

### 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 большим, 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 лимфиссекцией (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.Мошетева)

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценить эффективность антибиотикопрофилактики при ликвидации превентивных 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 превентивной 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, превентивная 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 характеризуется 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, TA-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 распространённом 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 илеостомия. 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 отдалённом 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 исследование 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 ГКБ №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.Мошетьева)

**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.Мошетьева)

**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]**