

Факторы риска рецидива аденом ободочной кишки после их удаления методом мукозэктомии

Ваганов Ю.Е.1, Веселов В.В.1, Ликутов А.А.1,2, Хомяков Е.А.1,2, Чернышов С.В.1, Абдулжалиева Э.У.1, Ачкасов С.И.1,2

1ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

2ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, г. Москва, 125993, Россия)

РЕЗЮМЕ ЦЕЛЬ: выявление факторов риска рецидива новообразований удаленных, методом мукозэктомии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: в одноцентровое ретроспективное обсервационное исследование включено 207 пациентов с 260 доброкачественными новообразованиями ободочной кишки. Среди пациентов было 95 (45,9%) мужчин и 112 (54,1%) женщин. Средний возраст включенных в работу больных составил 67 (27-80) лет. Критерии оценки результатов включали частоту и характер послеоперационных осложнений, койко-день, локализацию, размер и характер роста опухоли, число удаляемых новообразований, частоту фрагментации опухоли при мукозэктомии, технические трудности (конвергенция складок слизистой) при операции, степень дисплазии, частоту рецидивирования.

РЕЗУЛЬТАТЫ: интраоперационная фрагментация новообразований в процессе мукозэктомии произошла в 48/260 (18,5%) случаев. Послеоперационные осложнения в сроки до 30 дней возникли у 13/207 (6,3%) пациентов. Наиболее частым – 9 (4,2%) послеоперационным осложнением, возникающим после мукозэктомии, являлся постполипэктомический синдром.

Еще у 4 (2,0%) больных после операции возникло кровотечение, потребовавшее повторного эндоскопического вмешательства. Летальных исходов не было. Установлено, что размер опухоли более 25 мм (Exp (B) = 0,179; 95% ДИ = 0,05-0,7; p = 0,014), тяжелая дисплазия (Exp (B) = 0,113; 95% ДИ = 0,03-0,4; p = 0,001) и конвергенция складок (Exp (B) = 0,2; 95% ДИ = 0,07-0,7; p = 0,015) являются независимыми факторами риска рецидива заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: мукозэктомия показана при удалении аденом ободочной кишки, не превышающих в размере 25 мм, которые могут быть удалены единым блоком.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: полипы толстой кишки, мукозэктомия, полипэктомия, рецидив, аденома

Алгоритм уточняющей диагностики и внутрисветного эндоскопического удаления эпителиальных новообразований толстой кишки

Завьялов Д.В.1,2, Кашин С.В.1,2, Нестеров П.В.1, Нечипай А.М.3, Рыбачков В.В.2, Малашенко В.Н.2, Хрящев В.В.4

1ГБУЗ ЯО «Клиническая онкологическая больница» (пр-т Октября, д. 67, г. Ярославль, 150054, Россия)

2ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ (ул. Революционная, д. 5, г. Ярославль, 150000, Россия)

3ГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России (Каширское шоссе д. 23, г. Москва, 115478, Россия)

4Центр искусственного интеллекта и цифровой экономики ЯРГУ им. П.Г. Демидова (ул. Советская, д. 14, г. Ярославль, 150003, Россия)

РЕЗЮМЕ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: разработка комплекса мероприятий, направленных на раннее выявление опухолевой патологии толстой кишки и выбор метода эндоскопического оперативного лечения.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: был использован комплексный подход, который включал в себя последовательно этап оценки глубины инвазии злокачественных эпителиальных опухолей толстой кишки (1) и этап эндоскопического оперативного лечения (2). В исследование включены 974 пациента в возрасте от 43 до 81 года (средний возраст составил 67 лет). Был разработан и применён алгоритм системного автоматического подхода для дифференциации глубины инвазии поверхностных злокачественных эпителиальных опухолей толстой кишки (ЭОТК) на основании анализа цветных изображений, полученных при колоноскопии (Colonoscopy Video Analysis). Результаты применения автоматизированной системы были сопоставлены с заключениями экспертов и результатами морфологического исследования удаленных образований.

РЕЗУЛЬТАТЫ: применение разработанного алгоритма системного автоматического подхода для дифференциации глубины инвазии злокачественных ЭОТК имеет высокие показатели точности детектирования – общая усредненная точность детектирования при реализации такого алгоритма составит 72,02. Статистически достоверных различий с экспертной оценкой не выявлено. При эндоскопическом удалении злокачественных опухолей с поверхностной инвазией правильно проведенный отбор пациентов,

основанный на размере (до 2,0 и более 2,0 см), и соответствующая ему методика удаления (ЭРСО и ЭРДПС) являются определяющими.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: автоматизированная система оценки глубины инвазии эпителиальной опухоли обладает высокой точностью и позволяет исключать ложноположительные результаты.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: алгоритм диагностики, колоноскопия, эпителиальные опухоли, ранний колоректальный рак

Ручной интракорпоральный термино-терминальный инвагинационный илеотрансверзоанастомоз, собственный опыт

Саламахин М.П.2, Дергачева Т.С.2, Леонов О.В.2,3, Сидоров Д.В.1, Соловьев А.О.2, Леонова А.О.2

1Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России (2-й Боткинский проезд, д. 3, г. Москва, 125284, Россия)

2Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клинический онкологический диспансер» (ул. Завертяева, д. 9/1, г. Омск, 644013, Россия)

3Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Сибирский государственный университет физической культуры и спорта» (ул. Масленникова, д. 144, г. Омск, 644009, Россия)

РЕЗЮМЕ ЦЕЛЬ: оценить результаты выполнения оригинального ручного интракорпорального термино-терминального инвагинационного илеотрансверзоанастомоза после лапароскопической гемиколэктомии справа.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: авторами представлены результаты лечения 22 пациентов с опухолевой патологией толстой кишки: 17 женщин и 5 мужчин в возрасте $53,1 \pm 3,4$ лет. Всем пациентам выполнена лапароскопическая гемиколэктомия справа со стандартной D2 лимфодиссекцией с формированием интракорпорального илеотрансверзоанастомоза по оригинальной методике. Период наблюдения после операции 3 мес.

РЕЗУЛЬТАТЫ: конверсий в открытую хирургию не было. Продолжительность операции – $120,0 \pm 12,5$ мин., медиана кровопотери – $87,0 \pm 5,0$ мл. Под диспансерным наблюдением находятся 20 (90,9%) пациентов. Длительность лечения – $11,4 \pm 2,6$ сут. Интраоперационных осложнений не отмечалось. Не отмечено ни одного случая несостоятельности анастомоза. Послеоперационная летальность не регистрировалась. На момент контроля все пациенты живы. Выпали из контроля 2(9,1%) пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: опыт первых 22 лапароскопических гемиколэктомий справа с интракорпоральным лапароскопическим термино-терминальным инвагинационным илеотрансверзоанастомозом позволяет рекомендовать данный достоверно безопасный метод лечения для пациентов с различной патологией правой половины толстой кишки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: рак ободочной кишки, лапароскопия, гемиколэктомия, интракорпоральный анастомоз

Результаты применения интранодальной лазерной коагуляции у больных хроническим внутренним геморроем III стадии

Хитарьян А.Г.1,2, Алибеков А.З.1,2, Ковалёв С.А.1,2, Орехов А.А.1,2, Бурдаков И.Ю.1, Головина А.А.2, Ромодан Н.А.2

1ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», кафедра хирургических болезней № 3 (ул. Варфоломеева, д. 92а, г. Ростов-на-Дону, 344011, Россия)

2ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» (ул. Варфоломеева, д. 92а, г. Ростов-на-Дону, 344011, Россия)

РЕЗЮМЕ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценка эффективности интранодальной лазерной коагуляции геморроидальных узлов у больных хроническим геморроем III стадии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: в настоящее исследование были отобраны 62 пациента хроническим внутренним геморроем III степени без наружных узлов, которые были осведомлены о технологии ИНЛК, ее преимуществах и недостатках. Отбор на выполнение данной процедуры производили на основании данных высокоразрешающей аноскопии, при наличии 1 и 2 типа выраженности воспалительных изменений в геморроидальном узле.

РЕЗУЛЬТАТЫ: уже на 3-й день болевой синдром был купирован у 52 (83,9%) больных. В отдаленные сроки через 12 месяцев полное исчезновение симптомов геморроя отмечены у 51 (82,3%) пациента, при этом у 7 (11,3%) пациентов наблюдалось возобновление жалоб, которые были отмечены до лечения. У 8 (12,9%) пациентов отмечены явления дискомфорта и зуда.

ВЫВОДЫ: проведение ИНЛК позволило в 61 (98,4%) случаях выполнять данную процедуру в амбулаторных условиях и не влияло на функцию анального сфинктера. Хорошие результаты (отсутствие симптомов в течение одного года) в отдаленные сроки отмечены у 82,3%. Интранодальная лазерная коагуляция является одним из эффективных малоинвазивных методов лечения хронического геморроя.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *хронический геморрой, интранодальная лазерная коагуляция, LHP*

Тоннельная эндоскопическая подслизистая диссекция гигантской аденомы слепой кишки (клиническое наблюдение)

Югай О.М.1, Мтвралашвили Д.А.1, Ликуты А.А.1,2, Ваганов Ю.Е.1

1ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

2ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, г. Москва, 125993, Россия)

РЕЗЮМЕ Демонстрация возможности успешного удаления крупной латерально распространяющейся аденомы слепой кишки тоннельным способом подслизистой диссекции (ТЭПД). У пациента 54 лет при колоноскопии в отделении эндоскопической диагностики и хирургии в куполе слепой кишки по задней стенке определяется LST-G аденома (5 см в диаметре, по Kudo – III, по Sano – II). ТЭПД. Послеоперационный период протекал без особенностей, пациент выписан на 5 сутки после операции. Морфологическое заключение: тубуло-ворсинчатая аденома с умеренной дисплазией эпителия, R0.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *аденома, тоннельный метод, подслизистая диссекция, слепая кишка*

Экстрагенитальный эндометриоз с поражением тонкой и толстой кишки, формированием патологической полости, дренирующейся на переднюю брюшную стенку (клинический случай)

Назаров И.В.1, Хабибуллах Т.2, Баринова И.В.2, Белов Д.М.1

1ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

2ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии (ул. Покровка, д. 22А, г. Москва, 101000, Россия)

РЕЗЮМЕ Экстрагенитальный эндометриоз – одно из наиболее тяжело протекающих заболеваний женской репродуктивной системы, характеризующееся различной локализацией органов-мишеней. Данная патология сопряжена с развитием тяжелых осложнений, лечение которых требует междисциплинарного подхода. Представленный клинический случай посвящен лечению пациентки с неоднократными оперативными вмешательствами в анамнезе и длительно недиагностированным глубоким инфильтративным эндометриозом, осложнившимся формированием патологической полости, дренирующейся на переднюю брюшную стенку.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *эндометриоз, глубокий инфильтративный эндометриоз, переднебрюшностеночный эндометриоидный свищ*

Организация лечебного процесса у больных колоректальным раком в условиях пандемии COVID-19 (обзор литературы)

Чернышов С.В., Романова Е.М., Тарасов М.А. Фролов С.А., Рыбаков Е.Г., Ваганов Ю.Е.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, Москва, 123423, Россия)

РЕЗЮМЕ Пандемия COVID-19 со стремительным приростом новых случаев и летальности вызвала перегруженность стационаров по всему миру, что создало беспрецедентную проблему для систем здравоохранения и потребовало быстрой разработки надежных и основанных на фактических данных рекомендаций по установлению приоритетов медицинских услуг. Кроме того, это привело к срочному определению приоритетов здоровья, не связанных с COVID. Онкологическая служба должна реструктурироваться. Диагностика и лечение колоректального рака в условиях пандемии COVID-19 требует сдержанного подхода, основанного на приоритетности помощи пациентам.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *колоректальный рак, рак прямой кишки, КРР, пандемия COVID-19, коронавирус*

Качество жизни больных после хирургического лечения рака прямой кишки (обзор литературы)

Серебрий А.Б.1, Хомяков Е.А.1,2, Нафедзов И.О.1, Фоменко О.Ю.1, Рыбаков Е.Г.1

1ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, Москва, 123423, Россия)

2ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, г. Москва, 125993, Россия)

РЕЗЮМЕ ЦЕЛЬ: поиск модифицируемых и не модифицируемых факторов риска, влияющих на качество жизни пациентов, перенесших операции по поводу рака прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: поиск литературы проводился по ключевым словам: качество жизни, рак прямой кишки, quality of life, rectal cancer, low anterior resection syndrome. В рамках литературного обзора проанализированы 12 проспективных рандомизированных, 2 когортных исследований и 2 метаанализа. Качество жизни пациентов в анализируемых работах оценивались при помощи анкет для онкобольных и уточнённых опросников для колоректального рака: EORTC QLQ-CR29, QLQC30, QLQ-CR38, BIQ.

РЕЗУЛЬТАТЫ: проанализированы литературные данные по влиянию пола, возраста, хирургического доступа, объема операции, формирования стомы и химиолучевой терапии на качество жизни больных после операций по поводу рака прямой кишки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: наиболее важным фактором, понижающим качество жизни, является нарушение образа тела в случае необходимости выведения постоянной стомы на переднюю брюшную стенку, а при выполнении операции с восстановлением непрерывности кишечного тракта – проявления синдрома низкой передней резекции.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *качество жизни, рак прямой кишки, синдром низкой передней резекции, факторы риска*

Роль кишечной микробиоты в колоректальном канцерогенезе (обзор литературы)

Сухина М.А., Лягина И.А., Сафин А.Л., Фролов А.С., Кашников В.Н.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, Москва, 123423, Россия)

РЕЗЮМЕ Цель обзора литературы – показать возможные связи между кишечной микробиотой и канцерогенезом колоректального рака, описать проканцерогенные свойства микроорганизмов, связанных с возникновением или пролиферацией рака. Кишечная микробиота играет ведущую роль в метаболизме, предоставляя важные метаболиты макроорганизму. В организме человека существует пространственная изменчивость в качественном и количественном составе микробиоты. Кишечная микробиота обеспечивает колониерезистентность организма человека, защищая его от колонизации условнопатогенными и патогенными микроорганизмами. Все больше появляется данных о роли кишечной микробиоты в возникновении и развитии колоректального рака. Требуется углубленное исследования кишечного микробиома в различных популяциях, что позволит идентифицировать другие микроорганизмы, связанные с возникновением или пролиферацией КРР, которые в дальнейшем могут быть использованы в качестве биомаркеров для скрининга КРР и прогнозирования ответа на иммунотерапию.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *микробиота, колоректальный рак, биомаркеры, факторы патогенности, канцерогенез*

Синдром Огилви (острая псевдообструкция толстой кишки) в хирургической практике (обзор литературы)

Алиев С.А., Алиев Э.С.

Кафедра хирургических болезней № 1, Азербайджанский медицинский университет (ул. Бакиханова, д. 23, г. Баку, AZ 1002, Азербайджан)

РЕЗЮМЕ Целью исследования явилось описание эволюции научных представлений о синдроме псевдообструкции толстой кишки (синдрома Огилви), с учетом этиопатогенеза, клиники, частоты распространенности заболевания, современного состояния диагностики и лечения. В статье представлен анализ данных литературы, посвященной одной из редко встречающихся разновидностей толстокишечной непроходимости, характеризующейся нарушением кишечного транзита при отсутствии механического препятствия – синдрому псевдообструкции толстой кишки (синдрому Огилви). В статье изложены сущность понятия, корректность обозначения, дефинитивные критерии, терминология, патофизиологические и патогенетические аспекты заболевания по данным специальной литературы. Корректно описан алгоритм диагностики и лечения с оценкой их эффективности в соответствии с принципами доказательной медицины. Несмотря на большое количество публикаций, посвященных синдрому Огилви и повышение осведомленности врачей различных специальностей по данной патологии, ее диагностика до сих пор остается трудной и нередко несвоевременной.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *острая псевдообструкция толстой кишки, синдром Огилви, патофизиологические и патогенетические механизмы, диагностика, лечение*

Допплер-контролируемая дезартеризация геморроидальных узлов. Техническая эволюция и результаты лечения (обзор литературы)

Загрядский Е.А.1, Толстых В.С.2

1 Медицинский центр «ОН КЛИНИК» (ул. Большая Молчановка, д. 32, строение 1, г. Москва, Россия)

2 ЗАО «НПФ «БИОСС» (Зеленоград, Сосновая аллея, 6Ас1, г. Москва, Россия)

РЕЗЮМЕ Геморроидэктомия считается «золотым стандартом» лечения геморроидальной болезни, но ассоциируется с длительным реабилитационным периодом. По этой причине 20 лет назад был разработан инновационный метод лечения геморроя – доплер-контролируемая дезартеризация. Целью работы является анализ литературы о применении доплер-контролируемой дезартеризации в лечении геморроидальной болезни, техническая эволюция метода и анализ результатов лечения. Анализ литературы показывает, что доплер-контролируемая дезартеризация является безопасным и эффективным методом лечения геморроидальной болезни. Сочетание дезартеризации с трансанальной мукопексией улучшило результаты лечения у пациентов с III и IV стадией геморроя. Однако не при всех формах геморроидальной болезни можно получить адекватные результаты. Эффективность зависит от особенностей васкуляризации аноректальной зоны, степени разрушения связочного аппарата внутреннего геморроидального сплетения и степени увеличения наружного геморроидального сплетения. Адекватность выполнения дезартеризации и мукопексии требует объективного контроля для оценки эффективности проведенной манипуляции.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *геморрой, доплер-контролируемая дезартеризация, трансанальная мукопексия*

№2(76)2021 том 20

Скрытая аденокарцинома в аденомах. Возможности инструментальной идентификации

Чернышов С.В.1, Хомяков Е.А.1,2, Синицын Р.К.1, Ваганов Ю.Е.1, Трубачева Ю.Л.1, Елигулашвили Р.Р.1, Майновская О.А.1, Рыбаков Е.Г.1

1 ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

2 ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, г. Москва, 125993, Россия)

ЦЕЛЬ: анализ диагностической ценности пальцевого ректального метода, колоноскопии, МРТ и ЭРУЗИ для выявления скрытой малигнизации в аденомах прямой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: в исследование включено 100 пациентов, с впервые выявленными эпителиальными новообразованиями прямой кишки, оперированных с декабря 2019 по декабрь 2020 гг. в объеме трансанальной эндоскопической микрохирургии. Всем пациентам на диагностическом этапе выполнялось пальцевое ректальное исследование, колоноскопия, ЭРУЗИ с соноэластографией, МРТ малого таза. Для оценки диагностической ценности методов вычисляли чувствительность и специфичность методов.

РЕЗУЛЬТАТЫ: в соответствии с критериями включения в исследовании приняли участие 67 женщин и 33 мужчины. Средний возраст больных составил $64,4 \pm 10,7$ лет. Среднее расстояние от опухоли до анального края составило $6,0 \pm 2,9$ см. Чувствительность пальцевого ректального исследования составила 0,44 (95% ДИ: 0,24–0,65), а специфичность — 0,93 (95% ДИ: 0,85–0,97). Чувствительность эндоскопического исследования составила 0,56 (95% ДИ: 0,34–0,75), а специфичность — 0,84 (95% ДИ: 0,73–0,91). Чувствительность МРТ составила 0,40 (95% ДИ: 0,21–0,61), специфичность — 0,89 (95% ДИ: 0,80–0,95). Чувствительность ЭРУЗИ в диагностике скрытой малигнизации составила 0,48 (95% ДИ: 0,27–0,68), а специфичность — 0,73 (95% ДИ: 0,61–0,82). При попарном сравнении диагностических методов между собой выявлено отсутствие статистически значимых различий их диагностической ценности ($p > 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: при использовании комбинации диагностических методов хотя бы один из них в 100% случаев позволяет верно верифицировать наличие злокачественной трансформации опухоли и выбрать оптимальную тактику лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *скрытая малигнизация, скрытая аденокарцинома, аденомы прямой кишки, инструментальная диагностика*

Качество жизни пациентов после расширенной лимфодиссекции при операциях по поводу рака ободочной кишки

Шельгин Ю.А.1,2, Муратов И.И.1, Сушков О.И.1, Шахматов Д.Г.1,2, Сайфутдинова К.Р.2, Шунин Е.М.1, Романова Е.М.1, Ачкасов С.И.1,2

1 ФГБУ НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, Москва, 123423, Россия)

2 ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, Москва, 125993, Россия)

ЦЕЛЬ: изучение влияния объема лимфодиссекции (ЛД) на уровень качества жизни (КЖ) пациентов, перенесших лапароскопические резекции ободочной кишки по поводу рака.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: в исследование включено 86 больных, оперированных по поводу рака ободочной кишки с января 2018 по август 2020 года. Больные были рандомизированы на 2 группы: основную — с лимфаденэктомией в объеме Д3 — 41 человек и контрольную — 45 прооперированных в объеме Д2 ЛД. Для оценки КЖ пациентов проводилось их анкетирование за день до операции и на 30 день после нее с использованием двух валидизированных опросников КЖ (QLQ-C30 v. 3.0, QLQ-CR29 v. 2.1) Европейской организации по исследованию и лечению рака.

РЕЗУЛЬТАТЫ: при проведении сравнительного анализа выявлено, что исследуемые группы были сопоставимы по полу, возрасту, весу, росту, ИМТ, оценке функционального и физического статуса по шкалам ASA и ECOG, частоте сопутствующих заболеваний, локализации опухоли, характеру и объему оперативных вмешательств. Статистически значимых различий между группами по этим параметрам выявлено не было. В независимости от объема лимфодиссекции было получено статистически значимое улучшение уровня КЖ пациентов после оперативного лечения ($p_{QoLD3} = 0,005$, $p_{QoLD2} = 0,023$) в обеих группах. В то же время было установлено статистически значимое увеличение частоты развития диареи в 2,65 раза после расширенной лимфаденэктомии при лапароскопических правосторонних гемиколэктомиях ($p = 0,042$). У больных же, перенесших лапароскопические резекции левых отделов ободочной кишки, в раннем послеоперационном периоде статистически значимо в 2,45 раза возрастал риск развития эректильной дисфункции (ЭД) после лимфодиссекций в объеме Д3 ($p = 0,031$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: анализ различий в показателях шкал физического и социального функционирования, а также симптоматических шкал позволил установить, что у больных, оперированных по поводу рака левых отделов ободочной кишки, в большей степени возникают нарушения эрекции после Д3 ЛД, тогда как при резекции правых отделов с Д3 ЛД чаще развивается диарея, чем при Д2 ЛД.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *рак ободочной кишки, качество жизни, лимфодиссекция, диарея, эректильная дисфункция*

Мукозэктомия и традиционная полипэктомия в лечении аденом ободочной кишки

Ваганов Ю.Е.1, Хомяков Е.А.1,2, Серебряный А.Б.1, Абдулжалиева Э.У.1

1ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

2ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, Москва, 125993, Россия)

ЦЕЛЬ: сравнить непосредственные и отдаленные результаты мукозэктомии и традиционной полипэктомии при лечении больных с доброкачественными эпителиальными новообразованиями ободочной кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: в ретроспективное исследование включено 344 пациентов с гистологически подтвержденными доброкачественными эпителиальными новообразованиями ободочной кишки размерами до 40 мм включительно, которым выполнялась эндоскопическая мукозэктомия или традиционная полипэктомия через колоноскоп. Мукозэктомия была выполнена 207 пациентам, а традиционная полипэктомия — 137 больным.

РЕЗУЛЬТАТЫ: статистически значимых различий в частоте послеоперационных осложнений между методами не выявлено (ОШ = 1,8; 95% ДИ: 0,7–4,8, $p = 0,3$). Фрагментация препарата значимо чаще отмечалась при традиционной полипэктомии (ОШ = 3,5; 95% ДИ: 2,3–5,5, $p = 0,001$), особенно при размерах новообразования более 1 см (ОШ = 3,1; 95% ДИ: 1,1–8,9, $p = 0,037$). В группе мукозэктомии было выявлено 19/173 (10,9%) рецидивных новообразований у 12 (8,3%) больных. В группе полипэктомии рецидив развился у 22 (23,1%) больных, в 24/108 (22,2%) случаев — в месте послеоперационного рубца. Установлено, что достоверно чаще рецидив аденом в области эндоскопического вмешательства возникает после традиционной полипэктомии (ОШ = 2,3; 95% ДИ: 1,2–4,4; $p = 0,016$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: мукозэктомия и традиционная полипэктомия являются безопасными методами удаления аденом ободочной кишки с низким уровнем осложнений. Однако мукозэктомия является предпочтительным методом эндоскопической эксцизии аденом более 1 см в связи с тем, что позволяет достигнуть более глубокой и полной резекции ткани, чем традиционная полипэктомия.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *мукозэктомия, полипэктомия, аденомы ободочной кишки*

Опыт комбинированного использования лазерной коагуляции в сочетании с методикой LIFT при лечении транссфиктерных свищей прямой кишки

Васильев С.В.1,2, Недозимованый А.И.1,2, Попов Д.Е.1,2, Гор И.В.1,2, Мошкова Т.А.1

1ФГБОУ ВО ПСПб ГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России, кафедра хирургических болезней стоматологического факультета с курсом колопроктологии (ул. Льва Толстого, д. 6–8, г. Санкт-Петербург, 197022, Россия)

2СПб ГБУЗ «Городская больница № 9». Городской центр колопроктологии (пр-т Крестовский, д. 18, г. Санкт-Петербург, 197110, Россия)

ЦЕЛЬ: улучшение результатов лечения свищей прямой кишки; оценка эффективности комбинированного использования методик LIFT и FiLaC.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: в исследование включены 35 пациентов с трансфинктерными свищами криптогландулярного происхождения, охватывающими более чем 1/3 сфинктера. Всем пациентам свищевой ход обработан энергией лазера (скорость продвижения лазерного проводника — 1 мм в секунду, длина волны — 1470 нм, мощность излучения — 13 Вт), а затем выполнены перевязка и иссечение участка свищевых хода в межфинктерном пространстве.

РЕЗУЛЬТАТЫ: у 28 (80,0%) пациентов из 35 удалось достичь полного заживления свища. При этом в случаях длительного заживления (более 3 месяцев), использовалась методика ReFiLaC — повторная обработка просвета свищевых хода энергией лазера, что привело к закрытию свища у 2 из 3 пациентов. Медиана наблюдения составила 10,2 месяца. Развития явлений анальной инконтиненции не было отмечено ни в одном случае.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: предварительные результаты исследования позволяют оценить попытку комбинированного применения указанных малоинвазивных методик в лечении свищей прямой кишки как перспективную.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: свищ прямой кишки, анальная инконтиненция, лазер, LIFT, сфинктеросохраняющие методы

Современные прогностические факторы при колоректальном раке

Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Тимошкина Н.Н., Харагезов Д.А., Каймакчи Д.О., Полуэктов С.И., Дашков А.В., Гудцова Т.Н.

ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России (ул. 14-я линия, 63, г. Ростов-на-Дону, 344037, Россия)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить состояние проблемы применения прогностических факторов при колоректальном раке в настоящее время.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: проведен анализ данных литературы (использовались базы данных PubMed, Scopus, eLIBRARY) и собственных результатов обследования и лечения 47 больных раком ободочной кишки T2-4N0-2M0 в клинике ФГБУ «НМИЦ онкологии» МЗ РФ в 2017–2018 гг. Изучены особенности применения и значение следующих прогностических факторов: метастазирование в регионарные лимфоузлы, локализация опухоли, уровень РЭА, мутационный статус генов KRAS и BRAF, микросателлитная нестабильность, MUSASHI2, p53, VEGF и других.

РЕЗУЛЬТАТЫ: при изучении зависимости прогрессирования опухоли от характера поражения регионарных лимфоузлов выявлены статистически значимые различия в наблюдениях ($p = 0.038$): при N0 вероятность прогрессирования заболевания составила 3,8%, при N1 — 14,9%, при N2 — 43,6%. Статистическая обработка результатов исследования не выявила значимых отличий между группами пациентов без генерализации и с генерализацией опухоли по возрасту, полу, локализации опухоли, виду лимфодиссекции, стадии T, дифференцировки аденокарциномы, уровня РЭА, мутации KRAS, MSI, p53, MUSASHI2, VEGF. Эти прогностические факторы были нами использованы для определения биологических особенностей опухоли, ее агрессивности и подходов к терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: поражение регионарных лимфоузлов остается основным фактором определения прогноза течения заболевания и назначения лекарственной терапии. Молекулярно-генетические факторы в настоящее время имеют большое значение для определения тактики в отношении лекарственной персонализированной терапии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: колоректальный рак, прогностические факторы, метастазы в лимфоузлы, мутации генов, микросателлитная нестабильность

Факторы, лимитирующие выполнение подслизистой диссекции в толстой кишке

Ликотов А.А.1,2, Мтвралашвили Д.А.1, Нагудов М.А.1, Югай О.М.1, Ваганов Ю.Е.1, Чернышов С.В.1, Майновская О.А.1

1ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

2ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, г. Москва, 125993, Россия)

ЦЕЛЬ: выявление факторов риска конверсии эндоскопической подслизистой диссекции в трансабдоминальное вмешательство.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: в проспективное когортное исследование были включены 405 пациентов (166 (40,9%) мужчин и 239 (59,1%) женщин, средний возраст — 66 (59; 72) лет), которым была выполнена эндоскопическая подслизистая диссекция эпителиальных новообразований толстой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ: средний размер удаленных новообразований составил 3,0 (2,4; 4) см, единым блоком опухоль удалена в 324/363 (89,2%) случаях, а R0 границы резекции отмечены в 218/324 (67,3%) наблюдениях. Статистически значимыми факторами риска конверсии являются: размер опухоли $\geq 3,2$ см (ОШ 2,9; 95% ДИ: 1,2–7,1, $p = 0,017$), лифтинг ≤ 3 мм (ОШ 41; 95% ДИ: 15–105, $p = 0,000002$) и сосудистый рисунок опухоли IIIa по Sano (ОШ 4,0; 95% ДИ: 1,3–11,9, $p = 0,013$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: эндоскопическая диссекция в подслизистом слое является безопасным способом удаления новообразований толстой кишки. Вместе с тем, наличие факторов риска конверсии может повлиять на результат эндоскопического лечения пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ESD, конверсия, полипы толстой кишки, колоректальный рак, подслизистая диссекция, аденома, аденокарцинома

Реабилитация пациентов с синдромом низкой передней резекции

Нафедзов И.О.1, Чернышов С.В.1, Пономаренко А.А.1, Фоменко О.Ю.1, Алексеев М.В.1,2, Хомяков Е.А.1,2, Белоусова С.В.1, Рыбаков Е.Г.1

1ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саяма Адиля, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

2ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, г. Москва, 125993, Россия)

ВВЕДЕНИЕ: синдром низкой передней резекции (СНПР) — социально-значимая проблема, приводящая к инвалидизации и ухудшению качества жизни пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: разработка консервативной программы реабилитации пациентов с выраженными симптомами СНПР.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: с января 2019 года в исследование было включено 50 пациентов, перенесших низкую переднюю резекцию и закрытие стомы после анкетирования с помощью шкалы СНПР. В основную группу включены больные ($n = 25$), которым после анкетирования выполнялась БОС-терапия и тиббиальная нейромодуляция. Функциональные показатели запирающего аппарата до и после лечения оценивали методами аноректальной манометрии. В контрольную группу были включены пациенты ($n = 25$) по методу «псевдорандомизации» — подбор контрольной группы по индексу соответствия (Propensity score matching).

РЕЗУЛЬТАТЫ: средний балл по шкале СНПР, у пациентов основной группы составил $41,0 \pm 2,8$, в контрольной группе — $38,0 \pm 4,0$. При сфинктерометрии средние показатели давления в покое до лечения составили $30,0 \pm 7,8$, при волевом сокращении $140,6 \pm 56,0$ мм рт. ст. После проведения курса консервативного лечения у пациентов основной группы субъективные показатели улучшились: средний балл по шкале СНПР снизился с $41,0 \pm 2,8$ до $17,0 \pm 8,0$ баллов ($p < 0,0001$), а показатели среднего давления после лечения возросли с $30,0 \pm 7,8$ до $36,0 \pm 8,0$ ($p = 0,004$), при волевом сокращении с $140,6 \pm 56,0$ до $157,5 \pm 53,2$ мм рт. ст. ($p = 0,008$). Сравнивая результаты анкетирования пациентов в основной группе, т.е. пациентов, прошедших консервативную реабилитацию, с результатами анкетирования пациентов контрольной группы после закрытия стомы и спустя 12 месяцев, оказалось, что в основной группе отмечено существенное уменьшение степени выраженности СНПР: $17,0 \pm 8,0$ баллов против $35,0 \pm 4,5$ ($p = 0,0003$), что свидетельствует о динамическом улучшении тонуса и сократительной способности сфинктерного аппарата на фоне проведения консервативной реабилитации.

ВЫВОДЫ: использование комплексного консервативного подхода, включающего БОС-терапию и тиббиальную нейромодуляцию у пациентов с выраженным СНПР, статистически значимо улучшает функциональные показатели запирающего аппарата прямой кишки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: рак прямой кишки, синдром низкой передней резекции, СНПР, недержание, БОС-терапия, тиббиальная нейромодуляция

«Холодная» эксцизия и электроэксцизия при эпителиальных образованиях толстой кишки. Результаты проспективного рандомизированного исследования

Топоркова О.С.1, Веселов В.В.1,2, Ваганов Ю.Е.1, Нагудов М.А.1, Майновская О.А.1, Чернышов С.В.1

1ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саяма Адиля, д. 2, Москва, 123423, Россия)

2Кафедра эндоскопии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, Москва, 125993, Россия)

ВВЕДЕНИЕ: эндоскопическая электроэксцизия является стандартной методикой удаления полипов толстой кишки. Однако она сопряжена с риском развития послеоперационных осложнений. С целью снижения частоты осложнений альтернативной методикой представляется «холодная» эксцизия.

ЦЕЛЬ: улучшение результатов эндоскопического лечения больных с эпителиальными образованиями толстой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: с сентября 2019 г. по сентябрь 2020 г. в проспективное рандомизированное сравнительное исследование включено 160 пациентов ≥ 18 лет (80 человек в каждой из групп), которым было выполнено эндоскопическое удаление полипов толстой кишки размерами ≤ 10 мм «холодной» эксцизией (132 образования) и методикой электроэксцизии (129 образований). Все извлеченные операционные препараты подвергались патоморфологическому исследованию с оценкой радикальности удаления (R0/R1). Проведен факторный анализ частоты послеоперационных осложнений после эндоскопической электроэксцизии и частоты получения Rх резекции после удаления полипов обеими методиками.

РЕЗУЛЬТАТЫ: сравниваемые группы были сопоставимы по количеству пациентов, полу, возрасту, наличию у них сопутствующих заболеваний. Время удаления полипов методикой электроэксцизии было статистически значимо выше времени при «холодной» эксцизии ($p = 0,0001$). Значимых различий в частоте возникновения интраоперационных осложнений при обеих методиках получено не было ($p = 0,06$). В группе «холодной» эксцизии послеоперационных осложнений зарегистрировано не было. В группе электроэксцизии послеоперационные осложнения развились после удаления 12/129 полипов ($p = 0,001$). При унивариантном анализе выявлено, что фактором риска развития послеоперационных осложнений после эндоскопической электроэксцизии является невыполнение лифтинга образования (ОШ: 15,3, 95% ДИ: 1,9–25,6, $p = 0,01$). Патоморфологическое исследование операционных препаратов показало, что в обеих группах большинство вмешательств были признаны R0 резекциями (54% — в основной группе, 56,4% — в контрольной, $p = 0,8$). Фактором риска получения R1 и Rх резекции выявлен размер эпителиального образования ≤ 4 мм (ОШ: 2,4, 95% ДИ: 1,3–7, $p = 0,007$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: «холодная» эксцизия является эффективной и безопасной процедурой и может быть методом выбора при полипах не более 10 мм.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА полипы толстой кишки, «холодная» полипэктомия, электроэксцизия, R0 резекция, постполипэктомические осложнения

Несостоятельность колоректального анастомоза: роль и возможности лучевой диагностики (обзор литературы)

Березовская Т.П., Мялина С.А., Дайнеко Я.А., Невольских А.А., Иванов С.А.

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России (ул. Королева, д. 4, г. Обнинск, Калужская область, 249036, Россия) В обзоре литературы рассмотрена проблема несостоятельности колоректальных анастомозов с акцентом на роли и возможности лучевых методов диагностики, в первую очередь рентгенологических (проктография и КТ), включая методические особенности, диагностическую эффективность и характерные проявления в различные сроки после хирургического лечения, а также отмечены спорные и нерешенные вопросы использования различных методов лучевого исследования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: колоректальный рак, лучевая диагностика, колоректальный анастомоз, несостоятельность анастомоза, осложнения хирургического лечения, компьютерная томография

Синдром Пейтца-Егерса: что стало известно за 125 лет изучения? (обзор литературы)

Савельева Т.А., Пикунев Д.Ю., Кузьминов А.М., Цуканов А.С.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

Синдром Пейтца-Егерса (СПЕ) является крайне редким аутосомно-доминантным наследственным заболеванием, которое клинически характеризуется ростом гамартомных полипов в желудочно-кишечном тракте, слизисто-кожной пигментацией и повышенным риском возникновения злокачественных новообразований различной локализации. В большинстве случаев развитие СПЕ связано с наличием мутации в гене STK11, однако не у всех пациентов имеется данная мутация. В настоящем обзоре литературы представлены исторические аспекты появления данных о СПЕ, рассмотрены клинические проявления заболевания, актуальные методы диагностики, а также современные знания о генетических причинах развития СПЕ, риске возникновения злокачественных новообразований у пациентов с СПЕ, существующие рекомендации по скринингу и лечению пациентов с СПЕ. Однако наличие ряда нерешенных до настоящего времени вопросов в генетике, мониторинге и лечении свидетельствуют о необходимости дальнейших исследований.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: синдром Пейтца-Егерса, гамартомные полипы, лентигиноз, STK11

Популяционная характеристика колоректального рака в Ульяновской области по данным регионального ракового регистра

Богомолова И.А.1, Антонеева И.И.1,2,3, Абакумова Т.В.3, Генинг Т.П.3

1ФГБУ ФВЦМР ФМБА России (ул. Курчатова, 5В, г. Димитровград, 433507, Ульяновская область, Россия)

2ГУЗ ОКОД г. Ульяновска (ул. 12 Сентября, 90, г. Ульяновск, 432017, Россия)

3ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет (ул. Льва Толстого, 42, г. Ульяновск, 432017, Россия)

ЦЕЛЬ: провести анализ динамики и структуры эпидемиологических показателей при колоректальном раке (КРР) в период с 2005 по 2019 гг. в Ульяновской области по данным регионального канцер-регистра.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: статистические данные о первичной выявляемости КРР в районах Ульяновской области (форма № 7) за период с 2005 по 2019 гг. Рассчитаны стандартизированные показатели заболеваемости и смертности. Данные о численности, половом и возрастном составе населения области получены в Ульяновскстате.

РЕЗУЛЬТАТЫ: заболеваемость КРР в регионе возросла за анализируемый период в 1,51 раза (с 31,12 до 49,58 на 100 тыс. населения). Доля городского населения составляет 25%, а доля сельского населения — 75% от общего количества впервые выявленного КРР за период 2019 г. Определена заболеваемость по районам области. Наиболее высокая заболеваемость у мужчин установлена в 60–64 года, и она в 1,58 раза выше, чем у женщин. У взрослого населения моложе 30 лет выявлены единичные случаи КРР. Основной гистологический вариант опухолей — аденокарцинома. Низкодифференцированные опухоли составляли порядка 3%. Стандартизированный по возрасту показатель заболеваемости раком прямой кишки достигал 10,1 и 12,8 на 100 тыс. населения в 2005 и в 2019 году, соответственно. Заболеваемость опухолями ректосигмоидного соединения в эти годы составила 0,9 и 2,3 на 100 тыс. населения; в 2019 г. было выявлено 0,4 случая злокачественных опухолей анального канала на 100 тыс. населения. Соотношение мужчины/женщины, умерших от КРР в 2019 году, составило 1,005:1,000.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: в популяции Ульяновской области в период с 2005 по 2019 гг. наметилась тенденция к увеличению заболеваемости КРР. Выявлены районы области, значительно различающиеся по заболеваемости КРР.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: колоректальный рак, канцер-регистр, заболеваемость, смертность

ЮБИЛЕЙ. Шельгин Юрий Анатольевич — 70 лет

НЕКРОЛОГ. Памяти Владимира Ларионовича Джимбеева

№3(77)2021 том 20

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

Дивертикулярная болезнь

Ардатская М.Д., Ачкасов С.И., Веселов В.В., Зароднюк И.В., Ивашкин В.Т., Карпухин О.Ю., Кашников В.Н., Коротких Н.Н., Костенко Н.В., Куловская Д.П., Лоранская И.Д., Москалев А.И., Сажин А.В., Тимербулатов В.М., Трубачева Ю.Л., Фролов С.А., Шаповальянц С.Г., Шельгин Ю.А., Шифрин О.С., Ярцев П.А.

Влияние цитомегаловирусной инфекции на течение язвенного колита средней и тяжелой степени

Александров Т.Л.1, Нанаева Б.А.1, Баранова Т.А.1, Тишаева И.А.1, Подольская Д.В.1, Педа Е.С.1, Князев О.В.1,2, Шапина М.В.1

1 ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

2 ГБУЗ «МКНЦ имени А.С. Логинова» ДЗМ (шоссе Энтузиастов, д. 86, г. Москва, 111123, Россия)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить влияние цитомегаловирусной (ЦМВ) инфекции на течение среднетяжелой и тяжелой атак язвенного колита (ЯК).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: проведено одноцентровое проспективное когортное исследование с сентября 2018 г. по декабрь 2020 г. В исследование включались пациенты со среднетяжелой и тяжелой атаками ЯК. Всем пациентам проводили колоноскопию с биопсией для количественного определения ДНК ЦМВ методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). В дальнейшем пациенты были разделены на подгруппы: с наличием ЦМВ (ЦМВ+) и его отсутствием (ЦМВ–). В подгруппе ЦМВ+ проводилась противовирусная терапия с оценкой вирусологических, клинических и эндоскопических результатов на 19-й день терапии, через месяц после ее завершения и через 6 месяцев. В подгруппе ЦМВ– эти результаты оценивались через 6 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ: в исследование включено 126 пациентов. ЦМВ был выявлен у 51 (40,5%) пациента. При этом на его присутствие не влияли ни пол, ни возраст, ни ранее проводимая пациентам терапия. Лабораторные показатели в обеих подгруппах были сопоставимы, как и тяжесть течения ЯК. Выявлено достоверное

повышение риска развития гормональной резистентности у пациентов ЦМВ+ с тяжелой атакой ЯК (ОШ 1,33; 95% ДИ: 1,059–19,4). Эффективность противовирусной терапии составила 60,8%. Все пациенты, не ответившие на противовирусную терапию, были оперированы. При этом среди пациентов, у которых противовирусная терапия была эффективна (достигнута эрадикация вируса) необходимости в хирургическом лечении не возникало.

ВЫВОДЫ: ЦМВ инфекция достоверно увеличивает вероятность развития гормональной резистентности у пациентов с тяжелой атакой ЯК, при этом, все пациенты, ответившие на противовирусную терапию, не нуждались в проведении хирургического лечения. Необходимо дальнейшее проведение многоцентровых рандомизированных исследований.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *противовирусная терапия, цитомегаловирусная инфекция, язвенный колит*

Генетические и фенотипические характеристики 60 российских семей с синдромом Линча

Шельгин Ю.А.1,2, Ачкасов С.И.1,2, Семёнов Д.А.3, Сушков О.И.1, Шахматов Д.Г.1,2, Романова Е.М.1, Шубин В.П.1, Цуканов А.С.1

1ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

2ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России (ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, г. Москва, 125993, Россия)

3Клиника «К + 31» (ул. Лобачевского, д. 42, строение 4, г. Москва, 119415, Россия)

ЦЕЛЬ: выявление и анализ клинических и генетических особенностей пациентов с колоректальным раком на фоне синдрома Линча (СЛ), постоянно проживающих на территории РФ.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: в период с 2012 по 2019 г. было проведено обсервационное одноцентровое исследование. При выявлении злокачественного новообразования толстой кишки у всех пациентов проводился тщательный сбор анамнеза заболевания и жизни, семейной онкологической истории. В обязательном порядке выполнялось эндоскопическое исследование желудка и толстой кишки с биопсией, компьютерная томография органов грудной клетки, брюшной полости и МРТ малого таза при раке прямой кишки. В случае соответствия пациента отечественным критериям выполнялась молекулярно-генетическая диагностика.

РЕЗУЛЬТАТЫ: в исследование было включено 60 пробандов с подтвержденным диагнозом СЛ (30 женщин и 30 мужчин в возрасте от 24 до 68 лет). Герминальные мутации были выявлены в гене MLH1 — в 30 случаях, MSH2 — в 26, MSH6 — в 2, PMS1 — в 1 и PMS2 — в 1 наблюдении. Двенадцать мутаций были описаны впервые в мире. Клиническими особенностями больных с СЛ являются ранний возраст при обнаружении рака толстой кишки — 39 лет; частая локализация злокачественного новообразования в левых отделах толстой кишки — 45% случаев; преимущественно низкая дифференцировка клеток опухоли — 55% наблюдений. В общей сложности в семьях российских пациентов с СЛ было выявлено 234 случая злокачественных новообразований. Важно отметить, что рак желудка у российских пациентов с СЛ по частоте встречаемости занимает третье место после рака толстой кишки и матки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: у российских пациентов выявлены клиничко-генетические особенности, которые отличают их от европейской и североамериканской популяций. Обнаруженные отличия необходимо учитывать при использовании рекомендаций по тактике лечения российских пациентов с синдромом Линча.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *рак толстой кишки, синдром Линча, гены системы репарации ДНК, герминальные мутации, микросателлитная нестабильность*

Эффективность тофацитиниба в качестве «терапии спасения» у пациентов с язвенным колитом тяжелой степени

Подольская Д.В.1, Шапина М.В.1, Баранова Т.А.1, Тишаева И.А.1, Александров Т.Л.1, Князев О.В.1,2, Нанаева Б.А.1

1ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

2ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А.С.Логонова Департамента здравоохранения Москвы» (ул. шоссе Энтузиастов, д. 86, г. Москва, 111123, Россия)

ЦЕЛЬ: оценить эффективность применения тофацитиниба в качестве второй линии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: в исследование включено 12 пациентов, из них 4 (33,34%) мужчин и 8 (66,66%) женщин. Возраст больных составил, в среднем, 41 ± 5 лет. Все пациенты (100%) госпитализированы с тяжелой атакой язвенного колита, которая являлась критерием включения пациентов в данное исследование. Клинические проявления, лабораторные показатели, состояние слизистой оболочки толстой

кишки, по данным эндоскопического исследования, оценивались на момент назначения тофацитиниба на 3 и 7 сутки, а также через 12 недель.

РЕЗУЛЬТАТЫ: быстрый клинический ответ на 3-й день лечения, характеризующийся урежением частоты стула, уменьшением примеси крови в стуле был отмечен у 10 (83,3%) из 12 пациентов. Через 7 дней от начала терапии ТФЦБ у всех пациентов (100%) отмечалось снижение активности тяжелой атаки до легкой, так же отмечалось снижение воспалительных маркеров анализов крови, нормализация уровня гемоглобина. В ходе наблюдения в течение 12 недель у 100% пациентов выявлена положительная клинико-лабораторная динамика. У 10 (83,4%) пациентов была отмечена ремиссия воспалительного процесса или сохранение минимальной активности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: полученные в нашем исследовании промежуточные результаты показывают, что применение ТФЦБ у гормонорезистентных пациентов может быть эффективным в качестве второй линии «терапии спасения».

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *воспалительные заболевания кишечника, тофацитиниб, язвенный колит*

Применение низкотемпературной аргоновой плазмы в лечении ран после открытой геморроидэктомии

Фролов С.А.1, Кузьминов А.М.1, Вышегородцев Д.В.1, Королик В.Ю.1, Туктагулов Н.В.1, Жарков Е.Е.1, Сухина М.А.1, Воробьева И.В.2

1ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саяма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

2ФГБУ «НИЦЕМ им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России (ул. Гамалеи, д. 18, г. Москва, 123423, Россия)

ЦЕЛЬ: улучшить результаты лечения пациентов с наружным и внутренним геморроем 4 стадии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: в основную и контрольную группы был рандомизирован 101 пациент с комбинированным геморроем 4 стадии. Средний возраст больных составил 46,6 (39;56) и 47,7 (40;55) лет в основной и контрольной группе, соответственно. В основной группе было 17 (34%) женщин и 33 (66,0%) мужчины, а в контрольной группе 22 (43,0%) женщины и 29 (57,0%) мужчин. Всем пациентам выполнена операция открытая геморроидэктомия с применением монополярной электрокоагуляции. После операции пациентам основной группы в качестве физиотерапевтического лечения применялся сеанс низкотемпературной аргоновой плазмы (НАП). Процедура длилась 4 минуты и проводилась на 2-8, 14, 21, 30 день после операции и далее каждые 7 дней до полного заживления раны. Оценку болевого синдрома проводили с применением визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ от 0 до 10 баллов). Бактериологическое и цитологическое исследование проводили на 2, 8, 14, 21, 30 день и далее каждые 7 дней до полного заживления раны. Площадь послеоперационной раны и скорость заживления рассчитывали планиметрическим методом. Качество жизни оценивали при помощи анкеты SF-36 до операции, на 8, 30 день.

РЕЗУЛЬТАТЫ: на 30 день после операции заживление раны произошло у 38 (76,0%) больных основной группы и у 18 (36,0%) пациентов контрольной группы, $p = 0,0001$, что подтверждается цитологическим исследованием. На 8 день после операции уровень болевого синдрома у пациентов основной группы составил 3 (3;4) балла, у больных контрольной 4 (3; 5) балла, $p = 0,00003$. На 30 день после операции физический компонент качества жизни составлял 48 (44; 53) балла у пациентов основной группы, 42 (38; 48) у больных контрольной группы, $p = 0,005$. На 30 день после операции у больных основной группы после применения НАП по результатам микробиологического исследования выявлена E.coli — среднее количество 10^4 КОЕ, а в контрольной группе 10^7 КОЕ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Применение низкотемпературной аргоновой плазмы способствует ускорению заживления раны, а также снижению уровня болевого синдрома. Отмечается выраженное бактерицидное действие на клинически значимые микроорганизмы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *низкотемпературная аргоновая плазма, плазменный поток, лечение ран, наружный и внутренний геморрой*

Оценка общей выживаемости у больных пожилого и старческого возраста с ургентными осложнениями колоректального рака

Щаева С.Н.1, Эфрон А.Г.2, Магидов Л.А.3, Волынец Л.И.4

1ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России (ул. Крупской, д. 28, г.Смоленск, 214019, Россия)

2ОГБУЗ «Смоленский областной онкологический клинический диспансер» (ул. Маршала Жукова, д. 19, г. Смоленск, 214000, Россия)

3ОГБУЗ «Клиническая больница №1» (ул. Фрунзе, д. 40, г. Смоленск, 214006, Россия)

4ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница» (проспект Гагарина, д. 27, г. Смоленск, 214018, Россия)

ЦЕЛЬ: оценка факторов риска, оказывающих влияние на пятилетнюю общую выживаемость у больных ≥ 70 лет, перенесших экстренные операции по поводу осложненного колоректального рака.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: в ретроспективное когортное исследование включено 268 больных осложненным колоректальным раком за период с 10 января 2010 г. по 03 марта 2020 г., прооперированных в стационарах г.Смоленска. Критерии включения: 1) пациенты, оперированные по экстренным показаниям: декомпенсированная кишечная непроходимость, перфорация опухоли с перитонитом; 2) гистологический тип опухоли — аденокарцинома, перстневидноклеточный, недифференцированный рак; 3) возраст ≥ 70 лет. Критерии невключения: 1) оперированные по поводу субкомпенсированной кишечной непроходимости, перифокального инфильтрата, кишечного кровотечения; 2) морфологический тип опухоли — неэпителиальная злокачественная опухоль; 3) возраст < 70 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ: выявлены статистически значимые различия по показателям общей выживаемости в зависимости от вида выполненной операции. При осложненном раке ободочной кишки общая выживаемость после одноэтапных операций составила 15,35%, этапных с удалением опухоли на первом этапе — 21,51% и при этапных с удалением опухоли на втором этапе — 46,59% ($p < 0,00001$). При осложненном раке прямой кишки: 1,03%, 1,6% и 16,49%, соответственно, ($p = 0,00402$). Основные факторы, оказавшие неблагоприятное влияние на общую выживаемость: тип операции — одноэтапные и многоэтапные с удалением опухоли на первом этапе (ОР 1,34; 95% ДИ: 1,17–1,56; $p < 0,0001$); перфорация опухоли (ОР 1,46; 95% ДИ: 1,36–1,55; $p < 0,0001$); стадия заболевания (ОР 1,61; 95% ДИ: 1,45–1,69; $p < 0,0001$), локализация опухоли (ОР 1,24; 95% ДИ: 1,29–1,72; $p = 0,004$); гистологический тип опухоли — низкодифференцированная аденокарцинома (ОР 1,5; 95% ДИ: 1,24–1,62; $p < 0,0001$), количество исследованных лимфатических узлов < 12 (ОР 0,69; 95% ДИ: 0,59–0,63; $p < 0,0001$), наличие позитивных краев резекции (R1 и/или CRM+) (ОР 1,29; 95% ДИ: 1,14–1,47; $p < 0,0001$); тяжелая степень коморбидности (ОР 1,95; 95% ДИ: 1,62–1,98; $p = 0,003$), отсутствие адьювантного лечения (ОР 0,57; 95% ДИ: 0,49–0,63; $p < 0,0001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: этапные операции с минимальным объемом в экстренной ситуации и вторым — основным этапом, выполняемым в специализированном стационаре, являются наиболее целесообразными у больных ≥ 70 лет.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *осложненный колоректальный рак, экстренная хирургия, общая выживаемость*

Плоскоклеточная метаплазия слизистой оболочки прямой кишки у пациентов с длительным анамнезом язвенного колита (серия клинических случаев)

Архипова О.В., Васильевых Т.А., Веселов В.В., Майновская О.А.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н.Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

ВВЕДЕНИЕ: плоскоклеточная метаплазия слизистой оболочки прямой кишки встречается у пациентов с хроническим воспалением или инфекционным поражением [1]. В диагностике плоскоклеточной метаплазии основную роль играет проведение эндоскопического исследования, особенно с использованием узкого спектра света, который позволяет прицельно визуализировать внутриэпителиальные капиллярные петли, характерные для плоского эпителия [1,2]. В данной статье у пациентов с длительным анамнезом язвенного колита описаны клинические наблюдения, выявленной при колоноскопии плоскоклеточной метаплазии слизистой оболочки прямой кишки, которые могут служить источником развития плоскоклеточного рака.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ: развитие плоскоклеточной метаплазии слизистой оболочки прямой кишки у пациентов с длительным анамнезом язвенного колита (9 и 14 лет). При проведении колоноскопии у обоих пациентов была верифицирована тотальная форма язвенного колита. На фоне эндоскопической ремиссии в нижнеампулярном отделе прямой кишки были обнаружены плоские белесоватые участки, неправильной формы, размерами до 3 см, в виде «язычков» метаплазированного эпителия, имеющих четкие границы. При осмотре в узком спектре света (режим NBI и BLI) микрососудистый рисунок в выявленных участках по строению был идентичен микрососудистому рисунку, характерному для плоского эпителия. Результаты морфологического исследования биоптатов из диагностированных участков подтвердили наличие плоского эпителия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: у пациентов с длительным анамнезом язвенного колита встречается плоскоклеточная метаплазия слизистой оболочки прямой кишки, которую можно выявить при колоноскопии в белом свете. Использование осмотра в узком спектре света с последующей прицельной биопсией позволяют наиболее точно установить диагноз. Пациенты данной группы требуют динамического эндоскопического наблюдения с использованием вышеперечисленных методик, так как участки метаплазии могут служить источником образования плоскоклеточного рака прямой кишки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: колоноскопия, язвенный колит, плоскоклеточная метаплазия, плоскоклеточный рак

Лапароскопическая экстралеваторная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с пластикой тазового дна ягодичной мышцей (клинические наблюдения)

Хубезов Д.А.1, Игнатов И.С.2, Огорельцев А.Ю.1,2, Ли Ю.Б.2

1ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России (ул. Высоковольтная, д. 9, г. Рязань, 390026, Россия)

2ГБУ РО «Областная клиническая больница» (ул. Интернациональная, д. 3а, г. Рязань, 390039, Россия)

ЦЕЛЬ: продемонстрировать первый опыт экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки (ЭлБПЭ ПК) с глутеопластикой.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: Пациент К., 71 год поступил с диагнозом рак нижнеампулярного отдела прямой кишки cT3aN0M1a CRM– EMVI+ (IV st) после неoadъювантной химиолучевой терапии для оперативного лечения. Выполнена лапароскопическая экстралеваторная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с пластикой дефекта тазового дна лоскутом большой ягодичной мышцы.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Пациент был активизирован на 2-е сутки, дренажи были удалены на 5-е сутки. На 7-е сутки вскрыта серома промежностной раны без признаков нагноения. Дискомфорта и двигательных нарушений при вставании и ходьбе не отмечено. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 17-е сутки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: представленный клинический случай позволяет считать глутеопластику перспективным методом замещения дефекта тазового дна после ЭлБПЭ ПК.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: рак прямой кишки, экстралеваторная брюшно-промежностная экстирпация, глутеопластика

Болезнь Крона, манифестировавшая профузным толстокишечным кровотечением (обзор литературы с клиническим наблюдением)

Атрощенко А.О.1,2, Колыгин А.В.1, Северова М.М.1, Маркушин Л.И.1

1АО «Ильинская больница» (ул. Рублевское предместье, д. 2, корп. 2, Московская область, г.о. Красногорск, д. Глухово, 143421, Россия)

2Российский университет дружбы народов, факультет непрерывного медицинского образования, кафедра хирургии и онкологии (ул. Миклухо-Маклая, д. 21, г. Москва, 117198, Россия)

Массивное желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) является редким осложнением болезни Крона (БК). За последние десятилетия было предложено множество хирургических и терапевтических методов остановки ЖКК, однако единого алгоритма лечения пациентов с данной патологией не выработано в связи с отсутствием крупных рандомизированных исследований. Определение оптимальных методов диагностики и лечения ЖКК у больных воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) на сегодняшний день остается актуальной задачей современной медицины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: болезнь Крона с кровотечением из толстой кишки, алгоритм диагностики и лечения болезни Крона с желудочно-кишечным кровотечением

НЕКРОЛОГ. Памяти Вячеслава Романовича Исаева

№4(78)2021 том 20

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Анальная трещина

Агапов М.А., Алиев Ф.Ш., Ачкасов С.И., Башанкаев Б.Н., Бирюков О.М., Благодарный Л.А., Васильев С.В., Григорьев Е.Г., Грошилин В.С., Жарков Е.Е., Карпучин О.Ю., Костарев И.В., Костенко Н.В., Кузьминов А.М., Маркарьян Д.Р., Москалев А.И., Мудров А.А., Муравьев А.В., Нечай И.А., Тимербулатов В.М., Титов А.Ю., Фролов С.А., Хрюкин Р.Ю., Хубезов Д.А., Шелыгин Ю.А.

Новые морфологические факторы риска метастазирования в регионарные лимфоузлы при раке прямой кишки с инвазией в подслизистую основу

Майновская О.А., Рыбаков Е.Г., Чернышов С.В., Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адиля, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

ЦЕЛЬ: изучить прогностическое значение основных и новых морфологических признаков КРР и их взаимосвязь с метастазами в регионарные лимфоузлы при раке прямой кишки рТ1.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: материалом для исследования являлись препараты (n = 66) удаленной прямой кишки с верифицированной морфологически аденокарциномой. Было изучено прогностическое значение основных морфологических параметров: глубина инвазии опухоли в подслизистый слой, степень дифференцировки, лимфоваскулярная инвазия; а также феномен «почкования» опухоли, плохо дифференцированные кластеры и разрывы желез по инвазивному краю опухоли.

РЕЗУЛЬТАТЫ: метастазы в параректальных лимфоузлах были обнаружены в 13 (19,7%) случаях. С высокой степенью достоверности метастазы в лимфоузлах мезоректума определялись при наличии лимфоваскулярной инвазии [ОШ 38,0 95%, ДИ 2, 1–670, p < 0,0001]. Опухолевый баддинг высокой степени (Vd3) достоверно чаще определялся при опухолях с метастазами в параректальные лимфоузлы [ОШ 6,2, ДИ 1,2–31, p < 0,0001]. Плоходифференцированные кластеры опухоли (PDC) достоверно ассоциировались с метастазами в мезоректальных лимфоузлах (p = 0,03). Такие морфологические признаки как глубина инвазии опухоли, степень ее дифференцировки, разрыв железистых структур опухоли не показали достоверной связи с метастазами в регионарные лимфоузлы. В модели логистической регрессии единственным независимым фактором риска метастазов в регионарные лимфоузлы являлась лимфоваскулярная инвазия (p < 0,0001).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Лимфоваскулярная инвазии, опухолевый баддинг и плоходифференцированные кластеры — наиболее значимые факторы риска метастазов в лимфоузлы при Т1 раке прямой кишки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *аденокарцинома прямой кишки Т1, метастазы в лимфоузлы, морфологические предикторы метастазирования (лимфоваскулярная инвазия, «почкование» опухоли, плохо дифференцированные кластеры, разрыв опухолевых желез)*

Компьютерная томография в диагностике и лечении воспалительных осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки

Карпухин О.Ю.1,2, Юсупова А.Ф.1,2, Панкратова Ю.С.1, Черкашина М.И.2, Ахмадуллина А.А.1

1ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России (ул. Бутлерова, д. 49, г. Казань, 420012, Республика Татарстан, Россия)

2ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ (Оренбургский тракт, д. 138, г. Казань, 420064, Республика Татарстан, Россия)

ЦЕЛЬ: оценить роль компьютерной томографии в лечебно-диагностическом алгоритме при осложненных формах дивертикулярной болезни ободочной кишки (ДБОК).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: в исследование включены 165 пациентов с осложнениями ДБОК, находившиеся на стационарном исследовании в 2014–2020 гг. В плановом порядке были госпитализированы 15 (9,1%) пациентов, по экстренным показаниям — 150 (90,9%). Показаниями к госпитализации послужили воспалительные осложнения ДБОК. Рентгеновская компьютерная томография с внутривенным контрастированием выполнена 89 (53,9%) пациентам. Исследование выполняли на 64-срезовом компьютерном томографе «Philips Brilliance 64» с использованием внутривенного болюсного введения неионного йодосодержащего контрастного препарата. Отсутствие РКТ у остальных пациентов обусловлено наличием классической симптоматики обострения дивертикулита с ранее верифицированным диагнозом ДБОК, наличием информативного заключения УЗИ, а также отказом пациентов от РКТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ: проведенная РКТ диагностика позволила верифицировать наличие дивертикулов у пациентов, выявить характерные РКТ признаки и патогномоничные симптомы воспалительных осложнений ДБОК, а также установить тяжесть возникших осложнений. Описаны характерные признаки деструкции дивертикула и развивающихся при этом осложнений — инфильтрата, абсцесса, перитонита, свища. Помимо диагностики, РКТ позволяет определять тактику лечения, уточняя показания к оперативному вмешательству. Кроме того, некоторые осложнения ДБОК, выявленные в ходе РКТ, можно рассматривать в качестве предиктора неэффективности консервативного лечения, что требует активных действий со стороны хирурга.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: РКТ — эффективный метод диагностики ДБОК, позволяющий своевременно установить клинический вариант воспалительного осложнения, определить показания к оперативному лечению и прогнозировать вероятность рецидива.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *осложненные формы дивертикулярной болезни ободочной кишки, РКТ-диагностика, предикторы рецидива*

Толстокишечный инвагинационный анастомоз в хирургии осложненных форм дивертикулярной болезни ободочной кишки

Панкратова Ю.С.1, Карпухин О.Ю.1,2, Зиганшин М.И.2, Шакуров А.Ф.1,2

1ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России (ул. Бутлерова 49, г. Казань, 420012, Республика Татарстан, Россия)

2ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, г. Казань (Оренбургский тракт, д. 138, г. Казань, 420064, Республика Татарстан, Россия)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценить перспективы использования колоректального инвагинационного анастомоза при осложненных формах дивертикулярной болезни ободочной кишки (ДБОК).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: за период с 2014 по 2020 г. колоректальный инвагинационный анастомоз использован в лечении 42 пациентов: у 18 пациентов с ДБОК и у 25 пациентов при реконструктивно-восстановительной операции, ранее перенесших операцию Гартмана по поводу колоректального рака. Группу сравнения составили 24 пациента с ДБОК и 20 пациентов, ранее перенесших операцию Гартмана по поводу колоректального рака, анастомоз у которых наложен традиционным двухрядным кишечным швом. Все пациенты оперированы открытым доступом, при этом первичный анастомоз выполнен 20 (47,6%) пациентам, а 22 (52,4%) пациентам группы непрерывности кишечника была восстановлена в ходе реконструктивно-восстановительного этапа лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ: в группе пациентов, перенесших резекцию ободочной кишки с формированием инвагинационного анастомоза, несостоятельности анастомоза не было. При этом наличие единичных мелких дивертикулов диаметром 2–3 мм рядом с зоной формирования анастомоза не служило поводом для расширения объема резекции. В группе сравнения у 13 (54,2%) пациентов в ходе формирования площадок для анастомоза выявлены мелкие формирующиеся дивертикулы, что потребовало расширения объема резекции. В этой группе несостоятельность анастомоза возникла у 2 (6,8%) пациентов с дивертикулярной болезнью, что потребовало выполнения релапаротомии с разобщением анастомоза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: применение колоректального инвагинационного анастомоза оправдано при восстановлении непрерывности кишечника у пациентов с осложненными формами дивертикулярной болезни ободочной кишки, так как способно снизить риск развития несостоятельности анастомоза, а также избежать расширения границ резекции.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *осложненные формы дивертикулярной болезни ободочной кишки, хирургическое лечение ДБОК, несостоятельность анастомоза, инвагинационный колоректальный анастомоз*

Интракорпоральный илеотрансверзоанастомоз при лапароскопической правосторонней гемиколэктомии (результаты пилотного исследования)

Романова Е.М., Сушков О.И., Суроегин Е.С., Шахматов Д.Г.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

ЦЕЛЬ: изучить безопасность формирования интра- и экстракорпорального илеотрансверзоанастомоза при лапароскопической правосторонней гемиколэктомии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: проведено пилотное исследование по типу «случай-контроль». Были сформированы две группы пациентов, которым по стандартизированной методике выполнялась лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия. В основной группе формировался интракорпоральный илеотрансверзоанастомоз (ИА) (n = 20), в группе сравнения — экстракорпоральный анастомоз (ЭА) (n = 18).

РЕЗУЛЬТАТЫ: частота возникновения послеоперационных осложнений статистически значимо не различалась. В основной группе они возникли в 20%, а в контрольной — в 28% случаев (p = 0,71). Время послеоперационного пребывания в стационаре в основной группе было статистически значимо меньше — 5 против 7,3 койко-дней в группе сравнения (p < 0,001).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: формирование ИА не ассоциировано с увеличением частоты послеоперационных осложнений, способствует сокращению сроков послеоперационного пребывания больных в стационаре. Для подтверждения полученных данных требуется проведение рандомизированного контролируемого исследования.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия, интракорпоральный анастомоз, рак ободочной кишки*

Есть ли преимущества 3D лапароскопических технологий при хирургическом лечении ректоцеле и выпадения прямой кишки?

Хитарьян А.Г.1,2, Головина А.А.1,2, Ковалев С.А.1,2, Ромодан Н.А.2, Алибеков А.З.1,2, Чепурная И.А.1, Шимченко Д.К.1

1ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», кафедра хирургических болезней № 3 (пер. Нахичеванский, д. 29, г. Ростов-на-Дону, 344022, Россия)

2ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» (ул. Варфоломеева, д. 92а, г. Ростов-на-Дону, 344011, Россия)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить непосредственные и отдаленные результаты применения 3D и традиционной 2D лапароскопической вентральной ректопексии в лечении пациентов с ректоцеле и выпадением прямой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: проведено рандомизированное проспективное исследование (NCT 04817150), включившее пациентов в возрасте от 18 до 70 лет, которым выполнялась лапароскопическая вентральная ректопексия по поводу ректоцеле и/или выпадения прямой кишки. Проводилась оценка продолжительности вмешательства, объема интраоперационной кровопотери, частоты осложнений и степени их тяжести по шкале Clavien-Dindo, выраженности болевого синдрома, объема жидкостной полости в области импланта на 2–3 день после операции и через 2–3 недели. Также проводилась оценка комфорта и эргономичности работы хирурга при использовании 3D систем с помощью опросника POMS. Оценка отдаленных результатов включала частоту рецидивов, а также функциональные результаты вмешательства по шкалам CCCS score, Incontinence scale score, P-QoI и PGII.

РЕЗУЛЬТАТЫ: в исследование были включены 29 пациентов основной и 32 пациента контрольной групп. Период наблюдения составил $21 \pm 20,3$ месяцев. Осложнение развилось в контрольной группе у 1 пациента ($p = 1,0$). Средняя длительность оперативного вмешательства в основной группе составила $74,1 \pm 14$ минут, в контрольной — $87,1 \pm 24,3$ мин. ($p = 0,01$). Интраоперационная кровопотеря в основной группе была $19,8 \pm 9,6$ мл (в контрольной — $55 \pm 39,2$ мл; $p = 0,001$). Выраженность болевого синдрома была достоверно ниже в основной группе (18,0 против 22,5 баллов, $p = 0,03$). На 2–3 сутки средний объем жидкостной полости в основной группе был $21,2 \pm 9,7$ см³, в контрольной — $30,7 \pm 25,6$ см³ ($p = 0,02$). Средний балл по шкале POMS для хирурга в основной группе составил $56,4 \pm 33,5$ баллов, в контрольной — $87,3 \pm 30,8$ балла ($p = 0,004$). Спустя 12 месяцев после операции рецидивы в обеих группах выявлены не были ($p = 1,0$). Достоверных различий по функциональным результатам получено не было.

ВЫВОДЫ: применение 3D лапароскопии при выполнении вентральной ректопексии сетчатым имплантом сопоставимо по отдаленным анатомическим и функциональным результатам с традиционными лапароскопическими операциями. Однако сопровождается уменьшением времени оперативного вмешательства, снижением выраженности послеоперационного болевого синдрома, снижением объема интраоперационной кровопотери, меньшим объемом экссудата в области импланта, большим удобством и эргономичностью работы для хирурга.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ректоцеле, выпадение прямой кишки, 3D-лапароскопия, ректопексия

Эффективность лечения геморроя комбинированным препаратом, содержащим флуокортолона пивалат и лидокаина гидрохлорид: результаты многоцентрового наблюдательного исследования

Костарев И.В.1, Агапов М.А.2, Groшилин В.С.3, Дваладзе Л.Г.4, Творогов Д.А.4, Чургулиа М.З.4

1Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

2Медицинский научно-образовательный центр Московского Государственного Университета им. М.В. Ломоносова (Ломоносовский просп., 27 корп. 10, г. Москва, 119234, Россия)

3Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ (пер. Нахичеванский, д. 29, Ростовская обл., г. Ростов-на-Дону, 344022, Россия)

4Федеральное государственное бюджетное учреждение «Северо-Западный окружной научно-клинический центр имени Л.Г. Соколова» Федерального медико-биологического агентства России (пр. Культуры, д. 4, г. Санкт-Петербург, 194291, Россия)

ЦЕЛИ: оценить динамику выраженности основных симптомов геморроя и удовлетворенности лечением на фоне терапии комбинированным топическим препаратом РелифR Про.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: многоцентровое проспективное неинтервенционное когортное исследование было проведено в 13 клинических центрах на территории России. В исследование включали пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с острым геморроем 1–2 стадий, получавших лечение комбинированным препаратом РелифR Про в форме суппозиториев, крема или их комбинации. Срок наблюдения пациентов составил до 14 дней (в случае 2 визитов в клинический центр после получения исходных данных). Анализ выполнен на основе данных, полученных на Визите 2 (5–7 день терапии) и Визите 3 (10–14 день терапии) в сравнении с исходными данными (Визит 1). В качестве конечных точек оценивались изменения выраженности симптомов геморроя по шкале Sodergren, динамика выраженности симптомов геморроя (боль, кровоточивость, зуд, отек, наличие отделяемого, чувство дискомфорта), динамика размеров самого

большого геморроидального узла, удовлетворенность врача и пациента лечением, оценка приверженности пациента рекомендациям по изменению образа жизни и лечению, оценка использования препарата РелифR Про в процессе лечения и предпочтения пациентов относительно лекарственной формы назначаемого препарата. Кроме того, оценивались нежелательные явления.

РЕЗУЛЬТАТЫ: в исследование были включены 1000 пациентов. У пациентов был диагностирован острый геморрой 1 степени (330 пациентов), 2 степени (345 пациентов) и обострение хронического геморроя (325 пациентов). Препарат РелифR Про в форме крема ректального применяли 333 пациента; в форме суппозиториев — 383 пациента; совместная терапия обеими лекарственными формами была назначена 284 пациентам. Во время визитов наблюдения (Визиты 2 и 3) у пациентов отмечалась положительная динамика — уменьшение выраженности симптомов геморроя, как при объективном осмотре, так и по данным опросников пациентов. Независимо от лекарственной формы лечение приводило к уменьшению степени выраженности или исчезновению основных симптомов геморроя — кровоточивости, зуда, отека, наличия отделяемого, дискомфорта уже к Визиту 2 и практически у всех пациентов к окончанию наблюдения. Аналогичная картина наблюдалась и в отношении симптомов, оцениваемых врачом при проведении пальцевого исследования: к 5-дню уменьшилась выраженность боли, отека и кровоточивости в перианальной области, кровоточивости. Эффективностью лечения были удовлетворены около 96% пациентов и примерно 97% врачей. Применение обеих форм РелифR Про характеризовалось хорошей переносимостью: не было зафиксировано нежелательных явлений, связанных по мнению исследователя, с изучаемым препаратом.

ВЫВОДЫ: комбинированный топический препаратом РелифR является эффективным средством лечения геморроя.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА *геморрой, наблюдательное исследование, лидокаин, флуокортолона пивалат, Релиф Про*

Желудочная гетеротопия в прямую кишку у ребенка. Клиническое наблюдение казуистической патологии

Щербакова О.В., Хабибуллина Л.Р.

РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Ленинский пр-т, д. 117, г. Москва, 119571, Россия)

Желудочная гетеротопия в прямую кишку у детей — редкая патология, о которой необходимо помнить при обследовании ребенка с клиникой ректального кровотечения. В течение последних 10 лет в литературе описано около 5 подобных клинических наблюдений у детей. Данное состояние врожденное, обусловленное нарушением дифференцировки тканей в процессе эмбрионального развития. В данной работе описан клинический случай обследования и лечения ребенка с изолированной желудочной гетеротопией в прямую кишку.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *желудочная гетеротопия, прямая кишка, дети*

Применение лазера в хирургическом лечении геморроя (обзор литературы)

Вышегородцев Д.В., Королик В.Ю., Богормистров И.С., Батталова А.М., Мухин И.А.

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

В обзоре литературы рассмотрены возможности и результаты лечения геморроя с применением лазера по сравнению с традиционными методами хирургического лечения этого заболевания. Оценивается эффективность и возможность малоинвазивного использования лазера в лечении геморроя при различной его длине волны. Описаны последние технические разработки лазерных технологий, открывающие хорошие перспективы для лечения этой болезни.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *геморрой, метод HeLP, лазерная геморроидопластика*

ЮБИЛЕЙ/ANNIVERSARY. Yves Panis (Ив Панис)

ЮБИЛЕЙ. Благодарный Леонид Алексеевич — 75 лет