному фактору.

[Ключевые слова: ободочная кишка, лапароскопические операции, роботические операции]

АППАРАТНЫЙ МЕЖКИШЕЧНЫЙ АНАСТОМОЗ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ: НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Колесников Е.Н., Харагезов Д.А., Колесников В.Е., Кожушко М.А.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону
(директор – д.м.н., профессор О.И.Кит)

ЦЕЛЬ. Оценка результатов применения аппаратного анастомоза в колоректальной хирургии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ результатов хирургического лечения 427 больных раком прямой кишки и 458 больных раком ободочной кишки T1-4N0-2M0-1. Колоректальный анастомоз формировали с использованием циркулярного сшивающего аппарата по типу «конец-в-конец» (347 больных) или «бок-в-конец» (80 больных). Аппаратный анастомоз при вмешательствах на ободочной кишке был сформирован у 164 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Несостоятельность аппаратного колоректального анастомоза развилась у 37 (8,7%) больных, ниже она была при формировании анастомоза «бок-в-конец» – 3 (3,8%). Несостоятельность аппаратного анастомоза при оперативных вмешательствах на ободочной кишке развилась лишь у 2 (1,2%) больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Соблюдение правил применения сшивающих аппаратов и методики наложения механического анастомоза позволяют сформировать надежный шов, не уступающий ручному, и являются важной составляющей профилактики несостоятельности анастомоза.

[Ключевые слова: колоректальный рак, аппаратный анастомоз, несостоятельность]

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА КАК РЕДКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ БРАХИТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Строкова Л.А., Козлов А.В., Савельева Т.В., Горелов С.И., Горелов В.П.

ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России»

(главный врач – д.м.н., профессор Я.А.Накатис)

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова МЗ РФ, кафедра функциональной диагностики

(зав. кафедрой – д.м.н., профессор В.И.Новиков)

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, кафедра урологии, г.Санкт-Петербург

(зав. кафедрой – д.м.н., профессор И.Б.Осипов)

[Ключевые слова: острый парапроктит, рак простаты, брахитерапия, трансректальное ультразвуковое исследование]

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ (обзор литературы)

Маскин С.С., Карсанов А.М., Климович И.Н., Карсанова З.О., Караев Т.Р., Дербенцева Т.В., Дегтярёва В.В.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России», г. Волгоград

(ректор – академик РАН В.И.Петров)

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Владикавказ

(и.о. ректора – д.м.н. О.В.Ремизов)З НУЗ «Узловая больница на ст. Владикавказ ОАО «РЖД», г. Владикавказ

(директор – Т.К.Карсанова)

[Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, осложнения, эпидемиология, диагностика]

РОЛЬ КТ-ЭНТЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОНКОЙ КИШКИ (обзор литературы)

Семенова И.И., Зароднюк И.В.

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

(директор – д.м.н., профессор Ю.А.Шельгин)

[Ключевые слова: болезнь Крона тонкой кишки, КТ-энтерография]

№2(56)2016

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОРИГИНАЛЬНЫХ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫХ МАРКЁРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА

Карпухин О.Ю., Елеев А.А., Кутырёва М.П., Юсупова А.Ф., Ханнанов А.А.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,

(ректор – профессор А.С.Созинов)

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет

(ректор – профессор И.Р.Гафуров), химический институт им. А.М.Бутлерова,З ГАУЗ «Республиканская клиническая больница»

Минздрава Татарстана, г.Казань

(главный врач – Р.Ф.Гайфуллин)

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность рентгенологического контроля пассажа оригинальных рентгеноконтрастных маркёров по желудочно-кишечному тракту в диагностике хронического запора.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В обследовании 28 пациентов с хроническим запором использовали пассаж оригинальных рентгеноконтрастных маркёров по желудочно-кишечному тракту. Маркёры представляли собой неадгезирующие и нерастворимые композитные соединения на основе сульфата бария.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Изучена специфика пассажа рентгеноконтрастных маркёров при разной степени тяжести хронического запора, а также при различных аномалиях строения и положения ободочной кишки. Скорость продвижения маркёров, их распределение по кишке, а также сроки эвакуации объективно отражают нарушение эвакуаторной функции, а сама методика отличается простотой выполнения и интерпретации.

ВЫВОДЫ. Данный метод расширяет арсенал диагностических методик при хроническом запоре и может рассматриваться в качестве эффективного метода функциональной диагностики, позволяющего дифференцированно подходить к выбору метода лечения, а при хирургическом подходе – к выбору объема резекции.

[Ключевые слова: хронический запор, нерастворимые композитные соединения на основе сульфата бария, пассаж рентгеноконтрастных маркёров]

ВЫБОР КОМБИНИРОВАННОГО МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

Родоман Г.В., Корнев Л.В., Шалаева Т.И., Чернер В.А.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ, кафедра общей хирургии и лучевой диагностики лечебного факультета, г.Москва
ГБУЗ ГКБ № 24 ДЗ, г.Москва

(глав. врач – д.м.н., профессор Г.В.Родоман)

ЦЕЛЬ. Создание малоинвазивной методики, лишенной недостатков традиционного хирургического лечения, ограничений в устранении наружных узлов, присущих методике HAL-RAR, и обладающей более высокой, чем HAL-RAR и изолированная лазерная деструкция, эффективностью при лечении хронического геморроя II-III стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Авторами разработан комбинированный метод лечения геморроя, объединяющий шовное лигирование артерий под контролем ультразвуковой доплерометрии с субдермально-субмукозной лазерной деструкцией внутренних и наружных геморроидальных узлов, и выполнено исследование его безопасности и эффективности. В исследование включено 100 пациентов с хроническим геморроем II и III стадии, в лечении которых применялись комбинированная методика HAL-лазер (основная группа), методика HAL-RAR (1 контрольная группа) и закрытая геморроидэктомия линейным степлером (2 контрольная группа).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Анализ показал, что комбинированная методика HAL-лазер обладает более высокой эффективностью, чем методика HAL-RAR, и при этом является настолько же безопасной и хорошо переносимой для пациентов. В эффективности она уступает традиционной геморроидэктомии из-за риска образования косметического дефекта – анальных бахромок, однако не увеличивает риск рецидивов заболевания, снижает риск осложнений и значительно превосходит геморроидэктомию в переносимости и позволяет сократить сроки нетрудоспособности.

[Ключевые слова: геморрой, HAL, лазерная деструкция]

ДВУХУРОВНЕВАЯ ПЛАСТИКА ТАЗОВОГО ДНА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ

Хитарьян А.Г., Праздников Э.Н., Дульеров К.А., Стагниева Д.В., Алибеков А.З., Прокудин С.В., Велиев К.С., Ковалев С.А.

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

(главный врач – О.И.Нахрацкая)

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

(ректор – О.О.Янушевич)

МБУЗ «Городская поликлиника № 16», г. Ростов-на-Дону

(главный врач – Д.В.Стагниева) ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

(ректор – С.В.Шлык)

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения больных с ректоцеле посредством двухуровневой пластики тазового дна.

МЕТОДЫ. Пластика ректоцеле осуществлялась из комбинированного трансвагинального и трансректального доступа и заключалась в сакроспинально-кардиальной фиксации, кольпорафии, дополненной трансректальной «11-часовой» мукопексией на высоту до 5 см от зубчатой линии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Отдаленные результаты лечения были прослежены в сроки от 12 мес. до 5 лет после операции (медиана 3,5 года). В исследуемой группе «хороший» результат был отмечен у 37 (75,5 %) пациенток, «удовлетворительный» и «неудовлетворительный» – у 11 (22,4 %) и 1 (2,0 %) пациенток, соответственно. Рецидив заболевания был выявлен всего у 1 пациентки (2 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Двухуровневая тазовая пластика с комбинированным валагалищным и трансректальным доступом отличается малой травматичностью (средняя продолжительность операции чуть более 50 мин., при объеме кровопотери до 150 мл) и низким процентом интраоперационных и послеоперационных осложнений.

[Ключевые слова: ректоцеле, двухуровневая пластика]

РОЛЬ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ПРЕВЕНТИВНЫХ КИШЕЧНЫХ СТОМ

Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И., Пилиев Д.В., Сушков О.И.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России

(директор – д.м.н., профессор Ю.А.Шелыгин)

ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России

(ректор – академик РАН Л.К.Мошкетова)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить эффективность антибиотикопрофилактики при ликвидации профилактических кишечных стом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В основную (I-первую) группу вошли 99 пациентов, которым не проводили антибиотикопрофилактику (АБП). В контрольной (II-второй) группе было 96 больных, которым проводили АБП путем однократного внутривенного введения 1,2 г амоксициллина/клавулановой кислоты за 30 минут до начала операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Общая частота осложнений в основной и контрольной группах составила 23 (23,3 %) и 27 (27,9 %), соответственно ($p=0,53$). Из них, воспалительные осложнения в послеоперационной ране были на первом месте по частоте проявления: в I группе в 12 (12,2 %), во II группе в 11 (11,4 %) наблюдениях ($p=0,35$). Послеоперационная диарея с частотой стула 5 и более раз в сутки на втором месте по частоте, но развилась в два раза чаще в основной, чем в контрольной группе – у 4 (4,0 %) и 8 (8,3 %) пациентов, соответственно ($p=0,212$). Фебрильная лихорадка чаще выявлялась в первой группе по сравнению со второй – в 6 (6,1 %) и 1 (1,0 %) случае, соответственно ($p=0,06$). Другими осложнениями были парез желудочно-кишечного тракта ($p=0,76$), кровотечение из зоны сформированного кишечного анастомоза ($p=0,149$), пневмоторакс ($p=0,324$), цистит ($p=0,309$) и нижнедолевая пневмония ($p=0,309$). Не выявлено осложнений, статистически достоверно связанных с одной из двух групп.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. По результатам исследования не доказана эффективность АБП у больных, перенесших ликвидацию профилактической кишечной стомы, что не позволяет нам рекомендовать ее рутинное применение. Решение вопроса о профилактическом назначении антибиотиков должно приниматься индивидуально, взвешивая все возможные риски.

[Ключевые слова: антибиотикопрофилактика, воспаление в области раны, ликвидация стомы, профилактическая стома]

СФИНКТРОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДАВЛЕНИЯ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ В НОРМЕ

Шелыгин Ю.А., Фоменко О.Ю., Титов А.Ю., Веселов В.В., Белоусова С.В., Алешин Д.В.

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

(директор – д.м.н., профессор Ю.А.Шельгин)
ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва
(ректор – д.м.н., академик РАН Л.К.Мошетова)

В статье представлены нормативные величины давления в анальном канале в покое и при волевом сокращении анального жома для сфинктерометра манометрического типа S 4402 MSM фирмы «Про Медика Гмбх», (Германия).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 73 пациента, госпитализированные в ГНЦК для удаления полипов ободочной кишки через колоноскоп. Согласно анкетированию, они не предъявляли жалоб на недержание кишечного содержимого (0 баллов по шкале анальной инконтиненции Wexner) и расстройство дефекации (0 баллов по шкале обструктивной дефекации ГНЦК им. А.Н.Рыжих). Мужчин было 28 (38,4 %), средний возраст их составил $56,2 \pm 10,2$ лет, женщин – 45 (61,6 %), средний возраст – $54,9 \pm 13,7$ лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У мужчин среднее давление в покое было равно $52,1 \pm 19,8$ мм рт. ст., максимальное давление в покое – $60,3 \pm 21,9$ мм рт. ст. При волевом сокращении среднее давление составило $118,2 \pm 41,5$ мм рт. ст., максимальное – $174,2 \pm 56,8$ мм рт. ст. У женщин получены следующие показатели: в покое среднее давление – $37,1 \pm 15,3$ мм рт.ст. и максимальное – $43,8 \pm 15,5$ мм рт. ст., при волевом сокращении среднее давление – $75,1 \pm 29,5$ мм рт. ст. и максимальное – $99,1 \pm 39,7$ мм рт. ст. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Получены нормативные показатели давления в анальном канале в покое и при волевом сокращении, необходимые для ориентировочной оценки функции анального жома с помощью сфинктерометра S 4402 MSM. Однако, для более подробного изучения функционального состояния запирательного аппарата прямой кишки с помощью этого прибора необходима разработка нового программного обеспечения.

[Ключевые слова: сфинктерометрия, запирательный аппарат прямой кишки, аноректальная манометрия]

КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК, ОСЛОЖНЕННЫЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Щаева С.Н., Нарезкин Д.В.

ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Смоленск (ректор – д.м.н., профессор И.В.Отвагин)

ЦЕЛЬ. Оценить непосредственные и отдаленные результаты оперативных вмешательств при колоректальном раке, осложненном кровотечением.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты хирургического лечения 240 больных колоректальным раком, осложненным кровотечением, оперированных в хирургических стационарах Смоленска и Смоленской области в период с 2002 по 2013 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В большинстве наблюдений при кишечном кровотечении все радикальные операции выполнялись в объеме одноэтапных вмешательств, $n=205$ (85,4 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. В связи с высоким риском рецидива кровотечения, большим с данным осложнением колоректального рака, показано хирургическое вмешательство с целью удаления опухоли.

[Ключевые слова: колоректальный рак, кишечное кровотечение]

ПРОЛАПС ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ (обзор литературы)

Алиев Э.А., Ахмедова Э.В.

Азербайджанский Медицинский Университет,
кафедра хирургических болезней № 1, г. Баку, Азербайджан
(зав.каф. – член-корр. НАНА, профессор Н.Ю.Байрамов)

[Ключевые слова: тазовое дно, цистоцеле, энтероцеле, ректоцеле, кольпорафия]

НАРУШЕНИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ И СПОСОБЫ ИХ КОРРЕКЦИИ (обзор литературы)

Захаренко А.А., Суворов А.Н., Шлык И.В., Тен О.А., Джамилев Ш.Р., Натха А.С., Трушин А.А., Беляев М.А.

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

(ректор – академик РАН, д.м.н., профессор С.Ф.Багненко)

Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины, г.Санкт-Петербург

У больных колоректальным раком в периоперационном периоде выявляются выраженные изменения микробиоценоза толстой кишки, которые характеризуются изменением количественного и качественного состава микрофлоры. Отмечается значительное подавление анаэробного микробного компонента, прежде всего бифидобактерий и лактобацилл. В результате размножаются сапрофитные микробы с высокой устойчивостью к лекарственным препаратам, приобретающие патогенные свойства. Наиболее известным представителем таких микроорганизмов является патогенный штамм Clostridium difficile, часто провоцирующий развитие псевдомембранозного колита. В зависимости от степени дисбиоза проводятся различные схемы консервативной терапии, а при тяжелых дисбиотических изменениях, в том числе выраженных диареях, ассоциированных Clostridium difficile, фекальная трансплантация.

[Ключевые слова: колоректальный рак, дисбиоз толстой кишки, антибиотик-ассоциированная диарея, фекальная трансплантация]

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ТОТАЛЬНАЯ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ (обзор литературы)

Казиева Л.Ю.

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

(директор – д.м.н., профессор Ю.А.Шельгин)

[Ключевые слова: трансанальная тотальная мезоректумэктомия, рак, ТА-TME]

КОНЦЕПЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ (обзор литературы)

Карсанов А.М., Маскин С.С., Гончаров Д.Ю., Климович И.Н., Карсанова З.О., Матюхин В.В., Дегтярёва В.В.

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия Минздрава России», г.Владикавказ

(и.о. ректора – д.м.н. О.В.Ремизов)

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России», г. Волгоград (ректор – академик РАН В.И.Петров)

НУЗ «Узловая больница на ст. Владикавказ ОАО «РЖД», г.Владикавказ(директор – Т.К.Карсанова)

СПб ГБУЗ «Городская больница № 9», г. Санкт-Петербург

(главный врач – Н.Н.Гриненко)

В обзоре представлены обоснованные с позиций доказательной медицины принципы дифференцированного подхода к лечению воспалительных осложнений дивертикулярной болезни (ВОДБ). Основой для эффективного решения стратегических задач при ВОДБ является общепринятая дефиниция и классификация клинических форм заболевания. Принципы дифференцированной лечебной тактики при ВОДБ включают: консервативные методы лечения при неосложнённых формах, пункционно-дренирующий метод при абсцессах, резекционный (преимущественно, лапароскопический) подход при распространенном перитоните с расширением возможности выполнения первично-восстановительных (с протективной стомой) неотложных операций, а в случае планового хирургического лечения хронических осложнений – необходимость максимально широкого применения лапароскопических технологий.

[Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, воспалительные осложнения, лечение, хирургия]

КАПСУЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ (обзор литературы)

Ликуттов А.А.

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

(директор – д.м.н., профессор Ю.А.Шельгин)

Видеокапсульная колоноскопия – малоинвазивный метод диагностики воспалительных и опухолевых заболеваний желудочно-кишечного тракта. Это исследование может применяться как скрининговый метод выявления рака толстой кишки, а также у пациентов, которые либо отказались от колоноскопии, либо она противопоказана по тем или иным причинам.

Диагностическая эффективность метода при использовании толстокишечной капсулы второго поколения значительно повысилась.

[Ключевые слова: толстокишечная видеокапсула, видеокапсульная колоноскопия, болезнь Крона, язвенный колит, колоректальный рак, полипы толстой кишки, колоноскопия]

ЮБИЛЕЙ

К 70-ЛЕТИЮ ДЖИМБЕЕВА ВЛАДИМИРА ЛАРИОНОВИЧА

№3(57)2016

ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКАЯ МУКОЭКТОМИЯ КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА: РЕЗУЛЬТАТЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Борота А.В., Василенко И.В., Борота А.А., Базиян-Кухто Н.К.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, кафедра общей хирургии №1, г. Донецк

(заведующий кафедрой – д.м.н., профессор А.В. Борота)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Целью исследования явилась разработка способа мукоэктомии культы прямой кишки, снижающего риск возникновения резидуального колита и динамическое морфологическое исследование ткани культы прямой кишки от момента её мукоэктомии в течение 1,5 – 2 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. После стандартной колпроктэктомии и формирования илеального резервуара культы прямой кишки выворачивается наружу слизистой оболочкой, выполняется поэтапная высокочастотная электротермическая мукоэктомия. Формируется механический циркулярный илео-поуч-ректальный анастомоз и протективная илеостома. Такой способ мукоэктомии культы прямой кишки выполнен 13 пациентам. С целью динамического наблюдения за состоянием культы прямой кишки всем

пациентам проводили биопсию культы прямой кишки с последующим морфологическим исследованием.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ. За время динамического наблюдения клинических явлений культита у пациентов не возникало.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предложенный новый вариант хирургического лечения язвенного колита, заключающийся в колпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илео-поуч-ректального анастомоза, высокочастотной электротермической мукоэктомией культы прямой кишки и анального канала и протективной илеостомией, позволяет полностью удалить слизистую оболочку культы прямой кишки, что исключает риск возникновения культита, как проявлений резидуального ЯК, как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. Функциональные результаты при этом не ухудшаются.

[Ключевые слова: язвенный колит, высокочастотная электротермическая мукоэктомия культы прямой кишки, биопсия]

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ В ДОРОДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованый А.И., Соколова О.С.

ГБОУ высшего профессионального образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им.

акад. И.П.Павлова» МЗ РФ

(ректор – академик РАН, проф. С.Ф.Багненко),

кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии (заведующий кафедрой – д.м.н., профессор С.В.Васильев),

г. Санкт-Петербург, Россия

ЦЕЛЬ. Поиск оптимального подхода к профилактике и лечению геморроя у беременных в дородовом периоде и у родильниц в раннем послеродовом периоде.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. На основании сравнительных результатов лечения геморроя с использованием топических и системных лекарственных препаратов у 113 беременных определена эффективность профилактической и лечебной тактики при геморроидальной болезни во время беременности и в раннем послеродовом периоде. Разработаны оптимальные по эффективности и безопасности схемы лечения обострений геморроя у этой категории пациенток.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Применение представленных схем лечения и профилактики позволяет значительно снизить риск обострения геморроя и уменьшить сроки купирования симптомов у беременных и родильниц. Опыт применения препарата Детралекс свидетельствует об эффективности и хорошей переносимости данного средства при использовании у беременных, как с целью лечения, так и профилактики послеродовых обострений геморроя.

[Ключевые слова: геморрой, беременность, профилактика, лечение, Детралекс]

ВЛИЯНИЕ ФЛЕБОТОНИКОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРОЯ

Грошили В.С., Черкасов М.Ф., Мирзоев Л.А., Швецов В.К.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

В статье описан опыт применения малоинвазивных методов лечения хронического геморроя II-III стадии. Проведен анализ эффективности методик как изолированных, так и при комбинировании способов после лечения 493 пациентов. Проведен анализ показаний к применению, клинической эффективности и недостатков отдельных малоинвазивных методик. Обоснована клиническая эффективность применения венотоников (микронизированной флавоноидной фракции) в периоперационном лечении при применении малоинвазивных методик лечения хронического геморроя. Определена необходимость дифференцированного подхода к определению показаний и выбору метода малоинвазивной операции в зависимости от выраженности стадий заболевания (формы, стадии, воспалительных изменений, кровотечения).

[Ключевые слова: геморрой, малоинвазивные методы лечения, кровотечение]

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК ИНФЛИКСИМАБА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ (ЛЮМИНАЛЬНОЙ) ФОРМЕ БОЛЕЗНИ КРОНА

Князев О.В., Коноплянников А.Г., Каграманова А.В., Хомерики С.Г., Фадеева Н.А., Карпеева А.А., Орлова Н.В., Павлов М.В., Носкова К.К., Кирова М.В., Парфенов А.И.

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр Департамента здравоохранения Москвы», г. Москва

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф.Цыба, г. Обнинск

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение эффективности комбинированного применения мезенхимальных стромальных клеток (МСК) костного мозга и инфликсимаба (ИФЛ) для достижения «глубокой ремиссии» у больных с люминальной формой болезни Крона (БК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование вошли 72 пациента в возрасте от 19 до 62 лет (Me=29) с люминальной формой БК. Больные 1-й группы (n=21) получали стандартную терапию препаратами 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК) и глюкокортикостероидами (ГКС) в сочетании с культурой МСК. Больным 2-й группы (n=32) назначали антицитокиновую терапию ИФЛ. Больные 3-й группы (n=19) получали ИФЛ и культуру МСК.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Результаты клинических, иммунобиологических и гистологических показателей (С-реактивный белок – СРБ, фекальный кальпротектин – ФКП, индекс Гебса), свидетельствовали о более значимом уменьшении активности местного и системного воспалительного процесса у больных 3-й группы. В течение трех лет наблюдения у пациентов, получавших МСК и ИФЛ, наблюдалась более продолжительная ремиссия в сравнении с больными 1-й (p=0,04) и 2-й групп (p=0,038).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Комбинированное применение МСК костного мозга и ИФЛ способствует достижению «глубокой ремиссии» у больных с люминальной формой БК и имеет более высокую прогностическую значимость для длительности безрецидивного течения БК.

[Ключевые слова: болезнь Крона, воспалительные заболевания кишечника, инфликсимаб, мезенхимальные стромальные клетки]

АНАТОМО АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНГИОАРХИТЕКТониКИ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ АРТЕРИЙ И ИХ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Коротких Н.Н., 1 Ольшанский М.С., 2 Казарезов О.В. 1

БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1»,

(главный врач – В.А. Вериковский)

БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер», г. Воронеж

(главный врач – И.П. Мошуров)

Представлены данные, касающиеся изучения анатомии прямокишечных артерий методом ангиографии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Выявить индивидуальные особенности ангиоархитектоники артерий прямой кишки *in vivo* и обосновать целесообразность использования эндоваскулярных вмешательств у больных раком прямой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. 108 пациентов с атеросклеротическим поражением сосудов нижних конечностей и 15 больных раком прямой кишки для оценки вариантов анатомии ректальных артерий.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Верхняя прямокишечная артерия – основной источник кровоснабжения, ветви которой участвуют в кровоснабжении всех отделов прямой кишки, а также анального канала. Средние прямокишечные артерии являются дополнительным источником. *In vivo* имеется их выраженная билатеральная асимметрия с преимущественным развитием левого сосуда. Нижние прямокишечные артерии, как самостоятельный сосуд, визуализируются менее чем в трети наблюдений. Прямокишечные артерии обладают высокой прижизненной пластичностью и имеют широкую сеть анастомозов с другими париетальными и висцеральными сосудами малого таза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Полученные результаты анатомически обосновывают возможность и целесообразность применения рентгеноэндоваскулярных методов лечения злокачественных опухолей прямой кишки с учетом индивидуальных особенностей кровоснабжения.

[Ключевые слова: прямокишечные артерии, ангиография, рак прямой кишки, внутриартериальная селективная масляная химиоэмболизация]

ФАКТОРЫ РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ ПРИ ОДНОСТВОЛЬНЫХ КОЛОСТОМАХ

Помазкин В.И.

Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург

(начальник госпиталя – Р.В.Соловьев)

Целью работы было проведение анализа ранних послеоперационных осложнений при восстановительных операциях на толстой кишке при одноствольных колостомах у больных раком левой половины толстой кишки, осложненным кишечной непроходимостью и выявление прогностических факторов, влияющих на возникновение осложнений. В исследование включены результаты восстановительных операций у 192 больных. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 18 (9,4%) больных. Унивариантный анализ факторов риска показал, что наличие у больного ХОБЛ увеличивало вероятность возникновения осложнений в 1,7 раза ($p=0,044$), наличие гнойных осложнений на предыдущем этапе лечения – в 4,3 раза ($p=0,011$), 3 степени выраженности спаечного процесса в сравнении с 1 степенью – в 9,7 раз ($p=0,001$). При мультивариантном анализе отношение рисков возникновения осложнений при восстановительных операциях при осложнениях на предыдущем этапе лечения составило 4,3 (ДИ 1,7-23,3, $p=0,021$), а при 3 степени спаечного процесса – 7,5 (ДИ 1,3-15,6, $p=0,001$).

[Ключевые слова: колоректальный рак, кишечная непроходимость, операция Гартмана]

ОЦЕНКА НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Савушкин А.В., Хачатурова Э.А., Капитанов М.В., Ерошкина Т.Д.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва
(директор – д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин)

ЦЕЛЬ. Оценить частоту нутритивной недостаточности в предоперационном периоде у пациентов пожилого и старческого возраста с колоректальным раком.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты оценки трофологического статуса 38 пациентов накануне плановой операции по поводу колоректального рака. Использовались соматометрические (индекс массы тела, окружность плеча, толщина кожно-жировой складки) и лабораторные (общий белок сыворотки крови, альбумин, трансферрин, абсолютное число лимфоцитов) методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среднее значение показателей было снижено только для абсолютного числа лимфоцитов – 1,5 тыс. в мкл, СО-0,5 ($p<0,0001$). Недостаточность питания выявлена при оценке по абсолютному числу лимфоцитов в 71% (27) и толщине кожно-жировой складки в 50% (19). Оценка по ИМТ позволила установить гипотрофию I степени только лишь у 2 пациентов, в то время как суммарно выявлена недостаточность питания в 31 (82%) из 38 случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Только комплексное исследование соматометрических и лабораторных показателей позволило в полной мере выявить у пациентов с колоректальным раком нутритивную недостаточность в предоперационном периоде.

[Ключевые слова: трофологический статус, пациенты пожилого и старческого возраста, нутритивная недостаточность]

ДИАГНОСТИКА И КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ДЕФЕКАЦИИ

Фоменко О.Ю., Титов А.Ю., Бирюков О.М.,
Мудров А.А., Белоусова С.В., Егорова Д.В.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России,
(директор – д.м.н., профессор Ю.А.Шельгин)
ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва
(ректор – академик РАН, д.м.н. Л.К.Мошетова)

В исследовании включено 90 пациентов с функциональными расстройствами дефекации – диссинергическая дефекация и неадекватная пропульсия. Женщин было 72 (80%), мужчин – 18 (20%), средний возраст составил $43,6 \pm 16,5$ лет. Согласно опросу, все пациенты удовлетворяли Римским критериям III (2006) функционального запора. Всем пациентам была выполнена аноректальная манометрия высокого разрешения на гастроэнтерологическом комплексе Solar (фирмы MMS, Нидерланды) с помощью 8-ми канальных перфузионных катетеров водного наполнения. Использовался Лондонский Протокол HRAM. Всем пациентам проведена БОС-терапия по программе обструктивной дефекации на аппарате Urostim (производитель Laborie, Канада). Курс лечения включал 10 ежедневных сеансов общей продолжительностью 30 мин. Эффективность лечения оценивалась непосредственно после завершения курса БОС-терапии по результатам повторной аноректальной манометрии высокого разрешения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. По данным функциональных исследований метод биологической обратной связи может быть применен для лечения пациентов с синдромом обструктивной дефекации при наличии диссинергии мышц тазового дна в виде спазма пуборектальной петли. При этом БОС-терапия неэффективна у пациентов с III типом манометрического паттерна и у больных с неадекватной пропульсией.

[Ключевые слова: манометрия высокого разрешения, синдром обструктивной дефекации, функциональные расстройства дефекации, диссинергическая дефекация, неадекватная пропульсия, манометрический паттерн, БОС-терапия]

СПОСОБЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНИКА

Гиберт Б.К., Матвеев И.А., Хасия Д.Т., Матвеев А.И., Калининченко А.П.
ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России, г. Тюмень
(ректор – член-корр. РАН, д.м.н., профессор И.В.Медведева)

У 197 пациентов после экстренных обструктивных резекций толстой кишки выполнено восстановление непрерывности кишечника.

В 2000-2014 гг. операции из срединной лапаротомии составили 46,19%, из парастомального доступа – 39,08% и лапароскопически ассистированным методом – у 14,72%. В 2013-14 гг. срединный доступ потребовался у 16,66% больных, парастомальный – у 14,63% и лапароскопически ассистированный – у 69,04% пациентов.

Выбор способа восстановления непрерывности толстой кишки у больных после экстренных обструктивных резекций представляет собой развивающийся эволюционный процесс, о чем свидетельствует тенденция к переходу от традиционного открытого доступа к малоинвазивным вмешательствам.

[Ключевые слова: операция Гартмана, реконструктивно-восстановительные операции]

ИШЕМИЧЕСКИЙ КОЛИТ (клиническое наблюдение)

Ачкасов С.И., Назаров И.В., Майновская О.А.,
Семёнова И.И., Орлова Л.П., Скридловский С.Н.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва
(директор – д.м.н., профессор Ю.А.Шельгин)

Ишемический колит (ИК) возникает из-за острого или хронического нарушения кровотока в кишечной стенке. Группу риска ИК составляют пожилые люди с распространённым атеросклеротическим поражением сосудов, а также лица, перенесшие оперативные вмешательства на магистральных сосудах. Клинические проявления варьируют от незначительной примеси крови в стуле до инфаркта кишечной стенки с развитием перфорации и перитонита. Отсутствие патогномоничных симптомов осложняет раннюю диагностику ИК, а недостаток литературных данных приводит к противоречиям в вопросах лечебной тактики. В этой статье мы описали клинические примеры двух пациентов, находившихся на лечении в ГНЦК. Эти наблюдения относительно редки, вместе с тем, представляют значительный интерес, особенно в свете существующих дискуссий о природе ИК и подходах к его лечению.

[Ключевые слова: ишемический колит]

УСПЕШНАЯ МУЛЬТИВИСЦЕРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ У БОЛЬНОГО СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА (клинические наблюдения)

Ненарокомов А.Ю., Ермаков М.В.

ГБОУ ВПО Волгоградский Государственный Медицинский университет, г. Волгоград

(ректор – академик РАН В.И.Петров)

ГБУЗ Волгоградский областной клинический онкологический диспансер, г. Волгоград

(гл. врач – В.А.Юшков)

[Ключевые слова: колоректальный рак, мультивисцеральная резекция, гериатрия]

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПОЛНОГО ЗАКРЫТИЯ ПОСТЛУЧЕВОГО РЕКТОВАГИНАЛЬНОГО СВИЩА МЕТОДОМ МИКРОИНЪЕКЦИОННОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ

Терюшкова Ж.И., Васильев В.С., Казачков Е.Л., Васильев С.А., Карпов И.А., Шишменцев Н.Б., Васильев Ю.С., Васильев И.С., Димов Г.П., Маркина Т.Н.

БУЗ ГKB №8

(главный врач – А.Н.Зель),

Кафедра пластической хирургии и косметологии ЮУГМУ Минздрава России

(зав. кафедрой – д.м.н., профессор С.А.Васильев),

Кафедра паталогической анатомии и судебной медицины ЮУГМУ Минздрава России

(зав. кафедрой – д.м.н., профессор Е.Л.Казачков),

НУЗ «ДКБ на ст. Челябинск ОАО РЖД»

(главный врач – Л.Я.Дубачинский),

НИИ иммунологии ЮУГМУ Минздрава России

(и.о. ректора – член-корр. РАМН, д.м.н., профессор И.И.Долгушин),

Клиника ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск

(главный врач – Е.В.Климова)

[Ключевые слова: поздние лучевые повреждения, постлучевой ректовагинальный свищ, микроинъекционная аутотрансплантация жировой ткани, липофилинг, липографтинг, стромальные клетки жировой ткани]

РАННИЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ (обзор литературы)

Васильев С.В., Попов Д.Е., Семенов А.В., Савичева Е.С.

ПСПБГМУ им. акад. И.П.Павлова, кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии

(зав. кафедрой – д.м.н., профессор С.В.Васильев)

Городской колопроктологический центр (СПБГБУЗ «Городская больница №9»), г. Санкт-Петербург

[Ключевые слова: ранний рак прямой кишки, локальное иссечение, трансанальная эндоскопическая микрохирургия, классификация]

АНЕМИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА (обзор литературы)

Садыгова Г.Г.

Азербайджанский Государственный Институт усовершенствования врачей

им. А.Алиева, кафедра терапии (с курсом физиотерапии), г. Баку,

Азербайджан

(ректор – д.м.н., профессор Н.А.Касымов)

[Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, анемия, болезнь Крона, язвенный колит]

НЕОСТИГМИН В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАРЕЗА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (Метаанализ и систематический обзор литературы)

Хомяков Е.А., Пономаренко А.А., Рыбаков Е.Г.

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

(директор – д.м.н., профессор Ю.А.Шелыгин)

[Ключевые слова: послеоперационный парез, неостигмин, парез ЖКТ]

ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕРТОЛИЗУМАБА ПЭГОЛА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА (обзор литературы)

Шапина М.В., Халиф И.Л., Нанаева Б.А.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России

№4(58)2016

ВАЛИДАЦИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА ПО ОЦЕНКЕ ВЫРАЖЕННОСТИ СИНДРОМА НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Шельгин Ю.А.1,2, Пикунов Д.Ю.1, Хомяков Е.А.1, Рыбаков Е.Г.1

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

(директор – чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор Ю.А.Шельгин)

ФГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва (ректор – академик РАН, д.м.н., профессор Л.К.Мошетова)

ВВЕДЕНИЕ. Причиной часто неудовлетворительных результатов после низкой передней резекции прямой кишки с точки зрения качества жизни является «синдром низкой передней резекции» (СНПР). Предложенный в 2012 г. опросник по оценке выраженности СНПР доказал свою эффективность, был валидирован в большинстве стран Европы. Настоящая работа посвящена валидации русскоязычной версии опросника СНПР.

МЕТОДЫ. Официальный перевод опросника СНПР был выполнен согласно современным рекомендациям ВОЗ и EORTC. На 1 этапе 80 пациентов, перенесших переднюю/низкую переднюю резекцию прямой кишки, заполнили опросник EORTC QLQ-C30 и ответили на вопросы шкалы СНПР при личном визите. На 2 этапе 40 пациентов были интервьюированы по телефону.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Признаков СНПР не отмечено у 53 (44,2 %) пациентов, слабовыраженный СНПР выявлен у 25 (20,8 %) больных, у остальных 42 (35 %) пациентов СНПР был клинически выражен. Опросник СНПР показал обратную негативную связь с шкалой глобального качества жизни EORTC QLQ-C30, а также всеми пятью функциональными шкалами ($p < 0,05$). В результате унивариантного анализа установлено, что проведение предоперационной химиолучевой терапии ($p = 0,009$), интраоперационная мобилизация селезеночного изгиба ободочной кишки ($p = 0,0003$), а также выполнение тотальной мезоректумэктомии ($p = 0,02$) достоверно усугубляли выраженность СНПР, однако, в модели биномиальной логистической регрессии единственным независимым фактором, связанным с развитием выраженного СНПР, осталась мобилизация селезеночного изгиба ($p = 0,002$).

ВЫВОДЫ. Согласно результатам исследования, русскоязычная версия доказала свою дискриминантную и конвергентную валидность. Таким образом, может являться эффективным рабочим инструментом для оценки проявлений синдрома низкой передней резекции прямой кишки и может быть использована при проведении дальнейших исследований.

[Ключевые слова: рак прямой кишки, низкая передняя резекция, качество жизни, синдром низкой передней резекции, шкала СНПР]

ТРАНСАНАЛЬНОЕ УКРЕПЛЕНИЕ НИЗКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА: ПЕРВЫЙ ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Алексеев М.В., Шельгин Ю.А., Рыбаков Е.Г.

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

(директор – чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор Ю.А.Шельгин)

ГБОУ ДПО «РМАПО» Минздрава России, г. Москва (ректор – академик РАН, д.м.н. Л.К.Мошетова)

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить влияние применения трансанального укрепления низкого колоректального анастомоза на частоту несостоятельности анастомоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 13 пациентов, из них шести выполнена низкая передняя резекция прямой кишки по поводу рака, проведено трансанальное укрепление анастомоза отдельными швами. Формирование превентивной стомы не производилось.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В исследовании приведен анализ непосредственных результатов лечения больных. У 3 из 6 пациентов выявлены признаки несостоятельности анастомоза, что потребовало разобщения анастомоза у одного и формирование двустебельной стомы у двух больных.

ВЫВОДЫ. Первый опыт применения трансанального укрепления низкого колоректального анастомоза нельзя признать удачным в связи с возникновением несостоятельности у каждого второго пациента. Возможно, необходим более тщательный подбор пациентов для проведения данной методики и применение других методов профилактики несостоятельности анастомоза.

[Ключевые слова: низкая передняя резекция прямой кишки, несостоятельность анастомоза, трансанальное укрепление анастомоза]

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ НЕОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКИ

Борота А.В., Гюльмамедов Ф.И., Гюльмамедов В.А., Полунин Г.Е., Плахотников И.А., Шаламов В.И.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького Кафедра общей хирургии № 1, г. Донецк

(зав.кафедрой – д.м.н., профессор А.В.Борота)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить результаты хирургического лечения геморроя в сочетании с другой патологией прямой кишки и анального канала.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2012 по 2015 гг. 331 пациент оперирован в клинике по поводу неопухолевой хирургической патологии анального канала (АК) и прямой кишки (ПК). Исследуемую группу (ИГ) составили 159 (48,0±2,7 %) пациентов, перенесших сочетанное хирургическое лечение геморроя и другой патологии АК и ПК. Контрольную группу (КГ) составили 172 (52,0±2,7 %) пациента, перенесших геморроидэктомию.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя длительность операции в ИГ составила 28±5 минут, в КГ – 19±3 минут ($p > 0,05$). Количество отдаленных послеоперационных осложнений в ИГ составило 4,4±1,6 %, в КГ – 2,3±1,1 % ($p > 0,05$). Средняя длительность госпитализации в ИГ составила 5,1±1,0 суток, в КГ – 3,2±1,0 суток ($p > 0,05$); сроки восстановления трудоспособности в ИГ составили 20,3±3,2 дней, в КГ – 15,1±2,0 дней ($p > 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Наличие сочетанной с геморроем патологии прямой кишки и анального канала является показанием к сочетанному хирургическому лечению. Увеличение показателей длительности операции, послеоперационных осложнений, длительности госпитализации и восстановления трудоспособности в ИГ, по сравнению с КГ, не являются статистически значимыми. Одномоментное хирургическое лечение геморроя и другой патологии ПК и АК позволяет избежать повторного хирургического вмешательства и возможных его осложнений.

[Ключевые слова: сочетанная неопухолевая хирургическая патология, анальный канал, прямая кишка, сочетанное хирургическое лечение]

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ДОППЛЕР-КОНТРОЛИРУЕМАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ С МУКОПЕКСИЕЙ В МАЛОИНВАЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

Загрядский Е.А.

Медицинский центр «ОН КЛИНИК», г. Москва

(директор – Некрасова И.Е.)

Трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация с мукопексией, является новым направлением в малоинвазивном лечении геморроидальной болезни II-IV стадии. Эффективность данного метода лечения, в силу своей новизны, еще не установлена.

ЦЕЛЬ. Оценить отдаленные результаты лечения с использованием данной методики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОД. Проведено лечение 365 пациентов с хроническим геморроем II-IV стадии. Возраст больных – от 27 до 77 лет (в среднем, 43,4±9,4 года). Длительность заболевания, в среднем, 9,14±4,26 года. Средний срок наблюдения – 52,07±8,9 месяца.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Через 52 месяцев после операции отсутствие рецидива заболевания отмечается у 327 (89,6 %) больных. При исследовании выпадение внутренних геморроидальных узлов выявлено у 2 (9,5 %) больных II стадии и в 21 (7,9 %) случае – у больных с III стадией и у 15 (19,0 %) больных IV стадии геморроя. Пролапс купирован проведением у 8 (2,2 %) склерозирующей и флеботонической терапии. При сравнении клинических результатов лечения через 24 и 52 месяцев, не отмечается прогрессирование симптомов заболевания имеющих статистическую значимость ($P > 0,005$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией, является безопасной малотравматической альтернативой стандартному хирургическому лечению геморроидальной болезни II-IV стадии.

[Ключевые слова: геморрой, трансанальная мукопексия, дезартеризация]

ИММУНОФЕНОТИПИРОВАНИЕ Т-ЛИМФОЦИТОВ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Образцов И.В., Широких К.Е., Шапина М.А., Сухина М.А., Халиф И.Л.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих МЗ РФ, г. Москва

(директор – чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор Ю.А.Шельгин)

ФГБУ ФНКЦ ДГОИ им. Д.Рогачёва МЗ РФ, г. Москва

(директор – академик РАН, д.м.н., профессор А.Г.Румянцев)

Целью работы стал поиск показателей, позволяющих провести дифференциальную диагностику между банальными свищами и свищами, ассоциированными с болезнью Крона (БК) без активности в кишке. В исследование включено 28 здоровых индивидов в качестве контрольной группы, 9 пациентов с банальными свищами и 12 больных с БК-ассоциированными свищами. Методом проточной цитометрии в периферической крови определяли содержание различных субпопуляций Т-лимфоцитов. По сравнению с контрольной группой, в группе банальных свищей определено значимое повышение CD62LhighCD45RA+ эффекторных Т-хелперов ($p < 0,05$), у больных с БК-ассоциированными свищами этот показатель снижен ($p < 0,01$). Содержание CD62LhighCD45RA+ наивных Т-хелперов, напротив, повышено при банальных свищах и снижено при БК-ассоциированных ($p < 0,01$). Содержание CD4+CD69+, CD4+CD161high и CD4+CD161low Т-лимфоцитов в контрольной группе и в группе БК-ассоциированных свищей не различается; при этом в группе банальных свищей доля CD4+CD161high и CD4+CD161low Т-лимфоцитов снижена ($p < 0,01$ и $p < 0,05$, соответственно), а содержание CD4+CD69+ Т-клеток – повышено ($p < 0,01$). Кроме того, в группе БК-ассоциированных свищей снижена доля CD8+CD25+ ($p < 0,01$) и повышено абсолютное содержание CD8+CD161high Т-клеток ($p < 0,05$) по сравнению с группой банальных свищей. Таким образом, иммунофенотипирование Т-лимфоцитов периферической крови представляется перспективными для раннего выявления БК при манифестации в форме изолированного аноректального свища.

[Ключевые слова: аноректальный свищ, болезнь Крона, биомаркеры, MAIT-клетки, Th17-клетки, iNKT-клетки, наивные Т-лимфоциты, эффекторные Т-лимфоциты, CD25+ Т-лимфоциты, CD69+ Т-лимфоциты]

ПРИМЕНЕНИЕ ЛОКАЛЬНОГО ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ОТКРЫТЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЕМ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Родоман Г.В., Поварихина О.А., Сумеди И.Р., Коротаев А.Л.

ГБУЗ «Городская клиническая больница № 24 ДЗМ», г. Москва

(главный врач – д.м.н., профессор Г.В.Родоман)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Тридцать два пациента с ЭКХ, перенесли широкое иссечение эпителиального хода со свищевыми отверстиями и рубцово-измененными тканями, с дальнейшим открытым ведением послеоперационной раны. Больные распределились на 2 группы: в основной группе послеоперационные раны велись с применением локального отрицательного давления, в контрольной группе — с использованием мажевых повязок. Группы были сопоставимы по возрасту, стадии процесса и площади послеоперационной раны.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Полное восстановление трудоспособности пациентов основной группы отмечено, в среднем, к 32±5 дню послеоперационного периода, в то время как в контрольной группе этот срок составил 41±7 дней. Рецидивов заболевания ЭКХ среди пациентов основной и контрольной групп отмечено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение локального отрицательного давления в местном лечении открытых послеоперационных ран у больных с хроническим воспалением эпителиального копчикового хода позволяет уменьшить болевой синдром, ускорить раневой процесс, избежать развития нагноений и обеспечить более раннее восстановление трудоспособности.

[Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, вакуумная терапия, заживление ран]

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПЕРЕВЯЗКИ СВИЩЕВОГО ХОДА В МЕЖСФИНКТЕРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ (LIFT-МЕТОДИКА) В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРАНС- И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫМИ СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Титов А.Ю., Костарев И.В., Аносов И.С., Фоменко О.Ю.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва
(директор – чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор Ю.А.Шельгин)

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ. Метод перевязки свищцевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT) на сегодняшний день является одним из перспективных сфинктеросохраняющих методов, позволяющих избежать травмы мышечных структур сфинктера и развития анальной инконтиненции.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить эффективность методики LIFT в лечении пациентов с транс- и экстрасфинктерными свищами прямой кишки, изучить влияние операции на функциональное состояние запирательного аппарата прямой кишки (ЗАПК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с января 2013 по декабрь 2015 гг. в ГНЦК им. А.Н.Рыжих в исследование было включено 40 пациентов со свищами прямой кишки, захватывающими более 30 % анального сфинктера. В 29 (72,5 %) случаях свищевой ход проходил через поверхностную порцию сфинктера, в 9 (22,5 %) – через глубокую.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Период наблюдения за пациентами после операции составил от 3 до 36 месяцев (Me=16). Заживление свища отмечено у 29 (72,5 %) пациентов. Рецидив заболевания возник у 5 (17,3 %) из 29 пациентов со свищевым ходом, проходящим через поверхностную порцию, у 5 (55,6 %) из 9 больных – через глубокую, и у 1 (50 %) из 2 пациентов – с экстрасфинктерным расположением хода. По результатам профилометрического исследования ни в одном случае не выявлено значимого снижения показателей давления в анальном канале после операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение методики LIFT у пациентов с прямокишечными свищами, захватывающими более 1/3 сфинктера позволяет достичь заживления свища в 72,5 % случаев. Результаты исследования показывают, что данную операцию целесообразно применять у пациентов со свищевым ходом, проходящим через поверхностную порцию сфинктера (заживление в 82,7 %). Предварительные данные свидетельствуют, что при лечении свищей, имеющих более глубокое расположение хода, результаты значительно хуже, однако, учитывая малые выборки, необходимо дальнейшее накопление опыта применения данной методики.

[Ключевые слова: LIFT методика, сфинктеросохраняющие операции, транссфинктерные свищи прямой кишки]

СФИНКТРОМЕТРИЧЕСКАЯ ГРАДАЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТРА

Шельгин Ю.А., Фоменко О.Ю., Титов А.Ю., Берсенева Е.А., Мудров А.А., Белоусова С.В.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, Москва
(директор – чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор Ю.А.Шельгин)

ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, Москва
(ректор – академик РАН, д.м.н., профессор Л.К.Мошетева)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определение манометрических параметров различных степеней недостаточности анального сфинктера (НАС) методом водной неперфузионной сфинктерометрии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 228 пациентов с жалобами на недержание различных компонентов кишечного содержимого. Среди них мужчин было 94 (41,2 %), средний возраст – 47,3±16,8 лет, женщин – 134 (58,8 %), средний возраст составил 49,1±15,9 лет. Все пациенты были распределены в соответствии с клинической классификацией недостаточности анального сфинктера (НАС), разработанной в ГНЦК. I степень НАС имела у 112 (49,1 %) пациентов с жалобами на недержание газов, II степень – у 80 (35,1 %) больных с недержанием газов и жидкого стула, III степень – у 36 (15,8 %) пациентов, не удерживающих все компоненты кишечного содержимого. Также в качестве субъективной оценки выраженности НАС у всех пациентов применена Кливлендская шкала инконтиненции (шкала Векснера). Для объективной оценки степени недостаточности анального сфинктера использовалась сфинктерометрия.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Проведенное исследование позволило построить достоверные референсные интервалы манометрических и балльных (шкала Векснера) показателей для всех степеней НАС отдельно для мужчин и женщин. Первая степень НАС (мужчины/женщины): среднее давление покоя – 32,8-42,0 / 36,3-40,0 мм рт. ст.; максимальное давление сокращения – 115,0-120,0 / 97,4-109,0 мм рт. ст.; среднее давление сокращения – 89,5-105,0 / 68,8-87,0 мм рт. ст.; градиент волевого сокращения – ≥ 79,5 / 73,6 мм рт. ст.; балльная оценка – ≤4,2 / ≤ 6,3 балла. Вторая степень НАС (мужчины/женщины): среднее давление покоя – 25,3-32,7 / 26,9-36,2 мм рт. ст.; максимальное давление сокращения – 74,9-114,9 / 61,9-97,3 мм рт. ст.; среднее давление сокращения – 53,0-89,4 / 46,0-68,7 мм рт. ст.; градиент волевого сокращения – 49,9-77,0 / 35,9-58,0 мм рт. ст.; балльная оценка – 4,3-10,1 / 6,4-10,7 балла. Третья степень НАС (мужчины/женщины): среднее давление покоя – ≤25,2 / ≤26,8 мм рт. ст.; максимальное давление сокращения – ≤74,8 / ≤61,8 мм рт. ст.; среднее давление сокращения – ≤52,9 / 45,9 мм рт. ст.; градиент волевого сокращения – ≤ 49,8 / 35,8 мм рт. ст.; балльная оценка – ≥10,2 / ≥10,8 балла.

[Ключевые слова: сфинктерометрия, запирательный аппарат прямой кишки, недостаточность анального сфинктера, аноректальная манометрия]

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (обзор литературы)

Белов Д.М., Зароднюк И.В., Михальченко В.А.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва
(директор – чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор Ю.А.Шельгин)

[Ключевые слова: клиническая диагностика, диагностическая точность, дивертикулит, контрастное вещество, компьютерная томография]

ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ КАРЦИНОМАТОЗ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ. ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ (обзор литературы)

Сушков О.И., Ачкасов С.И.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва
(директор – чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор Ю.А.Шельгин)

[Ключевые слова: карциноматоз, канцероматоз, рак толстой кишки, циторедуктивная операция, внутрибрюшная химиотерапия]

МЕХАНИЧЕСКИЕ И РУЧНЫЕ АНАСТОМОЗЫ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ (обзор литературы)

Тимербулатов М.В., Тимербулатов Ш.В., Смыр Р.А., Саргсян А.М., Тимербулатов В.М.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России», г. Уфа
(заведующий – член-корр. РАН, профессор В.М.Тимербулатов)

[Ключевые слова: механический, ручной анастомозы, толстая кишка]

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТОТАЛЬНАЯ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЯ (обзор литературы)

Хубезов Д.А., Пучков К.В., Пучков Д.К., Огорельцев А.Ю., Родимов С.В., Хубезов Л.Д.
ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова», кафедра хирургии с курсом
эндохирургии ФДПО, г. Рязань
(зав. кафедрой – д.м.н. Д.А.Хубезов)

ГБУ РО «Областная клиническая больница», г. Рязань

[Ключевые слова: рак прямой кишки, тотальная мезоректумэктомия, качество препарата ТМЭ, «завершенная» ТМЭ, трансанальная ТМЭ]