АССОЦИАЦИЯ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ

МАТЕРИАЛЫ

Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Съезд колопроктологов России»

6–8 октября 2022 г.
г. МОСКВА

Общероссийская общественная организация
«Ассоциация колопроктологов России»

Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Съезд колопроктологов России»

6–8 октября 2022 г., г. Москва

Адрес Ассоциации:
ул. Саляма Адиля, д. 2, Москва, 123423

Тел.: +7 (499) 642-54-41, доб. 1215

E-mail: proctologia@mail.ru
koloproktologia@akr-online.ru

САЙТ АССОЦИАЦИИ:
www.akr-online.ru

Association Office:
Salyama Adilya St., 2, Moscow, Russia, 123423

Tel.: +7 (499) 642-54-41, ext. 1215

E-mail: proctologia@mail.ru
koloproktologia@akr-online.ru

WEBSITE:
www.akr-online.ru

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ПРОКТОЛОГИЯ

Акопян А.С., Багдасарян Т.Г.
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА 7

Акопян А.С., Багдасарян Т.Г., Манукян Э.В.
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПОСЛЕРОДОВУЮ ТРАВМУ 7

Акопян Г.А., Элоян Д.И., Багдасарян Т.Г., Акопян А.С.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПРИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ 8

Андреев П.С., Давыдова О.Е., Николаев М.М.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОКТОЛОГИЯ ОДНОГО ДНЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ 8

Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л., Горбунов М.А., Мышляев А.В.
ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ С ГОФРИРУЮЩИМИ ШВАМИ — НАСКОЛЬКО АКТУАЛЬНО! 9

Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л., Мышляев А.В., Горбунов М.А.
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН АНАЛЬНОГО КАНАЛА 9

Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л., Мышляев А.В., Горбунов М.А.
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ С УШИВАНИЕМ РАНЫ 10

Белик Б.М., Ковалев А.Н.
ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ «ЦИРКУЛЯРНОГО» ГЕМОРРОЯ IV СТАДИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 10

Белик Б.М., Ковалев А.Н., Хатламаджиян А.Л.
ВЛИЯНИЕ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ФЛЕБОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ III-IV СТАДИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 11

Борота А.В., Гюльмамедов В.А., Полунин Г.Е., Кухто А.П., Башмаков М.Н.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ 11

Борота А.В., Полунин Г.Е., Танасов И.А., Борота А.А., Матчанов Д.Г.
ОПЫТ ЭТАПНОЙ СИМУЛЬТАННОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЛИПЭКТОМИИ И ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОРРОЕМ И ПОЛИПОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ 12

Волков Д.В., Болквадзе Э.Э., Егоркин М.А., Горбунов И.Н., Вечорко В.И.
NPWT ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ У БОЛЬНЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ 12

Гор И.В., Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованый А.И.
ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ LIFT И ЛАЗЕРНОЙ ДЕСТРУКЦИИ СВИЩЕВОГО ХОДА 13

Горбунов И.Н., Егоркин М.А., Болквадзе Э.Э., Обухов В.К., Вечорко В.И., Волков Д.В.
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОРТАТИВНОЙ СИСТЕМЫ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ РАН У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА 13

Грошилин В.С., Мрыхин Г.А., Кузнецов В.Д., Антонова А.В., Швецов В.К.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ 14

Долгих О.Ю., Столяров С.А.
ОБОГАЩЕННАЯ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ 14

Долгих О.Ю., Столяров С.А., Шабаев Н.М.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИИ И РАДИАЛЬНОГО ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ РАДИКАЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НАГНОИВШЕЙСЯ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТЫ 15

Егоркин М.А., Болквадзе Э.Э., Горбунов И.Н., Вечорко В.И.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА 15

Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Мякишева М.А.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО И ОПЕРАЦИИ HAL-RAR ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ 16

Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Мякишева М.А.
ПРИМЕНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЕМ 16

Захарченко А.А., Протопопов А.В., Винник Ю.С., Литвинюк Н.В.
АКТУАЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ЭМБОЛИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРОВОТОЧАЩЕГО ГЕМОРРОЯ 17

Захарченко А.А., Протопопов А.В., Винник Ю.С., Литвинюк Н.В.
ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ: ТРАНСАНАЛЬНО ИЛИ ЭНДОВАСКУЛЯРНО? 17

Захарченко А.А., Протопопов А.В., Винник Ю.С., Литвинюк Н.В.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМБОЛИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТОЧАЩЕГО ГЕМОРРОЯ I-III СТАДИИ: 20-ЛЕТНЫЙ ОПЫТ 18

Захарченко А.А., Протопопов А.В., Винник Ю.С., Литвинюк Н.В.
ЭМБОЛИЗАЦИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВОВ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ ТРАНСАНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ 18

Зубенков М.В.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ЛАЗЕРНОЙ МЕТОДИКИ PIT-PICKING + SILAC ПРИ ЭКХ 19

СОДЕРЖАНИЕ

Зюзько Д.Д., Щербакова О.В., Хабибуллина Л.Р.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПАРАРЕКТАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ: АНАЛИЗ МЕТОДИК 19

Ибатуллин А.А., Эйбов Р.Р., Кашапова А.Р., Прокопьев М.В.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОБОТА DA VINCI В ХИРУРГИИ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ 20

Ильканич А.Я., Айсанов А.А.
ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА 20

Ильканич А.Я., Зубаилов К.З.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ «МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ» В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-КОЛОПРОКТОЛОГА 21

Ильканич А.Я., Кабанов А.А., Курбанов С.С.
ПРОТОКОЛ МРТ ДИАГНОСТИКИ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ 21

Каторкин С.Е., Андреев П.С., Сотников В.М., Клюкин К.В.
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА «СУЛОДЕКСИД» 22

Каторкин С.Е., Краснова В.Н., Журавлев А.В.
ПРИМЕНЕНИЕ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ LIFT В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАРЕКТАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ 23

Ким А.Е.
PRP-ТЕРАПИЯ В ЗАЖИВЛЕНИИ РАН АНАЛЬНОГО КАНАЛА 23

Кривчикова А.П., Ярош А.Л., Олейник Н.В., Братищева Н.Н., Карпачев А.А., Солошенко А.В., Аленичева М.С.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АБДОМИНАЛЬНОЙ САКРОКОЛЬПОРЕКТОПЕКСИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПОВТОРНОГО СОЧЕТАННОГО ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА 24

Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Королик В.Ю., Туктагулов Н.В., Сухина М.А., Воробьева И.В.
СОКРАЩЕНИЕ СРОКОВ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ: «МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ»? 24

Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Королик В.Ю., Черножукова М.О., Фоменко О.Ю.
СЕГМЕНТАРНАЯ ПРОКТОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ 25

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Кораблина С.С., Гобеджишвили В.В., Коркмазов И.Х., Татаршаов М.Х.
СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕОСЛОЖНЕННОЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ПАЗУХОЙ 25

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Кораблина С.С., Гобеджишвили В.В., Мачукова М.Н., Узденов М.Б.
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ 26

Личман Л.А.
ВЫБОР АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВНУТРЕННИМ ГЕМОРРОЕМ II СТАДИИ 26

Лукьянов А.С., Костарев И.В.
ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАСТИКИ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ W-ОБРАЗНЫМ СЕТЧАТЫМ ИМПЛАНТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С РЕКТОЦЕЛЕ 2–3 СТЕПЕНИ (РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОЦЕНТРОВОГО ПРОСПЕКТИВНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ) 27

Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Чахчахов Я.А., Дгебуадзе В.Т., Поварнин Н.Н.
ИЗУЧЕНИЕ ОСВОЕНИЯ ОПЫТА ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ МЕТОДОМ ПОСТРОЕНИЯ КРИВЫХ ОБУЧЕНИЯ 27

Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Чахчахов Я.А., Дгебуадзе В.Т., Поварнин Н.Н.
КОМБИНИРОВАННЫЕ И СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВАПОРИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ 28

Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Чахчахов Я.А., Дгебуадзе В.Т., Поварнин Н.Н.
ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 28

Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Чахчахов Я.А., Дгебуадзе В.Т., Поварнин Н.Н.
СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ 28

Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Шмидт С.С.
РЕКТАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ 29

Матвеева А.С., Ильканич А.Я.
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА 29

Можанов Е.В.
ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПРЕСАКРАЛЬНЫХ КИСТ 30

Мрыхин Г.А., Грошилин В.С., Кузнецов В.Д., Швецов В.К., Антонова А.В.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ОРИГИНАЛЬНОГО СФИНКТЕРОСБЕРЕГАЮЩЕГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ 30

Муравьев А.В., Галстян А.Ш., Кораблина С.С., Бойко М.А.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА НИФЕДИПИНА И ЛИДОКАИНА В ФОРМЕ ГЕЛЯ (РЕЛИФИПИН) В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ХИРУРГА 31

Муравьев А.В., Галстян А.Ш., Лысенко О.В.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ МОДИФИКАЦИЙ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ 31

Муравьев А.В., Журавель Р.В., Галстян А.Ш., Вафиади Г.Д.
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА 32

Муравьев А.В., Лысенко О.В., Галстян А.Ш., Оверченко Д.Б., Журавель Р.В., Лысенко Д.О.
ПРОФИЛАКТИКА СТРИКТУР ПРЯМОЙ КИШКИ 32

СОДЕРЖАНИЕ

Мухаббатов Дж.К., Аннаев М.Б., Хамроев Б.М., Мухаббатов А.Дж.
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СТЕНОЗА АНАЛЬНОГО КАНАЛА 33

Мухаббатов Дж.К., Аннаев М.Б., Хамроев Б.М., Сафолова Ф.М.
ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СУЖЕНИЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА 33

Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М., Мухаббатов А.Дж., Сафолова Ф.М.
АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЯМИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 34

Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М., Мухаббатов А.Дж., Сафолова Ф.М.
ХАРАКТЕР НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ СО СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 34

Мухин И.А., Вышегородцев Д.В., Фоменко О.Ю., Кузьминов А.М., Королик В.Ю.
ОЦЕНКА ФУНКЦИИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ СКАЛЬПЕЛЕМ 35

Немченко И.А., Можаев Д.А., Новиков Д.В., Авезова Д.Б.
ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕМОРРОИДОПЛАСТИКИ (LHP) ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 35

Нечай И.А., Божченко А.А., Мальцев Н.П., Ветошкин В.А., Якунина М.Ю.
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ «ЗАКРЫТЫХ» МЕТОДИК 36

Нечай И.А., Мальцев Н.П., Каримзода З.К., Ветошкин В.А.
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ HAL-RAR И LHP — ЧЕМУ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ? 36

Олейник Н.В., Кривчикова А.П., Ярош А.Л., Братищева Н.Н., Карпачев А.А., Солошенко А.В., Аленичева М.С.
ВЫБОР МЕТОДА ИССЕЧЕНИЯ ИЗБЫТКА СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЗАТРУДНЕННОЙ ДЕФЕКАЦИИ 37

Разин А.Н., Каторкин С.Е.
НОВЫЙ СПОСОБ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ ПАРАРЕКТАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ 37

Сухаруков А.С., Трубин Д.С., Безалтынных А.А.
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА 38

Тотиков В.З., Тотиков З.В., Тарамов У.У.
К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ТОТАЛЬНОГО ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА 38

Фролов С.А., Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Королик В.Ю., Богормистров И.С., Рындин А.Н.
ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ В ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ 39

Фролов С.А., Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Трубачева Ю.Л., Фоменко О.Ю., Королик В.Ю., Богормистров И.С., Батталова А.М.
ЛАЗЕРНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ 39

Харабет Е.И., Грошилин В.С., Мрыхин Г.А., Кузнецов В.Д.
НОВЫЙ ДВУХЭТАПНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА 40

Харабет Е.И., Зубенков М.В., Коротков С.А., Головко Е.Б.
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ LHP ПРИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ 40

Хубезов Д.А., Зайцев О.В., Игнатов И.С., Огорельцев А.Ю., Пучков Д.К., Ли Ю.Б., Юдин М.А., Бурмистрова С.С., Леухина Т.И.
КРАТКОВРЕМЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ЭКСТРАЛЕВАТОРНЫХ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНЫХ ЭКСТИРПАЦИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПЛАСТИКОЙ ТАЗОВОГО ДНА ЯГОДИЧНОЙ МЫШЦЕЙ: ПЕРВИЧНЫЙ ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА 41

Черкасов М.Ф., Галашокян К.М., Старцев Ю.М., Меликова С.Г., Рогачев А.А.
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА 41

Чистохин С.Ю., Белоцкая Л.В.
РЕЗУЛЬТАТЫ СФИНКТЕРОСБЕРЕГАЮЩЕГО ЛИГАТУРНОГО МЕТОДА ПРИ СЛОЖНЫХ ПАРААНАЛЬНЫХ СВИЩАХ 42

Шакуров А.Ф., Зарипов Р.Р.
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН 42

Шамин А.В., Каторкин С.Е., Андреев П.С.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ 43

ГЛАВА 2. ОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Авдеенко В.А., Невольских А.А., Бродский А.Р., Зибиров Р.Ф., Орехов И.А., Почуев Т.П., Михалёва Ю.Ю., Березовская Т.П., Мялина С.А., Петров Л.О., Иванов С.А.
ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ И РАННИМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ 44

Акопян А.С., Багдасарян Т.Г.
ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА 44

СОДЕРЖАНИЕ

Акопян А.С., Багдасарян Т.Г.
СУБТОТАЛЬНЫЕ КОЛЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ 45

Алиев Ф.Ш., Алиев В.Ф., Савельев Н.Н., Стогний Н.Ю., Алиев Р.Ф.
ОРГАННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ 45

Белик Б.М., Ковалев А.Н.
ВОЗМОЖНОСТИ АНОСКОПИИ И РЕКТОРОМАНОСКОПИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ В СКРИНИНГЕ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ 46

Захарченко А.А., Винник Ю.С., Попов А.В.
ОПЫТ ЭВИСЦЕРАЦИИ МАЛОГО ТАЗА 46

Ибатуллин А.А., Эйбов Р.Р., Кашапова А.Р., Прокопьев М.В.
ОПЫТ 150 РОБОТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ 47

Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Шамин А.В.
РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА 47

Каторкин С.Е., Симатов С.А.
АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ПРАВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ 48

Маркарьян Д.Р., Агапов М.А., Гарманова Т.Н., Павлов Р.В., Новикова А.Д., Бойко Н.С.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПОСЛЕ СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ В РОССИИ: ОДНОМОМЕНТНОЕ МНОГОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ — ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ 48

Павлов Р.В., Данилин В.Н., Новикова А.Д., Черных М.А., Бойко Н.С.
УСКОРЕННАЯ ПРОГРАММА ПРЕАБИЛИТАЦИИ ПО ПРОТОКОЛУ ERAS В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 49

Половинкин В.В., Щерба С.Н., Воронцов А.О.
АНАСТОМОЗЫ В ХИРУРГИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ЛУЧШИЙ? 49

Тотиков В.З., Тотиков З.В., Ибрагимов Л.А., Тотикова И.Т., Абдурзаков М-С. А-С.
СВЕРХНИЗКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ С НАЛОЖЕНИЕМ ОРИГИНАЛЬНОГО РУЧНОГО АНАСТОМОЗА «БОК-В-КОНЕЦ» 50

ГЛАВА 3. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Андреев П.С., Давыдова О.Е., Каторкин С.Е., Лямин А.В.
ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА 51

Бабич И.И., Бабич И.В., Мельников Ю.Н., Мельникова С.Р., Аванесов М.С., Богновский И.О.
НАШ ОПЫТ КОЛОСТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ 51

Беляев А.И., Зитта Д.В.
НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЭО 52

Борота А.В., Борота А.А., Онищенко Е.В.
СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА 52

Давыдова О.Е., Андреев П.С., Лямин А.В.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА АЛЬФАЗОКС 53

Дробязгин Е.А., Архипов Д.А., Семичев С.В., Хусаинов В.Ф., Дегтярева С.И.
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУР ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ 53

Журавлев А.В., Каторкин С.Е.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С ФОРМИРОВАНИЕМ ТОНКОКИШЕЧНЫХ ТАЗОВЫХ РЕЗЕРВУАРОВ 54

Зитта Д.В., Беляев А.И., Роженцева Д.А.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОН 54

Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Полозов С.В., Симонян Л.Э.
ВНУТРИКИШЕЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ — ПРЕДИКТОР НАРУШЕНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ КИШЕЧНОГО ШВА 55

Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Зельтер П.М., Крамм Е.К.
КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ С 3D-ВОЛЮМЕТРИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С J-ОБРАЗНЫМ ТОНКОКИШЕЧНЫМ РЕЗЕРВУАРОМ 55

Панкратова Ю.С., Карпухин О.Ю.
ПРОСТОЙ, НЕДОРОГОЙ И ИНФОРМАТИВНЫЙ ТЕСТ В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ 56

Панкратова Ю.С., Карпухин О.Ю., Зиганшин М.И.
ПРЕДИКТОРЫ РЕЦИДИВА ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ 56

Савельева Т.А., Пономаренко А.А., Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Пикунов Д.Ю., Тобоева М.Х., Логинова А.Н., Цуканов А.С.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА 57

СОДЕРЖАНИЕ

Сухаруков А.С., Нарезкин Д.В., Безалтынных А.А.
ИШЕМИЧЕСКИЙ КОЛИТ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ 57

Тобоева М.Х., Цуканов А.С., Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Савельева Т.А., Пикунов Д.Ю.
ОСОБЕННОСТИ *MutYH*-АССОЦИИРОВАННОГО ПОЛИПОЗА У ПАЦИЕНТОВ РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 58

Шакиров Р.Р., Зиганшин М.И., Карпухин О.Ю.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВОРОТОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ 58

Щерба С.Н., Половинкин В.В., Щерба А.С.
ОСЛОЖНЁННАЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В УРГЕНТНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 59

Юданов А.В., Гарбузов В.А., Говорков Р.В., Ганичева И.А., Калинин В.А., Токмаков И.А.
ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЛИПЭКТОМИИ ИЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ 59

Юданов А.В., Калинин В.А., Говорков Р.В., Ганичева И.А., Токмаков И.А., Гарбузов В.А.
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИБРИДНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЫ ПРЯМОЙ КИШКИ 60

Юданов А.В., Токмаков И.А., Говорков Р.В., Ганичева И.А., Калинин В.А., Гарбузов В.А.
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ИШЕМИИ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ 60

Юданов А.В., Токмаков И.А., Говорков Р.В., Ганичева И.А., Калинин В.А., Гарбузов В.А.
СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ 61

ГЛАВА 4. СТОМЫ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Алиев Ф.Ш., Алиев В.Ф., Савельев Н.Н., Стогний Н.Ю., Алиев Р.Ф.
СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КОЛОСТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ 62

Воронин Ю.С., Ильканич А.Я.
ОРГАНИЗАЦИЯ КОНСЕРВАТИВНОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ 62

Ибатуллин А.А., Эйбов Р.Р., Прокопьев М.В., Кашапова А.Р.
РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ ПАРАСТОМАЛЬНЫХ ГРЫЖ 63

Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Чахчахов Я.А., Дгебуадзе В.Т.
ВНУТРИБРЮШНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫМ СПОСОБОМ 63

Муравьёв А.В., Оверченко Д.Б., Оверченко А.Д.
АНАЛИЗ ПАРАСТОМАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ 63

ГЛАВА 5. РАЗНОЕ

Ильканич А.Я., Раджабов К.Р., Магомедов Н.Д.
РУТИННАЯ ВИДЕОКОЛОНОСКОПИЯ: СТРУКТУРА ВЫЯВЛЯЕМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 65

Муравьев А.В., Галстян А.Ш., Вафиади Г.Д., Муравьева А.А.
ВЛИЯНИЕ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СТРУКТУРУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 65

Сулавко Я.П., Щербакова О.В.
ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ (ПЕРИНЕАЛЬНЫЙ И ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ СВИЩИ) 66

Хабибуллина Л.Р., Щербакова О.В.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С АДЕНОМАТОЗНЫМ ПОЛИПОЗНЫМ СИНДРОМОМ И ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ: АНАЛИЗ ПЕРВОГО ОПЫТА ВЫПОЛНЕНИЯ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВУАРОВ 66

Хубезов Д.А., Зайцев О.В., Игнатов И.С., Огорельцев А.Ю., Снегур С.В., Брагина И.Ю., Ли Ю.Б., Бурмистрова С.С., Леухина Т.И.
МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ТОНКОЙ КИШКИ КРЫС ПОСЛЕ ВЫВЕДЕНИЯ ПЕТЛЕВОЙ КОЛОСТОМЫ 67

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА

Акопян А.С., Багдасарян Т.Г.

МЦ «Измирлян», кафедра колопроктологии ЕрГМУ им. М. Гераци, Ереван, Армения

LONG TERM RESULTS OF COMBINED SURGICAL TREATMENT OF RECTAL PROLAPS AND CHRONIC CONSTIPATION

Hakobyan A.S., Baghdasaryan T.H.

"Izmirlian" Medical Center, chair of coloproctology YSMU after M. Heraci, Yerevan, Armenia

Выпадение прямой кишки является распространенным и прогрессирующим заболеванием, доставляет пациентам физические и моральные страдания. Ректальный пролапс составляет примерно 9% среди всех болезней толстой кишки.

В настоящее время среди чрезбрюшинных операций наиболее часто используются различные модификации ректопексий. При этом подтягивание вверх выпавшей прямой кишки образует дополнительное колено в области ректосигмоидного отдела. Если у пациента имеется удлиненная ободочная кишка, сопровождающаяся толстокишечным стазом, то вышеуказанное колено усугубляет процесс пассажа по толстой кишке.

Нами накоплен опыт лечения 97 больных с выпадением прямой кишки, у 45 из которых (46,4% случаев) наблюдался толстокишечный стаз. Мужчин было 43 (44,3%), женщин — 54 (55,7%), возраст — от 29 до 81 года.

Комбинированное хирургическое лечение выпадения прямой кишки и хронического тостокишечного стаза включала фиксацию кишки по Кюмелю-Зеренину и резекцию ободочной кишки с формированием первичного межкишечного анастомоза у 59 больных (96,7% случаев). Левосторонняя гемиколэктомия выполнена у 27 пациентов (60% случаев), резекция сигмовидной кишки — у 18 (40,0%) пациентов.

При оценке функции запирательного аппарата прямой кишки методом сфинктерометрии у 71 (73,2%) больного выявлена недостаточность анального сфинктера II степени, у 19 (19,6%) — III степень недостаточности и лишь у 7 (7,2%) больных — I степень.

При изучении отдаленных результатов у всех оперированных удалось ликвидировать ректальный пролапс, восстановить эвакуаторную функцию толстой кишки в 89,7% случаев (87 больных). У остальных 10 больных наблюдалось улучшение. Восстановить функцию анального сфинктера в 80,4% наблюдений (78 больных) удалось без дополнительного хирургического вмешательства, и лишь у 19 (19,6%) пациентов с III степенью недостаточности анального сфинктера через 6–8 месяцев после комбинированной операции произведена передняя и задняя сфинктеролеваторопластика. Функция сфинктера восстановилась.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПОСЛЕРОДОВУЮ ТРАВМУ

Акопян А.С., Багдасарян Т.Г., Манукян Э.В.

МЦ «Измирлян», кафедра колопроктологии ЕрГМУ им. М. Гераци, Ереван, Армения

RESTORATION OF THE INTEGRITY OF THE ANAL SPHINCTER IN WOMEN WITH POSTPARTUM TRAUMA

Hakobyan A.S., Baghdasaryan T.H., Manukyan E.V.

"Izmirlian" Medical Center, chair of coloproctology YSMU after M. Heraci, Yerevan, Armenia

В хирургической практике подавляющее большинство больных с недержанием кишечного содержимого составляют женщины, перенесшие акушерскую травму. У многих из них в анамнезе затяжные роды или повреждения при разрешении родов.

Целью исследования является оценка результатов хирургической коррекции недостаточности анального сфинктера, обусловленной послеродовой травмой.

Представляем анализ хирургического лечения недостаточности анального сфинктера за последние 15 лет. Операции подвергались больные со II и III степенью недостаточности, то есть неудерживающие газы, жидкие и твердые каловые массы. Всего на лечении находились 177 женщин. Возраст пациенток колебался от 19 до 74 лет. У 97 пациенток, что составляет 54,8% случаев, послеродовая недостаточность сочеталась с деформацией промежности, а у 49 (27,7%) — с ректоцеле. Во избежание непроизвольного акта дефекации в 90.4% случаев больные вызывали у себя запоры.

Нами производилась сфинктеропластика у 97 пациентов, что составляет 54,8% случаев, сфинктеролеваторопластика — 49 (27,7%) и сфинктеролеваторопластика в сочетании с ликвидацией ректоцеле — у 31 больной (17,5% наблюдений). Осложнения в послеоперационном периоде были у 6 пациенток (3,9% случаев). Все они были связаны с нагноением послеоперационных ран. У 2 из них наблюдался рецидив анальной недостаточности, что составляет 1,1% случаев. У остальных были хорошие функциональные результаты, подтвержденные эндосонографией и сфинктерометрией.

Морфологические исследования удаленных тканей выявили развитие грубой волокнистой соединительной ткани с наличием мелких застойных сосудов и очаговым скоплением лимфоцитов. Рыхлая ткань ректовагинальной перегородки замещалась плотной фиброзной волокнистой соединительно-тканной структурой.

Следует отметить, что в ранние сроки после полученной родовой травмы, выполненная хирургическая коррекция ограничивалась сфинктеролеваторопластикой. Больным в пожилом возрасте или в поздние сроки операции производилась сфинктеролеваторопластика с ликвидацией ректоцеле.

Продолжительное наличие недостаточности анального сфинктера способствует нарушению акта дефекации, что, в свою очередь, приводит к возникновению ректоцеле, так как сами больные вызывают задержку стула.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПРИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ

Акопян Г.А., Элоян Д.И., Багдасарян Т.Г., Акопян А.С.
МЦ "Измирлян", кафедра колопроктологии ЕрГМУ им. М. Гераци, Ереван, Армения

MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE WALL OF THE SIGMOID COLON IN RESISTANT FORMS OF CHRONIC CONSTIPATION

Hakobyan G.A., Eloyan D.I., Baghdasaryan T.H., Hakobyan A.S.
"Izmirlian" Medical Center, chair of coloproctology YSMU after M. Heraci, Yerevan, Armenia

Решение проблемы профилактики и лечения хронических запоров в настоящее время является одним из самых важных и актуальных вопросов колопроктологии.

Целью исследования является разработка оптимальной хирургической тактики лечения больных с хроническими запорами.

Проанализирован десятилетний опыт хирургического лечения 287 больных с хроническим колостазом неопухолевого характера. Из них женщин было 188 (65,5%), мужчин — 99 (34,5%). Консервативные мероприятия у этих пациентов были неэффективны.

Показанием к хирургическому лечению считалась резистентная форма хронических запоров. Колоноскопия исключала наличие опухолевого и язвенного процесса. Ирригография и компьютерная томография выявляли расположение, удлинение и расширение отделов толстой кишки. Пассаж бариевой взвеси по всему желудочно-кишечному тракту был замедлен.

Объем хирургического вмешательства устанавливался по данным обследования и ревизии органов брюшной полости. Были выполнены операции: резекция сигмовидной кишки у 79 (27,5%) больных, левосторонняя гемиколэктомия — у 147 (51,2%) пациентов и субтотальная колэктомия — у 61 пациента (21,3% случаев). Формирование первичного межкишечного анастомоза произведена у 217 больных (75,6% наблюдений). Все больные были выписаны домой под наблюдение колопроктолога. Несостоятельность анастомоза наблюдалась у 5 пациентов (1,7% случаев). В одном случае разобщен анастомоз. В связи с продолжающимися запорами 7 больным (2,4% случаев) в последующем произведена ререзекция ободочной кишки.

Для оценки морфологических изменений больные мужского и женского пола были разделены на две возрастные группы — до 40 лет и старше. У всех женщин до 40 лет была выявлена воспалительная инфильтрация слизистой оболочки с лимфоцитами, плазменными клетками и нейтрофильными лейкоцитами. В 20,5% случаев в подслизистом слое были установлены отек и стаз, в 19,7% случаев — малые кровоизлияния, гиперплазия лимфоидных фолликул. Во всех случаях мышечный слой был подвергнут гипертрофии в той или иной степени выраженности. У мужчин до 40 лет существенных морфологических изменений в сигмовидной кишке не выявлено, а старше 40 лет — аналогичные изменения, характерные для женщин до 40 лет.

Больные с резистентной формой хронических запоров, обусловленной долихосигмой или долихоколон, должны быть оперированы в стадии субкомпенсации.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОКТОЛОГИЯ ОДНОГО ДНЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Андреев П.С., Давыдова О.Е., Николаев М.М.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия

SURGICAL PROCTOLOGY OF ONE DAY IN A MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL

Andreev P.S., Davydova O.E., Nikolaev M.M.
Samara State Medical University, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проблемы заболеваний «малой проктологии» довольно распространены среди населения. Зарубежный и отечественный опыт показывает, что в рамках однодневной хирургии может быть проведено до 40–50% плановых оперативных вмешательств. Такое направление хирургии одного дня развивается в клиниках СамГМУ с ноября 2019 года на базе колопроктологического отделения клиники госпитальной хирургии.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка рациональности применения хирургия одного дня у колопроктологических пациентов в условиях многопрофильного стационара.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты лечения 962 пациентов. Причины обращений: геморрой — 397 (41,3%); хроническая анальная трещина — 215 (22,3%); параректальный свищ — 247 (25,7%); эпителиально-копчиковая киста — 55 (5,7%); остроконечные кондиломы — 30 (3,1%); полип анального канала — 18 (1,9%). Разработана специальная схема подготовки пациентов с помощью микроклизм «Микролакс»: 2 микроклизмы — накануне вечером, 1 микроклизма — в 9:00 в день операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. По объему оперативных вмешательств: геморроидэктомия — 290; HAL-RAR — 57; лазерная вапоризация внутренних геморроидальных узлов — 50; иссечение хронической анальной трещины — 190; иссечение хронической анальной трещины с использованием лазера — 25; иссечение свища в просвет прямой кишки — 88; иссечение свища по Гиппократу — 154; иссечение свища комбинированным способом с использованием лазера — 5; иссечение эпителиально-копчиковой кисты — 55; иссечение остроконечных кондилом — 30; иссечение полипа анального канала — 18. Все пациенты выписаны на следующий день в удовлетворительном состоянии. За время наблюдения осложнений выявлено не было.

ВЫВОДЫ. Применение хирургии одного дня у колопроктологических больных возможно в условиях многопрофильного государственного стационара. Это позволяет: уменьшить койко-день пребывания пациентов в стационаре; минимизировать риск заражения внутрибольничными инфекциями; малоинвазивные хирургические методики не требуют длительной реабилитации; комфортное психологическое состояние пациента; операция не выбивает из привычного ритма жизни.

ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ С ГОФРИРУЮЩИМИ ШВАМИ — НАСКОЛЬКО АКТУАЛЬНО!

Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л., Горбунов М.А., Мышляев А.В.

МЦ «КДС Клиник», отделение колопроктологии, Москва, Россия

COMPLICATIONS AFTER HEMORRHOIDECTOMY WITH CONTINUOUS RETURN SUTURES

Bagdasaryan L.K., Bagdasaryan S.L., Gorbunov M.A., Myshlyaev A.V.

KDC Clinic Medical Center, Department of Coloproctology, Moscow, Russia

Актуальность хирургического лечения геморроя обусловлена частотой этой патологии, послеоперационными осложнениями.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Минимизировать осложнения и улучшить результаты хирургического лечения геморроя.

Предлагается вариант операции: геморроидэктомия с гофрирующими швами (ГШ) (патент РФ 254455 от 10.02.2015 г.). В качестве ранорасширителя используется зеркало Симса, дающее хороший обзор. Под контролем допплерометрии на ножку узла накладывается Z-образный шов викрилом 2-0 (якорный шов). Той же нитью изнутри кнаружи узел до зубчатой линии прошивается ГШ с поэтапной фиксацией ее с якорным швом. При большом объеме узла проводится его частичное иссечение. При наличии границы между внутренними и наружными узлами, последние иссекаются лепесткообразными разрезами в радиальном направлении с ушиванием раны без захвата кожи кетгутом 5-0. При этом сохраняется зона кожно-слизистого перехода. При отсутствии этой границы иссечение наружных узлов идет от зубчатой линии аналогичным образом. Перед началом операции с целью снижения послеоперационных болей проводится контролируемая дозированная пневмо(конусо) дивульсия.

С января 2017 по декабрь 2021 гг. по поводу хронического геморроя 3–4 стадии всего было прооперировано 451 пациента. Распределение пациентов по полу и возрасту соответствует данным литературы. Время нахождения в клинике: в 80% случаев — до 6 часов, в 20% — до суток. Потеря трудоспособности, в среднем, 7 ± 3 дня. Ближайший послеоперационный болевой синдром не выраженный. Все больные наблюдались 1–1,5 месяца до полного выздоровления.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Кровотечение не отмечено ни в одном случае, что связано с многоэтапным «завариванием» зоны ножки узла; стриктура — в 2-х случаях без нарушения акта дефекации. Транзиторная слабость сфинктера анального канала (ССАК) отмечена в 3-х случаях. Через месяц после операции у 34 пациентов проведена контрольная сфинктерометрия прибором WMP Solar G1 (MMS, Голландия). Ни у одного из пациентов ССАК не было выявлено. Длительно незаживающие раны анального канала — 8; задержка мочи — 37.

ВЫВОДЫ. Вмешательство характеризуется невысоким процентом послеоперационных осложнений, низким болевым синдромом, позволяет в значительной степени улучшить результаты хирургического лечения.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л., Мышляев А.В., Горбунов М.А.

МЦ «КДС Клиник», отделение колопроктологии, Москва, Россия

COMPLEX TREATMENT OF LONG-TERM NON-HEALING WOUNDS OF THE ANAL CANAL

Bagdasarian L.K., Bagdasarian S.L., Myshlyaev A.V., Gorbunov M.A.

KDS Clinic Medical Center, Department of Coloproctology, Moscow, Russia

Длительно незаживающие раны (ДНР) анального канала (АК) — это раны, которые не зажили в сроки 45 суток с момента операции на анальном канале. Чаще всего возникают после геморроидэктомии, иссечения анальной трещины, после удаления анальных бахромок, тромбэктомии. Трудно поддаются лечению, обрекая пациента и врача на серьезные проблемы.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов лечения пациентов с ДНР.

Всего с ДНР за последние 4 года было 139 пациентов. Среди обратившихся к нам и среди наших пациентов ДНР развилась после операций на внутренних геморроидальных узлах в 57,5% случаев, 28,7% — после иссечения анальных трещин, 13,6% — после удаления анальных бахромок и тромбэктомии из наружных геморроидальных узлов. У 126 (90,6%) пациентов ДНР сопровождались спазмом сфинктера заднего прохода (СЗП). Наличие спазма СЗП подтверждено сфинктерометрией прибором WMP Solar G1 (MMS, Голландия). Из этих 126 еще у 30 (23,8%) пациентов спазм сочетался со стриктурой АК.

Лечение пациентов начиналось, прежде всего, со снятия спазма СЗП. Использовали пневмо(конусо) дивульсию у 67 (53,2%) пациентов, ботулотоксинотерапию — у 29 (23,0%). У 30 пациентов, у которых ДНР осложнилась стриктурой, с целью профилактики слабости СЗП использовали методику открытой многоэтапной дозированной сфинктеротомии (патент РФ 2774357 от 17.07.2022). Ни в одном случае слабости СЗП выявлено не было, что было в последующем подтверждено сфинктерометрией.

Собственно, лечение ДНР включало в себя радиоволновую фульгурацию раны, УЗ кавитацию, этапное сканирование раны CO2 лазером и также этапное подведение под рану плазмы обогащенной тромбоцитами (PRP), криотерапию, блокады дипроспаном, спирт-лидокаиновые блокады. Комплексная медикаментозная терапия включала в себя курсовое использование свечей суперлимф в дозировке 25 ЕД в сочетании с PRP-терапией, гель релифипин, применение колетекс гель ДНК, крем эплан, постеризан форте, свечи бифидумбактерин, ромашковые клизмы. Абсолютно важное значение имеет регуляция стула, анокопчиковая поддержка во время дефекации, что создает покой оперированной зоне, частая водная гигиена, тепловые процедуры.

Проведение подобного комплексного подхода позволило достичь выздоровления у 125 (90,0%) пациентов, при этом сроки лечения, в среднем, составили от 1 до 3-х месяцев. Лишь у 6 из них они составили от 4 до 9 месяцев.

Комплексное лечение, включающее в себя, прежде всего, снятие спазма и весь выше приведенный комплекс терапии, позволяет заживить ДНР в 90% случаев.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ С УШИВАНИЕМ РАНЫ

Багдасарян Л.К., Багдасарян С.Л., Мышляев А.В., Горбунов М.А.

МЦ «КДС Клиник», отделение колопроктологии, Москва, Россия

SURGICAL TREATMENT OF ANAL FISSURE WITH SUTURING OF THE WOUND

Bagdasarian L.K., Bagdasarian S.L., Myshlyaev A.V., Gorbunov M.A.

KDS Clinic Medical Center, Department of Coloproctology, Moscow, Russia

Общеизвестно, что хроническая анальная трещина (АТ) подлежит оперативному лечению. Иссечение АТ со снятием спазма сфинктера заднего прохода тем или иным способом и открытым ведением раны, к сожалению, приводит к длительным срокам заживления и нередко к образованию ДНР.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов оперативного лечения пациентов с ХАТ.

С мая 2021 по май 2022 гг. было оперировано 79 пациентов с хронической АТ (основная группа). Контрольную группу составили 83 пациента, оперированных ранее нами. Обе группы сопоставимы по возрасту, полу, длительности заболевания, локализации трещины. У 43 пациентов основной и 29 контрольной группы проведена сфинктерометрия прибором WMP Solar G1 (MMS, Голландия), что подтвердило наличие спазма сфинктера заднего прохода (ССЗП).

В обеих группах снятие ССЗП проводилось контролируемой дозированной пневмо- или конусодивульсией.

В основной группе АТ иссекалась острым путем с последующим глухим ушиванием раны непрерывным тонким кетгутовым швом с захлестом и с подведением плазмы, обогащенной тромбоцитами (PRP) под рану в количестве 2,5–3,0 мл. При ушивании важно избегать натяжения тканей и «мертвого пространства». В контрольной группе проводилось иссечение АТ радиоволной Сургитрон с открытым ведением раны.

Всем пациентам было рекомендована регуляция стула, местная медикаментозная терапия.

После операции болевой синдром по шкале ВАШ в обеих группах в первые 3 суток составил 2–3 балла, в последующем боли отсутствовали.

Через месяц после операции проводилась контрольная сфинктерометрия. Ни у одного из пациентов ССЗП не было выявлено.

В основной группе после операции у 66 (83,5%) пациентов рана зажила первичным натяжением. У 10 (12,7%) пациентов наблюдалось расхождение швов. Средний срок заживления у всех пациентов этой группы составил 21 ± 5 дней.

В контрольной группе у 71 (85,6) пациента рана зажила вторичным натяжением. Средний срок заживления составил 37 ± 6 дней. У 12 (14,4%) пациентов образовалась длительно незаживающая рана, которую в последующем удалось заживить в течение 71 дней. Средние сроки заживления у всех пациентов контрольной группы составил 42 дня.

ВЫВОДЫ. Используемый нами метод оперативного лечения ХАТ позволяет ускорить сроки заживления и избежать образования длительно незаживающих ран анального канала.

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ «ЦИРКУЛЯРНОГО» ГЕМОРРОЯ IV СТАДИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Белик Б.М., Ковалев А.Н.

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

FEATURES OF TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF STAGE IV CIRCULAR HEMORRHOIDS IN OUTPATIENT CONDITIONS

Belik B.M., Kovalev A.N.

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

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить возможности и результаты двухэтапного хирургического лечения хронического геморроя IV стадии с циркулярным расположением геморроидальных узлов в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Анализ клинических наблюдений включает 62 пациента с «циркулярным» комбинированным геморроем IV стадии, которые находились на амбулаторном лечении (или в стационаре «одного дня») в ММЦ «УРО-ПРО» г. Краснодар и г. Ростов-на-Дону в 2012–2021 гг. В связи с высоким риском развития рубцового стеноза анального канала после осуществления одномоментной радикальной геморроидэктомии нами была разработана методика, предусматривающая выполнение хирургического вмешательства в два этапа. На первом этапе хирургического вмешательства удаляли два из трех наиболее проблемных геморроидальных узла (склонных к ущемлению и/или кровотечению), что составляло около 2/3 окружности анального канала. При этом между ранами обязательно оставляли один или два кожно-анодермальных мостика для сохранения кровоснабжения тканей и предотвращения их рубцового стенозирования. Через 2 месяца после полной эпителизации послеоперационных ран и формирования полноценного рубца производили второй этап оперативного вмешательства. Вторым этапом выполняли удаление оставшейся геморроидальной ткани, занимавшей около 1/3 окружности анального канала. У 20 (32,3%) пациентов геморроидальные узлы удаляли путем традиционной геморроидэктомии по Миллигану-Моргану (2-я модификация НИИ проктологии РФ) в комбинации с лазерной субмукозной деструкцией узлов (аппарат ЛАХТА-МИЛОН модель «Touch screen»). У 42 (67,7%) пациентов была выполнена закрытая бесшовная геморроидэктомия: у 24 (38,7%) — электрохирургическим аппаратом LigaSure Valleylab FT10 (США) и у 18 (29,0%) — ультразвуковым скальпелем Covidien (США).

РЕЗУЛЬТАТЫ. При контрольном осмотре пациентов через 6 месяцев после двухэтапного хирургического лечения у 59 (95,2%) получены хорошие и удовлетворительные результаты. У 3 (4,8%) пациентов в связи с наличием остаточной кавернозной ткани дополнительно произведено ее иссечении (или лазерная вапоризация кавернозной ткани) вместе с избытком перианальной кожи и анодермы. При этом ни в одном случае не отмечали развития послеоперационной стриктуры анального канала.

ВЫВОДЫ. Применение двухэтапного хирургического лечения хронического геморроя IV стадии при циркулярном расположении геморроидальных узлов в амбулаторных условиях, не уменьшая радикальности оперативного вмешательства, позволяет избежать одномоментного избыточного иссечения анодермы и формирования «кольцевого» рубцового послеоперационного стеноза анального канала.

ВЛИЯНИЕ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ФЛЕБОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ III–IV СТАДИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

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

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

THE EFFECT OF PROLONGED PHLEBOTROPIC THERAPY ON THE EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC HEMORRHOIDS OF STAGE III–IV IN OUTPATIENT CONDITIONS

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

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

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить влияние пролонгированной флеботропной терапии на эффективность хирургического лечения хронического геморроя III–IV стадий в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 406 пациентов хроническим геморроем III–IV стадий, находившихся на амбулаторном лечении в ММЦ «УРО-ПРО» г. Краснодара в период 2018–2022 гг. Всем пациентам выполнялась геморроидэктомия (операция Миллигана-Моргана в модификации НИИ проктологии РФ, закрытая бесшовная геморроидэктомия с использованием технологии LigaSure или Harmonica) в комбинации с малоинвазивными методами (дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией, лазерная геморроидопластика). У 205 пациентов (I группа) в послеоперационном периоде проводилась стандартная медикаментозная терапия без использования флеботоников. У 201 пациента (II группа) в периоперационном периоде и на этапе реабилитации (первые 6 месяцев после операции с 2-х месячным перерывом) стандартная схема медикаментозного лечения дополнялась пролонгированной флеботропной терапией (препарат Детралекс 1000 мг). Проведена сравнительная оценка результатов хирургического лечения и качества жизни пациентов после операции (опросник SF-36).

РЕЗУЛЬТАТЫ. У пациентов II группы, получавших в периоперационном периоде и на этапе реабилитации препарат Детралекс 1000 мг, в более ранние сроки после операции купировался болевой синдром, и устранялись воспалительные изменения в области хирургического вмешательства, достоверно сокращались сроки заживления и эпителизации послеоперационных ран, а также регистрировались более высокие показатели качества жизни по сравнению с больными I группы, получавшими стандартную медикаментозную терапию. Во II группе хорошие и удовлетворительные результаты хирургического лечения были получены у 184 (91,5%) пациентов, неудовлетворительные (наличие послеоперационных осложнений) — у 17 (8,5%) пациентов. В I группе хорошие и удовлетворительные результаты лечения наблюдали у 169 (82,4%) пациентов, неудовлетворительные результаты — у 36 (17,6%) пациентов.

ВЫВОДЫ. Полученные нами данные свидетельствуют о положительном влиянии пролонгированной флеботропной терапии на эффективность хирургических вмешательств у пациентов с хроническим геморроем III–IV стадий, что подтверждается уменьшением количества послеоперационных осложнений на 9,1% (с 17,6% до 8,5%) и увеличением числа хороших и удовлетворительных результатов лечения с 82,4% до 91,5%.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Борота А.В., Гюльмамедов В.А., Полунин Г.Е., Кухто А.П., Башмаков М.Н.

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк

SURGICAL TREATMENT OF RECITAL FISTULAS

Borota A.V., Gulmamedov V.A., Polunin G.E., Kuhto A.P., Bashmakov M.N.

Donetsk National medical university named after M. Gorky, Donetsk

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в колопроктологии за последние 2–3 десятилетия, проблема эффективного хирургического лечения (ХЛ) экстра- и транссфинктерных прямокишечных свищей (ЭПС и ТПС) продолжает оставаться актуальной в наши дни.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить результаты хирургического лечения прямокишечных свищей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты ХЛ 56 пациентов с ЭПС и ТПС, оперированных в клинике за период 2019–2021 гг. Мужчин было 39 (69,6 ± 6,1%), женщин — 17 (30,4% ± 6,1%). Возраст больных составил от 24 до 73 лет, при этом лиц трудоспособного возраста было 44 (78,6 ± 5,5%) человек. Из них 9 (16,1 ± 4,9%) пациентам произведено иссечение ПС с ушиванием волокон наружного сфинктера (по типу операции Габриель-2), 21 (37,5 ± 6,5%) пациенту произведено иссечение ПС с пластикой внутреннего отверстия лоскутным способом, 26 (46,4 ± 6,6%) пациенту — иссечение ПС с заведением режущего сетона.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем послеоперационном периоде отмечены следующие послеоперационные осложнения: дизурические расстройства — у 8 (14,3 ± 4,6%), кровотечения из послеоперационной раны — у 3 (5,4 ± 3,0%), гнойно-воспалительные осложнения — у 4 (7,1 ± 3,4%) пациентов. Среди отдаленных послеоперационных осложнений, развившихся у больных в сроки от 6–8 недель и более с момента выполнения операции и потребовавших повторной хирургической коррекции, у 4 (7,1 ± 3,4%) пациентов отмечен рецидив ПС, у 3 (5,3 ± 3,0%) — анальная инконтиненция. У 1 (1,8 ± 1,7%) пациента имела место рубцовая стриктура анального канала. Таким образом, общее количество отдаленных послеоперационных осложнений составило 14,3 ± 4,7%.

ВЫВОДЫ. Хирургическое лечение пациентов с ПС требует индивидуального комплексного подхода. В хирургическом лечении пациентов с ПС должны быть рационально использованы современные радикальные методы оперативных вмешательств с учетом «футлярности» строения стенки прямой кишки. Улучшение результатов лечения пациентов с хроническими свищами заднего прохода и прямой кишки обеспечивает использование современной гемостатической и сварочной аппаратуры, а также использование саморассасывающегося лигатурного материала.

ОПЫТ ЭТАПНОЙ СИМУЛЬТАННОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЛИПЭКТОМИИ И ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОРРОЕМ И ПОЛИПОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Борота А.В., Полунин Г.Е., Танасов И.А., Борота А.А., Матчанов Д.Г.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кафедра общей хирургии №1, Донецк

EXPERIENCE OF STAGED SIMULTANEOUS ENDOSCOPIC POLYPECTOMY AND HEMORRHOIDECTOMY IN PATIENTS WITH HEMORRHOIDS AND COLON POLYPS

Borota A.V., Polunin G.E., Tanasov I.A., Borota A.A., Matchanov D.G.

SEP HPE«M. GorkyDonetsk National Medical University», Department of General Surgery No. 1, Donetsk

АКТУАЛЬНОСТЬ. По данным ряда авторов полипы (доброкачественные образования) толстой кишки встречаются у 30–35% женщин в возрасте до 25 лет, у 65% и более — в возрасте старше 25 лет, а также у 20–25% мужчин в возрасте до 25 лет, у 70% и более — в возрасте старше 25 лет. Серьезной проблемой является несвоевременная диагностика и высокая вероятность озлокачествления полипов толстой кишки. При изучении современной, отечественной и зарубежной литературы не найдено данных касательно стандартной тактики и этапности оказания хирургической помощи пациентам с наличием одномоментно геморроя и полипов толстой кишки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Разработать единый способ хирургического лечения пациентов при наличии одномоментно геморроя и полипов толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с 2017 по 2022 гг. в клинике общей хирургии №1 ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького» на базе колопроктологического отделения Донецкого клинического территориального медицинского объединения 27 пациентов были этапно оперированы по поводу наличия одномоментно геморроя III и IV стадии и одного или нескольких полипов толстой кишки. Практически у всех пациентов полипы толстой кишки были диагностированы на этапе первичного предоперационного дообследования по поводу геморроя при фиброколоноскопии.

Во всех 27 случаях пациентам проведено этапное симультанное хирургическое лечение за одну госпитализацию, при котором первым этапом выполняли эндоскопическую полипэктомию, затем последующую геморроидэктомию через 48–72 часа (при получении убедительных данных за отсутствие осложнений после полипэктомии).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Осложнений в послеоперационном периоде у пациентов отмечено не было. Непосредственные и отдаленные результаты при этапной симультанной эндоскопической полипэктомии и геморроидэктомии не отличались от таковых при стандартной эндоскопической полипэктомии.

ВЫВОДЫ. Тактика этапного симультанного оперативного лечения пациентов с одномоментным диагнозом геморрой и полип толстой кишки позволяет безопасно выполнить два проктологических оперативных вмешательства за один эпизод госпитализации.

NPWT ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАРАПРОКТИТЕ У БОЛЬНЫХ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Волков Д.В.[1], Болквадзе Э.Э.[1], Егоркин М.А.[2], Горбунов И.Н.[1], Вечорко В.И.[1]

[1] *ГБУЗ Городская клиническая больница №15 им. О.М. Филатова ДЗМ, Москва, Россия*
[2] *ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия*

NPWT THERAPY FOR ACUTE PARAPROCTITIS IN PATIENTS WITH A NEW CORONAVIRUS INFECTION

Volkov D.V.[1], Bolkvadze E.E.[1], Egorkin M.A.[2], Gorbunov I.N.[1], Vechorko V.I.[1]

[1] *O.M. Filatov City Clinical Hospital No.15, Moscow, Russia*
[2] *Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Moscow, Russia*

АКТУАЛЬНОСТЬ. Во время пандемии новой коронавирусной инфекции актуальность острых проктологических заболеваний все так же занимает высокое место в экстренной колопроктологии. Учитывая тот факт, что новая коронавирусная инфекция способна поражать различные органы через прямое инфицирование или посредством иммунного ответа организма, то наиболее частым осложнением заболевания является вирусная полисегментарная пневмония. При тяжелых формах COVID-19 распространение гнойно-воспалительного процесса происходит за короткое время на рядом расположенные ткани и клетчаточные пространства, что приводит к формированию обширных зон гнойного расплавления с вовлечением рядом расположенных органов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Повысить уровень оказания эффективной экстренной колопроктологической помощи у пациентов с острым парапроктитом при всех формах течения новой коронавирусной инфекции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В период наблюдения с мая 2020 по февраль 2021 гг. у 20 пациентов (мужчины) с клиническим диагнозом острый парапроктит, осложненный гнилостным ишиоректальным затеком, новая коронавирусная инфекция, осложненная двухсторонней полисегментарной пневмонией КТ-2 и 10 пациентов (женщины) с клиническим диагнозом острый парапроктит, осложненный пельвиоректальным гнойным затеком, новая коронавирусная инфекция, осложненная двухсторонней полисегментарной пневмонией КТ-3. У пациентов имелись выраженная сопутствующая патология.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Средний возраст пациентов составил 52,0 ± 8,3 года. У всех пациентов данное заболевание впервые в жизни. Всем пациентам проводилась гормональная и антикоагулянтная терапия для лечения новой коронавирусной инфекции. Длительность проведения NPWT терапии составила 3–5 дней. NPWT система у пациентов была установлена на 3 сутки лечения. В раннем послеоперационном периоде осложнений не было. У всех пациентов было отмечено позитивное влияние NPWT метода на динамику раневого процесса. Данная методика напрямую зависит от степени тяжести поражения параректальной клетчатки гнойной-воспалительным процессом, адекватного первичного дренирования области абсцесса и сопутствующих патологий со стороны других органов и систем.

ВЫВОДЫ. NPWT терапия показала, что является эффективным методом лечения больных с гнойными

ранами при новой коронавирусной инфекции. В данной группе больных при использовании NPWT терапии летальных исходов не было. Все пациенты были выписаны на амбулаторное долечивание. Однако для оценки состояния послеоперационных ран данной методики у больных с новой коронавирусной инфекцией в отдаленном периоде требуется дальнейшее изучение.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ LIFT И ЛАЗЕРНОЙ ДЕСТРУКЦИИ СВИЩЕВОГО ХОДА

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

ФГОУ ВО ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России. Кафедра хирургических болезней стоматологического факультета с курсом колопроктологии, Санкт-Петербург, Россия

COMBINATION LIFT PROCEDURE AND FILAC IN THE ANAL FISTULA TREATMENT

Gor I.V., Vasiliev S.V., Popov D.E., Nedozimovanyi A.I.

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Главной проблемой изолированного применения сфинктеросберегающих методов лечения свищей прямой кишки является достаточно высокая частота развития рецидивов заболевания. В литературе встречаются сообщения о возможности одновременного применения нескольких малоинвазивных операций при лечении хронического парапроктита, но сроки наблюдения и доказательная база не могут свидетельствовать в пользу однозначного выбора той или иной комбинации методик.

ЦЕЛЬ. Оценка результатов лечения пациентов с хроническим парапроктитом при внедрении комбинированного использования операции LIFT и лазерной деструкции свищевого хода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 85 пациентов с транссфинктерными свищами криптогландулярной природы, оперированных на базе СПБ ГБУЗ «Городская больница № 9» в период с 2016 по 2020 гг. 45 пациентам перед плановым оперативным лечением на средний срок 3–4 месяца была установлена дренирующая лигатура. Средний возраст пациентов составил 36,99 лет. Всем пациентам в плановом порядке выполнялась лазерная деструкция свища с последующим лигированием и пересечением свищевого хода в межсфинктерном пространстве.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 24,46 минуты. Интраоперационных осложнений зарегистрировано не было. Послеоперационные осложнения возникли у 6 пациентов и не потребовали повторного оперативного вмешательства. Длительность койко-дней составила 6,4 ± 2,1. За среднее время наблюдения за пациентами, равное 24 месяцам, рецидивы развились у 10 (11,8%) человек. Средний срок формирования рецидивов составил 4 месяца. Оценка функции анального жома производилась спустя 2–2,5 месяца после оперативного лечения. При послеоперационной оценке функции анального жома с использованием субъективных (шкала Векснера) и объективных (сфинктерометрия) клинически значимых показателей нарушения анального держания зарегистрировано не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Комбинированное применение операции LIFT и лазерной деструкции свищевого хода является безопасным и перспективным методом лечения, позволяющим обеспечить высокую частоту заживления свищей прямой кишки.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОРТАТИВНОЙ СИСТЕМЫ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ РАН У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Горбунов И.Н.[1], Егоркин М.А.[2] , Болквадзе Э.Э.[1], Обухов В.К.[3], Вечорко В.И.[1], Волков Д.В.[1]

[1] ГБУЗ Городская клиническая больница №15 им. О.М. Филатова ДЗМ, Москва, Россия
[2] ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия
[3] ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия

EXPERIENCE OF USING A PORTABLE SYSTEM OF VACUUM THERAPY OF WOUNDS IN PATIENTS AFTER EXCISION OF THE EPITHELIAL COCCYGEAL COURSE

Gorbunov I.N.[1], Egorkin M.A.[2] , Bolkvadze E.E.[1], Obukhov V.K.[3], Vechorko V.I.[1], Volkov D.V.[1]

[1] O.M. Filatov City Clinical Hospital No.15, Moscow, Russia
[2] Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Moscow, Russia
[3] Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Healthcare of Russia, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ. Существующие способы лечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ) связаны с длительными сроками заживления раны, госпитализации и нетрудоспособности пациента, в связи с этим актуальной является разработка новых методов лечения

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сократить сроки выздоровления и период временной нетрудоспособности у пациентов, перенесших иссечение эпителиального копчикового хода с подшиванием краев раны ко дну за счет использования портативной системы для вакуумной терапии ран.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование проводилось в период с января 2014 по март 2020 гг. в колопроктологическом отделении Городской клинической больницы №15 им. О. М. Филатова ДЗМ. Всего 33 пациента было включено в исследование. Все пациенты поступили в клинику в экстренном порядке с клинической картиной острого, впервые возникшего, воспаления эпителиального копчикового хода. Всем пациентам в качестве первого этапа оперативного лечения выполнялось вскрытие и дренирование абсцесса. Вторым этапом производилось иссечение эпителиального копчикового хода с подшиванием краев раны ко дну. В основную группу были включены 15 (45,5%) пациентов, которым была выполнена установка одноразовой портативной NPWT-системы. В контрольной группе из 18 (54,5%) пациентов в послеоперационном периоде проводилась традиционная терапия с использованием противомикробных мазей на водорастворимой основе.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Заживление раны происходило быстрее у пациентов основной группы и составляло, в среднем, 14,3 ± 1,49 суток против 24 ± 2,6 суток в контрольной группе. Время нетрудоспособности пациентов составило, в среднем, 13 ± 1,39 дней в основной группе и 21 ± 2,71 дня — у пациентов конт-

рольной группы. За 6 месяцев наблюдения данных за рецидив заболевания не было выявлено у пациентов обеих групп.

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

Грошилин В.С., Мрыхин Г.А., Кузнецов В.Д., Антонова А.В., Швецов В.К.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону, Россия

THE EFFECTIVENESS OF THE COMBINED TREATMENT OF HEMORRHOIDS

Groshilin V.S., Mrykhin G.A., Kuznetsov V.D., Antonova A.V., Shvetsov V.K.

Rostov State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Rostov-on-Don, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на многочисленные алгоритмы и способы лечения хронического геморроя, включающие малоинвазивные и радикальные методики, поиск наиболее эффективных малотравматичных техник остаётся острой проблемой колопроктологии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты лечения хронического геморроя путем внедрения комбинированной методики малоинвазивного хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Дизайн представлен проспективным когортным исследованием, основанным на включении 190 пациентов с хроническим геморроем II и III стадии. Все больные были разделены на 3 группы. В 1 группе (n = 65) выполнялась дезартеризация геморроидальных узлов со склерозированием и ультразвуковой кавитацией по оригинальной методике (патент РФ №2625277). Во 2 группе (n = 85) выполнялась дезартеризация с мукопексией. В 3 группе (n = 40) — склерозирование узлов в сочетании с ультразвуковой кавитацией с использованием аппаратной технологии «Проксон». Средний возраст исследуемых пациентов — 36,2 ± 8,2 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При анализе результатов получены следующие данные: болевой синдром во всех группах прогрессивно снижался в течение 7 суток, после чего купировался. Наибольшая его интенсивность наблюдалась во 2 группе, а наименьшая — в 1 группе. В послеоперационном периоде отмечали следующие осложнения: острый тромбоз узлов — у 1 (2,5%) пациента 3 группы, у 2 (2,4%) пациентов 2 группы, и 1 (1,5%) пациента первой группы; кровотечение отмечено у 2 (2,4%) пациентов 2 группы и не встречалось в 1 и 3 группах, однако разница статистически не достоверна (p > 0,05); некроз слизистой оболочки развился у 1 (2,5%) пациента 3 группы, 1 (1,1%) пациента второй группы и 2 (3,1%) пациентов 3 группы (p > 0,05). При анализе отдаленных результатов (6 месяцев) рецидив геморроя развился у 4 (10,0%) пациентов 3 группы и 6 (7,1%) пациентов второй группы. В 1 группе — рецидива заболевания не отмечено.

ВЫВОДЫ. Методика комбинированного лечения хронического геморроя, основанная на сочетании дезартеризации геморроидальных узлов со склерозированием и ультразвуковой кавитацией, показала свою эффективность. Что доказано исключением риска рецидива заболевания и эффективным устранением основных манифестаций геморроя, таких как: выпадение, кровотечение, зуд и дискомфорт в анальной области.

ОБОГАЩЕННАЯ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

Долгих О.Ю., Столяров С.А.

Медицинский университет «РЕАВИЗ», Самара, Россия

PLATELET-RICH PLASMA EFFECTS IN THE SURGERY OF CHRONIC ANAL FISSURE

Dolgikh O.Y., Stoljarov S.A.

Medical University "REAVIZ", Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хронические анальные трещины (ХАТ) представляют собой язвы, проявляются болями и кровотечениями при дефекации. ХАТ не всегда сопровождается сфинктероспазмом, а терапия резистентна к использованию ботулотоксина, нитратов и блокаторов кальциевых каналов. Техника закрытия дефекта свободными лоскутами осложняется вторичным заживлением раны.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить влияние обогащенной тромбоцитами плазмы (PRP) на послеоперационное заживление ран после иссечения ХАТ и выполнения дистальной проктопластики свободными лоскутами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Выполнена сравнительная оценка результатов лечения 42 пациентов с трещиной заднего прохода, не осложненной сфинктероспазмом. Анальное давление измерялось с помощью сфинктерометра Peritron. Перед иссечением анальной трещины на первом этапе лечения и в послеоперационном периоде у всех пациентов проводилась стандартная консервативная терапия. В I группу вошли 20 пациентов, у которых проводился стандартный послеоперационный период. У 22 пациентов (II группа) применялась PRP-терапия посредством инъекций аутологичной плазмы, обогащенной тромбоцитами. Первое введение в день -1 до оперативного лечения. Введение через 4 точки: под рубцовые ткани трещины и в анальный сфинктер. В послеоперационном периоде введение PRP на 10 и 21 сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У пациентов II группы по сравнению с I группой быстрее восстанавливались показатели качества жизни и трудоспособность, а также сокращался период эпителизации раны анального канала (16 ± 3 суток против 21,4 ± 4,5 суток). Рецидивов заболевания во II группе не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение PRP-терапии в комплексном лечении больных с ХАТ с использованием дистальной проктопластики способствует скорейшему заживлению послеоперационной раны.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИИ И РАДИАЛЬНОГО ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ РАДИКАЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НАГНОИВШЕЙСЯ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТЫ

Долгих О.Ю., Столяров С.А., Шабаев Н.М.
Медицинский университет «РЕАВИЗ», Самара, Россия

THE USE OF ULTRASONIC CAVITATION AND RADIAL LASER EXPOSURE IN THE SURGICAL TREATMENT OF FESTERING PILONIDAL CYSTS

Dolgikh O.Y., Stoljarov S.A., Shabaev N.M.
Medical University "REAVIZ", Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Пилонидальная болезнь распространена, хирургическое лечение нагноившейся кисты требует повторного радикального оперативного вмешательства, вызывает временную нетрудоспособность.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить лечение радиальным лазерным световодом в сочетании с кюретажем и ультразвуковым очищением нагноившейся пилонидальной кисты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Мы ретроспективно (2018–2021 гг.) изучили 76 пациентов, которые перенесли операцию вскрытия первичной нагноившейся кисты без обширных затеков с ведением открытой раны и использованием повязок. Указанные пациенты составили I контрольную группу. Во II группу мы включили 41 пациента, за период 2019–2022 гг. В обеих группах оперативное лечение выполнялось под местной анестезией в условиях дневного стационара. Во II группе лечение проводилось по следующей методике: 1. Вскрытие гнойной полости на вершине флюктуации. 2. Удаление волос, гноя и детрита. 3. Механический кюретаж с очищением затеков. 4. Ультразвуковая кавитация раны комплексом «Проксон» с применением раствора анисептика (0,05% р-р хлоргексидина). 5. Обработка полостей очищенных от гноя и слоя плотного фибрина радиальным световодом ЛСП-ИРЭ Полюс 970–1460 нм в импульсном режиме мощностью 8–12 Вт. 6. Тампонада раны через основной разрез рыхлосорбционной повязкой «Медисорб».

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средний период наблюдения составил 14 месяцев. Рецидив и формирование свищей в контрольной группе составили 21%, во II группе у 4% отмечалась длительно заживающая рана, что потребовало повторной ее обработки лазерной коагуляцией. Время восстановления трудоспособности: I группа — медиана 9 дней, II группа — 5 дней. В I группе 17% пациентов подверглись повторной операции.

ВЫВОДЫ. При отсутствии активной инфекции применение комплекса лазерной технологии и ультразвукового интраоперационного очищения раны является быстрым, безопасным и минимально инвазивным методом лечения пилонидальной болезни в условиях «стационара одного дня».

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА

Егоркин М.А.[1], Болквадзе Э.Э.[2], Горбунов И.Н.[2], Вечорко В.И.[2]
[1] *ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия*
[2] *ГБУЗ Городская клиническая больница №15 им. О.М. Филатова ДЗМ, Москва, Россия*

MODERN METHODS TO THE ANAEROBIC PARAPROCTITIS TREATMENTS

Egorkin M.A.[1], Bolkvadze E.E.[2], Gorbunov I.N.[2], Vechorko V.I.[2]
[1] *Ryzhikh National Medical Research Centre for Coloproctology, Moscow, Russia*
[2] *Municipal Clinical Hospital 15 named O.M. Filatov, Department of Health of Moscow, Moscow, Russia*

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ. Проблема лечения гнойных ран различной локализации у больных, перенесших АП, актуальна как никогда, а в последние годы отмечается рост удельного веса больных с АП.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить эффективность применения вакуумной терапии (NPWT — negative pressure wound therapy) в лечении ран промежности и соседних анатомических областей после хирургического лечения АП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Вакуумная терапия впервые была применена при лечении пациентов с АП. Из 374 больных система NPWT была задействована в лечении 47 (12,5%) пациентов. 327 пациента контрольной группы получали традиционное лечение с использованием противомикробных мазей и растворов. Показанием для проведения NPWT ран у больных, перенесших АП, служило:

1. Наличие обширных послеоперационных ран с площадью более 100 см^2.
2. Микробная обсеменённость раны более 105 КОЕ.
3. Наличие глубоких ран с большим количеством раневого экссудата.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Использование NPWT снизило количество осложнений со стороны раны в послеоперационном периоде. Количество пациентов с осложнениями в основной группе составило 3 (6,3%) против 64 (19,5%) у пациентов, получавших традиционное лечение (ОШ = 0,28, 95% ДИ = 0,084–0,931, p = 0,025). NPWT ран промежности способствовала более частому выполнению пластических операций: 15 (31,91%) — в основной и 48 (14,67) операций — в контрольной группах (ОШ = 2,725, 95% ДИ = 1,373–5,408, p = 0,006). Летальный исход зарегистрирован у 2 (4,7%) пациентов в группе NPWT против 27 (8,2%) в контрольной группе. Статистически значимых различий в частоте послеоперационной летальности отмечено не было (p = 0,442).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. NPWT — эффективный метод лечения обширных раневых дефектов промежности. Пластические закрытия послеоперационных ран выполняются чаще, чем у больных без таковой. Использование NPWT значительно снижает количество осложнений в послеоперационном периоде.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО И ОПЕРАЦИИ HAL-RAR ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ

Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Мякишева М.А.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

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

Zhuravlev A.V., Katorkin S.E., Myakisheva M.A.
FSBEI HE SamSMU MOH Russia, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. В практике врача-колопроктолога геморрой является самым частым заболеванием.
ЦЕЛЬ. Оценить эффективность и целесообразность применения операции Лонго и операции HAL-RAR при лечении пациентов с геморроем.
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении колопроктологии у больных, страдающих геморроем, было выполнено 525 операций Лонго и 125 операций HAL-RAR. Всего оперировано 650 больных с II–IV стадией заболевания. Возраст пациентов от 23 до 77 лет (средний возраст составил 49 лет), из них 62% — женщин, 38% — мужчин. Для дезартеризации использовался аппарат «HAL-Doppler II» (A.M.I., Австрия). Для выполнения операции Лонго использовались стандартные хирургические наборы и комплекты Procedure for Prolapse and Haemorrhoids (PPH-01 и PPH-03) (Ethicon, США), а также степлеры (Kangdi KYGZB 33,5, Китай).
РЕЗУЛЬТАТЫ. Средний срок госпитализации в стационаре составил 2,1 ± 0,4 дней. В раннем послеоперационном периоде у 92,8% (603 пациента) осложнений не было. У 17 пациентов наблюдалась острая задержка мочи. После однократной катетеризации мочевого пузыря мочеиспускание восстановилось. В 8 случаях в сроки от 15–25 дней наблюдалось кровотечение из послеоперационного шва, которое было остановлено консервативными мероприятиями — введением препарата «Транексам». У одной пациентки после выполнения операции Hal-Rar на 6-е сутки после операции было отмечено выделение газов и жидкого кала из влагалища, был диагностирован ректовагинальный свищ, который зажил самостоятельно на 15 день после проведенного консервативного лечения. У 21 больного возник тромбоз наружного геморроидального узла на 3–5 сутки, который был купирован консервативными методами. Через 6 месяцев рецидив заболевания выявлен у 12 пациентов. В дальнейшем в плановом порядке им была выполнена операция — закрытая геморроидэктомия с хорошими результатами.
ВЫВОДЫ. Операция Лонго и операция HAL-RAR имеет ряд преимуществ по отношению к традиционным методам оперативного лечения геморроя: послеоперационный болевой синдром и сроки медицинской и социальной реабилитации больных значительно ниже.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ЛОНГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕКТОЦЕЛЕ И ГЕМОРРОЕМ

Журавлев А.В., Каторкин С.Е., Мякишева М.А.
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

THE USE OF LONGO SURGERY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH RECTOCELE AND HEMORRHOIDS

Zhuravlev A.V., Katorkin S.E., Myakisheva M.A.
FSBEI HE SamSMU MOH Russia, Samara, Russia

ВВЕДЕНИЕ. Хронический геморрой является часто встречающимся заболеванием в практике врача-колопроктолога. Его распространенность составляет 118–120 человек на 1000 взрослого населения. По нашим данным, сочетание ректоцеле с хроническим внутренним геморроем наблюдается более чем в 57%.
ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов лечения пациентов, страдающих ректоцеле и геморроем.
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. После комплексного обследования в отделении колопроктологии Клиник СамГМУ операция Лонго выполнена у 825 больных. Средний возраст пациентов — 48 лет. У 525 (63,6%) человек был диагностирован хронический внутренний геморрой II–IV стадии. У 300 (36,4%) женщин была выполнена операция по поводу ректоцеле 1–3 степени. Из них у 175 (58,3%) ректоцеле сочеталось с хроническим внутренним геморроем. Использовался стандартный хирургический набор и комплект Procedure for Prolapse and Haemorrhoids (PPH-01 и PPH-03) (фирма Ethicon, США), а также степлеры фирмы Kangdi KYGZB 33,5 и фирмы Panther 33,5, произведенные в Китае.
РЕЗУЛЬТАТЫ. Во время операции кровотечение из линии аппаратного шва возникло у 39 пациенток (4,7%). Средний послеоперационный период — 3,4 ± 0,7 дней. Средний период реабилитации — 9,2 ± 1,3 дней. Ближайшие и отдаленные результаты изучены у 556 человек (4–36 мес.). Хорошие результаты отмечены в 394 (70,9%); удовлетворительные результаты — в 140 (25,2%) случаях; неудовлетворительный результат выявлен у 24 (4,3%) пациенток — у них сохранился затрудненный акт дефекации с использованием ручного пособия, не уменьшились размеры ректоцеле. После дообследования пациенткам с рецидивом заболевания была выполнена операция с использованием сетчатых эндопротезов с хорошими результатами.
ВЫВОД. Преимуществом операции Лонго является: малая травматичность, отсутствие выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращение сроков пребывания в стационаре. Применение операции Лонго при лечении больных, страдающих сочетанием ректоцеле и геморроя, считаем операцией выбора.

АКТУАЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ЭМБОЛИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРОВОТОЧАЩЕГО ГЕМОРРОЯ

Захарченко А.А., Протопопов А.В., Винник Ю.С., Литвинюк Н.В.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия

CURRENT INDICATIONS FOR EMBOLIZATION OF HEMORRHOIDAL ARTERIES IN THE TREATMENT OF BLEEDING HEMORRHOIDS

Zakharchenko A.A., Protopopov A.V., Vinnik Yu.S., Litvinuk N.V.

Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить показания к эмболизации геморроидальных артерий (ГА) при лечении кровоточащего геморроя.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Показания к эмболизации ГА основаны на опыте лечения кровоточащего геморроя у 297 пациентов (2000–2020 гг.). При I стадии — у 18,9%, при II — у 65,6%, при III — у 10,4%, при IV — у 5,1%. Давность геморроидальной болезни (ГБ) — от 2-х до 15-и лет. Доминирующий симптом — кровотечения различной интенсивности. Консервативная терапия — без стойкого положительного эффекта. Эмболизирующие материалы: волокна Фторопласт-4 + спирали Gianturko / микроэмболы EmboGold.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Возможности использования эмболизации ГА: 1. ГБ I–II и частично III стадии* с систематическими кровотечениями различной степени интенсивности ± наличие клинически незначимых НГУ (*эпизодическое выпадение ВГУ + мотивация больного — боязнь негативных явлений трансанального вмешательства); 2. Кровоточащие формы ГБ, когда ВГУ образуют так называемое «геморроидальное кольцо»; 3. Рецидив / процедив ГБ после применения традиционных малоинвазивных вмешательств и геморроидэктомии; 4. Профилактика геморроидальных кровотечений, обусловленных стентированием коронарных (и других) артерий, длительным приемом антикоагулянтов и дезагрегантов, в том числе, и в связи с COVID-19; 5. Остановка продолжающегося геморроидального кровотечения при анемии любой степени тяжести (I–II стадии) — самостоятельный метод лечения; 6. Остановка продолжающегося геморроидального кровотечения при анемии любой степени тяжести (III–IV стадии) — как этап подготовки к геморроидэктомии, позволяющий до операции восполнить ОЦК и корригировать анемию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Использование эмболизации ГА строго по показаниям позволяет достичь стойкого лечебного эффекта (благоприятный результат — 95,4%). Показания к эндоваскулярному вмешательству и послеоперационное наблюдение за пациентами — прерогатива колопроктолога. Эффективность и безопасность вмешательства обеспечивает эндоваскулярный хирург.

ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ: ТРАНСАНАЛЬНО ИЛИ ЭНДОВАСКУЛЯРНО?

Захарченко А.А., Протопопов А.В., Винник Ю.С., Литвинюк Н.В.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия

DESARTERIZATION OF INTERNAL HEMORRHOIDS IN HEMORRHOIDAL DISEASE: TRANSANAL OR ENDOVASCULAR?

Zakharchenko A.A., Protopopov A.V., Vinnik Yu.S., Litvinuk N.V.

Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сравнить результаты эндоваскулярной дезартеризации внутренних геморроидальных узлов (ВГУ) и трансанальной (HAL-RAR) при геморроидальной болезни (ГБ) II–III стадии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Анализированы результаты дезартеризации ВГУ у 82 больных при II–III стадии ГБ по двум методикам: эндоваскулярной и трансанальной (HAL-RAR). I группа (n = 43): эндоваскулярная дезартеризация ВГУ (систематические кровотечения и эпизоды выпадения ВГУ). II группа (n = 39): трансанальная дезартеризация ВГУ + мукопексия (HAL-RAR) (систематические кровотечения и выпадения ВГУ). Непосредственные результаты оценивали через 2 месяца. Отдаленные — через 1 год.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Послеоперационный АБС, раневая экссудация, рефлекторная задержка мочеиспускания после эндоваскулярной эмболизации ГА — полностью исключены (нет трансанальной инвазии!). После HAL-RAR — весь вышеперечисленный спектр негативных явлений (у определенного количества больных). Через 1 месяц после дезартеризации ВГУ (вне зависимости от метода) — равнозначное снижение скорости кровотока в ВГУ в 2 раза. После эмболизации ГА (через 2 месяца) — уменьшение размеров ВГУ на 50% (склероз кавернозной ткани). Сроки полной активизации пациентов после эмболизации ГА и HAL-RAR, соответственно — 9,2 ± 1,4 и 7,4 ± 2,5 часа. Длительность госпитализации и сроки нетрудоспособности, соответственно, в 2,4 и в 3,5 раза короче. Отдаленный положительный результат, соответственно, 94,5% и 85,4%. Субъективное удовлетворение вмешательством, соответственно, 96,4% и 83,3%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Оба метода дезартеризации патогенетически обоснованы, равнозначно приводят к уменьшению / прекращению артериального притока к ВГУ и сопоставимы по эффективности при ГБ II–III стадии. Эмболизация ГА может быть альтернативой трансанальным методам лечения, но не является панацеей. При строгом отборе пациентов может занять определенную нишу в арсенале известных способов лечения ГБ в колопроктологических стационарах при наличии высококвалифицированной рентгенохирургической службы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМБОЛИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТОЧАЩЕГО ГЕМОРРОЯ I–III СТАДИИ: 20-ЛЕТНЫЙ ОПЫТ

Захарченко А.А., Протопопов А.В., Винник Ю.С., Литвинюк Н.В.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия

RESULTS OF HEMORRHOIDAL ARTERY EMBOLIZATION IN TREATMENT BLEEDING HEMORRHOIDS OF STAGE I–III: 20 YEARS OF EXPERIENCE

Zakharchenko A.A., Protopopov A.V., Vinnik Yu.S., Litvinuk N.V.

Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить результаты эмболизации геморроидальных артерий (ГА) в лечении кровоточащего геморроя I–III стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Эмболизация геморроидальных артерий (ГА) при кровоточащем геморрое I–III стадии выполнена у 282 пациентов (2000–2020 гг.). При I стадии — у 18,7%, при II — у 65,5%, при III — у 15,8%. Доминирующий симптом — кровотечения различной интенсивности. Средний возраст пациентов — 42,2 ± 12,5 года. Доступ эндоваскулярный — по Seldinger, справа. В 2000–2014 гг. — суперселективная эмболизация ГА: микрочастицы Фторопласт — 4 + селективная стволовая ВРА: спирали Gianturko (n = 258). В 2015–2020 гг. — микроэмболы EmboGold (n = 24). При I типе ангиоархитектоники ректальных артерий (74,8%) — размер микроэмболов 500–700 мкм. При II типе (25,2%) — 300–500 мкм. Непосредственные результаты оценены в сроки до 6 месяцев (100%). Отдаленные: от 1 года до 20 лет — 241/282 (85,5%).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среднее время эмболизации ГА — 31,2 ± 8,7 мин. Технический успех — 100%.

Непосредственные результаты: анальный болевой синдром — 0, нарушение анальной чувствительности — 0, рефлекторная задержка мочи — 0, полная активизация пациентов — 9,2 ± 1,4 часа, длительность госпитализации — 1 день, сроки нетрудоспособности — 4,3 ± 0,7 дня, прекращение кровотечений: 1 сутки — у 165 больных, 2 сутки — у 63, 7 сутки — у 47, 14 сутки — у 7, уменьшение ВГУ при I–II стадии — в 2 раза, при III — в 1,7 раза. Послеоперационные осложнения — 1,1%. Непосредственное субъективное удовлетворение пациентов вмешательством — 274/282 (97,2%). Отдаленные результаты: стеноз ануса — 0, анальное недержание — 0. Благоприятный результат — 230/241 (95,4%), рецидив — 4,6%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При кровоточащем геморрое I–III стадии эмболизация ГА может занять достойную клиническую нишу среди известных традиционных методов лечения — обладает минимальной инвазивностью, комфортно переносится пациентами, достаточно эффективна и имеет высокий профиль безопасности.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВОВ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ ТРАНСАНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Захарченко А.А., Протопопов А.В., Винник Ю.С., Литвинюк Н.В.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия

EMBOLIZATION OF HEMORRHOIDAL ARTERIES IN THE TREATMENT OF RECURRENT HEMORRHOIDAL DISEASE AFTER TRANSANAL INTERVENTIONS

Zakharchenko A.A., Protopopov A.V., Vinnik Yu.S., Litvinuk N.V.

Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить роль и место эмболизации геморроидальных артерий (ГА) при рецидивах геморроидальной болезни (ГБ) после трансанальных вмешательств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Анализированы результаты эмболизации ГА при рецидивах ГБ у 9 пациентов после трансанальных вмешательств: латексного лигирования — у 4, трансанальной дезартеризации — у 3, геморроидэктомии — у 2. Рецидив ГБ: в течение 1 года — у 2, от 1 до 2-х лет — у 7. На диагностическом этапе определяли тип ангиоархитектоники прямой кишки (ПК). При I типе выполняли суперселективную эмболизацию всех целевых ГА — микроэмболы EmboGold, 500–700 мкм, при II типе — 300–500 мкм. Микроэмболы при II типе вводили максимально дистально (ниже анастомозов ГА со средними ректальными артериями). Непосредственные результаты оценены в сроки до 2-х месяцев. Отдаленные — до 2-х лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. I тип ангиоархитектоники ПК выявлен у 7 пациентов, II тип — у 2. Среднее время вмешательства — 40,2 ± 9,7 мин. Анальный болевой синдром: при I типе (n = 7) отсутствовал, как во время, так и после эмболизации ГА. Какой-либо фармакологической терапии не требовалось. При II типе — болевой дискомфорт в области ануса (n = 2) — до 3-х суток. Купировался анальгетиками (по необходимости). Непосредственные результаты: прекращение кровотечений в первые сутки — у 3 больных, через 3 суток — у 4, через 7 суток — у 2. Сроки госпитализации — 1 сутки, нетрудоспособности — 3–5 дней. Отдаленные результаты: отсутствие кровотечений — у всех 9 больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При рецидивах ГБ после трансанальных вмешательств, когда повторные инвазии через задний проход значительно увеличивают риск развития поздних осложнений (стеноз анального канала / анальное недержание) целесообразно использовать эмболизацию ГА, как операцию выбора. Недоучет данных о количестве ГА (от 4 до 7) и наличие коллатерального кровоснабжения ВГУ через средние ректальные артерии может ухудшить отдаленные результаты после любых трансанальных вмешательств. Требует дальнейшего изучения лечебная тактика при наличии дополнительного коллатерального кровоснабжения ВГУ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ЛАЗЕРНОЙ МЕТОДИКИ PIT-PICKING + SILAC ПРИ ЭКХ

Зубенков М.В.

Медицинский центр «Глобал Клиник», Нижний Новгород, Россия

EXPERIENCE OF USING MINIMALLY INVASIVE COMBINED LASER TECHNIQUE PIT-PICKING + SILAC IN PILONIDAL DISEASE

Zubenkov M.V.

Medical Center «Global Clinic», Nizhny Novgorod, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Выбор наиболее оптимального способа оперативного лечения ЭКХ до сих пор является спорным вопросом. Длительный период заживления раны, послеоперационный болевой синдром и длительный период восстановления трудовой активности, в той или иной степени, присущи большинству из применяемых классических хирургических способов. В последние годы среди отечественных и зарубежных колопроктологов отмечается тенденция минимизировать объемы оперативного вмешательства при ЭКХ, в том числе и с применением лазерных технологий.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность малоинвазивной оперативной методики Pit-Picking + Silac при ЭКХ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В 2019–2022 гг. комбинированным методом Pit-Picking (M.Gips) и лазерной облитерации Silac в медицинском центре «Глобал Клиник» (Нижний Новгород) было прооперировано 85 больных с ЭКХ. Возраст больных колебался от 18 до 38 лет. Операции проводились в 22 (25,9%) случаях под местной анестезией и 63 (74,1%) — под спинальной анестезией. Перед операцией всем больным проводилось УЗИ тканей крестцово-копчиковой области для оценки точных размеров, локализации и распространенности процесса, а также выявления дополнительных ходов и ответвлений ЭКХ, наличие которых не являлось исключением для проведения операции методом Pit-Picking + Silac. Суть операции заключалась в том, что после иссечения «первичных» и «вторичных» отверстий ЭКХ с помощью циркулярных трепанов (Punches 2–8 мм) и тщательного кюретажа свищевых ходов и полостей пилонидальной кисты (M. Gips procedure), производилось лазерная облитерация свищевых ходов радиальным световодом и деструкции выстилки всех полостей ЭКХ лазерной энергией. Использовался непрерывный режим W-лазера (1,56 мкм) и мощность 10–12 вт. Оперативное вмешательство производилось в условиях стационара «одного дня» с применением двухволновой лазерной установки (H/W) «Ирэ-полюс» (IPG).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из послеоперационных осложнений: кровотечения — у 3 (3,5%), нагноение п/о раны (серома) — у 3 (3,5%) больных. Индекс боли VAS в послеоперационном периоде не более 1–2 баллов, средние сроки нетрудоспособности 3–5 дней, полное заживление ран 2–5 недель. Срок наблюдения 2–40 месяцев. Рецидив отмечался у 7 (8,2%) больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Преимущество метода Pit-Picking + Silac заключается в том, что он является малоинвазивным, с возможностью проведения его в амбулаторных условиях, с минимальными сроками нетрудоспособности и реабилитации и, самое главное, он показывает свою хорошую эффективность не только в ближайшие, но и в отдаленные сроки наблюдения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПАРАРЕКТАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ: АНАЛИЗ МЕТОДИК

Зюзько Д.Д., Щербакова О.В., Хабибуллина Л.Р.

РДКБ ФГАОУ ВО «РНИМУ имени Н.И. Пирогова», Москва, Россия

SURGICAL TREATMENT OF CHILDREN WITH PARARECTAL FISTULAS: ANALYSIS OF TECHNIQUES

Zyuzko D.D., Shcherbakova O.V., Khabibullina L.R.

Russian Children's Clinical Hospital of the «Pirogov Russian National Research Medical University» Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Острый парапроктит встречается у детей разного возраста, составляет до 3% стационарных больных с гнойной хирургической инфекцией. Исходом заболевания в 20–85% является парректальный свищ, рецидивы которого регистрируются с частотой от 6 до 85% случаев. В настоящее время отсутствует единое мнение по тактике лечения парректальных свищей.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов хирургического лечения детей с парректальными свищами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2011 по 2021 гг. в хирургическом отделении №1 РДКБ находилось 67 детей с парректальными свищами (из них 62 мальчика). Критерием исключения являлась диагностированная болезнь Крона. Пациенты разделены на 3 группы в соответствии с проведенным лечением: 1 группа — фистулэктомия (иссечение свища) (52), 2 — сегментарная пластика низведенным полнослойным лоскутом прямой кишки (7), 3 — лигатурное дренирование (8) с последующей радикальной операцией в виде фистулэктомии (6) или сегментарной пластики лоскутом (2).

РЕЗУЛЬТАТЫ. В 1-й группе рецидив свища выявлен у 8 (15%) детей, из них 6 пациентам потребовалось повторное иссечение свища. У двоих отмечено расхождение краев послеоперационной раны. Во 2-й группе рецидивов свища не было. В 3-й группе всем пациентам после дренирования и купирования воспаления проведено радикальное вмешательство: иссечение свища (6/8–75%) и сегментарная пластика лоскутом (2/8–25%); рецидивов свищей не отмечено.

ВЫВОДЫ. Оба варианта радикальных операций показали себя, как эффективные хирургические методики. При простых свищах можно рекомендовать выполнение фистулэктомии. В случае рецидива свища и при сложных свищах целесообразно выполнение сегментарной пластики низведенным лоскутом. Для достоверной оценки эффективности методик и необходимости превентивного дренирования свища требуется проведение дальнейших исследований и формирования выборки достаточного объема.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОБОТА DA VINCI В ХИРУРГИИ ВЫПАДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

Ибатуллин А.А., Эйбов Р.Р.,
Кашапова А.Р., Прокопьев М.В.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия

EXPERIENCE OF USING THE DA VINCI ROBOT IN RECTAL PROLAPSE SURGERY

Ibatullin A.A., Eybov R.R.,
Kashapova A.R., Prokopiev M.V.

Bashkir State medical University, Ufa, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Золотым стандартом в хирургии пролапса прямой кишки является лапароскопическая ректопексия с применением сетчатых имплантов. Пожилой возраст, недостаточность мышц тазового дна, высокая частота рецидивов, техническая сложность выполнения операции при выпадении прямой кишки, связанная с работой в малом тазу, требует дальнейшего поиска решения данной проблемы. Применение робота da Vinci в колопроктологии дает новые возможности для улучшения результатов хирургического лечения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить преимущества и недостатки роботической ректопексии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В клинике БГМУ (г. Уфа) 9 роботических ректопексий с фиксацией полипропиленовой сеткой. Среди пациенток преобладали женщины (n = 8, 88,9). Средний возраст составил 57 лет (25–77 лет). У всех пациентов отмечалась недостаточность мышц анального сфинктера. В 3 (33,3%) случаях имели место рецидивы после ранее выполненной ректопексии: 1 — ректопексия из промежностного доступа, в 2 других трансабдоминально. Операции были выполнены с применением робота da VinciSi. Фиксация проводилась с использованием макропористого полипропиленового сетчатого импланта. Сетка после расщепления ректовагинальной перегородки фиксировалась 6 швами к передней полуокружности прямой кишки и 3 швами к мысу крестца. После чего тазовая брюшина ушивалась нитью V-loc с ликвидацией глубокого дугласового кармана.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среднее время операции составило 87 минут. Интра- и послеоперационных осложнений не было. Первый стул отмечен через 2,5 суток. Среднее время пребывания в стационаре составило 5 суток. Сроки наблюдения составили от 1 до 25 месяцев. В одном случае отмечен рецидив заболевания, развившийся в течение месяца с момента операции вследствие чрезмерной физической нагрузки.

ВЫВОДЫ. Первый опыт выполнения роботических ректопексий показал их безопасность и выполнимость. Недостатком применения робота da Vinci в хирургическом лечении выпадений прямой кишки является его высокая стоимость, что должно измениться с появлением различных производителей роботов для хирургии. Дальнейшее накопление опыта позволит провести более глубокий анализ результатов лечения.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Ильканич А.Я., Айсанов А.А.

Сургутская окружная клиническая больница, Сургут, Россия

CHOICE OF METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF PILONIDAL DISEASE

Ilkanich A.Ya., Aisanov A.A.

Surgut District Clinical Hospital, Surgut, Russia

Несмотря на многообразие методов хирургического лечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ), частота рецидивов может достигать 40%. Внедрение в клиническую практику различных методов хирургического лечения обеспечивает возможность дифференцированного подхода при планировании хирургического вмешательства.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка эффективности дифференцированного подхода к выбору метода хирургического лечения ЭКХ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ лечения 115 пациентов, пролеченных за период 2018–22 гг. Метод лечения зависел от характера заболевания: неосложненное течение, острое или хроническое воспаление ЭКХ. При остром воспалении ЭКХ в стадии инфильтрата проводилось консервативное лечение — у 5 (4,3%) больных. При абсцессе крестцово-копчиковой области — вскрытие с открытым ведением раны — у 10 (9,1%). При неосложненном течении: подкожное иссечение (синусэктомия) — у 8 (7,3%); иссечение с ушиванием дефекта наглухо — у 73 (66,4%). При рецидивирующем или запущенных формах ЭКХ с множественными свищевыми затеками — иссечение с пластикой по Лимбергу — у 16 (14,5%); с пластикой по Каридакису — у 3 (2,7%). Эффективность оценивалась по непосредственным результатам хирургического вмешательства и рецидивам заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. После вскрытия абсцесса пациенты оперированы не ранее чем через 3 месяца при формировании свищей. В эти же сроки наблюдения оперированы и пациенты, пролеченные консервативно по поводу инфильтрата межъягодичной области. После выполнения синусэктомии осложнений и рецидивов заболевания не отмечено. Наибольшее число осложнений отмечено при иссечении ЭКХ с ушиванием наглухо: гематома послеоперационной раны — у 4 (3,6%), раневая инфекция и серома — у 17 (15,4%), кровотечение — у 2 (1,8%). Число рецидивов составило — 6 (5,4%) наблюдений. Использование асимметричных пластических операций показало неплохие результаты: гематома — у 1 (0,9%), раневая инфекция и серома у 2 (1,8%), отек лоскута — у 1 (0,9%). Рецидив в отдаленном периоде отмечен — у 2 (1,8%) оперированных. Таким образом, дифференцированный выбор метода хирургического лечения эпителиального копчикового хода сопровождается развитием осложнений в раннем послеоперационном периоде в 23,5% наблюдений и рецидивами заболевания — в 7,0%.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ «МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ» В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-КОЛОПРОКТОЛОГА

Ильканич А.Я., Зубаилов К.З.

Сургутская окружная клиническая больница, Сургут, Россия

POSSIBILITIES OF USING "OFFICE-BASED TREATMENTS" IN THE OUTPATIENT PRACTICE OF A COLOPROCTOLOGIST

Ilkanich A.Y., Zubailov K.Z.

Surgut District Clinical Hospital, Surgut, Russia

Стремительное внедрение «малоинвазивных технологий» в практику амбулаторной колопроктологии обеспечило повышение интереса к их использованию и анализу клинической эффективности.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка эффективности малоинвазивных технологий при лечении отдельных колопроктологических заболеваний в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты лечения 106 больных с отдельными колопроктологическими заболеваниями. Оперированы 87 (82,0%) больных с хроническим геморроем II ст., которым проведено: склерозирование — 23 (21,7%), инфракрасная фотокоагуляция — 21 (19,8%), лигирование латексными кольцами — 26 (24,5%), лазерная деструкция — 17 (16,0%) пациентам. С хронической анальной трещиной со спазмом сфинктера выполнено иссечение трещины в сочетании с медикаментозной релаксацией — 5 (4,7%) больным. Лазерная термооблитерация эпителиального копчикового хода — 14 (13,2%) больным. Эффективность процедур оценена по интенсивности болевого синдрома, частоты и длительности нетрудоспособности.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Непосредственные результаты после склерозирования / инфракрасной фотокоагуляции / лигирования латексными кольцами / лазерной деструкция по анализируемым критериям выглядели следующим образом. Интенсивность болевого синдрома по ВАШ составила на 1 сутки — 3,8/4,1/4,8/4,9 соответственно; на 3 сутки — 2,1/2,6/1,6/3,2; на 5 сутки — 1,2/1,4/0/2,1; на 7 сутки 0/0,8/0/1,4 балла. К 14 суткам боли купировались. Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 8 (9,2%) больных: кровотечение — 2/3/0/0; тромбоз 1/0/0/2, соответственно методам лечения. Срок временной нетрудоспособности варьировал от 2 до 5 / от 3 до 6 / от 3 до 5 / от 5 до 10 дней. Интенсивность болевого синдрома после иссечения трещины в сочетании с медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера / малоинвазивного лечения эпителиального копчикового хода была равна в 1 сутки 4,4/4,6; на 3 сутки 2,6/2,1; на 5 сутки 1,3/1,1 балла. При дальнейшем наблюдении боли не отмечено. Осложнение в послеоперационном периоде отмечено у 1 (5,3%) больного — временное недержание газов — 1/0. Период временной нетрудоспособности составил от 5 до 7 дней/ от 2 до 5 дней, соответственно.

Таким образом, использование малоинвазивных технологий в амбулаторной практике врача-колопроктолога позволяет выполнять оперативные вмешательства, сопровождающиеся в раннем послеоперационном периоде умеренным болевым синдромом, небольшим числом осложнений и коротким периодом нетрудоспособности.

ПРОТОКОЛ МРТ ДИАГНОСТИКИ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Ильканич А.Я., Кабанов А.А., Курбанов С.С.

Сургутская окружная клиническая больница, Сургут, Россия

PROTOCOL FOR MRI DIAGNOSTICS OF RECTAL FISTULAS

Ilkanich A.Ya., Kabanov A.A., Kurbanov S.S.

Surgut District Clinical Hospital, Surgut, Russia

Регламент обследования больных со свищами прямой кишки определен клиническими рекомендациями, выполнение которого обеспечивает возможность планирования оптимального метода хирургического вмешательства. Наибольшей диагностической ценностью обладает магнитно-резонансная томография (МРТ). Однако протокол МР-исследования значительно отличается в различных лечебных учреждениях. Стандартизация его выполнения представляется актуальной темой научного исследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка эффективности протокола МРТ диагностики свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В исследование включены 48 пациентов со свищами прямой кишки. В контрольной группе из 24 (50,0%) больных исследование проводилось по протоколу МРТ органов малого таза с контрастным усилением. В основной группе (n = 24 (50,0%)) — по разработанному протоколу — в косо-аксиальной и косо-корональной плоскостях, ориентированных по анальному каналу. Использовалась меньшая (3 мм) толщина среза и уменьшенное поле обзора (FOV). Результаты проведенного МРТ-исследования заносились в схему. После оперативного лечения хирург отмечал на схеме ход свища, обнаруженный на операции. Хирургическое вмешательство планировалось в соответствии с полученными клиническими результатами и данными МРТ. Проанализирована частота совпадений результатов МРТ-исследования и операционной находки для разработанного протокола и диагностического МРТ протокола исследования органов малого таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Проведенный сравнительный анализ результатов МРТ-исследований пациентов со свищами прямой кишки, выполненных по протоколу для МРТ-исследований органов малого таза, выявил совпадение дооперационной визуализации с интраоперационной картиной у 11 (45,8%). При анализе результатов МРТ-исследований по разработанному локальному протоколу совпадение составило 20 (83,3%).

Таким образом, использование разработанного протокола МРТ диагностики прямокишечных свищей позволяет с высокой вероятностью, достигающей 83,3%, установить степень свищевого хода и выбрать оптимальный метод хирургического лечения.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА «СУЛОДЕКСИД»

Каторкин С.Е., Андреев П.С., Сотников В.М., Клюкин К.В.

Клиника госпитальной хирургии, отделение колопроктологии, Самара, Россия
СКДЦ клиник СамГМУ, Самара, Россия

CONSERVATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC HEMORRHOIDS USING THE DRUG "SULODEXIDE"

Katorkin S.E., Andreev P.S., Sotnikov V.M., Klyukin K.V.

Department of Coloproctology of Hospital Surgery Clinics, Samara, Russia
SKDC Clinics of the Samara State Medical University, Samara, Russia

Хронический внутренний геморрой является одним из наиболее распространённых заболеваний человека и занимает первое место в клинической практике врача-колопроктолога. Распространённость заболевания составляет 130–145 человек на 1000 взрослого населения, а его удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34 до 41%.

Консервативное лечение показано в качестве монотерапии при I–II стадиях хронического геморроя. При этом ряд пациентов с хроническим геморроем III–IV стадий, имея психологический страх боли и хирургической операции, отказываются от инвазивного лечения. Таким пациентам так же может проводиться консервативное лечение. Для системной терапии пациентам с хроническим геморроем используются флеботропные препараты на основе Диосмина. Данный препарат имеет доказанные ангиопротективный и венотонизирующий эффекты. Так же на данный момент существует препарат Сулодексид, который оказывает антиагрегантное, антитромботическое, ангиопротекторное, гиполипидемическое и фибринолитическое действие. Представлены литературные данные о его эффективности при применении для лечения пациентов с острым геморроем.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов консервативного лечения больных, страдающих хроническим геморроем I–IV стадии с использованием пероральной формы препарата Сулодексид.

В период с 2018 по 2021 гг. на базе отделения колопроктологии кафедры госпитальной хирурги, а так же СКДЦ Клиник ФГБОУ ВО Самарского государственного медицинского университета Минздрава России, нами было проведено проспективное, клиническое, рандомизированное исследование. В нем приняли участие 437 пациентов с хроническим внутренним геморроем I–IV стадии. Каждый пациент дал письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании, проводившееся в соответствии с действующим законодательством РФ, протоколами и этическими принципами всемирной медицинской ассоциации. Средний возраст пациентов группы исследования составил 42,32 ± 11,86 лет, из чего следует вывод что пациенты, учувствовавшие в клиническом исследовании, были, преимущественно, трудоспособного возраста. До начала лечения, на следующие сутки, через 10 суток и через 1 месяц после его окончания пациентам проводили субъективную оценку тяжести геморроидальной болезни по шкале CORRECTS. До начала лечения пациенты оценивали выраженность симптомов заболевания по шкале от 1 до 10 баллов. В дальнейшем после курса лечения проводили субъективную оценку эффективности проведенного консервативного лечения. Пациенты оценивали улучшение своего состояния здоровья по шкале от 1 до 10 баллов. Включение пациентов в исследование проводилось по следующим критериям: возраст старше 18 лет; отсутствие в период исследования подтвержденной беременности; диагностированный хронический геморрой I–IV стадий; данное пациентом добровольное информированное согласие на участие в исследовании в письменной форме. Исключение пациентов из исследования проводилось по следующим критериям: гиперчувствительность к препарату «Сулодексид»; наличие острой патологии аноректальной области; наличие сопутствующей патологии аноректальной области; отказ пациента в ходе исследования; низкая комплаентность; диагностированная соматическая патология в острой фазе или в стадии декомпенсации; подтвержденная беременность в ходе исследования; диагностированный сахарный диабет. До начала лечения всем пациентам (n = 437), проводилось стандартное проктологическое обследование, которое включало: визуальный осмотр перианальной области, пальцевое исследование, аноскопию, ректороманоскопию, общий анализ крови в первый день лечения. Все пациенты, участвовавшие в исследовании (n = 437), принимали препарат «Сулодексид» перорально в дозировке 250 ЛЕ (1 капсула) 2 раза в сутки в течение 30 дней. Первым днем лечения считали, день начала приема препарата Сулодексид. На время лечения всем пациентам был рекомендован лечебно-охранительный режим в виде диетического питания с увеличением потребления пищевых волокон и снижения уровня пиковых и постоянных физических нагрузок. Так же было рекомендовано соблюдение диеты с преобладанием пищевых волокон и ограничение физических нагрузок. Осмотры пациентов проходили до начала лечения, на 1, 10 сутки и через 1 месяц. При каждом осмотре определялась интенсивность болевых ощущений, зуда и чувства дискомфорта, степень выраженности выпадения геморроидальных узлов, наличие геморроидального кровотечения и признаков обострения геморроя.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. Клиническая картина у всех исследуемых пациентов (n = 437) характеризовалась выраженной клиникой хронического внутреннего геморроя I–IV стадии. Результаты оценки тяжести хронического геморроя по опроснику CORRECTS.

Пациенты (n = 437), наблюдались относительно следующих основных симптомов заболевания: кровотечение при дефекации, выпадение геморроидальных узлов и чувство дискомфорта в перианальной области. На 1 сутки после начала лечения мы отметили выраженное снижение количества явлений кровотечений (только лишь у 3, 45% (n = 15) от общего количества больных. Так же стоит отметить, что из них 12 больных страдали хроническим внутренним геморроем IV стадии и 3 пациентов страдали хроническим внутренним геморроем III стадии, у пациентов с I–II стадиями кровотечения полностью остановилось; выпадение геморроидальных узлов так же значимо стало меньше беспокоить всех пациентов: у 34,20% (n = 150 больных) сохранялись данные жалобы и признаки при осмотре, хотелось бы обратить внимание, что из общего количества данных пациентов, только у 15 пациентов со II стадией сохранялись жалобы на выпадение, у остальных 73 пациентов сохранялось лишь чувство дискомфорта. Общее же количество больных, жалующихся на чувство дискомфорта, после 1 суток лечения составило 59,49% (n = 260). По предварительным итогам мы обратили внимание, что на I сутки лечения у 73 больных, страдающих хро-

ническим внутренним геморроем II стадии, болезнь стала оцениваться как I стадия. На 10 сутки только лишь у двух пациентов (0,45%) сохранялись жалобы на кровотечения при дефекации. Все больные, страдающие хроническим внутренним геморроем II стадией, прекратили жаловаться на выпадение геморроидальных узлов, что и подтверждалось на осмотре. Так же общий процент больных, у которых сохранялись жалобы на выпадение геморроидальных узлов, сократился до 28,6%. Чувство дискомфорта в области анального канала купировалось у 21 (4,81%) пациента. Через месяц у всех пациентов, полностью отсутствовали жалобы на кровотечения при дефекации. Результаты по таким показателям как выпадение геморроидальных узлов и чувство дискомфорта стали статистически незначимы. По данным, полученным нами при использовании препарата Сулодексид, купирование клиники заболевания наблюдалось у 100% пациентов с I–II стадией хронического геморроя, к тому же нами отмечено, что при наблюдении стала снижаться степень данного заболевания со II на I. Только лишь у незначительного ряда пациентов с III–IV ст. сохранялся ряд жалоб. При анализе полученных нами данных, через месяц наблюдения частота ректальных кровотечений снижается на 100%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение препарата «Сулодексид» у пациентов с хроническим геморроем позволяет улучшить результаты консервативного лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ LIFT В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАРЕКТАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ

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

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

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

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

FSBEI HE SamSMU MOH Russia, Samara, Russia

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

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты оперативного лечения параректальных свищей.

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

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

РЕЗУЛЬТАТЫ. В отделении колопроктологии Клиник СамГМУ операция LIFT с использованием склеротерапии начала применяется с января 2019 г. Оперировано 44 пациентов, среди которых 24 мужчины и 20 женщин. Средний возраст пациентов составил 54 ± 1,8 лет. У 40 пациентов был диагностирован транссфинктерный, а у 4 — экстрасфинктерный ПС. Всем пациентам перед операцией выполнялась сфинктерометрия, нарушений функции анального сфинктера не было отмечено ни в одном случае. Послеоперационный период длился от 3 до 5 суток. Во всех наблюдениях осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено. Болевой синдром был выражен минимально. Сроки реабилитаций составляют менее 15 дней.

ВЫВОДЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве с применением склеротерапии — новая альтернатива среди малоинвазивных методов лечения параректальных свищей. Для оценки отдаленных результатов необходимо проводить дальнейшее исследование.

PRP-ТЕРАПИЯ В ЗАЖИВЛЕНИИ РАН АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Ким А.Е.

Медицинский центр «Глобал Клиник», Нижний Новгород, Россия

PRP-THERAPY IN THE HEALING OF SURGICAL WOUNDS OF THE ANAL CANAL

Kim A.E.

Medical Center «Global Clinic», Nizhniy Novgorod, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Снижение болевого синдрома, профилактика ранних послеоперационных осложнений и сокращение сроков реабилитации — один из важных вопросов современной оперативной колопроктологии. В независимости от выбранной методики оперативного лечения, уход за послеоперационными ранами промежности и анального канала имеет свою специфику.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность применения PRP-терапии в заживлении ран анального канала после оперативного лечения хронических трещин ануса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С марта 2021 по июль 2022 гг. в исследование вошли 46 пациентов с диагнозом хроническая анальная трещина. Женщин — 27 (58,7); мужчин — 19 (41,3%). Возраст — от 27 до 64 лет (средний возраст — 43 ± 1,3 года). Каждому пациенту было проведено иссечение хронической трещины ануса. Первая инъекция PRP проводилась как завершающий этап операции перед наложением повязки. Вторая инъекция вводилась на 7 день при плановом осмотре.

РЕЗУЛЬТАТЫ. 38 (83,0%) пациентов в первые сутки после операции и после первого стула отмечали боли по ВАШ как 2–3 балла, к концу первой недели — 1–2. Пациенты субъективно лучше переносили свое состояние. К началу вторых суток на поверхности раны появлялся струп. Начало отторжения некротических масс с поверхности раны отмечалось с 9 ± 1,3 дня. К 13 ± 1,7 дню поверхность ран очищалась. Краевая эпителизация ран появлялась к 18 ± 2,1 дню лечения у 37 (78,0%) пациентов. Таким образом, в 78% случаев период реабилитации был сокращен. Ни у одного пациента не зафиксировано развитие ранних местных послеоперационных осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. PRP-терапия ран позволяет сократить сроки реабилитации, улучшить самочувствие пациента, снизить вероятность развития ранних местных осложнений.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АБДОМИНАЛЬНОЙ САКРОКОЛЬПОРЕКТОПЕКСИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПОВТОРНОГО СОЧЕТАННОГО ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА

Кривчикова А.П., Ярош А.Л., Олейник Н.В., Братищева Н.Н., Карпачев А.А., Солошенко А.В., Аленичева М.С.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ABDOMINAL SACROCOLPORECTOPEXY FOR THE CORRECTION OF RECURRENT COMBINED PELVIC PROLAPSE

Krivchikova A.P., Yarosh A.L., Oleinik N.V., Batishcheva N.N., Karpachev A.A., Soloshenko A.V., Alenicheva M.S.

Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Причины повторного развития тазового пролапса точно не установлены. Чаще всего это — ожирение, генетическая предрасположенность, хронический кашель, диабет, неадекватное первичное хирургическое пособие. От 18% до 25% этой категории пациенток нуждаются в повторном хирургическом лечении.

ЦЕЛЬЮ данной работы является оценка эффективности сакрокольпоректопексии для коррекции неудовлетворительных результатов предшествующего хирургического лечения пролапса в среднем сегменте таза с постепенным развитием повторного сочетанного пролапса.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Группу исследования составили 17 пациенток, которым ранее были произведены различные корректирующие вмешательства влагалищным доступом с использованием собственных тканей по поводу пролапса в среднем сегменте таза: опущения матки или купола влагалища после гистерэктомии. Из них гистерэктомия в анамнезе была у 7 пациенток. В среднем, через 6,5 ± 0,8 лет у них развился повторный пролапс, который включал не только рецидив опущения матки или купола влагалища, но и пролапс в области заднего сегмента таза: ректальный пролапс, ректоцеле III степени, опущение промежности и пролапс в области переднего сегмента: мочевого пузыря и уретры. Повторная операция заключалась в передней и задней сакрокольпоректопексии с использованием синтетических трансплантатов в комбинации с подвешиванием уретровезикального сегмента по Burch для коррекции или профилактики стрессового недержания мочи.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Через 12 месяцев после повторной операции клинические данные, ультразвуковое исследование и МРТ показали коррекцию переднего и среднего пролапса, ни у одной пациентки не отмечалось стрессового недержания мочи. Позиции ведущих точек пролапса по системе POP-Q показали, что у всех пациенток была достигнута 0-I степень. Результаты по коррекции пролапса заднего сегмента подтверждались пальцевым ректальным исследованием, которое не выявило ректоцеле более I степени ни у одной пациентки. По данным МРТ отмечена нормализация расположения матки или купола влагалища у пациенток с предшествующей гистерэктомией, а их каудальная дислокация при натуживании не превышала 1 см. Все пациентки отметили уменьшение симптомов обструктивной дефекации. По данным дефекографии уровень расположения промежности поднялся с -6,2 ± 0,4 см до -2,6 ± 0,3 см (P = 0,000) в покое и с -8,9 ± 0,6 см до -5,7 ± 0,5 см (P = 0,000) при натуживании. Величина заднего аноректального угла уменьшилась с 136,7 ± 5,4 до 105,2 ± 3.5 (P = 0,000) в покое и с 171,1 ± 5.3 до 142,7 ± 4.8 (P = 0,000) при натуживании. Скорость эвакуации бария увеличилась с 2,9 ± 0,4 г/сек. до 5,1 ± 0,5 г/сек. (P = 0,001). Процент оставшегося после эвакуации бария снизился с 40,3 ± 5,7% до 19,9 ± 3,8% (P = 0,005). По данным аноректальной манометрии отмечено снижение порога чувствительности с 32,9 ± 1,7 мл до 26,2 ± 1,3 мл (P = 0,004); снижение порога максимально терпимого объема с 85,3 ± 2,2 мл до 76,2 ± 1,8 мл (P = 0,003); снижение амплитуды ректоанального ингибиторного рефлекса с 49,6 ± 5,8 мм рт. ст. до 35,2 ± 4,9 мм рт. ст. (P = 0,067), а его продолжительности с 29,9 ± 6.1 сек. до 16,8 ± 2,7 сек. (P = 0,055). Также отмечено улучшение функции держания кишечного содержимого.

Давление покоя в области внутреннего анального сфинктера увеличилось с 42,5 ± 4,5 мм рт. ст. до 57,3 ± 5,1 мм рт. ст. (P = 0,092); а в области наружного сфинктера — с 34,6 ± 4,1 мм рт. ст. до 46,4 ± 4,2 мм рт. ст. (P = 0,053).

ВЫВОДЫ. Комбинированная сакрокольпоректопексия позволяет достичь хороших анатомических и функциональных результатов у пациенток с повторным сочетанным тазовым пролапсом.

СОКРАЩЕНИЕ СРОКОВ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ: «МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ»?

Кузьминов А.М.[1], Вышегородцев Д.В.[1], Королик В.Ю.[1], Туктагулов Н.В.[1], Сухина М.А.[1], Воробьева И.В.[2]

[1] *ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия*
[2] *ФГБУ «НИЦЕМ им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России, Москва, Россия*

TERMS REDUCTION IN WOUND HEALING AFTER HEMORRHOIDECTOMY: «MYTHS OR REALITY?»

Alexander M. Kuzminov[1], Dmitry V. Vyshegorodtsev[1], Vyacheslav Yu. Korolik[1], Nikita V. Tuktagulov[1], Marina Al. Sukhina[1], Irina V. Vorojebva[2]

[1] *Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Moscow, Russia*
[2] *Gamaleya National Center of Epidemiology and Microbiology, Moscow, Russia*

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на бурное развитие современных малоинвазивных методов лечения геморроя, геморроидэктомия по-прежнему занимает важное место в лечении этого заболевания, являясь наиболее оптимальным методом лечения его поздних стадий. На сегодняшний день известны различные методики выполнения геморроидэктомии. Эта операция независимо от применяемого метода приводит к образованию открытых ран анального канала, сроки заживления которых остаются длительными. Поэтому возрастает актуальность поиска новых методов, улучшающих заживление послеоперационных ран анального канала и промежности.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты лечения больных с комбинированным геморроем IV-й стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В основную и контрольную группы был рандомизирован 101 пациент с комбинированными геморроем IV стадии. По возрасту и полу группы были сопоставимы. Всем пациентам выполнена операция «открытая геморроидэктомия

с применением монополярной электрокоагуляции». После операции пациентам основной группы в качестве физиотерапевтического лечения ран применялась низкотемпературная аргоновая плазма (НАП). Каждая процедура длилась 4 минуты и проводилась со 2 по 8, 14, 21, 30 дни 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). Цитологическое и бактериологическое исследование проводили на 2, 8, 14, 21, 30 день и далее каждые 7 дней до полного заживления раны. Площадь послеоперационных ран рассчитывали при помощи компьютерной программы lp_square 50. Качество жизни оценивали при помощи анкеты SF-36 до операции и на 30 день.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На 30 день после операции полная эпителизация ран наступила у 38 (76%) больных основной группы и у 18 (36%) пациентов контрольной группы (p = 0,0001), что было подтверждено результатами цитологического исследования. Уровень болевого синдрома на 8 день после операции у пациентов основной группы составил 3 (3; 4) балла, тогда как у больных контрольной — 4 (3; 5) балла, p = 0,00003. На 30 день после операции показатель физического компонента качества жизни у пациентов с применением НАП составил 48 (44; 53) баллов, а у больных контрольной группы — 42 (38; 48), p = 0,005. К 30 дню после операции у пациентов основной группы после применения НАП отмечается снижение титра микроорганизма E.coli. Среднее количество составило 10*4 КОЕ, тогда как в контрольной группе — 10*7 КОЕ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Использование низкотемпературной аргоновой плазмы в лечении ран способствует ускорению их заживления, а также снижает интенсивность послеоперационного болевого синдрома и улучшает качество жизни.

СЕГМЕНТАРНАЯ ПРОКТОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кузьминов А.М.[1], Вышегородцев Д.В.[1], Королик В.Ю.[1], Черножукова М.О.[2], Фоменко О.Ю.[1]

[1] ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия
[2] Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева, Москва, Россия

ENDORECTAL ADVANCEMENT FLAP IN THE TREATMENT OF COMPLEX INCOMPLETE INTERNAL FISTULAS IN ANO

Alexandr M. Kuzminov[1], Dmitry V. Vyshegorodtsev[1], Vyacheslav Yu. Korolik[1], Marina O. Chernozhukova[2], Oksana Yu. Fomenko[1]

[1] Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Moscow, Russia
[2] Clinical Hospital. F.I. Inozemtseva, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Сегментарная проктопластика является одним из основным методов лечения сложных свищей прямой кишки. При сложных неполных внутренних свищах прямой кишки, ввиду отсутствия наружного свищевого отверстия, вариабельности расположения свищевых ходов и гнойных затеков, нет четких показаний к этапности лечения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Разработать тактику лечения пациентов со сложными неполными внутренними свищами прямой кишки и оценить результаты лечения.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 30 пациентов со сложными неполными внутренними свищами прямой кишки: у 2 (6,7%) — экстрасфинктерный свищ I степени сложности, у 3 (10%) — III степени сложности, в 18 (60%) случаях — IV степени сложности, транссфинктерный ход с вовлечением глубокой порции анального сфинктера диагностирован у 5 (16,6%) и лишь у 2 (6,7%) — высокий интерсфинктерный (межсфинктерный). Основополагающим в выборе двухэтапного лечения являлось наличие двух и более затеков в параректальных клетчаточных пространствах, наличие рубцовых изменений структур анального канала. Всем больным выполнена сегментарная проктопластика, у 14/30 (46,7%) пациентов в качестве первого этапа лечения выполнено вскрытие и дренирование затеков с проведением дренирующей латексной лигатуры, а у 16/30 (53,3%) выполнено одноэтапное лечение. С целью определения функционального состояние анального жома всем пациентам до и после операции проводилась профилометрия и сфинктерометрия, а также оценка функции анального держания по шкале Wexner. Уже до операции у 1 (3,3%) пациента с экстрасфинктерным свищем IV степени сложности выявлена НАС II степени и у 1 (3,3%) пациента с транссфинктерным свищем с вовлечением глубокой порции НАС-I. Для оценки эффективности хирургического лечения через 6 месяцев после операции выполнялось ТРУЗИ или МРТ органов малого таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем послеоперационном периоде ретракция лоскута диагностирована у 3/30 (10%) пациентов. В отдаленные сроки рецидив заболевания диагностирован у 5/30 (16,6%) пациентов, из них у 4/16 (25%) пациентов лечение было выполнено в один этап и у 1/14 (7,1%) пациента — в два этапа. В дальнейшем 2 (6,6%) пациентам выполнена повторная сегментарная проктопластика, 2 (6,6%) — иссечение свища с ушиванием сфинктера и 1 (3,3%) больному — иссечение свища в просвет кишки. Через 6 месяцев после операции НАС I степени диагностирована у 3/30 (10%) пациентов, II степени — у 1/30 (3,3%) пациентов.

ВЫВОДЫ. Сегментарная проктопластика является эффективным методом лечения сложных неполных внутренних свищей прямой кишки. При наличии двух и более затеков в параректальных клетчаточных пространствах, наличие рубцовых изменений структур анального канала показано двухэтапное лечение.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕОСЛОЖНЕННОЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ПАЗУХОЙ

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Кораблина С.С., Гобеджишвили В.В., Коркмазов И.Х., Татаршаов М.Х.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

WAY TREATMENT OF PATIENTS WITH UNCOMPLICATED SACRCOCCYGEAL SINUS

Lavreshin P.M., Gobedjishvili V.K., Korablina S.S., Gobedjishvili V.V., Korkmazov I.Kh., Tatarshaov M.Kh.

Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Определяется частота заболевания, молодой работоспособный возраст больных, значительное количество послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Разработать методику операции при неосложненной крестцово-копчиковой пазухе (ККП), направленную на улучшение результатов лечения больных.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Оперировано 82 пациента с неосложненной ККП. Контрольную группу составили 40 (48,8%) больных, которым выполнена операция — иссечение ККП с ушиванием раны наглухо швами Донати. По предложенной авторами методике оперировано 42 (51,2%) пациента (основная группа). Методика операции: иссечение ККП в пределах здоровых тканей электроножом Сургидрон; контроль гемостаза; санация раны 3% раствором H_2O_2; подкожная клетчатка ушивается узловыми швами из рассасывающегося шовного материала при низком стоянии ягодиц на 1/3, при среднем — на 1/2, при высоком — на 2/3 глубины раны; концами длинных нитей узлов накладываются интрадермальные швы на кожные края, после чего нити связываются между собой, низводя края раны к ее дну, образуя межъягодичную складку с небольшим диастазом между краями раны.
РЕЗУЛЬТАТЫ. В основной группе раневые осложнения возникли у 8 (20,0%), рецидивы заболевания — у 5 (12,5%) пациентов. В основной группе у 3 (7,1%) и 1 (2,4%), соответственно.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Преимущества предложенного способа: минимальное натяжение тканей, не нарушается кровоснабжение в низведенных краях раны, обеспечиваются условия для оттока раневого отделяемого, формируется межъягодичная складка. В сравнении с контрольной группой снизилось количество раневых осложнений в 2,8 раза; рецидивов заболевания — в 5,2 раза.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Кораблина С.С., Гобеджишвили В.В., Мачукова М.Н., Узденов М.Б.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

TREATMENT OF ACUTE ANUS FISSURE

Lavreshin P.M., Gobedjishvili V.K., Korablina S.S., Gobedjishvili V.V., Machukova M.N., Uzdenov M.B.

Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Доля больных с анальной трещиной в общей структуре проктологической заболеваемости колеблется от 12% до 15%. После оперативного лечения у 35,7% оперированных возникает недостаточность анального сфинктера, у 1,6% пациентов — свищи и рубцовые контрактуры ануса, у 11,7% — рецидивы заболевания.
ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты лечения больных с анальной трещиной.
МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Пролечено 54 пациента с ОТА со склонностью к избыточному рубцеобразованию. Мужчин — 18 (33,3%), женщин — 36 (66,7%). В возрасте 19–50 лет было 44 (81,5%) пациента. На 6 часах ОТА локализовалась у 44 (81,5%) больных, на 12 часах — у 6 (11,1%), одновременно на 6 и 12 часах ОТА — у 4 (7,4%). Выявление склонности к патологическому рубцеванию включало изучение уровней белков острой фазы воспаления в периферической крови, сопутствующей патологии, уровня экскреции изониазида с мочой. У 25 (46,3%) пациентов противорубцовая терапия не проводилась (контрольная группа), а у 29 (53,7%) консервативное лечение дополнено противорубцовым комплексом (основная группа).
РЕЗУЛЬТАТЫ. Консервативное лечение ОТА у пациентов было направлено на адекватное обезболивание, нормализацию тонуса внутреннего сфинктера, улучшение репаративных процессов и микроциркуляции в зоне анальной трещины. Пациентам основной группы для профилактики избыточного рубцеобразования дополнительно назначали: обработку раны потоком холодной плазмы; микроинъекции озонированного физраствора; на завершающих этапах эпителизации раны — свечи Лонгидаза. Полная эпителизация ОТА в сроки до 4–5 недель наблюдалась у 12 (48,0%) контрольной и у 21 (72,4%) пациента основной группы. Отсутствие положительного эффекта от проводимой терапии после 4–5 недель от начала лечения зафиксировано у 7 (28,0%) группы контроля и у 2 (6,9%) — основной группы. Они были направлены на оперативное лечение.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Комплексная терапия пациентам со склонностью к избыточному рубцеобразованию позволила предотвратить хронизацию процесса и переход ОТА в ХТА в 4,1 раза.

ВЫБОР АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВНУТРЕННИМ ГЕМОРРОЕМ II СТАДИИ

Личман Л.А.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, Россия

THE CHOICE OF ANESTHESIA IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH STAGE II CHRONIC INTERNAL HEMORRHOIDS

Lichman L.A.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Samara State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хронический внутренний геморрой — заболевание, занимающее первое место по распространенности среди всех колопроктологических заболеваний. В настоящее время в арсенале врача-колопроктолога есть множество оперативных методов лечения, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.
ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Сравнить результаты лечения пациентов с хроническим внутренним геморроем II стадии с использованием лазера под спинальной и местной анестезией.
МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В проспективном сравнительном исследовании, проведенном в клинике госпитальной хирургии Клиник ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России в период с 2021 по 2022 гг. приняли участие 53 пациента с хроническим внутренним геморроем II стадии. Пациенты в зависимости от выбранной ими анестезии были разделены на 2 группы — операции под местной анестезией (n = 25) и под спинальной анестезией (n = 28).
РЕЗУЛЬТАТЫ. У пациентов основной группы (n = 25) лазерная вапоризация геморроидальных узлов выполнялась под местной анестезией. Удобство проведения операции — 3,8 из 5 баллов. Послеоперационные кровотечения, не нуждающиеся в оперативном лечении n = 3 (12%), нуждающиеся в операции — остановка кровотечения n = 1 (4%). Пациенты контрольной группы (n = 28) — лазерная вапоризация выполнялась под спинальной анестезией. Удобство проведения операции — 4,8 из 5 баллов. Послеоперационные кровотечения, не нуждающиеся в оперативном лечении n = 1 (3,5%), нуждающиеся в операции — остановка кровотечения n = 0 (0%).
ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Спинальная анестезия при вапоризации геморроидальных узлов является более удобной для работы врача-колопроктолога и, как следствие, позволяет снизить количество послеоперационных хирургических осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАСТИКИ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ W-ОБРАЗНЫМ СЕТЧАТЫМ ИМПЛАНТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С РЕКТОЦЕЛЕ 2–3 СТЕПЕНИ (РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОЦЕНТРОВОГО ПРОСПЕКТИВНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Лукьянов А.С., Костарев И.В.

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

THE USE OF PLASTIC SURGERY OF THE RECTOVAGINAL SEPTUM WITH A W-SHAPED MESH IMPLANT IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH RECTOCELE OF 2–3 DEGREES (RESULTS OF A SINGLE CENTER PROSPECTIVE CLINICAL STUDY)

Anton S. Lukianov, Ivan V. Kostarev

Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. В настоящее время существуют различные способы хирургического вмешательства по поводу ректоцеле. В начале XXI века широкое распространение получили зарубежные варианты систем для имплантации, такие как Prolift™ (Johnson & Johnson Company©, США) и Elevate™ (American Medical System, США). Применение данных методик, в части случаев, связано с возможностью развития серьезных ранних и отдаленных послеоперационных осложнений.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить результаты применения пластики ректовагинальной перегородки W-образным сетчатым имплантом через 6 и более месяцев после оперативного вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Произведена оценка результатов лечения у 21 пациентки. Перед операцией и через 6 месяцев после вмешательства пациентам проводилась клиническая оценка симптоматики, применялось анкетирование с помощью специализированных опросников (система балльной оценки нарушений эвакуаторной функции толстой кишки; реестр расстройств со стороны тазового дна — Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20); Кливлендская шкала запоров (Шкала Wexner)), а также выполнялась инструментальная диагностика (дефекография).

РЕЗУЛЬТАТЫ. После оперативного вмешательства симптомы обструктивной дефекации отсутствовали у 85,7% пациентов. По результатам применения опросников установлено, что по всем шкалам отмечается снижение баллов более чем в 2 раза, при этом сравнение уровня баллов до и после операции по всем опросникам показало выраженные статистически значимые различия ($p < 0{,}0001$). По данным дефекографии, выявлено значительное уменьшение глубины ректоцеле, времени эвакуации содержимого прямой кишки (уменьшилось в 1,5 раза) и остаточного объема (уменьшился в 2,5 раза). Сравнительный анализ показал статистически значимые различия показателей между показателями до и после вмешательства ($p < 0{,}05$). Серьезных осложнений, потребовавших выполнения хирургического вмешательства, у пациентов не наблюдалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Результаты применения методики продемонстрировали хорошую клиническую эффективность.

ИЗУЧЕНИЕ ОСВОЕНИЯ ОПЫТА ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ МЕТОДОМ ПОСТРОЕНИЯ КРИВЫХ ОБУЧЕНИЯ

Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Чахчахов Я.А., Дгебуадзе В.Т., Поварнин Н.Н.

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, Россия

STUDY OF THE EXPERIENCE OF MASTERING LASER VAPORIZATION OF HEMORRHOIDS BY THE METHOD OF LEARNING CURVES

Matveev I.A., Gibert B.K., Borodin N.A., Zaycev E.Y., Chahchahov Y.A., Dgebuadse V.T., Povarnin N.N.

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Исследования изучения опыта освоения лазерной вапоризации геморроидальных узлов, ввиду несложности метода, редки и, в значительной мере, они основываются на субъективном мнении врача.

ЦЕЛЬ. Изучить опыт освоения лазерной вапоризации геморроидальных узлов методом построения кривых обучения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Амбулаторно одним хирургом выполнено 378 лазерных вапоризаций геморроидальных узлов. Возраст больных варьировался от 20 до 84 лет Me = 42,0 (34,0; 53,0). Геморрой II стадии был у 322 (85,2%), III стадии — у 56 (14,8%) человек. Оценивалась продолжительность манипуляции, послеоперационные осложнения и рецидивы заболевания в течение 1 года. Для построения кривой обучения применены методы регрессии и кумулятивных сумм CUSUM.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Результаты определения длительности освоения опыта по продолжительности операции, полученные построением кривых обучения вариантами регрессивных функций, показали, что для его приобретения необходимо выполнить от 2 до 5 операций. В тоже время, окончание периода обучения, определенного методом CUSUM, при заданном критерии снижение частоты послеоперационных осложнений и рецидива геморроя в 2 раза, наступило после 40 вмешательства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Полученные результаты, по признаку продолжительности операции, совпадают с мнением ряда хирургов, считающих, что для освоения вапоризации геморроидальных улов хирургу достаточно выполнить несколько вмешательств. Но приобретенные при этом навыки не соответствуют накоплению опыта, поскольку по признаку — послеоперационные осложнения и исходы операции, длительность процесса приобретения опыта вапоризаций геморроидальных узлов, изученная методом CUSUM, составила 40 вмешательств.

ВЫВОДЫ. 1. На основании анализа осложнений методом CUSUM выявлено, что период освоения вапоризации геморроидальных узлов заканчивается к 40 операции.

2. Регрессивный анализ продолжительности вапоризации геморроидальных узлов не позволяет объективно определить период обучения, адекватно оценивающий умение выполнения данной операции.

КОМБИНИРОВАННЫЕ И СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВАПОРИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Чахчахов Я.А., Дгебуадзе В.Т., Поварнин Н.Н.

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, Россия

COMBINED AND COMBINED OPERATIONS WHEN PERFORMING VAPORIZATION OF HEMORRHOIDS

Matveev I.A., Gibert B.K., Borodin N.A., Zaycev E.Y., Chahchahov Y.A., Dgebuadse V.T., Povarnin N.N.

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургическое лечение хронического геморроя одновременно с сочетанными заболеваниями, комбинированной патологией, в связи с их распространенностью и востребованностью пациентами, является актуальной проблемой.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить значение комбинированных и сочетанных операций при вапоризации геморроя в практике хирурга.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Амбулаторно одним хирургом выполнено 378 лазерных вапоризаций геморроидальных узлов, из них изолированно операция выполнена у 90 (26,2%) человек и у 288 (76,2%) — в сочетании с другими вмешательствами: иссечение наружных геморроидальных узлов — у 182 (63,2%) человек, анальной трещины — 78 (27,1%), свища прямой кишки — 10 (3,5%), остроконечных перианальных кондилом — 3 (1,0%) и еще у 15 (5,2%) были другие операции. Возраст больных варьировался от 20 до 84 лет, Me = 42,0 (34,0; 53,0). Геморрой II стадии был у 322 (85,2%), III стадии — у 56 (14,8%) человек.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя продолжительность вмешательства при изолированных операциях была короче, медиана, соответственно, 10 и 15 мин., $p = 0{,}001$. Болевые ощущения во время операции и их продолжительность после операции были достоверно интенсивнее и продолжительнее у пациентов с комбинированными и сочетанными операциями. В послеоперационном периоде кровотечение у них возникло у 9 (3,1%) человек, рецидив геморроя произошел у 6 (2,1%) пациентов. После изолированных вапоризаций эти осложнения были, соответственно, у 8 (8,9%) и у 1 (1,1%) пациента.

ОБСУЖДЕНИЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Сочетанные и комбинированные операции выполнялись более чем в 3 раза чаще, чем изолированные вапоризации, что связано с их распространенностью и востребованностью пациентами. Мотивацией выполнения симультанных и комбинированных операций было то, что они выполнялись под местной анестезией и с отсутствием, с изолированной операцией, достоверных различий показателей послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Чахчахов Я.А., Дгебуадзе В.Т., Поварнин Н.Н.

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, Россия

OUTPATIENT CARE FOR PATIENTS WITH CHRONIC HEMORRHOIDS AT THE COVID-19 PANDEMIC

Matveev I.A., Gibert B.K., Borodin N.A., Zaycev E.Y., Chahchahov Y.A., Dgebuadse V.T., Povarnin N.N.

Tyumen State Medical University, Tyumen Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Прошедшая пандемия повлекла за собой необходимость всестороннего изучения эффективности деятельности медицинской службы по оказанию помощи населению в экстремальных условиях.

ЦЕЛЬ. Изучить особенности организации амбулаторной помощи больным с хроническим геморроем во время пандемии COVID-19.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Деятельность амбулаторных клиник по оказанию помощи больным с хроническим геморроем проведена на основании анализа первичных обращений.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ. Количество обратившихся к колопроктологам до пандемии и во время ее за аналогичные промежутки времени было одинаковым, соответственно, 3771 и 3775 человек. При этом число посещений в коммерческих клиниках увеличилось на 13%, а в муниципальных уменьшилось на 10,6%, малоинвазивные вмешательства пациентам с хроническим геморроем в муниципальных клиниках стали выполняться реже на 27,6%, в коммерческих чаще — на 6,9%.

ОБСУЖДЕНИЕ. С началом пандемии количество пациентов с хроническим геморроем, обратившихся за медицинской помощью, сохранилось на прежнем уровне, вследствие увеличения их числа в коммерческих и уменьшения в муниципальных поликлиниках. Произошло снижение выполнения малоинвазивных вмешательств в большей степени в муниципальных клиниках.

ВЫВОД. Выявленные особенности в деятельности проктологической службы в условиях пандемии в клиниках различного статуса показали более высокую стабильность работы частных лечебных учреждений.

СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИИ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Чахчахов Я.А., Дгебуадзе В.Т., Поварнин Н.Н.

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, Россия

STRUCTURE OF COMPLICATIONS AFTER DESARTERIZATION OF HEMORRHOIDAL ARTERIES

Matveev I.A., Gibert B.K., Borodin N.A., Zaycev E.Y., Chahchahov Y.A., Dgebuadse V.T., Povarnin N.N.

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хронический геморрой остается одним из самых распространенных заболеваний, существенно влияющих на качество жизни.

Появились и были внедрены в клиническую практику ряд малоинвазивных методик для лечения геморроидальной болезни. Дезартеризация геморроидальных артерий (ДГА) является одним из самых распространенных способов оперирования, в связи с чем актуальным является изучение результатов применения этой методики.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты лечения пациентов с хроническим геморроем методом дезартеризации геморроидальных артерий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 2013 по 2021 гг. было оперировано 474 пациентов с хроническим геморроем II–IV стадии. Манипуляции выполнялись в амбулаторных условиях с использованием местной анестезии на аппарате A.M.I. HAL-Doppler. В динамике отслеживались нежелательные последствия вмешательства в виде осложнений лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Изолированно ДГА выполнена у 459 пациентов, еще у 15 в сочетании с другими операциями — иссечение наружных геморроидальных узлов, анальных полипов, свищей прямой кишки. Осложнения возникли у 7 (1,53%) больных в сроки от 1 до 60 суток. Ранними осложнениями были кровотечения в 4 (57,1%) случаях, они возникали в период до 17 суток послеоперационного периода. Острая задержка мочи у 1 (14,2%) больного произошла в день выполнения операции. У 1 (14,2%) больного возник острый парапроктит через 5 суток после выполнения процедуры. В отдаленные сроки, через 60 суток, у 1 (14,2%) пациента сформировался прямокишечный свищ без предшествующей клинической картины острого парапроктита.

ВЫВОД. Выполнение дезартеризации геморроидальных артерий в амбулаторных условиях является безопасным способом лечения геморроя, сопровождается развитием осложнений у 1,53% больных. В структуре осложнений преобладают кровотечения (57,1%), воспалительные осложнения — 28,6%, рефлекторная задержка мочи — 14,2%.

РЕКТАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Бородин Н.А., Зайцев Е.Ю., Шмидт С.С.

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, Россия

RECTAL BLEEDING AFTER SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC HEMORRHOIDS

Matveev I.A., Gibert B.K., Borodin N.A., Zaycev E.Y., Shmidt S.S.

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Учитывая широкую распространенность малоинвазивных вмешательств (МИВ) в лечении хронического геморроя, возникает необходимость анализа осложнений, в частности кровотечений, с которыми больные поступают в хирургические отделения больниц для оказания экстренной помощи.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Выявить особенности ректальных кровотечений после хирургического лечения геморроя у пациентов, поступивших в отделение неотложной помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Произведен анализ 17 медицинских карт пациентов с ректальными кровотечениями, госпитализированных в экстренном порядке в период с 2012 по 2021 гг. В предшествующем периоде эти больные перенесли различные операции по поводу хронического геморроя. Средний возраст пациентов составил 43 ± 12,5 года. У 9 (52,9%) человек были выполнены инцизионные геморроидэктомии и у 8 (47,1%) — малоинвазивные вмешательства: наложение латексных колец у 5-ти и лазерная вапоризация — у 3-х.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ. Период от выполнения операции до обращения за экстренной медицинской помощью по поводу кровотечения после инцизионной геморроидэктомии составил 8,75 ± 3,4 суток, после МИВ — 12,1 ± 9,5 суток.

Аноскопия выполнена всем пациентам, кроме одного, струйное кровотечение диагностировано у 4-х, подтекание крови — у 5-ти, остановившееся — у 5-ти и у 3-х источник осложнения неверифицирован. Консервативное лечение проведено 8 пациентам и оперативное — 9. После геморроидэктомии кровотечение остановлено прошиванием у 6 (66,6%) человек и у 3 (33,4%) проведено консервативное лечение, после МИВ кровотечение остановлено прошиванием у 3 (37,5%) и консервативно — у 5 (62,5%) человек. Оперативное вмешательство проводилось всем пациентам под внутривенным наркозом. Послеоперационный период протекал без осложнений, кроме 1-го пациента, у которого после гемостаза лигированием, осложнение дважды рецидивировало и было окончательно остановлено повторным прошиванием.

ОБСУЖДЕНИЕ. После геморроидэктомии кровотечения возникали в более ранние сроки, и они чаще требовали хирургического гемостаза в сравнении с пациентами после инвазивных операций. Для выяснения и уточнения причин обнаруженных различий необходимы дальнейшие исследования данного осложнения в лечении геморроя.

ВЫВОД. Кровотечения после традиционных геморроидэктомий и МИВ у поступивших в хирургическое отделение имеют свои особенности по времени возникновения и применяемой тактики их остановки.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА

Матвеева А.С., Ильканич А.Я.

Сургутская окружная клиническая больница, Сургут, Россия

INSTRUMENTAL METHODS FOR DIAGNOSING PELVIC PROLAPSE

Matveeva A.S., Ilkanich A.Ya.

Surgut District Clinical Hospital, Surgut, Russia

Рутинная диагностика тазового пролапса не представляет трудностей, однако значима роль личной клинической практики врача, что может приводить к дефектам постановки диагноза и выбора способа лечения. Инструментальная диагностика позволяет достоверно верифицировать заболевание и объективизировать способ его коррекции.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка диагностической значимости инструментальных методов исследования в диагностике тазового пролапса.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведен анализ обследования 497 пациенток с тазовым пролапсом, пролеченных в колопроктологическом отделении Сургутской окружной клинической больницы. Инструментальная диагностика выполнена у 439 (88,3%) пациенток. В связи с нарушениями мочеиспускания урофлоуметрия проведена у 66 (13,2%) больных. При нарушенной дефекации дефекография применена у 66 (13,2%),

видеоколоноскопия (ВКС) — у 152 (30,5%) женщин. Явления анальной инконтиненции стали поводом для выполнения сфинктерометрии — у 33 (6,6%) пролеченных. Как рутинный метод диагностики тазового пролапса УЗИ промежности использовано у 334 (67,2%) обследованных. МРТ проводилась для дифференциальной диагностики и рецидивного пролапса у 59 (11,8%) больных. Проведена оценка чувствительности, специфичности и точности отдельных видов инструментального исследования, определено значение каждого для клинической практики.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Урофлоуметрия позволила выявить уродинамические нарушения у 64 (12,8%) больных. Дефекография объективизировала характер ректоцеле. Новообразования кишечника выявлены при ВКС у 69 (13,8%) обследованных. Сфинктерометрия подтвердила диагноз анальной инконтиненции у 8 (1,6%) больных. УЗИ позволило визуализировать структуры малого таза, расположение и размер дефекта тазовой фасции. Чувствительность УЗИ при диагностике тазового пролапса составила 93,9%, специфичность — 78,3%, точность — 82,2%. Чувствительность МРТ при тазовом пролапсе, приближается к 100%, чувствительность составляет 95,1%, диагностическая точность — 97,5%.

Таким образом, использование инструментальных методов исследования в диагностике тазового пролапса позволяет верифицировать диагноз, уточнить характер функциональных расстройств смежных органов и выбрать оптимальный метод лечения.

ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПРЕСАКРАЛЬНЫХ КИСТ

Можанов Е.В.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

OPERATIVE ACCESS IN SURGICAL TREATMENT OF PRESACRAL CYSTS

Mozhanov E.V.

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

ВВЕДЕНИЕ. Пресакральная киста — редкое, врожденное заболевание с длительно бессимптомным течением и малодоступным анатомическим расположением. Анатомическое расположение пресакральных кист обуславливает сложность их хирургического удаления.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сравнить эффективность использования различных оперативных доступов для хирургического лечения пресакральных кист.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Ретроспективное нерандомизированное исследование проводилось на основании клинического материала отделения колопроктологии ГАУЗ КМУ МЗ РТ с 2017 по 2021 гг. Хирургическому лечению подверглись 31 пациент: 26 женщин и 5 мужчин. Средний возраст пациентов составил 24,6 ± 7,4 лет. В обязательную диагностическую программу были включены пальцевое исследование, аноскопия, ректороманоскопия и МРТ таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Удаление пресакральных кист проводили через следующие доступы: промежностным — 18 (58,0%) пациентов, парасакральным с резекцией копчика — 10 (32,0%) и 3 (10,0%) — абдоминальным.

Результат лечения оценивался через 6, 12 и 24 месяцев после операции. У 2 (6,0%) пациентов с многокамерными образованиями, оперированных промежностным доступом, с помощью МРТ диагностирован рецидив кисты через 12 и 24 месяца, соответственно. Обоим была выполнена повторная операция с использованием парасакрального доступа. На сегодняшний момент рецидива у них не наблюдается.

В последние 2 года для кист с локализацией верхнего полюса кисты ниже 3 крестцового позвонка мы отдаем предпочтение парасакральному доступу, в связи с лучшей интраоперационной визуализацией. Все пациенты, оперированные парасакральным доступом, имели хорошие результаты лечения: первичное заживление операционной раны, отсутствие осложнений и функциональных нарушений, а также рецидива кисты на сроках наблюдения от 3 до 24 месяцев.

ВЫВОД. При хирургическом лечении пресакральных кист парасакральный доступ с резекцией копчика по сравнению с промежностным обладает лучшей обзорностью, что увеличивает радикальность и безопасность хирургического вмешательства.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ОРИГИНАЛЬНОГО СФИНКТЕРОСБЕРЕГАЮЩЕГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Мрыхин Г.А., Грошилин В.С., Кузнецов В.Д., Швецов В.К., Антонова А.В.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону, Россия

A COMPARATIVE ANALYSIS OF TREATMENT ANAL FISTULAS ACCORDING TO NEW ORIGINAL SPHINCTER-SPARING METHOD

Mrykhin G.A., Groshilin V.S., Kuznetsov V.D., Shvetsov V.K., Antonova A.V.

Rostov State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Rostov-on-Don, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Внедрение в практику малоинвазивных методик ректальных свищей снизило негативное влияние на запирательный аппарат прямой кишки, однако не принесло значимого снижения числа рецидивов. Разработка эффективного сфинктеросберегающего способа лечения свищей прямой кишки представляет собой актуальную задачу.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты лечения больных со свищами прямой кишки путем применения оригинального сфинктеросберегающего способа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Дизайн исследования — проспективный когортный набор 3-х групп с экстра- и транссфинктерными свищами прямой кишки. В исследование включены 72 пациента, прооперированных с 2019 по 2022 гг. В I группе (n = 23) нами выполнялся оригинальный сфинктеросберегающий способ лечения свищей (заявка на патент РФ №2022115289), заключающийся в перевязке свищевого хода в межсфинктерном пространстве с предварительной установкой заглушки-сетона в просвет свищевого хода. Во II группе (n = 28) проводилась методика LIFT. В III группе (n = 21) — использование VAAFT технологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В I группе пациентов средний койко-день составил 10,7 ± 1,8, во II группе — был зарегистрирован на уровне 11,2 ± 2,3 койко-дня, и в III группе показатель 12,4 ± 1,6 койко-дня. Проведенный сравнительный анализ показал, что ранние послеоперационные осложнения в виде кровотечения отмечались у 1 (4,35%) пациента I группы и 2 (7,14%) пациентов II группы, нагноения ран и развития инфильтратов не отмечались. В III группе развитие инфильтрата выяв-

лено у 4 (19,04%) пациентов, что связано с реакцией на введение фибринового клея. Рецидив заболевания отмечен у 3 (10,7%) пациентов II группы и у 2 (9,52%) пациентов III группы. В I группе рецидивов зарегистрировано не было, однако данный показатель статистически незначим ($p = 0,896$) в виду малой выборки пациентов.

ВЫВОДЫ. Применение оригинального сфинктеросберегающего способа лечения свищей прямой кишки доказало свою эффективность. Данный способ сопоставим с широко известными методиками LIFT и VAAFT в отношении малой травматичности и превосходит последние в своей радикальности.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА НИФЕДИПИНА И ЛИДОКАИНА В ФОРМЕ ГЕЛЯ (РЕЛИФИПИН) В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ХИРУРГА

Муравьев А.В., Галстян А.Ш.,
Кораблина С.С., Бойко М.А.

ФГБУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия

THE USE OF THE COMBINED DRUG NIFEDIPINE AND LIDOCAINE IN THE FORM OF A GEL (RELIFIPINE) IN THE OUTPATIENT PRACTICE OF A SURGEON

Muravyev A.V., Galstyan A. Sh.,
Korablina S.S., Boiko M.A.

Stavropol State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Stavropol, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Выраженный болевой синдром и спазм сфинктера — основные патофизиологические факторы для «перехода» острой анальной трещины в хроническую.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты лечения острой анальной трещины на амбулаторном этапе лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В исследование включены 43 больных с острой анальной трещиной. Все пациенты случайным способом поделены на 2 группы: 1 группа (22 пациентов) — консервативная терапия без использования комбинированного препарата нифедипина и лидокаина в форме геля (релифипин), 2 группа (21 пациентов) — консервативная терапия с использованием комбинированного препарата нифедипина и лидокаина в форме геля (релифипин). Все группы идентичны по половозрастному составу и сопутствующей патологии. Перед началом исследования всем пациентам проводилась сфинктерометрия и оценка болевого синдрома по шкале ВАШ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациенты, которым с первого дня была назначена терапия и использованием геля релифипин отмечали уменьшение болевого синдрома с 3-х суток лечения, а по данным сфинктерометрии уже с 5-х суток отмечалось уменьшение выраженности спазма сфинктера. Оценка эффективности лечения (эпителизация трещины) проводилась через 8 недель после начала лечения (согласно клиническим рекомендациям консервативного лечения трещин прямой кишки от 2021 г.). Во 2-й группе, где в комплексном лечении трещины прямой кишки применялся релифипин, гель-эпителизация наступала в 1,2 раза чаще, чем в группе без его применения.

ВЫВОДЫ. Использование комбинированного препарата нифедипина и лидокаина в форме геля в комплексном лечении острой трещины прямой кишки на амбулаторном этапе улучшает эффективность лечения за счет снижения выраженности спазма сфинктера и уменьшения болевого синдрома.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ МОДИФИКАЦИЙ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ

Муравьев А.В., Галстян А.Ш., Лысенко О.В.

ФГБУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия

COMPARATIVE ANALYSIS OF PAIN SYNDROME AFTER VARIOUS MODIFICATIONS OF HEMORRHOIDECYOMY

Muravyev A.V., Galstyan A.Sh., Lysenko O.V.

Stavropol State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Stavropol, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Операция Миллигана-Моргана является «золотым» стандартом лечения геморроя IV стадии. Выраженный послеоперационный болевой синдром, требующий применения анальгетиков, является одним из недостатков геморроидэктомии.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты реабилитации в раннем послеоперационном периоде после геморроидэктомии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В исследование включены 177 больных с хроническим комбинированным геморроем III–IV стадии. Все пациенты двойным слепым методом поделены на 3 группы: 1 группа (58 пациентов) — выполнялась закрытая геморроидэктомия, 2 группа (60 пациентов) — открытая геморроидэктомия электрохирургическим коагулятором, 3 группа (59 пациентов) — ультразвуковым скальпелем. Все группы идентичны по половозрастному составу и сопутствующей патологии. Всем больным в раннем послеоперационном периоде проводилась оценка болевого синдрома (субъективная — оценка шкалы болевого синдрома ВАШ и объективная — количество применяемых анальгетиков), и оценка качества жизни с использованием опросника SF-36. Оценка осуществлялась через 3 дня и через 7 дней после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. 1. Пациенты, которым была проведена закрытая геморроидэктомия в первые 3 дня после операции, требовали применения анальгетиков в 1,8 раз чаще, чем в группах с открытой геморроидэктомией. Показатели качества жизни у пациентов первой группы на 3-е сутки так же были статически достоверно ниже, чем во 2 и 3 группах. 2. На 7 день при контрольном подсчете выявлено, что по количеству применяемых анальгетиков и по показателям шкал SF 36 и ВАШ во всех 3-х группах статистически достоверных различий не выявлено. 3. При сравнении во 2 и 3 группах статически достоверных различий в оценке опросника SF-36, шкалы ВАШ и применение анальгетиков не выявлено — ни на 3-й, ни на 7 день.

ВЫВОДЫ. В первые сутки после закрытой геморроидэктомии болевой синдром у пациентов статистически значимо более выражен, чем при открытой геморроидэктомии, однако к 7 суткам разница в выраженности болевого синдрома у пациентов после открытой и закрытой геморроидэктомии статически не значима.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Муравьев А.В., Журавель Р.В.,
Галстян А.Ш., Вафиади Г.Д.

ФГБУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия

TREATMENT OF ACUTE PARAPROCTITIS

Muravyev A.V., Zhuravel R.V.,
Galstyan A.Sh., Vafiadi G.D.

Stavropol State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Stavropol, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Пиковая частота аноректальных абсцессов приходится на 30–40 лет, т.е. в наиболее трудоспособном возрасте. Формирование свища (фистулы), встречается у 30–60% пациентов с аноректальными абсцессами.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты лечения больных острым парапроктитом с транссфинктерным (захватывает более 20% сфинктера) или экстрасфинктерным расположением гнойного хода.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В исследование включены 36 больных острым парапроктитом с транссфинктерным или экстрасфинктерным расположением гнойного хода.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Всем 36 больным было выполнено вскрытие и дренирование абсцесса широким полулунным разрезом на стороне поражения. После эвакуации гноя, обнаружения гнойного хода и четкой визуализации внутреннего отверстия разрез продлевался до средней линии. После чего через внутреннее отверстие проводился эластический дренаж Сетона, один конец которого выводился из раны промежности по средней линии, а второй через внутреннее отверстие в просвете кишки. В послеоперационном периоде выполнялись перевязки, пациенты выписывались из стационара под наблюдение проктолога до формирования свища. Сроки формирования свища составили от 2 до 3 месяцев. В 70% случаев отмечалось формирование интрасфинктерного свищевого хода, у 20% больных формировался эсктрасфинктерный свищ, но прямой, без затеков, что значительно облегчало в последующем плановое хирургическое лечение и конечные результаты лечения. А у 10% пациентов наблюдалось полное прорезывание дренажа и выздоровление.

ВЫВОДЫ. 1. Двухэтапный подход является наиболее целесообразным и оправданным методом лечения острого парапроктита с транссфинктерным или экстрасфинктерным расположением гнойного хода. 2. Квалифицированные действия на первом этапе хирургического лечения играют определяющую роль в дальнейшем лечении транссфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки. Проведение эластического дренажа Сетона во время вскрытия парапроктита позволяет значительно уменьшить количество послеоперационных осложнений, улучшить конечные результаты лечения.

ПРОФИЛАКТИКА СТРИКТУР ПРЯМОЙ КИШКИ

Муравьев А.В., Лысенко О.В., Галстян А.Ш.,
Оверченко Д.Б., Журавель Р.В., Лысенко Д.О.

ФГБУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия

PREVENTION OF RECTAL STRICTURES

Muravyev A.V., Lysenko O.V., Galstyan A.Sh.,
Overchenko D.B., Zhuravel R.V., Lysenko D.O

Stavropol State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Stavropol, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Частота выявления рубцовых анальных стенозов после оперативных вмешательств колеблется в пределах 10%. Самой частой причиной большинством колопроктологов отмечается геморроидэктомия.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Путем разработки комплекса диагностических, профилактических и лечебных мероприятий сократить развитие послеоперационных рубцовых стенозов анального канала.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены больные хроническим геморроем, имеющие склонность к развитию избыточного рубцевания. Все пациенты с выявленными факторами риска разделены на три группы. В первую вошли пациенты, которым проводилось традиционное лечение без проведения противорубцовой терапии. Во вторую группу включены больные с идентичным уровнем риска, которым выполнена геморроидэктомия по Миллигану-Моргану и проводилась первичная профилактика патологического рубцеобразования. Больным третьей группы, наряду с медикаментозной профилактикой рубцового сужения, выполнено оперативное вмешательство (операция в нашей модификации — патент на изобретение №2551943), направленное на профилактическое закрытие раны частично сохранёнными местными тканями.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При проведении сравнительной оценки полученных клинических данных, выявлено, что в послеоперационном периоде во второй и третьей группах заживление послеоперационных ран проходило с формированием мягких эластичных рубцов, в то время как в первой группе рубцы были более плотными и менее эластичными. При контрольном осмотре через 1 месяц отмечено отсутствие осложнений в виде формирования стриктур у больных, получавших лечение по нашей схеме. У трети больных группы контроля отмечено формирование сужений 1–2 степени, по поводу которых проведено консервативное лечение.

ВЫВОДЫ. У пациентов, оперируемых по поводу хронического геморроя, для выбора метода хирургического вмешательства, необходимо выявлять предрасположенность к патологическому рубцеванию. Предложенные лечебно-профилактическая тактика у больных хроническим геморроем со склонностью и избыточному рубцеобразованию позволили значительно уменьшить количество послеоперационных осложнений, улучшить функциональные результаты лечения.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СТЕНОЗА АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Мухаббатов Дж.К., Аннаев М.Б.,
Хамроев Б.М., Мухаббатов А.Дж.

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абу али ибни Сино, Таджикистан

RISK FACTORS FOR POSTOPERATIVE ANAL CANAL STENOSIS

Mukhabbatov J.K., Annaev M.B.,
Khamroev B.M., Mukhabbatov A.J.

Department of General Surgery No. 1 of the State Medical University named after Abu Ali Ibni Sino, Tajikistan

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить предрасполагающие факторы риска развития послеоперационного стеноза анального канала.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведен анализ 58 клинических случаев с послеоперационным стенозом анального канала (ПСАК). Возраст больных варьировал от 23 до 74 лет, средний возраст составил 46,2 ± 0,6 года. Среди больных обеих групп преобладали лица мужского пола, которые составили 34 (63,3%) случаев.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Из 58 пациентов с ПСАК большее количество пришлось на группу пациентов, перенёсших операцию по поводу геморроя, которые составили 38 (65,5%) случаев. ПСАК наблюдалось после иссечения и низведения слизистой оболочки прямой кишки в анальный канал по поводу хронической анальной трещины в 14 (24,1%) случаях и после иссечения свищей прямой кишки — в 6 (10,3%) случаях. Наряду с нагноением послеоперационной раны, как одним из предрасполагающих факторов для развития ПСАК, изучались и клинико-морфологические изменения тканей дистального отдела прямой кишки, то есть наличие синдрома натяжения тканей. В послеоперационном периоде среди пациентов ПСАК синдром натяжения тканей I степени наблюдался в 32 (55,2%) и II степени — в 11 (18,9%) случаях, соответственно. А пациентов с синдромом III степени не выявлено. В большинстве случаев (38 (65,5%)) ПСАК среди больных наблюдалось у тех пациентов, у которых в послеоперационном периоде наблюдался синдром натяжения тканей. В остальных случаях нагноение послеоперационной раны способствовало к развитию сужения АК в отдалённом операционном периоде: 24,1% и 10,3% после иссечения ХАТ параректального свища, соответственно.

ВЫВОД. Одним из предрасполагающих факторов к развитию послеоперационного стеноза анального канала у больных с патологиями анального канала является развитие синдрома натяжения тканей.

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СУЖЕНИЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Мухаббатов Дж.К., Аннаев М.Б.,
Хамроев Б.М., Сафолова Ф.М.

Кафедра общей хирургии №1 ГОУ ТГМУ им. Абу али ибни Сино, Таджикистан

FEATURES OF THE ETIOLOGY OF POSTOPERATIVE NARROWING OF THE ANAL CANAL

Mukhabbatov J.K., Annaev M.B.,
Khamroev B.M., Safolova F.M.

Department of General Surgery No. 1 of the State Medical University named after Abu Ali ibn Sina, Tajikistan

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сравнение характера послеоперационного стеноза анального канала после острых и хронических хирургических патологий.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведен анализ 72 клинических наблюдений с послеоперационным стенозом анального канала (ПСАК) за период с 2009 по 2022 гг. Больные были разделены на две группы. Первую группу составили пациенты с ПСАК по поводу хронической патологии анального канала. Во вторую группу включили пациентов с сужением анального канала после хирургического лечения острой хирургической патологии анального канала. Возраст больных варьировал от 23 до 72 лет, средний возраст пациентов составил 44,2 ± 0,4 лет. Среди больных обеих групп преобладали лица мужского пола, которые составили 49 (68,1%) случаев. Всем пациентам проводились клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сужение АК I степени отмечено в 8 (11,1%) случаях, II степени — в 53 (73,6%) и III степени — в 11 (15,3%) случаях. Больные ОГ, которым в анамнезе проводилось оперативное вмешательство по поводу хронической хирургической патологии АК, составили 60 (83,3%) случаев: 42 (70,0%) пациента — с хроническим геморроем, 13 (21,7%) — с хронической анальной трещиной и 5 (8,3%) — с хроническим парапроктитом свищевой формы. Пациенты КГ, которым было проведено хирургическое лечение острой патологии АК с последующим развитием ПСАК составили 12 (16,7%) случаев. Из них 4 (33,3%) случая сужения АК — в группе больных с парапроктитом с частыми обострениями, 3 (25,0%) случая — с острой анальной трещиной и 5 (41,7%) случаев — с острым парапроктитом. Пациентов с ПСАК с острым геморроем в анамнезе не выявлено. Необходимо отметить, что у больных с острыми патологиями АК, у которых в отдалённом послеоперационном периоде наблюдался ПСАК, в 33,3% случаях наблюдалась предрасположенность к образованию грубых рубцов в области послеоперационной раны АК. Также у данной категории больных отмечены случаи деформации промежности.

ВЫВОД. Проведённое сравнение характера послеоперационного стеноза анального канала после острых и хронических хирургических патологий показало, что более сложные формы сужения с деформацией промежности преобладают у больных после проведённых оперативных вмешательств по поводу острых хирургических патологий анального канала.

АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЯМИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М., Мухаббатов А.Дж., Сафолова Ф.М.

Кафедра обшей хирургии №1 ТГМУ им Абу али ибни Сино, Таджикистан

ANEMIA IN PATIENTS WITH ANAL CANAL PATHOLOGIES IN COMBINATION WITH DIABETES MELLITUS

Mukhabbatov J.K., Khamroev B.M., Mukhabbatov A.J., Safolova F.M.

Department of General Surgery No. 1 of Abu Ali ibn Sino TSMU, Tajikistan

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Выявить частоту встречаемости анемии среди больных с патологиями анального канала на фоне сахарного диабета (СД).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Нами проведён ретроспективный анализ 9822 больных, которые находились на стационарном лечении в отделении колопроктологии ГУ ГМЦ №2 г. Душанбе с 2012 по 2021 гг. Все больные были разделены на две группы, которые поступили в отделение в течение последних лет. В первую группу включены больные с 2012 по 2016 гг., которую составили 4732 (48,2%) пациентов. Во вторую группу — с 2017 по 2021 гг., которую составили 5090 (51,8%) пациентов. Средний возраст больных составил 42,2 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. У 497 (5,1%) из всех колопроктологических больных (9822) выявлено наличие СД. Среди них первично установлено наличие СД у 286 (57,5%) пациентов. Больных в стадии декомпенсации было в 12-ти случаях: с острым парапроктитом 5 случаев — в первой и 11 случаев — во второй группе. В остальных случаях пациенты были в стадии компенсации или субкомпенсации СД. Анемия разной степени тяжести у больных с патологиями анального канала на фоне СД среди 497 больных выявлена в 89 (19,1%) случаях: 36 (40,4%) — в первой группе и 53 (59,6%) — во второй группе. В первой группе больные с острым парапроктитом — 13 (36,1%) случаев, со свищами прямой кишки — 11 (30,5%), с хроническим геморроем — 7 (19,4%) и с хронической трещиной — 5 (13,8%). Во второй группе больные с острым парапроктитом выявлены в 18 (33,9%) случаях, со свищами прямой кишки — в 15 (28,3%), с хроническим геморроем — в 12 (22,6%) и с хронической анальной трещиной — в 8 (15,1%). Среди больных с патологией анального канала большую долю анемии разной степени тяжести составили пациенты без СД. В течение последних 10 лет происходит плавное увеличение количества больных анемией с патологиями анального канала на фоне СД: в первой группе было 40,4% случаев, а во второй стало 59,6%.

ВЫВОД. Анемия разной степени тяжести у больных с патологиями анального канала в сочетании с сахарным диабетом встречается в 19,1% случаях и имеет тенденцию к увеличению ежегодно, большую часть которых составляют больные с гнойно-воспалительными заболеваниями анального канала, в частотности с острым парапроктитом и свищами прямой кишки в сочетании с хроническим геморроем или хронической анальной трещиной, осложненными кровотечением.

ХАРАКТЕР НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У БОЛЬНЫХ СО СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М., Мухаббатов А.Дж., Сафолова Ф.М.

Кафедра обшей хирургии №1 ТГМУ им Абу али ибни Сино, Таджикистан

THE NATURE OF ANAL SPHINCTER INSUFFICIENCY IN PATIENTS WITH RECTAL FISTULAS IN COMBINATION WITH DIABETES MELLITUS

Mukhabbatov J.K., Khamraev B.M., Mukhabbatov A.J., Safolova F.M.

Department of General Surgery No. 1 of Abu Ali ibn Sino TSMU, Tajikistan

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить особенности функционального состояния анального сфинктера у больных со свищами прямой кишки в сочетании с сахарным диабетом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Нами проведён сравнительный анализ функциональных показателей 60 больных со свищами прямой кишки (СПК) в сочетании с сахарным диабетом (основная группа — ОГ) и 60 больных со СПК без сахарного диабета (контрольная группа — КГ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Жалобы пациентов на недержание газов наблюдались у 19 (15,8%) пациентов: в 15 (25,0%) — в ОГ и в 4 (6,7%) — в КГ. Среди всех больных (120) недержание жидкого кишечного содержимого отмечали в 3 (2,5%) случаях: 2 (3,3%) — в ОГ и 1 (1,7%) — в КГ.

По данным сфинктерометрии, частота встречаемости разных степеней НАС была больше у пациентов со СПК на фоне СД: 17 (28,3%) в ОГ (с силой сфинктера, в среднем, 490 ± 4,0 в группе), против 5 (8,3%) случаев в КГ (с силой сфинктера, в среднем, 560 ± 4,2 в группе). Следует отметить, что наибольшую долю НАС составила I степень среди всех больных, которое составило 19 (82,6% из 24). В 18 случаях обнаружено снижение показателей давления в анальном канале (в среднем, 44 ± 3,0 в I, 46 ± 2,8 — во II подгруппе и 58,5 ± 2,4 — в КГ) и ректоанального рефлекса (порога рефлекса, амплитуды и длительности) среди больных исследуемых групп: в ОГ — в 13 (21,7%) случаев и в КГ — в 5 (8,3%). Необходимо отметить, что по данным кожно-анального рефлекса, сфинктерометрии и аноректальной манометрии, а также при других инструментальных исследованиях (УЗИ), среди 17 (28,3%) из 60 больных со СПК на фоне СД с I и II-й степенями НАС у 5 (29,4%) из 17 из них не было выявлено выраженных рубцово-воспалительных изменений АС или дефекта последнего. Кроме этого, у этих пациентов было установлено только снижение кожно-анального рефлюкса и показателей манометрии внутреннего АС, что говорит о функциональном характере анальной недостаточности. С выраженными воспалительными изменениями анального сфинктера и снижением кожно-анального рефлекса, а также понижением параметров манометрии анальная недостаточность выявлена у 8 (47,1%) из 17 больных со СПК в сочетании с СД, которые составили смешанную форму НАС.

ВЫВОД. У больных со свищами прямой кишки в сочетании с сахарным диабетом показало преобладание смешанной формы недостаточности анального сфинктера.

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ УЛЬТРАЗВУКОВЫМ СКАЛЬПЕЛЕМ

Мухин И.А., Вышегородцев Д.В., Фоменко О.Ю., Кузьминов А.М., Королик В.Ю.

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

EVALUATION OF HARMONIC HEMORRHOIDECTOMY RESULTS

Mukhin I.A., Vyshegorodtsev D.V., Fomenko O.Yu., Kuzminov A.M., Korolik V.Yu.,

Ryzhikh National Medical Research Centre for Coloproctology of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Геморрой является наиболее распространенным колопроктологическим заболеванием. Геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем один из наиболее эффективных хирургических методов лечения хронического геморроя 4В стадии. Однако, несмотря на радикальный характер методики, она сопровождается выраженным болевым синдром (33–40%), дизурическими расстройствами (15–24%), кровотечениями (2–10%) и длительным периодом нетрудоспособности (35–45 дней) с возможным развитием недостаточности анального сфинктера (0–9,4%).

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов лечения пациентов с геморроем 4 В стадией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» в период с 2015 по 2017 гг. геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем была выполнена 500 пациентам по поводу комбинированного геморроя 4В стадии. Из них 293 (58,6%) мужчины и 207 (41,4%) женщин. Возраст пациентов составил от 22 до 76 лет, продолжительность заболевания варьировалась от 1 месяца до 45 лет. Всем больным до и после операции на 10 и 45 день проводилось комплексное обследование: сбор анамнеза, пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия, профилометрия, ультразвуковое исследование ректальным датчиком, колоноскопия, анкетирование по шкале Wexner.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Профилометрия, выполненная у всех 500 пациентов уже в дооперационном периоде, у 11% (55/500) пациентов позволила диагностировать сниженное внутрианального давления, при этом у (11/500) 2,2% пациентов до операции имелись клинические проявления — недержание газов, что соответствовало (НАС 1 степени). К 45 дню после операции, явления недостаточности анального сфинктера отмечены у 25/500 (5%) пациентов это было подтверждено данными сфинктерометрии. Из 25/500 (5%) пациентов, у 2,2% (11/500) имелись клинические проявления — недержание газов, что соответствовало НАС 1 степени, у 14 пациентов определялось изначально сниженное внутрианальное давление. Всем пациентам с явлениями НАС проведена консервативная реабилитация в объёме БОС-терапии, электрической анальной стимуляции (АС), тибиальной нейромодуляции (TNM) продолжительностью 15 дней. Комплексная консервативная реабилитация у 28,0% (7/25) пациентов позволила полностью восстановить функцию анального держания, положительная динамика в виде улучшения клинико-инструментальных показателей регистрировались у 72,0% (18/25) больных.

ВЫВОДЫ. Прогностической группой риска развития НАС в послеоперационном периоде являются пациенты с исходно сниженными параметрами внутрианального давления — больные с исходной и субклинической формами НАС.

ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕМОРРОИДОПЛАСТИКИ (LHP) ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Немченко И.А., Можаев Д.А., Новиков Д.В., Авезова Д.Б.

ГБУЗ СО СГКДП № 14, Самара, Россия

THREE YEARS OF EXPERIENCE IN PERFORMING HEMORRHOIDOPLASTY (LHP) UNDER LOCAL ANESTHESIA ON AN OUTPATIENT BASIS

Nemchenko I.A., Mozhaev D.A., Novikov D.V., Avezova D.B.

GBUZ SO «Samara city Consultative and diagnostic polyclinic № 14», Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. При использовании методики геморроидопластики (LHP) под местной анестезией в амбулаторных условиях лечение хронического геморроя выполняется в кратчайшие сроки с минимальными осложнениями.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Анализ результатов проведения геморроидопластики (LHP) под местной анестезией в амбулаторных условиях.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. Лазерная геморроидопластика (LHP) выполнена у 63 пациентов (2019–2022 гг.). Геморрой II стадии — 49 пациентов, III стадии — 14 пациентов. Сопутствующие проктологические заболевания: анальные кондиломы — 5, хроническая анальная трещина — 3, неспецифический язвенный колит — 2, анальный полип — 2. Оперативное лечение выполнялось с помощью светодиодного лазера ACT1470 в импульсном режиме с длиной волны 1470 nm. Все операции проводились под местной анестезией путем введения 0,5% раствора новокаина в аноректальную область. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила от 15 до 35 минут. В послеоперационном периоде пациенты находились под наблюдением в клинике в течение 1 часа. Средняя продолжительность пребывания пациента в клинике составила 90 минут.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Послеоперационный болевой синдром отсутствовал у 8 пациентов, слабовыраженный — 53 пациентов, выраженный — 2 пациентов. Период нетрудоспособности составил 5–7 дней. Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 7 пациентов: зуд и жжение — 4, гематома перианальной области — 3. Возникшие осложнения в послеоперационном периоде не требовали специфического лечения и купировались самостоятельно, в среднем, за 72 часа.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Проведение геморроидопластики (LHP) под местной анестезией в амбулаторных условиях имеет ряд преимуществ, основными из которых являются: минимальная предоперационная подготовка пациентов, малоинвазивность и эффективность оперативного вмешательства, отсутствие необходимости в длительном (стационарном) наблюдении за пациентами в послеоперационном периоде, короткий период восстановления.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ «ЗАКРЫТЫХ» МЕТОДИК

Нечай И.А., Божченко А.А., Мальцев Н.П., Ветошкин В.А., Якунина М.Ю.

Санкт-Петербургский Государственный Университет, медицинский факультет, СПб ГБУЗ «ГБ №40», Санкт-Петербург, Россия

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PILONIDAL DISEASE WITH THE USE OF "CLOSED" TECHNIQUES

Nechai I.A., Bozhchenko A.A., Maltcev N.P., Vetochkin V.A., Yakunina M.Yu.

Saint-Petersburg State University, faculty of medicine, hospital 40, Saint-Petersburg, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. В России заболеваемость ЭКХ — 26 на 100000 населения, в странах с жарким климатом встречается чаще, в Турции эта болезнь наблюдается у 6,6% населения в возрасте от 17 до 28 лет.
ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка отдаленных результатов применения «закрытых» методик оперативного лечения ЭКХ.
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ отдаленных результатов «закрытых» операций у 147 больных, разделенных на 2 группы. В первую включены 117 пациентов, перенесших операции по Karydakis и иссечение ЭКХ с мобилизацией ягодичной фасции. Во вторую — 30 пациентов, перенесших лазерную облитерацию ЭКХ (SiLaC).
РЕЗУЛЬТАТЫ. В первой группе заживление первичным натяжением со снятием швов на 8–10-е сутки наблюдалось у 107 (91,4%) пациентов. Осложнения — 8,5%. У 8 (6,8%) больных — серомы послеоперационной раны, 1 (0,85%) — гематома раны, 1 — нагноение раны. Рецидив установлен у 4 (3,4%) пациентов, только после операций с мобилизацией ягодичной фасции. При анкетировании: довольны результатами операции 91 (95,8%) пациент. 31 (32,6%) человек из опрошенных отметили нарушение чувствительности в зоне п/о рубца. После SiLaC осложнений не было. Средний койко-день — 2. Полная эпителизация через 5–6 недель после операции. Рецидив выявлен у 4 больных. При анкетировании: удовлетворены результатами операции 65% пациентов. 2 (7,7%) отметили дискомфорт в области операции в покое, 4 (15,3%) — при длительном нахождении в положении сидя, ещё у 2 (7,7%) дискомфорт возникает при занятиях спортом.
ВЫВОДЫ. «Закрытые» методики оперативного лечения пилонидальной болезни являются эффективными, сопровождаются коротким сроком заживления ран с формированием линейного рубца, быстрым периодом реабилитации и хорошими отдаленными функциональными результатами.
Лазерная облитерация ЭКХ с использованием волокна Filac Fistula Probe — это малоинвазивная и эффективная операция, которая легко переносится пациентами, а сроки госпитализации минимальны.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ HAL-RAR И LHP — ЧЕМУ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ?

Нечай И.А., Мальцев Н.П., Каримзода З.К., Ветошкин В.А.

Санкт-Петербургский Государственный Университет, медицинский факультет, СПб ГБУЗ «ГБ №40», Санкт-Петербург, Россия

LONG-TERM RESULTS OF HAL-RAR AND LHP OPERATIONS — WHAT SHOULD BE PREFERRED?

Nechai I.A., Maltcev N.P., Karimzoda Z.K., Vetoshkin V.A.

Saint-Petersburg State University, faculty of medicine, hospital 40, Saint-Petersburg, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Распространенность геморроидальной болезни в России составляет 130–145 человек на 1000 взрослого населения. Изучение эффективности малоинвазивных методик оперативного лечения геморроя — актуальная проблема колопроктологии.
ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка отдаленных результатов операций HAL-RAR и LHP в лечении геморроидальной болезни.
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Анализированы отдаленные результаты применения методик HAL-RAR у 89 больных и LHP у 198 пациентов. Проведено анкетирование 162 пациентов из двух групп. Выполнен статистический анализ полученных данных с использованием программы Excel (Microsoft) и SPSS Statistics Version 26 (IBM).
РЕЗУЛЬТАТЫ. В группе пациентов, перенесших методику HAL-RAR, время операции составило 25–60 минут, кровопотеря — до 20 мл, п/о койко-день — 1–5. Осложнения развились у 9 (10,1% больных). Кровотечение — 3 (3,4%), тромбоз наружного геморроидального узла — 5 (5,6%), острая задержка мочеиспускания — 1 (1,1%). Рецидив составил 7,8% (7 больных). По результатам анкетирования 87,3% (69 пациентов) полностью удовлетворены результатами операции. В группе пациентов, перенесших методику LHP, время операции составило 15–30 минут, кровопотеря — до 10 мл, п/о койко-день — 1. Осложнения развились у 22 (11,1%) пациентов. Тромбоз наружного геморроидального узла — 1 (0,5%), интраоперационная гематома — 21 (10,6%). Рецидив составил 7,0% (14 больных). По результатам анкетирования 86,7% (72 пациента) полностью удовлетворены результатами операции.
ВЫВОДЫ. Обе операции — HAL-RAR и LHP являются эффективными, сопровождаются минимально выраженным болевым синдромом, быстрым периодом реабилитации и хорошими отдаленными функциональными результатами.
1. Методика LHP технически более простая, не сопровождается послеоперационными осложнениями.
2. При выборе способа хирургического лечения геморроидальной болезни 2–3 ст. мы отдаем предпочтение операции LHP.

ВЫБОР МЕТОДА ИССЕЧЕНИЯ ИЗБЫТКА СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ РЕКТОЦЕЛЕ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЗАТРУДНЕННОЙ ДЕФЕКАЦИИ

Олейник Н.В., Кривчикова А.П., Ярош А.Л., Братищева Н.Н., Карпачев А.А., Солошенко А.В., Аленичева М.С.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия

SELECTION OF THE METHOD OF EXCISION OF EXCESS RECTAL MUCOSA IN RECTOCELE FOR CORRECTION OF OBSTRUCTED BOWEL MOVEMENTS

Oleinik N.V., Krivchikova A.P., Yarosh A.L., Batishcheva N.N., Karpachev A.A., Soloshenko A.V., Alenicheva M.S.

Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. У 40% пациенток с ректоцеле имеется опущение слизистой прямой кишки. Сочетание патологии клинически проявляется синдромом обструктивной дефекации.

ЦЕЛЬЮ данной работы является оценка эффективности и безопасности трансанального иссечения слизистой прямой кишки и трансанальной степлерной резекции слизистой прямой кишки (STARR) при данной патологии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Пациентки, госпитализированные в колопроктологическое отделение Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа в 2019–2020 гг. были распределены в две группы по 30 человек в каждой путем рандомизации. Группу 1 составили 30 пациенток, которым была произведена трансанальная резекция слизистой прямой кишки и леваторопластика трансректальным доступом. Группу 2 составили 30 пациенток, которым была выполнена операция STARR. Контроль результатов лечения проводился через неделю и через год после операции. Он включал оценку послеоперационных осложнений, анатомическую оценку и оценку функции опорожнения путем проведения дефекографии. С помощью опросников оценивалось качество жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Осложнения в группе STARR отмечены у 2 (6,6%): кровотечение из зоны скобочного шва как результат травмирования каловыми массами на 1 и 2 сутки после операции. В группе с трансанальным иссечением слизистой у 3 (10,0%) пациенток отмечены гнойно-воспалительные осложнения. Результаты дефекографии показали полную коррекцию ректоцеле у 21 (70%) пациентки группы 1 и у 19 (63,3%) пациенток группы 2. У остальных пациенток сохранялось ректоцеле I степени. Рентгенологические симптомы опущения слизистой прямой кишки сохранялись у 3 пациенток группы 2 и у 2 пациенток группы 1. Неполная эвакуация бария отмечена у 10 (33,3%) пациенток группы 1 и у 11 (36,6%) пациенток группы 2. У пациенток группы 2 отмечена более высокая частота диспареунии: у 8 (26,6%) в сравнении с 3 (10,0%) пациентками первой группы. Тем не менее, удовлетворенность пациенток результатами лечения через год после лечения была высокой. На основании анализа опросников 42 из 60 пациенток показали «отличные» или «хорошие» результаты. Эти мнения был сопоставлены с рентгенологическими результатами последующего наблюдения. Только 5 пациенток с сохраняющимся опущением слизистой оболочки жаловались на сохранение симптомов затрудненной дефекации; 3 пациентки группы 1 и 2 пациентки группы 2 сообщили о хороших результатах, хотя была проведена неполная коррекция ректоцеле.

ВЫВОДЫ. Достоверных различий по частоте осложнений, отдаленных анатомических и функциональных результатов в группах исследования не отмечено. Однако методика STARR технически проще, требует меньшего времени и сроков госпитализации, что компенсирует ее высокую стоимость.

НОВЫЙ СПОСОБ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ ПАРАРЕКТАЛЬНЫМИ СВИЩАМИ

Разин А.Н., Каторкин С.Е.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

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

Razin A.N., Katorkin S.E.

Samara state medical university, Samara, Russia

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

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ Анализу подвергнуты истории болезней 170 пациентов, оперированных по поводу сложных форм параректальных свищей, Предложенный способ пластической коррекции, основанный на ликвидации внутреннего свищевого отверстия путем низведения и устойчивой фиксации слизистой оболочки прямой кишки непрерывным съемным швом, осуществлен у 90 (52,9%) пациентов (основная группа). На данный способ получен патент на изобретение №2491024 от 27.08.13. Проктопластика с боковым смещением слизисто-подслизистого лоскута прямой кишки выполнена в 80 (47,1%) наблюдениях (контрольная группа).

РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем послеоперационном периоде, кровотечение из раны отмечено в 5 (6,3%) случаях у больных контрольной группы. Нагноение операционной раны у 4 (4,4%) больных основной группы и 5 (6,25%) пациентов контрольной группы. Острая задержка мочи — у 7 (7,8%) пациентов основной группы и у 8 (10,0%) пациентов контрольной группы. Ранний рецидив свища — в 2 (2,2%) случаях больных основной группы и у 5 (6,3%) больных контрольной группы. Средний период реабилитации в основной группе составил 28,3 ± 2,85 дней, в контрольной группе — 35,6 ± 5,95 дней. Отдаленные результаты лечения нами изучены у 130 больных. Рецидив заболевания в основной группе — 15 (16,7%), в контрольной группе — 27 (33,8%) пациентов. Недостаточности анального сфинктера в основной группе не было, в контрольной группе выявлена 1 ст. анальной инконтиненции у 7 (8,8%) пациентов.

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

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Сухаруков А.С., Трубин Д.С., Безалтынных А.А.

ФГБОУ ВО Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск, Россия

SOME QUESTIONS ABOUT THE POSSIBILITY OF CHOOSING THE OPTIMAL TACTICS IN THE TREATMENT OF PILONIDAL CYST

Sukharukov A.S., Trubin D.S., Bezaltynnykh A.A.

Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Эпителиальный копчиковый ход — это наиболее распространенное заболевание в «малой» колопроктологии, манифестирующее в трудоспособном возрасте. Данная патология существенно снижает качество жизни. В данный момент описано много хирургических способов лечения этой патологии, однако, рецидив заболевания после оперативного лечения составляет 10–15%. Сложность этой патологии состоит в неопределенности выбора метода лечения в каждом конкретном случае заболевания. Неправильная тактика, в свою очередь, повышает риск осложнений и рецидива ЭКХ в будущем. На данный момент не разработаны и не систематизированы критерии, согласно которым врач в определенной конкретной ситуации смог бы выбрать оптимальный способ хирургического лечения эпителиального копчикового хода, тем самым снижая риск дальнейшего рецидивирования заболевания.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Определить и систематизировать критерии, необходимые для оценки отдаленного лечения, для их объективизации с присвоением баллов каждому критерию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Для решения данной задачи нами была разработана авторская таблица, в которую внесены факторы, наиболее влияющие на развитие и клиническое течение пилонидальной кисты. Данная таблица оформлена в виде рационализаторского предложения (№: 1660 от 08.06.2022 ФГБОУ ВО Смоленский государственный медицинский университет).

Нами наиболее акцентировано внимание на анамнестических данных пациента (операции по поводу ЭКХ), наличие сопутствующей патологии (ВИЧ, сахарный диабет, гнойные заболевания кожи), анатомическую конфигурацию ягодично-крестцово-копчиковой области, а так же инструментальные данные (топография свищевого хода по данным УЗИ и фистулографии), расположение вторичных свищевых отверстий. Для объективизации каждому из этих критериев присваивается определенное количество баллов, в зависимости от суммы которых выбирается метод дальнейшего лечения ЭКХ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Данное рационализаторское предложение было апробировано на 30 пациентах, находившихся на лечении в отделении колопроктологии ОГБУЗ КБСМП в 2020–2021 гг. Срок наблюдения составил 1 год (по февраль 2022 года). В течение 1 года рецидивов заболевания не отмечалось.

ВЫВОДЫ. Приведенная методика выбора оптимальной тактики лечения ЭКХ на основании выбранных критериев является эффективной, снижает риск развития рецидива ЭКХ в дальнейшем. Однако для улучшения результатов лечения эпителиального копчикового хода группа больных (n = 30), подвергшаяся исследованию, нуждается в дальнейшем динамическом наблюдении.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ТОТАЛЬНОГО ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА

Тотиков В.З., Тотиков З.В., Тарамов У.У.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

TO THE QUESTION OF THE TREATMENT OF TOTAL PELVIC PROLAPSE

Totikov V.Z., Totikov Z.V., Taramov U.U.

North Ossetian State Medical Academy, Vladikavkaz, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ. Недостаточность тазового дна, по данным различных авторов, встречается у 25–85% рожавших женщин. Предложено огромное количество различных хирургических способов лечения, после которых количество рецидивов составляет 5–46%. Но наиболее актуальными остаются результаты лечения при тяжелых формах тотального пролапса, где количество рецидивов еще выше.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Снизить количество послеоперационных осложнений и рецидивов путем применения простого в исполнении оригинального способа пластики тазового дна.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В проспективном исследовании с 2010 по 2021 гг. у 72 больных для лечения тотального пролапса тазового дна был использован оригинальный способ пластики (патент № 2764370). У 29 пациенток операции были выполнены лапаротомным доступом, у других 43 больных — лапароскопическим. Максимальная длительность наблюдения за больными составила 11 лет. Для каждого вида доступа были разработаны свои алгоритмы технических действий.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Длительность оперативного вмешательства открытым доступом составила 72,4 + 23,2 минуты, видеолапароскопическим доступом — 86,5 + 36,7 минут. В послеоперационном периоде воспалительных осложнений и летальных исходов не было. У 5 пациенток старше 70 лет, с выпадением матки за пределы преддверия влагалища более чем на 8–10 см и отказавшихся от экстирпации матки, в последующем через 3–6 месяцев была дополнительно выполнена пластика влагалища промежностным доступом. Так же дополнительная пластика с целью сужения влагалища в последующем в течение 3–6 месяцев была выполнена еще у 12 пациенток, живущих половой жизнью. Еще у 5 больных отмечены признаки диспареунии. Истинный рецидив через 5–6 месяцев в виде цистоцеле отмечен был только у одной больной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предложенный способ лечения тотального тазового пролапса является технически простым в исполнении как лапаротомным, так и видеолапароскопическим доступом, способствует снижению как количества осложнении, так и рецидивов заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРИНОВОГО КЛЕЯ В ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Фролов С.А., Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Королик В.Ю., Богормистров И.С., Рындин А.Н.

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

THE USE OF FIBRIN GLUE IN THE TREATMENT OF RECTAL FISTULAS

Frolov S.A., Kuzminov A.M., Vyshegorodtsev D.V., Korolik V.Y., Bogormistrov I.S., Ryndin A.N.

Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Применение фибринового клея в лечении свищей прямой кишки относится к малоинвазивным методам, позволяющим минимизировать травматический характер вмешательства и сохранить функцию запирательного аппарата прямой кишки, однако сопровождается высоким процентом рецидива заболевания. При этом низкое содержание тромбина позволяет ускорить репаративные процессы и снизить частоту рецидивов заболевания, но в мировой литературе клинические исследования по данной тематике малочисленны.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты лечения свищей прямой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» в период с 2019 по 2022 гг. с применением фибринового клея было оперировано 25 пациентов: 19 (76,0%) мужчин и 6 (24,0%) женщин, средний возраст больных составил 42,12 (24–68) лет. Из них 12 (48,0%) с интра- и 13 (52,0%) с транссфинктерными свищами. Всем больным до операции и на 30 день после операции проводилось комплексное обследование: пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия, сфинктерометрия, трансректальное ультразвуковое исследование, анкетирование по шкале Wexner, оценка качества жизни с использованием опросника SF-36. Протяженность свищевого хода составила 21,64 (7–37) мм, у 4 (16%) больных были выявлены межсфинктерные затеки, у 1 (4%) — подкожный и у 1 (4%) — ишиоанальный затеки. По данным сфинктерометрии уже до операции у 52% (13/25) пациентов диагностировано снижение внутрианального давления, при этом у 1 (4%) пациентки имелись клинические проявления недержания, выявленные при помощи шкалы Wexner и соответствующие НАС 1 степени. Всем пациентам проведено двухэтапное лечение (патент № 2579629 от 10.03.2016 г.): на первом этапе выполнялась обработка свищевого хода при помощи радиоволнового коагулятора «Сургитрон», на втором этапе, который осуществлялся через 3–5 дней после первого этапа, производилось введение в раневой канал через наружное отверстие двухкомпонентного фибринового клея Криофит (концентрация тромбина 40 МЕ).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений выявлено не было. Сроки наблюдения составляют от 1 месяца до 36 месяцев после операции. У 3 (12%) пациентов развился рецидив заболевания, 1 (4,0%) пациент был с интрасфинктерным свищем, 2 (8%) — с транссфинктерными свищами, что потребовало иссечения свища в просвет кишки в случае с интрасфинктерным свищем, а 2 (8%) пациентам с транссфинктерными свищем было выполнено иссечение свища с ушиванием сфинктера. К 30 дню после операции, явления недостаточности анального сфинктера, выявленные при помощи шкалы Wexner и соответствующие НАС 1 степени, сохранялись у 1 (4%) пациентки.

ВЫВОДЫ. Результаты применения фибринового клея «Криофит» Плазма-ФТК с низким содержанием тромбина 40 МЕ с использованием двухэтапного метода лечения позволяют достичь высокого процента выздоровления.

ЛАЗЕРНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ

Фролов С.А., Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Трубачева Ю.Л., Фоменко О.Ю., Королик В.Ю., Богормистров И.С., Батталова А.М.

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

LASER DESTRUCTION OF HEMORRHOIDS IN THE TREATMENT OF HEMORRHOIDS

Sergey A. Frolov, Alexander M. Kuzminov, Dmitry V. Vyshegorodtsev, Yulia L. Trubacheva, Oksana Yu. Fomenko, Vyacheslav Yu. Korolik, Ilya S. Bogormistrov, Arina M. Battalova

Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. В настоящее время все большее распространение занимают малоинвазивные методы лечения геморроя, одной из них является лазерная деструкция внутренних геморроидальных узлов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты лечения геморроя II–III стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России методика лазерной деструкции внутренних геморроидальных узлов применена у 60 пациентов с геморроем II и III стадии. Из них 45 (75%) мужчин, 15 (25%) женщин. Медиана возраста составила 38 (23–77) лет. Используемый метод заключается в деструкции кавернозной ткани внутреннего геморроидального узла под воздействием лазера с длиной волны 1940 нм.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 5 (8,3%) пациентов возникли осложнения: в 3 (5%) случаях интраоперационное кровотечение, связанное с повреждением слизистой оболочки над геморроидальным узлом, что потребовало выполнения геморроидэктомии. В раннем послеоперационном периоде у 2 (3,3%) пациентов развилась острая задержка мочеиспускания, а 5 (8,3%) больным диагностирован тромбоз наружных геморроидальных узлов, что потребовало проведение консервативных мероприятий. При оценке интенсивности болевого синдрома по шкале ВАШ, уже к 7 дню после операции, у 93% пациентов болевой синдром соответствовал 0 баллов. Оценка отдаленных результатов производилась в сроки 1, 3, 6 месяцев после операции с помощью аноскопии и трансректального ультразвукового исследования с допплерографией, которые показали отсутствие рецидива заболевания у всех оперированных больных. Применение сфинктерометрии до и после операции у всех пациентов показало отсутствие НАС после лазерного воздействия на структуры анального жома.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Использование диодного лазера с длиной волны 1940 нм в хирургическом лечении геморроя II–III стадии показало его высокую эффективность и безопасность. В настоящее время требуется проведение дальнейшего исследования с целью определения оптимального количества энергии в зависимости от размера внутреннего геморроидального узла.

НОВЫЙ ДВУХЭТАПНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Харабет Е.И., Грошилин В.С.,
Мрыхин Г.А., Кузнецов В.Д.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону, Россия

THE NEW TWO-STAGE METHOD OF PILONIDAL CYSTS TREATMENT

Kharabet E.I., Groshilin V.S.,
Mrykhin G.A., Kuznetsov V.D.

Rostov State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Rostov-on-Don, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Все большее распространение получает внедрение малоинвазивных методов лечения эпителиального копчикового хода, в числе которых применение лазерных технологий (SiLAC) и эндовидеохирургических техник (EPSiT). При этом частота развития рецидива после использования этих методик, по-прежнему составляет от 20 до 25%, что мотивирует к совершенствованию способов лечения ЭКХ.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Повышение эффективности лечения и снижение числа рецидивов у больных с ЭКХ путём обоснования и разработки технологии двухэтапного лечения (с применением локального лазерного воздействия и последующей радикальной операцией).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Дизайн исследования был представлен рандомизированным проспективным изучением 60 клинических случаев разделенных на 3 группы. В I группе — 20 пациентов оперированы по разработанной оригинальной методике. Первым этапом пациентам данной группы амбулаторно произведена лазерная облитерация свищевых ходов. Вторым этапом иссекали ЭКХ и остаточные полости и пластически закрывали дефект перемещением кожно-подкожного лоскута. Во II группе (n = 20) наблюдений применяли методику «cleft lift» в аутентичной модификации Bascom-Karydakis (Bascom II). В III группе (n = 20) широкое иссечения ходов вместе с окружающей подкожной клетчаткой до крестцово-копчиковой фасции и закрытие послеоперационного дефекта без использования технологии «cleft lift».

РЕЗУЛЬТАТЫ. В 1 группе наблюдений по результатам исследования отмечался значительно меньший удельный вес послеоперационных осложнений, таких как: прорезывание швов, расхождение краев раны, формирование сером. В 2 (10,0%) случаях отмечено нагноения раны. Рецидивов за период наблюдения в 1 год не зафиксировано. Средний срок госпитализации в данной группе составил 4,6 ± 1,3 суток, что значительно ниже, чем во 2 группе — 7,0 ± 2,1 койко-дня и 3 группе — 8,2 ± 2,4, соответственно. Косметический эффект при не осложненном течении послеоперационного периода в 1-й и 2-й группах был сопоставим, в 3-й отмечались грубые деформирующие рубцы.

ВЫВОДЫ. Разработанный способ двухэтапного хирургического лечения ЭКХ позволяет повысить эффективность хирургического лечения, снизить количество рецидивов и осложнений, сократить сроки временной нетрудоспособности, получить хороший косметический эффект.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ LHP ПРИ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ

Харабет Е.И.[1], Зубенков М.В.[2],
Коротков С.А.[1], Головко Е.Б.[1]

[1] *Мед. центр «Медси», Москва, Россия*
[2] *Мед. центр «Глобал Клиник», Нижний Новгород, Россия*

LONG-TERM RESULTS OF THE APPLICATION OF THE LHP TECHNIQUE FOR HEMORRHOIDAL DISEASE

Kharabet E.I.[1], Zubenkov M.V.[2],
Korotkov S.A.[1], Golovko E.B.[1]

[1] *Medical Center «Medsi», Moscow, Russia*
[2] *Medical Center «Global Clinic», Nizhny Novogorod, Russia*

АКТУАЛЬНОСТЬ. На современном этапе развития медицины очень актуальны малоинвазивные оперативные методы лечения геморроя, позволяющие устранить симптомы заболевания в кратчайшие сроки. Одним из них является лазерная субмукозная геморроидопластика (LHP), принцип которой заключается в точечном подслизистом доступе к ткани геморроидальных узлов и денатурации их путем воздействия лазерной энергии.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить отдаленные результаты использования методики LHP при внутреннем геморрое II–III стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Изучен совместный опыт и отслежены отдаленные результаты 783 больных, прооперированных методом LHP в 2018–2021 гг. в медицинских центрах «Медси» (Москва) и «Глобал Клиник» (Н.Новгород) с заболеванием геморрой II стадии у 581 (74,2%) и III стадии — у 202 (25,8%) больных. Возраст больных от 18 до 87 лет. Всем больным операции проводились в условиях стационара одного дня пребывания, в 580 (74,1%) случаях — под местной анестезией и в 203 (25,9%) случаях — под общей внутривенной анестезией. Использовался оригинальный аппарат «Ceralas» Biolitec (1,47 мкм) у 620 (79,2%) больных и аппарат «ИРЭ-Полюс» IPG (1,56 мкм) — у 163 (20,8%) больных. Применялся импульсный режим и мощность 8 Вт, статистически значимой разницы в результатах при применении этих двух аппаратов разных производителей не было выявлено, но, что немаловажно, во всех случаях применения методики LHP использовался именно оригинальный световод LHP-Fiber Biolitec. При геморрое III стадии с выраженным пролапсом геморроидальных узлов производилась комбинация метода LHP с мукопексией.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Индекс боли VAS в послеоперационном периоде — 2–4 балла, средние сроки нетрудоспособности — 5–7 дней. Из послеоперационных осложнений: кровотечения — у 10 (1,3%), подкожно-подслизистый абсцесс — у 5 (0,6%), тромбоз наружного геморроидального узла — у 23 (2,9%) больных. Сроки наблюдения после операции составили 12–57 месяцев. В течение всего срока наблюдения у 48 (8,3%) больных II стадии и у 33 (16,3%) III стадии был выявлен рецидив заболевания

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Отдаленные результаты при применении данной методики показывают невыраженный п/о болевой синдром, низкий процент послеоперационных осложнений, ранние сроки реабилитации, а также достаточно высокую эффективность малоинвазивного хирургического метода LHP, особенно

при геморрое II стадии, что подтверждается небольшим процентом рецидивов.

КРАТКОВРЕМЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ЭКСТРАЛЕВАТОРНЫХ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНЫХ ЭКСТИРПАЦИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПЛАСТИКОЙ ТАЗОВОГО ДНА ЯГОДИЧНОЙ МЫШЦЕЙ: ПЕРВИЧНЫЙ ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА

Хубезов Д.А.[1], Зайцев О.В.[1,2], Игнатов И.С.[1,2], Огорельцев А.Ю.[1,2], Пучков Д.К.[1], Ли Ю.Б.[2], Юдин М.А.[2], Бурмистрова С.С.[1], Леухина Т.И.[1]

[1] *ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия*
[2] *ГБУ РОО КБ, Рязань, Рязань, Россия*

SHORT-TERM AND LONG-TERM OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC EXTRALEVATOR ABDOMINOPERINEAL RESECTIONS OF THE RECTUM WITH THE GLUTEOPLASTY: THE PRIMARY EXPERIENCE OF ONE CLINICAL CENTRE

Khubezov D.A.[1], Zaitsev O.V.[1,2], Ignatov I.S.[1,2], Ogoreltsev A.Y.[1,2], Puchkov D.K.[1], Li Y.B.[2], Yudin M.A.[2], Burmistrova S.S.[1], Leuhina T.I.[1]

[1] *Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia*
[2] *Ryazan State Clinical Hospital, Ryazan, Russia*

АКТУАЛЬНОСТЬ. В настоящее время предложено несколько методик пластического закрытия дефекта тазового дна после экстралеваторных брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки (ЭЛБПЭ ПК): аллопластика, пластика VRAM лоскутом, пластика ягодичной мышцей (глютеопластика). По данным мировой литературы, пластическое закрытие промежностной раны приводит к уменьшению частоты раневых осложнений и промежностных грыж по сравнению с простым ушиванием.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Продемонстрировать кратковременные и отдаленные результаты первых лапароскопических ЭЛБПЭ ПК с глютеопластикой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В 2021 г. в нашей клинике выполнено три ЭЛБПЭ ПК с глютеопластикой по поводу рака нижнеампулярного отдела прямой кишки. Все пациенты были мужчинами, средний возраст составил 66,6 лет, ИМТ — 30,9 кг/м^2. Во всех случаях проводилась неоадъювантная химиолучевая терапия.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя продолжительность операции составила 228,3 мин., кровопотеря — 80,4 мл. Интраоперационных осложнений отмечено не было. Резекция копчика потребовалась лишь в одном случае, в остальных случаях копчик не затруднял мобилизацию. У пациента М. было отмечено прорастание в простатическую часть уретры, в связи с чем потребовалась резекция пораженного участка уретры. Дефект уретры был ушит на мочевом катетере. Пациенты, в среднем, пробыли в стационаре 10,8 койко-дней после операции. Только в одном случае возникло раневое осложнение — серома, после дренирования которой наступило полное заживление. Дискомфорта в области раны и двигательных нарушений в раннем послеоперационном периоде не было отмечено ни в одном из случаев. Средний период прослеживаемости отдаленных результатов на июль 2022 года составил 12,5 месяцев. На момент исследования все пациенты живы. Местных рецидивов отмечено не было. У одного пациента отмечено прогрессирование процесса в виде лимфаденопатии запирательных лимфатических узлов, по поводу чего проводится лекарственное лечение, на фоне чего получена стабилизация. Промежностных грыж не отмечено. Нарушений двигательных функций нижних конечностей, болевых ощущений пациенты не отмечают.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. На наш взгляд, ЭЛБПЭ ПК должна заканчиваться пластикой тазового дна, что позволяет снизить частоту раневых осложнений по сравнению с традиционным «простым» ушиванием раны. Глютеопластика является предпочтительным способом пластики тазового дна по сравнению с другими более сложными методиками. Резекция копчика при ЭЛБПЭПК не должна быть рутинной, так как мобилизация прямой кишки возможна и без неё.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

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

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

RESULTS OF VAC-THERAPY IN SURGICAL TREATMENT OF PILONIDAL SINUS

Cherkasov M.F., Galashokyan K.M., Startsev Yu.M., Melikova S.G., Rogachev A.A.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) проявляется в активном трудоспособном возрасте и более половины пациентов оперируются до 30 лет. Результаты лечения ЭКХ нельзя назвать удовлетворительными: у 6–30% — рецидивы, у 13–24% — осложнения. Для заживления ран после иссечения ЭКХ требуется длительное время, что снижает качество жизни пациентов. Актуальность разработки эффективных методов заживления ран не вызывает сомнений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов лечения больных с ранами крестцово-копчиковой области путём применения в практике вакуум-терапии (VAC-therapy).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Представлены результаты анализа хирургического лечения 149 больных с ЭКХ. Выполнено 34 операции иссечения с открытым ведением, 33 — с иссечением и марсупиализацией раны, 43 — с первичным швом и 39 больным выполнено иссечение с последующей вакуум-терапией.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В группе больных с вакуум-терапией гнойных осложнений не отмечено. При традиционном лечении вторичным заживлением нагноительные осложнения зафиксированы в 5 (14,7%) случаях, при марсупиализации — 9 (27,3%), при первичном шве — 14 (32,6%). Наименьшее количество койко-дней отмечено при применении вакуум-терапии, что составило, в среднем, 9,2 дня. Период эпителизации ран с вакуумной терапией составил, в среднем, 27,4 дней, с традиционным лечением мазевыми повязками — 67,3 дней, с марсупиализацией — 37 дней, а у больных со швами Донати составил 16,3 дня. Рецидив заболевания в подгруппе с применением VAC отмечен в 1 (2,6%) случае, в то время, как у больных с традиционными методиками достигал 11%.

ВЫВОДЫ. Представленный способ лечения с применением вакуум-терапии позволяет уменьшить период

заживления ран крестцово-копчиковой области после иссечения эпителиального копчикового хода и снижает частоту послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ СФИНКТЕРОСБЕРЕГАЮЩЕГО ЛИГАТУРНОГО МЕТОДА ПРИ СЛОЖНЫХ ПАРААНАЛЬНЫХ СВИЩАХ

Чистохин С.Ю., Белоцкая Л.В.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, ЧУЗ Клиническая больница «РЖД-Медицина», Чита, Россия

RESULTS OF THE SPHINCTER-PRESERVED METHOD FOR COMPLEX PARAANAL FISTULAS

Chistokhin S.Ju., Belotskaya L.V.

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

В последние годы в клинической практике при сложных свищах прямой кишки активно используются десятки способов операций, что связано не только с разнообразием форм и вариантов течения этой патологии, но и с неудовлетворенностью врачей и пациентов результатами лечения: нарушения функции анального сфинктера встречается в 4–30% наблюдений, рецидивы свищей — у 3–40%. Это побуждает разрабатывать новые сфинктеросохраняющие варианты операций при сложных свищах.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сравнить результаты чрессфинктерного и внесфинктерного проведения латексных лигатур в ходе операций по поводу сложных прямокишечных свищей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведено проспективное нерандомизированное исследование ближайших и отдаленных результатов длительно (более 2 лет) наблюдавшихся 40 больных с высокими трансфинктерными и экстрасфинктерными параректальными свищами, оперированных в 2015–2020 гг. в ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Чита». Из них 18 пациентам выполнено классическое субтотальное иссечение свища с проведением латексной лигатуры вокруг 2–3 порций наружного сфинктера (I группа). Другим 22 больным (II группа) выполнено субтотальное иссечение свища с низведением лоскута стенки прямой кишки поверх иссеченного внутреннего отверстия свища и проведением одной-двух латексных лигатур внесфинктерно через остатки свищевых ходов или через свищ и наложенную дополнительную контрапертуру, не касаясь наружного сфинктера. Все пациенты по 3–6 раз обследовались в ближайшие недели и месяцы и по 1–2 раза ежегодно в ходе регулярных профилактических осмотров в течение 2–6 лет диспансерного наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В I группе из 18 больных низведения свищевого хода и заживления ран удавалось достичь к 8–12 неделе, заметная деформация перианальной зоны отмечена у 11 (61,1%) пациентов, недержание газов и жидкого кала в первые недели наблюдалось у 7 (38,9%). В этой группе сроки стационарного лечения составили 12 ± 2,9 койко-дней, сроки амбулаторного долечивания и реабилитации — 38 ± 5,7 дней.

В отдаленные сроки рецидив заболевания наступил у 3 (16,7%) в виде невысоких трансфинктерных свищей, все трое оперированы повторно, результаты благоприятные. Нарушение функции анального сфинктера в виде недержания газов наблюдалось у 6 (33,3%) и еще у 5 (27,8%) — эпизодическая инконтиненция. Выраженная рубцовая деформация перианальной зоны отмечена у 9 (50,0%).

Во II группе из 22 больных проведенная лигатура первые 10–12 дней выполняла дренирующую функцию, после санации свищевого хода и УЗИ-контроля, подтверждавшего отсутствие жидкостных скоплений, лигатуру переводили на «прорезающую» роль. Низведение остатков свищевого хода и заживление ран наступало к 6–10 неделе, заметная деформация перианальной зоны отмечена лишь у 2 (9,1%) пациентов (p = 0,02), транзиторное, в течение первых недель, недержание газов и жидкого кала наблюдалось у 3 (13,6%), (p = 0,03). В этой группе продолжительность стационарного лечения составила 11 + 2,4 койко-дней, сроки амбулаторного долечивания и реабилитации — 32 + 5,7 дней.

В отдаленные сроки ни одного рецидива свища не выявлено (p < 0,01). В течение первого года легкая инконтиненция в виде недержания газов наблюдалась лишь у 2 (9,1%) (p = 0,02) и еще у 3 (13,6%), (p = 0,03) — редкая эпизодическая инконтиненция. Умеренная рубцовая деформация перианальной зоны отмечена у 4 (18,2%), (p = 0,02).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Субтотальное иссечение свища с внесфинктерным проведением латексной лигатуры можно считать малотравматичной и физиологичной операцией, которая уменьшает частоту рецидивов, частоту и выраженность рубцовых деформаций перианальной зоны, заметно улучшает качество жизни и социализацию таких пациентов за счет сохранения функции анального сфинктера.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН

Шакуров А.Ф., Зарипов Р.Р.

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, Казань, Россия
ГАУЗ «РКБ МЗ РТ», Казань, Россия

EXPERIENCE INSURGICAL TREATMENT OF ANAL FISSURES

Shakurov A.F., Zaripov R.R.

Kazan State Medical University, Republican Clinical Hospital

АКТУАЛЬНОСТЬ. Анальная трещина удерживает первенство среди наиболее распространенных проктологических заболеваний, приводящих к существенному нарушению качества жизни пациентов. При хронизации патологии хирургическое лечение становится наиболее эффективным, одним из современных вариантов такого лечения является открытая боковая внутренняя сфинктеротомия.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить результаты выполнения открытой боковой внутренней сфинктеротомии в лечении пациентов с хронической анальной трещиной.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализирован опыт хирургического лечения 18 пациентов на базе отделения колопроктологии ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» за последние 5 лет. Мужчин было 4 (22%), женщин — 14 (78%). Средний возраст составил 48,4 ± 3,4 лет. Всем пациентам выполнена открытая боковая внутренняя сфинктеротомия по стандартной методике под спинномозговой анестезией, в 7 (38%) наблюдениях дополнительно прибегли к удалению рубцов и сторожевых бугорков в области трещины. Результаты лечения прослежены у 12 (67%) пациентов на сроках от 1 месяца до 4 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Показания к проведению операции — отсутствие эффекта от консервативного лечения, сохраняющийся на его фоне интенсивный болевой синдром. Технических сложностей при освоении процедуры не отмечено. В раннем послеоперационном периоде у подавляющего большинства пациентов практически отсутствовал болевой синдром, требующий применения НПВС. Послеоперационный койко-день составил 3,2 ± 0,2, что меньше срока нахождения в стационаре после классического иссечения трещины по Габриэлю (4,9 ± 0,2, $p < 0,05$). В дальнейшем у всех пациентов отмечена эпителизация трещин, в ряде случаев даже на фоне сохранения запоров. Рецидивов заболевания не было. Нарушения функции анальных сфинктеров не отмечено, все пациенты довольны результатом лечения.

ВЫВОДЫ. Открытая боковая внутренняя сфинктеротомия демонстрирует хорошие результаты в хирургии хронической анальной трещины как на ранних, так и на поздних сроках заболевания, при этом отмечены минимальный послеоперационный болевой синдром, сокращение послеоперационного койко-дня и высокая удовлетворенность пациентов результатами лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ

Шамин А.В., Каторкин С.Е., Андреев П.С.

ГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара, Россия

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC CONSTIPATION

Shamin A.V., Katorkin S.E., Andreev P.S.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Samara State Medical University, of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проблема хирургического лечения запоров в настоящее время остается одной из актуальнейших в колопроктологии, так как, по данным различных авторов, количество неудовлетворительных результатов достигает от 27% до 46% оперированных пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с резистентными формами хронического запора.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2010 по 2022 гг. в колопроктологическом отделении клиники госпитальной хирургии проходило лечение 94 пациента с хроническим запором. Хирургическое лечение проведено 61 (64,8%) пациентам. Выполнены следующие виды оперативных вмешательств: передняя резекция прямой кишки — 2; резекция сигмовидной кишки — 2; расширенная левосторонняя гемиколэктомия — 12; субтотальная колэктомия — 45. Виды сформированных анастомозов: трансверзо-ректальный — 12, асцендо-ректальный — 2, сигмо-ректальный — 2, илео-сигмоидный — 45.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. Из 61 прооперированного нами пациента отдаленные результаты лечения прослежены у 47 (77,0%). Хорошие результаты лечения отмечены у 30 (63,8%) прооперированных больных. У всех пациентов отмечался самостоятельный стул, исчезли боли в животе, ощущения тяжести и вздутия. У 13 (27,6%) человек, перенесших операции, результаты лечения оценены нами, как удовлетворительные. Больные отмечали улучшение общего самочувствия после перенесенной операции, однако, либо сохранялись невыраженные запоры, либо признаки болевого синдрома. У 4 (8,5%) оперированных пациентов выполненное хирургическое вмешательство не принесло ожидаемого эффекта. Наблюдались следующие осложнения: кровотечение из линии анастомоза — у двух пациентов (кровотечение остановлено консервативными методами); рубцовые стриктуры анастомоза — у пяти пациентов (стриктуры возникли в первые 6 месяцев после лечения, в связи с чем были выполнены повторные вмешательства).

ВЫВОДЫ. Основной причиной неудач в хирургии хронического запора является недостаточный выбор объема резекции ободочной кишки. Субтотальная резекция ободочной кишки приносит наиболее благоприятные отдаленные функциональные результаты в хирургическом лечении резистентных запоров.

ГЛАВА 2. ОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ И РАННИМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Авдеенко В.А., Невольских А.А., Бродский А.Р., Зибиров Р.Ф., Орехов И.А., Почуев Т.П., Михалёва Ю.Ю., Березовская Т.П., Мялина С.А., Петров Л.О., Иванов С.А.

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Обнинск, Россия

TRANSANAL ENDOSCOPIC MICROSURGERY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH BENIGN RECTAL TUMORS AND EARLY RECTAL CANCER

Avdeenko V.A., Nevolskikh A.A., Brodsky A.R., Zibirov R.F., Orehov I.A., Pochuev T.P., Mihaleva Yu.Yu., Berezovskaya T.P., Myalina S.A., Petrov L.O., Ivanov S.A.

Tsyb Medical Radiological Research Centre — Branch of the National Medical Research Radiological Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation, Obninsk, Russia

ВВЕДЕНИЕ. Трансанальная эндоскопическая микрохирургия (ТЭМ) — метод, позволяющий с помощью операционного ректоскопа четко визуализировать опухоль, используя телескоп высокого разрешения, и бимануально производить удаление опухоли с помощью набора специальных инструментов. Для ряда пациентов с хорошим опухолевым ответом на химиолучевую терапию (ХЛТ) ТЭМ используется как расширенный способ биопсии для верификации опухоли.
ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Провести анализ результатов ТЭМ, выполненных в МРНЦ им. А.Ф. Цыба.
МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Исследование проведено у 84 больных (мужчины — 47,6% и женщины — 52,4%), которым в период 2015–2022 гг. было выполнено хирургическое вмешательство в объёме ТЭМ. У 59 больных имелись злокачественные новообразования прямой кишки; у 25 пациентов опухоли имели доброкачественный характер. Показанием к ТЭМ было наличие опухоли cTis-T1 по данным предоперационного обследования (МРТ, эндосонография). У 15 больных раком прямой кишки (РПК) II–III стадии была проведена ХЛТ. Показанием к выполнению ТЭМ после ХЛТ у больных РПК был хороший опухолевый ответ (МРТ TRG1-2) при наличии неполного ответа по данным эндоскопического исследования.
РЕЗУЛЬТАТЫ. Медиана длительности хирургического вмешательства составила 105 минут (20–385). Объем кровопотери не превысил 100 мл (2–100). Послеоперационные осложнения отмечены в 15 (18,5%) случаях, в 5 (6,2%) случаях имели место осложнения III степени по классификации Clavien-Dindo. Послеоперационные осложнения несколько чаще наблюдались у больных после ХЛТ (12,1 и 33,3%; $p = 0,111$), однако различия статистически недостоверные. При медиане наблюдения 41 месяц (2–87) местные рецидивы развились у 7 (17,1%) из 41 больных, получивших только хирургическое лечение. У пациентов с аденокарциномами после неоадъювантной ХЛТ и аденомами прямой кишки признаков местного рецидива отмечено не было. При сравнении больных с глубиной инвазии опухоли Tis-T1sm2 и T1sm3-T2 местные рецидивы возникли в 2 (5,3%) из 38 и 5 (29,4%) из 17 наблюдений, соответственно ($p = 0,024$).
ВЫВОДЫ. ТЭМ является приоритетным для пациентов с доброкачественными новообразованиями прямой кишки и ранним РПК. Метод также может применяться после ХЛТ у больных с инвазией опухоли ⩾ T1sm3 при условии полного или почти полного опухолевого ответа на проведенное лечение.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Акопян А.С., Багдасарян Т.Г.

МЦ "Измирлян", кафедра колопроктологии ЕрГМУ им. М. Гераци, Ереван, Армения

SHARP INTESTINAL IMPASSABILITY AT LEFT-SIDE LOCALIZATION OF COLORECTAL CANCER

Hakobyan A.S., Baghdasaryan T.G.

"Izmirlian" Medical Center, chair of coloproctology YSMU after M. Heraci Yerevan, Armenia

АКТУАЛЬНОСТЬ вопросов лечения осложненного колоректального рака не вызывает сомнения, так как рак ободочной и прямой кишки в настоящее время является одним из наиболее распространенных видов онкологических заболеваний.
ЦЕЛЬЮ исследования является оценка эффективности выполнения радикальной операции при острой кишечной непроходимости, обусловленной левосторонней локализацией рака ободочной кишки.
За последние 10 лет в отделении колопроктологии оперированы 1389 больных с левосторонней локализацией рака ободочной кишки. Из них с явлениями острой кишечной непроходимости были 187 пациента, что составляет 13,5% случаев. Радикальные операции произведены 127 больным, т.е. в 67,9% случаев. Как первый этап хирургического лечения при местнораспространенном опухолевом процессе сформирована колостома у 48 пациентов (25,7% случаев). У остальных 12 больных (6,4% случаев) установлен нерезектабельный опухолевой процесс или наличие очаговых изменений в печень, легкие.
Хирургические вмешательства в клинике строго индивидуализированы. Тщательный анализ результатов трехэтапного лечения выявил ряд отрицательных сторон. В связи с этим паллиативные операции в объеме формирования разгрузочной трансверзостомы проводятся больным только с местнораспространенным раковым процессом и при наличии отдаленных метастазов. Хирургическое лечение острой обтурационной кишечной непроходимости предполагает решение двух основных задач: разрешить кишечную непроходимость и, по возможности, выполнить радикальную операцию, то есть произвести резекцию кишки с опухолью. При левосторонней локализации опухоли, осложненной острой кишечной непроходимостью, операцией выбора считаем резекцию кишки с одноствольной трансверзостомой и субтотальную колэктомию с илеосигмоанастомозом.
Таким образом, проведенные научные разработки позволяли увеличить число радикальных операций в два раза, снизить летальность до 1,06% — при радикальных операциях, и до 1,6% случаев — при паллиативных хирургических вмешательствах.

СУБТОТАЛЬНЫЕ КОЛЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Акопян А.С., Багдасарян Т.Г.

МЦ "Измирлян", кафедра колопроктологии ЕрГМУ им. М. Гераци, Ереван, Армения

SUBTOTAL COLECTOMY AT ACUTE INTESTINAL IMPASSABILITY AT COLON CANCER

Hakobyan A.S., Baghdasaryan T.G.

"Izmirlian" Medical Center, chair of coloproctology YSMU after M. Heraci, Yerevan, Armenia

Заболеваемость колоректального рака неуклонно растет. Декомпенсированная толстокишечная непроходимость является одним из наиболее частых осложнений. Тактика лечения основывается на степени компенсации проходимости толстой кишки и тяжести состояния данной группы больных. Обоснованно применяются одно- и двухэтапные хирургические вмешательства. Данная проблема наиболее актуальна при острой кишечной непроходимости, обусловленной левосторонней локализацией опухоли.

За 2010–2021 гг. нами выполнена субтотальная колэктомия с формированием илео-сигмоидного анастомоза при раке левой половины ободочной кишки, осложненной острой кишечной непроходимостью, у 69 больных. Из них 31 женщин, 38 мужчин. Возраст пациентов колебался от 50 до 78 лет.

Диагностика острой кишечной непроходимости установлена на основе клинико-лабораторных, радиологических, эндоскопических данных. В 61 случаях отмечены «чаши Клойбера» (88,4% случаев), в остальных — наличие большого количества газов в ободочной кишке. У всех больных опухоль ободочной кишки установлена фиброколоноскопией.

При компьютерной томографии брюшной полости отмечался застой кишечного содержимого с инфильтрацией стенок кишки и лимфаденопатией у 58 больных (84% случаев). Инфильтрация тканей с наличием опухолевого процесса подтверждена при ревизии органов брюшной полости и мофологическим исследованием.

Первичный анастомоз формировался между дистальным отделом подвздошной и сигмовидной кишкой. Создавался межкишечный анастомоз «бок-в-бок» или «конец-в-бок».

Несостоятельность анастомоза наблюдалась у 2-х больных, что составляет 2,9% случаев. Произведены повторные операции с разобщением анастомоза и формированием илеостомы. Больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Субтотальная колэктомия с формированием первичного межкишечного анастомоза обеспечивает максимальный радикализм хирургического вмешательства онкологического больного, является одноэтапной операцией, т.е. решает вопрос медицинской и социальной реабилитации. Абсолютным показанием к проведению субтотальной колэктомии являются супрастенотические надрывы правых отделов толстой кишки и рецидив опухоли.

ОРГАННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Алиев Ф.Ш., Алиев В.Ф., Савельев Н.Н., Стогний Н.Ю., Алиев Р.Ф.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

ORGAN DYSFUNCTION AS A RISK FACTOR OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS FOR LARGE BOWEL OBSTRUCTION

Aliev F.S., Aliev V.F., Savelev N.N., Stognii N.Y., Aliev R.F.

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Коморбидный фон при острой кишечной опухолевой непроходимости повышает риски послеоперационных осложнений и летального исхода.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить влияние шкал SAPS 2, SOFA, ASA на результаты хирургического лечения пациентов с опухолевой толстокишечной непроходимостью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен когортный ретроспективный анализ хирургического лечения колоректального рака, осложненного ОКН, у 108 пациентов. Критерием включения явились: пациенты с ОКН в стадии декомпенсации. Критериями исключения были: локализация опухоли в прямой кишке; пациенты с ОКН в стадии компенсации и субкомпенсации. Статистическую обработку выполняли на базе Stat Tech v. 2.5.9.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. При анализе зависимости значений балльной шкалы SAPS 2 с частотой и характером послеоперационных осложнений, были выявлены статистически значимые взаимосвязи ($p = 0,001$). В то же время, статистически значимой взаимосвязи между послеоперационными осложнениями класса по ASA ($p = 0,35$) и баллами по SOFA ($p = 0,155$) не выявлены. Аналогичные закономерности были установлены при исследовании взаимосвязи шкалы SAPS 2 ($p < 0,001$) на исход лечения, в отличие от шкал ASA и SOFA. Даже при классе IV по ASA в 52,5% случаях больные по прогнозу выздоравливают, что не всегда отражает истинную тяжесть состояния. Чувствительность и специфичность выявлена с помощью ROC-кривой. Установлено, что пороговое значение показателя SAPS 2 в точке cut-off составило 39. Смерть прогнозировалась при значении показателя выше данной величины или равном ей. Чувствительность шкалы SAPS 2 составила 100%, специфичность — 98%.

ВЫВОДЫ. Улучшение результатов лечения с опухолевой ОКН может быть достигнуто путем использования различных интегральных балльных шкал органной дисфункции. В ходе исследования шкала SAPS 2 более достоверно отражала органную дисфункцию.

ВОЗМОЖНОСТИ АНОСКОПИИ И РЕКТОРОМАНОСКОПИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ В СКРИНИНГЕ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Белик Б.М., Ковалев А.Н.

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

THE POSSIBILITIES OF HIGH-RESOLUTION ANOSCOPY AND RECTOROMANOSCOPY IN SCREENING AND EARLY DIAGNOSIS OF RECTAL CANCER IN OUTPATIENT CONDITIONS

Belik B.M., Kovalev A.N.

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

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить возможности высокоразрешающей аноскопии и ректороманоскопии (ВРАР) в скрининге и ранней диагностике рака прямой кишки в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 910 пациентов, проходивших обследование в ММЦ «УРО-ПРО» г. Краснодара. Для осмотра прямой кишки и начального отдела сигмовидной кишки использовали аноскоп и ректороманоскоп («Welch Allyn», США), а также видеоэндоскопический комплекс высокого разрешения «Dr Camscope DCS-103R» (Южная Корея), который обеспечивал возможность увеличения рабочего поля и работу с максимальным приближением 250 мм для проведение операционных процедур (взятие биопсии, орошение или прижигание). С целью улучшения визуализации зон интраэпителиальной неоплазии в ходе исследования дополнительно использовали красители: 3% раствор уксусной кислоты и раствор Люголя. Полученные в ходе исследования данные, благодаря имеющемуся видео- и фотодокументированию, в последующем подвергались тщательной аналитической обработке с целью повышения качества диагностики.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 910 пациентов, которым выполнялись ВРАР, у 14 (1,54%) были обнаружены патологические изменения в виде дисплазии слизистой оболочки прямой кишки. У этих пациентов обработанные уксусной кислотой участки слизистой оболочки характерным образом изменяли цвет, а после орошения раствором Люголя плохо фиксировали краситель, что визуально разительно отличалось от здоровых тканей. У 7 (0,8%) пациентов при морфологическом исследовании биоптатов была установлена анальная дисплазия, связанная с папилломавирусной инфекцией (подтипы ВПЧ 16 и ВПЧ 18). У 4 (0,4%) больных диагностирована анальная интраэпителиальная неоплазия, которая трактовалась как предвестник рака анального канала. У 3 (0,3%) пациентов была обнаружена плоскоклеточная интраэпителиальная карцинома с различной степенью дифференцировки эпителиальных клеток (в 1 случае выявлен рак *in situ*).

ВЫВОДЫ. ВРАР обеспечивает максимально точную визуализацию даже незначительных патологических изменений слизистой оболочки прямой кишки в виде различных вариантов ее дисплазии. Это позволяет оценивать ВРАР как высокоэффективный метод ранней диагностики рака прямой кишки и других заболеваний анального канала, который должен активно применяться в качестве основного скрининг-теста в амбулаторных условиях.

ОПЫТ ЭВИСЦЕРАЦИИ МАЛОГО ТАЗА

Захарченко А.А., Винник Ю.С., Попов А.В.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия

EXPERIENCE OF PELVIC EVISCERATION

Zakharchenko A.A., Vinnik Yu.S., Popov A.V.

Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Уточнить предпосылки и показания к эвисцерации малого таза, определить её роль и место при тазовых местно-распространенных злокачественных новообразованиях (ЗНО).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты эвисцераций малого таза у 15 пациентов при тазовых местнораспространенных ЗНО различной первичной локализации и морфологии. Состояние больных по шкале ECOG — I–III. Средний возраст — 59,8 ± 12,7 лет. Супралеваторная эвисцерация — у 9 (60,0%), инфралеваторная — у 6 (40,0%). Субтотальная передняя — у 5 (33,3%), субтотальная задняя — у 3 (20,0%), тотальная — у 7 (46,7%). Гетеротопическая пластика мочевого пузыря (уретероэнтеростома Брикера) — у 6 (40,0%), ортотопическая (неоцистис из илеоцекального сегмента) — у 9 (60,0%). Непосредственные результаты оценены в сроки до 2-х месяцев. Отдаленные — от 1 года до 5 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среднее время вмешательства — 6,8 ± 1,4 часа. Средний объем интраоперационной кровопотери — 210,5 ± 60,2 мл. Послеоперационные осложнения и летальность, соответственно, у 4/15 (26,7%) и у 2/15 (13,3%). Прогресс — у 7/13 (53,8%), стабилизация — у 4/13 (30,8%), регресс — у 2/13 (15,4%). Локальный рецидив (от 12 до 18 месяцев) — у 4/13 (30,8%). Общая выживаемость при отсутствии МТС: 1 год — 69,2%, 3 года — 23,1%, 5 лет — 7,7%, безрецидивная — 15,4%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Принципиально на современном этапе: пациенты с местнораспространенными ЗНО малого таза потенциально радикально операбельны.

При местнораспространённых ЗНО малого таза эвисцерация с формированием мочевого резервуара и эвакуацией кала безабдоминальной колостомы позволяет улучшить качество и увеличить продолжительность жизни, а в ряде случаев добиться полного выздоровления.

Успех эвисцерации в определенной степени зависит от качественного выполнения как обструктивного, так и реконструктивного этапов операции, что возможно только в условиях специализированных хирургических стационаров с высоким уровнем подготовки хирургических и анестезиологических бригад.

ОПЫТ 150 РОБОТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Ибатуллин А.А., Эйбов Р.Р.,
Кашапова А.Р., Прокопьев М.В.

ФГБОУ ВО Минздрава России «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа, Россия

EXPERIENCE OF 150 ROBOTIC OPERATIONS FOR COLORECTAL CANCER

Ibatullin A.A., Eybov R.R.,
Kashapova A.R., Prokopiev M.V.

Bashkir State medical University, Ufa, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Колоректальный рак выходит не первое место среди всех онкологических заболеваний. Одним из способов совершенствования хирургии рака толстой кишки является внедрение роботизированной хирургии. Высокая стоимость и большая длительность роботических операций при сопоставимых с результатами лапароскопических операций, не стали ограничением для развития данного направления.

ЦЕЛЬ. Обосновать целесообразность применения робота в лечении колоректального рака.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В клинике БГМУ выполнено 150 операций при раке толстой кишки. Среди оперированных было 66 (44,0%) женщин и 84 (56,0%) мужчин. 107 (71,3%) пациентов с раком прямой кишки, 58 из которых с выполнением ТМЭ. 5 (3,3%) пациентов перенесли колпроктэктомию с формированием тонкокишечного J-образного резервуара в связи с наличием опухоли в прямой кишке на фоне язвенного колита или семейного аденоматоза толстой кишки. 14 (6,7%) больных имели локализацию опухоли в правом фланге толстой кишки, у 29 (19,3%) пациентов опухоль локализовалась в левой половине толстой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Операции выполнялись на роботе da VinciSi. Объем лимфодиссекции при правосторонней гемиколэктомии D2, в бассейне нижней брыжеечной артерии — D3. Продолжительность операции: правосторонняя гемиколэктомия — 225 ± 31 минута; левосторонняя гемиколэктомия — 191 ± 51 минута; передняя резекция прямой кишки — 234 ± 63 минуты; экстирпация прямой кишки — 252 ± 50 минут. Выполнено 2 конверсии (1,3%). 12 (8,0%) пациентов перенесли реоперации (2 (1,3%) — внутрибрюшное кровотечение, 2 (1,3%) — спаечная кишечная непроходимость, 8 (5,3%) — несостоятельность анастомоза). В 1 (0,7%) случае развился летальный исход. Средний послеоперационный койко-день — 8 суток.

ВЫВОДЫ. Несмотря на высокие затраты и большую продолжительность роботических операций, применение робота da Vinci в хирургическом лечении колоректального рака в настоящее время обосновано и оправдано. В специализированных центрах с большим потоком пациентов роботизированная хирургическая система должна представлять опцию, выбор которой должен служить инструментом для определения наиболее оптимального способа хирургического лечения.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Шамин А.В.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара Россия

RECONSTRUCTIVE SURGERY AFTER SURGICAL TREATMENT OF COLORECTAL CANCER

Katorkin S.E., Zhuravlev A.V., Shamin A.V.

FSBEI HE SamSMU MOH Russia, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. При осложнениях колоректального рака (КРР) (кровотечение, непроходимость, перфорация) хирургические вмешательства в 40–80% заканчиваются формированием кишечной стомы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшить результаты восстановительных операций у пациентов с кишечными стомами после оперативных вмешательств по поводу КРР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Изучены результаты реконструктивно-восстановительных операций (РВО) у 225 пациентов с одноствольными и двуствольными кишечными стомами за 2017–2022 гг. Мужчин — 124 (55,1%). Женщин — 101 (44,9%). Средний возраст — 51,9 (24–79) лет. У 167 (74,2%) пациентов причиной формирования стомы был КРР.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все больные обследованы в предоперационном периоде для исключения прогрессии КРР. Восстановление целостности толстой кишки после операции Гартмана выполнено 156 (69,3%) больным. У 72,5% больных операция выполнена в период от 6 до 12 мес. после первичной операции. Механический скрепочный шов применен у 212 (94,2%) пациентов. Анастомоз «конец-в-конец» циркулярным степлером сформирован у 132 пациентов, анастомоз «бок-в-бок» с применением линейно-режущих аппаратов (GIA 60) — у 14 человек. Ручной анастомоз наложен 10 больным. Резекция культи прямой кишки выполнена всем пациентам. При двуствольных кишечных стомах восстановление целостности кишечника выполнено 69 (30,7%) пациентам. Механический шов использован у 24 (34,8%) пациентов, ручной анастомоз применен у 45 (65,2%). Послеоперационные осложнения отмечены у 21 (9,3%) пациентов: нагноение раны — 8 (3,5%), кровотечение из линии степлерного шва — 5 (2,2%), несостоятельность степлерного анастомоза с развитием перитонита — 4 (1,8%), частичная несостоятельность ручного анастомоза с формированием кишечного свища — 2 (0,9%), стриктура в области анастомоза — 2 (0,9%). Умерло два пациента.

ВЫВОДЫ. Выполнение РВО больным с кишечными стомами после хирургического лечения КРР позволяет провести полную медицинскую и социальную реабилитацию и значительно улучшить качество жизни пациентов.

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ПРАВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ

Каторкин С.Е.[1], Симатов С.А.[2]

[1] *ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия*
[2] *ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница №5», Тольятти, Россия*

ANALYSIS OF THE USE OF MODIFIED ANASTOMOSIS FOR RIGHT-SIDED HEMICOLECTOMY

Katorkin S.E.[1], Simatov S.A.[2]

[1] *FGBOU VO Samara State Medical University of the Ministry of Health of the RU, Samara, Russia*
[2] *GBUZ SO «Togliatti City Clinical Hospital No.5» of the Ministry of Health of the RU, Togliatti, Russia*

АКТУАЛЬНОСТЬ. Рак ободочной кишки и ректосигмоидного отдела занимает лидирующие позиции по заболеваемости и смертности среди прочих злокачественных опухолей. Доля рака ободочной кишки в структуре общей заболеваемости составляет примерно 7%. Согласно клиническим рекомендациям, при раке правой половины ободочной кишки принято выполнять правостороннюю гемиколэктомию с формированием илеотрансверзоанастомоза в различных модификациях, как с применением ручного шва анастомоза, так и с использованием современных сшивающих аппаратов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Клиническая оценка модифицированного способа укрепления илеотрансверзоанастомоза с использованием линейного скобочного сшивающего аппарата.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2018 по 2021 гг. по поводу рака правой половины ободочной кишки в плановом порядке прооперировано 394 пациента, в соответствии с критериями исключения отобрано 219 больных [112 мужчин (51,14%) и 107 женщин (48,85%)]. Группы были сопоставимы по шкалам ASA (класс II), CR-POSSUM, индексу массы тела и возрасту (средний возраст пациентов — 54,1 ± 16,8 лет), стадии заболевания (pT2-3N0M0Gx) и виду операции (гемиколэктомия справа), радикальности вмешательства, качеству лимфодиссекции D2, способу оперативного вмешательства. Нами использовался сшивающий аппарат Covidien GIA DST 60 и 80 мм. В контрольной группе (КГ) у 110 пациентов анастомоз выполнялся аппаратом без укрепления, а в исследуемой группе (109 больных) по предложенному нами варианту укрепления линии анастомоза (Патент на изобретение № 2626346 от 19.12.2019 г.).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. В КГ частота несостоятельности анастомоза составила 3,63% (4 пациента), кроме того, 1 (0,9%) пациент умер от ТЭЛА. В исследуемой группе осложнений в виде несостоятельности анастомоза отмечено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предложенный способ укрепления линейного сшивающего аппарата имеет преимущества в виде быстроты, простоты, доступности исполнения и надежности результата.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПОСЛЕ СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ В РОССИИ: ОДНОМОМЕНТНОЕ МНОГОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ — ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Маркарьян Д.Р.[1], Агапов М.А.[1], Гарманова Т.Н.[1], Павлов Р.В.[2], Новикова А.Д.[2], Бойко Н.С.[2]

[1] *Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия*
[2] *Клиника высоких медицинских технологий им Н.И. Пирогова, Санкт-Петербург, Россия*

PREVALENCE OF LOW ANTERIOR RESECTION SYNDROME AFTER SPHINCTER-SAVING RESECTIONS FOR RECTAL CANCER IN RUSSIA: CROSS-SECTIONAL, MULTI-CENTER STUDY

Markaryan D.R.[1], Agapov M.A.[1], Garmanova T.N.[1], Pavlov R.V.[2], Novikova A.D.[2], Boiko N.S.[2]

[1] *Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia*
[2] *St-Petersburg University's N.I. Pirogov Clinic of High Medical Technologies, St-Petersburg, Russia*

АКТУАЛЬНОСТЬ. Внедрение в клиническую тактику лечения рака прямой кишки ТМЕ, химиолучевой терапии, появление циркулярных сшивающих аппаратов много лет назад позволило выполнять низкие и ультранизкие передние резекции прямой кишки, добиваясь при этом отличных онкологических результатов. Таким образом, значительное улучшение онкологического прогноза повысило понимание важности повышения качества жизни пациентов. Наиболее частым функциональным осложнением хирургического лечения рака прямой кишки является синдром низкой передней резекции (LARS, СНПР). Распространенность LARS в России на сегодняшний день не изучена.

ЦЕЛЬ. Оценить распространенность LARS у пациентов после передней резекции прямой кишки, выполненной по поводу злокачественного заболевания прямой кишки в российской популяции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В июне 2021 года начато многоцентровое обсервационное исследование. Протокол клинического исследования составлен в соответствии с протоколом STROBE. Определение наличия/тяжести синдрома низкой передней резекции производится с использованием шкалы LARS Score. Дополнительно оцениваются данные пациентов для выявления факторов риска развития СНПР. На сегодняшний день в исследование включено 118 пациентов, которым выполнена низкая передняя резекция (R0) по поводу рака прямой кишки без признаков рецидива на момент исследования. Период от момента операции до включения в исследование составлял от 4 месяцев до 5 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. По данным опросника, у 58,5% пациентов определялся СНПР. При этом 40,7% пациентов отмечали слабовыраженные клинические проявления LARS, у 17,8% пациентов синдром имел выраженные проявления. 14 из 118 пациентов прошли реабилитацию тазового дна. 8 пациентов из этой группы на момент исследования не имели признаков LARS, 6 пациентов после лечения были включены в группу со слабовыраженным проявлением СНПР. На данный момент сложно оценить влияние различных факторов риска на развитие заболевания из-за небольшого размера выборки.

ВЫВОДЫ. Синдром низкой передней резекции занимает лидирующую роль в структуре функциональных осложнений после сфинктерсохраняющих операций по поводу колоректального рака. Учитывая распространенность синдрома и его влияние на качество жизни, мы считаем крайне важным дальнейшее проведение полномасштабных клинических исследований для изучения СНПР.

УСКОРЕННАЯ ПРОГРАММА ПРЕАБИЛИТАЦИИ ПО ПРОТОКОЛУ ERAS В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Павлов Р.В., Данилин В.Н., Новикова А.Д., Черных М.А., Бойко Н.С.

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

SHORT-TERM MULTIMODAL PREHABILITATION PROGRAM IN ERAS PROTOCOL IN COLORECTAL SURGERY: PILOT STUDY

Pavlov R.V., Danilin V.N., Novikova A.D., Chernyih M.A., Boiko N.S.

St-Petersburg University's N.I. Pirogov Clinic of High Medical Technologies, St-Petersburg, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургический подход в настоящий момент занимает одно из лидирующих положений в лечении колоректального рака. Преабилитация представляет собой неотъемлемую часть подготовки к оперативному вмешательству. Протокол ERAS показал свою эффективность в ряде исследований, однако его использование в рутинной практике требует внесения правок в соответствии с законодательством страны. В связи с этим возникает необходимость в разработке программы преабилитации, адаптированной к российской системе здравоохранения и определение ее эффективности в послеоперационном восстановлении пациентов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Определить влияние ускоренной программы преабилитации на течение послеоперационного периода, а также длительность госпитализации и частоту осложнений в ходе исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. На базе нашей клиники в период с сентября 2021 по февраль 2022 гг. проведено пилотное клиническое исследование для определения эффективности использования ускоренной программы преабилитации пациентов. В исследование были включены 20 пациентов в возрасте 24–45 лет с диагнозом рак толстой кишки, стадированной как T1-3, N0-1, M0. Во всех случаях выполнена плановая лапароскопическая операция первым этапом онкологического лечения. Пациенты экспериментальной группы прошли предоперационную подготовку в соответствии с ускоренным протоколом преабилитации. Пациенты контрольной группы в соответствии с современными стандартами не проходили программы преабилитации. В послеоперационном периоде оценивалась длительность пребывания пациентов в стационаре. Частота и характер осложнений определялись в соответствии с классификацией Clavien-Dindo в период наблюдения (28 дней). Эффективность программ оценивалась с помощью опросников EORTC QLQ-C30, QLQ по окончании 28 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Частота осложнений составила 30% (n = 3) в контрольной группе и 10% (n = 1) — в экспериментальной группе (I–II группа по Clavien-Dindo). Длительность пребывания в отделении реанимации пациентов в обеих группах не отличалась и составила не более 10 часов. Продолжительность послеоперационного стационарного лечения пациентов в экспериментальной группе составила 4,20 дня, против 5,40 дня в контрольной группе. Пациенты экспериментальной группы по результатам опроса оценили качество своей жизни намного лучше по окончании периода наблюдения.

ВЫВОДЫ. Результаты пилотного исследования демонстрирует целесообразность проведения полномасштабного клинического исследования с целью оценки положительного влияния ускоренной программы преабилитации на частоту осложнений, качество жизни и период послеоперационного пребывания в стационаре.

АНАСТОМОЗЫ В ХИРУРГИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ: СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ЛУЧШИЙ?

Половинкин В.В., Щерба С.Н., Воронцов А.О.

ГДУЗ «НИИ — Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия

ANASTOMOSES IN COLON CANCER SURGERY: IS THERE A BEST ONE?

Polovinkin V.V., Scherba S.N., Voroncov A.O.

Research Institute — Regional Clinical Hospital №1 named after prof. S.V. Ochapovsky Ministry of Healthcare of the Krasnodar Region, Krasnodar, Russia

Этап формирования межкишечного соустья в колоректальной хирургии считается этапом повышенного риска. Частота несостоятельности анастомоза (НА) варьирует от 1,5 до 30% и зависит от многих общих факторов и, в значительной степени, от методики формирования анастомоза.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сравнительная оценка методик формирования толстокишечных анастомозов после операций по поводу рака ободочной кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Исследование ретроспективное сравнительное когортное. В основу положены сведения, занесенные проспективно в электронную базу данных. За период 2010–2021 гг. накоплена информация о 1432 пациентах, оперированных планово по поводу рака ободочной кишки, у которых вмешательство завершено формированием одного и более толстокишечного анастомоза. Они разделены на две группы: НА НЕТ (n = 1354) и НА ДА (n = 78).

РЕЗУЛЬТАТЫ. В исследуемой когорте частота НА 5,4% (78/1432), а летальность, ассоциированная с этим осложнение — 25,6% (20/78). Чаще НА развивалась у мужчин (6,9% (47/685) против 4,2% (31/747), p = 0,02), у пациентов, оперированных хирургами с опытом менее 20 операций/год по поводу рака ободочной кишки (7,4% (18/245) против 3,3% (21/629), p = 0,007), при локализации новообразования в левой половине ободочной кишки (7% (56/801) против 3,4% (22/631), p = 0,01). При формировании ручного анастомоза частота НА значимо меньше, чем при аппаратном (4,3% (43/1006) против 8,2% (35/426), p = 0,002). Причем при применении ручного двурядного шва это осложнение развивалось в два реже, чем при применении однорядного отдельного узлового и однорядного непрерывного (2,5% (10/395) против 5,6% (28/498) и 5% (7/139), соответственно, p = 0,005). Наименьшая частота НА при анастомозировании «бок-в-бок», чем при «конец-в-конец» и «конец-в-бок» (1,1% (1/90) про-

тив 6,6% (55/831) и 4% (20/496), соответственно, $p = 0,02$).

ВЫВОДЫ. Полученные результаты указывают на необходимость проведения исследований, которые бы доказали преимущества ручного двурядного шва над однорядным и аппаратным в хирургии ободочной кишки. Низкая частота НА при формировании анастомоза «бок-в-бок», вероятно, демонстрирует ключевую роль разности диаметров анастомозируемых концов.

СВЕРХНИЗКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ С НАЛОЖЕНИЕМ ОРИГИНАЛЬНОГО РУЧНОГО АНАСТОМОЗА «БОК-В-КОНЕЦ»

Тотиков В.З., Тотиков З.В., Ибрагимов Л.А., Тотикова И.Т., Абдурзаков М-С. А-С.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

ULTRALOW RESECTION OF THE RECTUM WITH ORIGINAL MANUAL ANASTOMOSIS «SIDE-TO-END»

Totikov V.Z., Totikov Z.V., Ibragimov L.A., Totikova I.T., Abdurzakov M-S. A-S.

North Ossetian State Medical Academy, Vladikavkaz, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. В связи с ростом заболеваемости раком прямой кишки, а также других заболеваний, сопровождающихся выполнением сфинктеросохраняющих операций, продолжает оставаться актуальной разработка способов наложения анастомозов, позволяющих снизить количество несостоятельностей, воспалительных осложнений и сохраняющих функциональные способности анального жома.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить ближайшие и отдаленные результаты после наложения коло-анальных анастомозов при сверхнизких резекциях прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В клинике разработан способ наложения колоанального J- образного анастомоза и специальные приспособления для его выполнения. Данный способ был применен у 32 пациентов. В том числе, у 28 пациентов открытым способом, у 4 пациентов с использованием лапароскопических технологий. Для открытого и лапароскопического способа были разработаны отдельные алгоритмы выполнения оперативного вмешательства. У 17 пациентов операции выполнены на фоне ранее наложенных разгрузочных илео- или трансверзостом по поводу непроходимости. У остальных — стомы сформированы во время оперативного вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Длительность оперативного вмешательства лапаротомным доступом составила 176,8 ± 23,4 минут, лапароскопическим — 227,3 ± 22,7 минут. Летальных исходов не было. Несостоятельности анастомоза в виде затеков были выявлены у 3 (12,5%) больных и были ликвидированы консервативными способами. Еще у 3 пациентов в отдаленном послеоперационном периоде были выявлении стриктуры анального канала. Синдром низкой передней резекции выявлен у 9 (28,1%) больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, предложенный способ и устройства для его осуществления позволяют формировать анастомоз на уровне пуборектальной линии и ниже. При этом количество несостоятельностей анастомозов и осложнений не увеличивается. Уменьшается возможность травмы, а в последующем возможность развития тяжелых форм недостаточности сфинктера вследствие травматичных дивульсий, что позволяет снизить и количество больных с синдромом низкой передней резекции.

ГЛАВА 3. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Андреев П.С., Давыдова О.Е., Каторкин С.Е., Лямин А.В.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, Россия

TREATMENT OF PATIENTS WITH SEVERE FORMS OF ULCERATIVE COLITIS

Andreev P.S., Davydova O.E., Katorkin S.E., Lyamin A.V.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Samara State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Язвенный колит — хроническое заболевание с явной тенденцией увеличения числа пациентов с тяжелыми формами.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты лечения пациентов с язвенным колитом с помощью персонифицированной антибактериальной терапии, подобранной на основании микробиологического исследования биоптатов слизистой толстой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В работе представлены данные по результатам обследования и лечения 112 больных с язвенным колитом. У всех пациентов была диагностирована тяжелая атака заболевания; левосторонний колит выявлен у 57 (51,0%) пациентов, тотальный у 55 (49,0%) больных.

В основную группу вошли 56 больных, у которых комплексное лечение тяжелой атаки язвенного колита дополняли назначением антибактериальной терапии в соответствии с учетом чувствительности к ней микроорганизмов из биоптатов стенки толстой кишки. Контрольную группу составили 56 пациентов, которым назначали общепринятое лечение.

Ближайшие результаты лечения отслежены в течение 30 и 90 дней. Отдаленные результаты — количество и сроки рецидивов проанализированы через 6 и 12 месяцев наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На 7,5% чаще пациенты в контрольной группе подвергались хирургическому лечению. В основной группе у 2 (3,6%) пациентов после операции возникли осложнения — у одного полная эвентрация, у второго нагноение послеоперационной раны. В группе сравнения у 9 (16,0%) из 10 оперированных больных случились осложнения в стационаре. В основной группе лишь у 1 (1,8%) больного зарегистрирован рецидив заболевания за полгода после проведенного лечения, тогда как в контрольной группе рецидив возникал в 4 раза чаще.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Использование персонифицированной антибактериальной терапии, подобранной на основании результатов микробиологического исследования биоптатов слизистой толстой кишки улучшает результаты лечения пациентов с тяжелыми формами язвенного колита, позволяя добиться скорой ремиссии заболевания с увеличением ее сроков, а при хирургическом лечении пациентов уменьшить количество периоперационных осложнений.

НАШ ОПЫТ КОЛОСТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Бабич И.И., Бабич И.В., Мельников Ю.Н., Мельникова С.Р., Аванесов М.С., Богновский И.О.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, ГБУ РО «ОДКБ», Ростов-на-Дону, Россия

OUR EXPERIENCE OF COLOSTOMY IN THE TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF HIRSCHSPRUNG'S DISEASE

Babich I.I., Babich I.V., Melnikov Yu.N., Melnikova S.R., Avanesov M.S., Bognovsky I.O.

Rostov State Medical University, SBI RR Regional Children's Clinical Hospital, Rostov-on-Don, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. При осложненной декомпенсированной форме болезни Гиршпрунга принято выполнять стомирующую операцию. Каждый вид стомирующей операции не лишен определенных достоинств и недостатков.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов лечения пациентов с осложненной декомпенсированной формой болезни Гиршпрунга.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В клинике детской хирургии РостГМУ на базе ГБУ РО «ОДКБ» с 2010 по 2021 гг. по поводу осложненной формы болезни Гиршпрунга находилось 54 пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. При выполнении разгрузочной колостомии на нисходящий отдел толстой кишки из функционирования выключается минимальный объем кишки, облегчается механическая отчистка. Закрытие колостомы возможно при проведении радикальной операции. Однако наличие спаечного процесса способствует затруднению мобилизации кишки при проведении радикальной операции. Наличие расстройств микроциркуляции в зоне сформированного анастомоза не исключает развитие осложнений в данной области. При выполнении колостомии выше переходной зоны возможно выведение на переднюю брюшную стенку аганглиозного участка, что способствует развитию обструкции, а также дальнейшему стенозированию стомы. При наличие выраженного супрастенотического расширения возможна ретракция отводящего отдела кишечной стомы. Колостомия на восходящий отдел толстой кишки осуществляется на заведомо здоровой кишке, что исключает осложнения, связанные с погрешностью в функционировании стомы. Кишка в зоне проведения радикальной операции остается интактной и не вовлеченной в спаечный процесс. Наличие стомы на восходящем отделе толстой кишки способствует сокращению зоны декомпенсаторного расширения. Формирование анастомоза выполняется на отключенном сегменте кишечной трубки. Наличие стомы в послеоперационном периоде способствует декомпрессии кишечника.

ВЫВОДЫ. Формирование колостомы при осложненной декомепенсированной форме болезни Гиршпрунга является неотъемлемый компонентом оперативного лечения. Тем не менее, вопрос об уровне формирования превентивной стомы остается окончательно не решенным и требует дальнейшего обсуждения.

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЭО

Беляев А.И., Зитта Д.В.

Отделение колопроктологии ГБУЗ ПК ГКБ №2 имени Ф.Х. Граля, Пермь, Россия

OUR FIRST EXPERIENCE OF TEO

Belyaev A.I., Zitta D.V.

Department of Coloproctology, Perm City Clinical Hospital № 2, Perm, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Выбор способа удаления опухолей прямой кишки, радикального и при этом безопасного и минимально травматичного, является сложной проблемой.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Анализ непосредственных результатов первых 18 ТЭО в отделении.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С декабря 2021 года по июль 2022 год после предоперационного обследования и подготовки 18 пациентам выполнено ТЭО прямой кишки. 17 больных с доброкачественными новообразованиями прямой кишки, 1 пациент с НЯК в культе прямой кишки после перенесенной колэктомии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Морфологическая верификация до операции выполнена всем пациентам — во всех случаях выявлена аденома прямой кишки с различной степенью дисплазии. У всех пациентов МРТ малого таза не выявило признаков инвазии опухоли за пределы слизистой или лимфогенной диссеминации. Средний размер новообразований составил 4,4 ± 3,2 см. Среднее расстояние от нижнего полюса опухоли до зубчатой линии составило 5,1 ± 3,7 см. В 11 из 18 наблюдений новообразования располагались по задней полуокружности кишечной стенки, в одном случае на передней стенке, остальные новообразования располагались на латеральных стенках прямой кишки. Все операции выполнялись в положении на спине под СМА. Среднее время операции составило 68,4 ± 22,6 мин. В 6 случаях рана в кишке не ушивалась. Макроскопически чистые края резекции были получены во всех случаях. У одного больного с циркулярной ворсинчатой опухолью пришлось удалять препарат частями. В двух случаях возникла перфорация в брюшную полость. У этих больных рана в стенке кишки ушивалась, формировалась превентивная стома. Среднее время госпитализации составило 7 ± 3 (5–13) к/дней. Всем пациентам после операции назначались антибиотики, проводились мероприятия по задержке стула в течение 5 суток. У большинства пациентов в течение первого дня после операции отмечается гипертермия до 38 °С. Ни одного случая развития гнойно-септических осложнений не было. При ПГИ удаленных препаратов выявлено: тубулярная аденома у 27,7%, гиперпластический полип у 11,1%, ворсинчатая аденома у 61,2% пациентов. Средний срок наблюдения больных после ТЭО составил 2,4 ± 1,6 месяца. Колостомы закрыты обеим пациенткам. Рецидивов образования не было выявлено. Отдаленных осложнений также не было зафиксировано.

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

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Борота А.В., Борота А.А., Онищенко Е.В.

ГОО ВПО «ДонНМУ им. М. Горького», Донецк

OWN GLUCOCORTICOSTEROID THERAPY EXPERIENCE IN THE ULCERATIVE COLITIS RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY COMPLEX

Borota A.V., Borota A.A., Onishchenko E.V.

SPEHPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

АКТУАЛЬНОСТЬ. Целью терапии язвенного колита (ЯК) является достижение и поддержание бесстероидной ремиссии, а при прогрессировании процесса, и/или развитии опасных для жизни осложнений — своевременное назначение хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с 2012 по 2021 гг. в клинике общей хирургии №1 ДОННМУ на базе проктологического отделения ДОКТМО оперировано 74 (25,0%) из 296 пролеченных пациентов с тяжелыми и осложнёнными формами ЯК. Из оперированных 41 (63,5%) пациент получал системные глюкокортикостероиды (ГКС) (солу-медрол) в предоперационном периоде, а у 33 (44,5%) проводилась пульс-терапия дексаметазоном.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Статистический анализ с использованием четырехпольных таблиц сопряженности объемов и результатов лечения пациентов с ЯК, которым потребовалось хирургическое вмешательство, выявил относительно сильную связь между приемом ГКС и возможностью выполнения реконструктивно-пластических вмешательств. Всего выполнено 57 (77,0%) реконструктивно-пластических вмешательств (37 — в 1 этап, и 20 — в 2 этапа). В 17 (23,0%) случаях выполнены обструктивные операции. В 59 (79,7%) случаях операции выполнены по плановым показаниям, в 15 (20,3%) случаях — по ургентным. Зафиксировано 4 (5,4%) летальных исхода.

ВЫВОДЫ. При сравнении результатов и исходов лечения достоверно подтверждается важность диспансерного наблюдения пациентов с ЯК, необходимость соблюдения лечебных рекомендация и своевременного подключения ГКС терапии — это позволяет оптимально выявить момент неэффективности консервативной терапии и своевременно применить хирургические методы лечения. ГКС терапия в комплексе лечения ЯК оказывает значимое положительное влияние на пациентов, оперированных как в плановом порядке, так и по ургентным показаниям. Применение ГКС терапии позволяет достичь более высокого качества жизни за счет возможности проведения реконструктивно-пластических операций, особенно выполненных в один этап. ГКС терапия позволяет снизить показатель послеоперационной летальности, однако данный вывод требует дополнительной оценки на большей статистической выборке.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА АЛЬФАЗОКС

Давыдова О.Е., Андреев П.С., Лямин А.В.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, Россия

EXPERIENCE IN TREATING PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS WITH THE DRUG ALFAZOX

Davydova O.E., Andreev P.S., Lyamin A.V.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Samara State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Язвенный колит — наиболее сложная проблема в колопроктологии с тенденцией увеличения количества пациентов с тяжелой атакой заболевания.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов лечения пациентов с язвенным колитом при включении в схему лечения препарата Альфазокс.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Представлены данные по результатам обследования и лечения 42 пациентов с язвенным колитом. У всех пациентов была диагностирована тяжелая атака язвенного колита; левосторонний колит выявлен у 30 (71,5%) больных, тотальное поражение — у 12 (28,5%) пациентов.

В основную группу вошли 22 пациента, которым наряду с препаратами базисной терапии первой линии, включающими введение суппозиториев с месалазином 1–2 г/сутки, дополнительно ректально вводили лекарственное средство Альфазокс в виде 1 пакетика-саше Альфазокс — 10 мл, смешанного с 15 мл 0,9% стерильного раствора NaCl. Приготовленная суспензия вводилась ректально, путём микроклизм, два раза в сутки на протяжении 14 дней, по разработанному и запатентованному нами способу (Патент на изобретение № 2747904 от 17.05.2021 г.). Контрольную группу составили 20 пациентов, которым назначали общепринятое лечение. Ближайшие результаты лечения отслежены в течение 10 и 30 дней. Отдаленные результаты (необходимость выполнения оперативного вмешательства, количество и сроки рецидивов) проанализированы через 6 и 12 месяцев наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В основной группе ни одному пациенту хирургическое лечение не проводилось, рецидив заболевания отмечен у 3 больных при анализе отдаленных результатов терапии. В группе контроля прооперировано 2 (10,0%) пациента, у одного из них, послеоперационный период протекал с осложнениями, рецидив заболевания возникал в 3 раза чаще.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Консервативная терапия, с включением в схему лечения препарата Альфазокс, позволила добиться более быстрой клинической ремиссии заболевания, увеличить ее продолжительность, позволила избежать необходимости выполнения хирургического вмешательства у пациентов основной группы с тяжелой атакой язвенного колита при левостороннем или тотальном поражении толстой кишки.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУР ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Дробязгин Е.А., Архипов Д.А., Семичев С.В., Хусаинов В.Ф., Дегтярева С.И.

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Новосибирск, Россия
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

ENDOSCOPIC TREATMENT OF THE COLONIC ANASTOMOSES STRICTURES

Drobyazgin E.A., Arkhipov D.A., Semichev S.V., Khusainov V.F., Degtyareva S.I.

Novosibirsk State Regional Clinical Hospital, Novosibirsk, Russia
Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Увеличение числа выполняемых резекционных оперативных вмешательств на толстой кишке.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценка возможностей гибкой эндоскопии в лечении пациентов со стриктурами толстокишечных анастомозов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с 2019 по 2022 гг. эндоскопическая баллонная гидродилатация при стенозе толстокишечного анастомоза выполнена 9 пациентам (мужчины — 4, женщины — 5) в возрасте от 33 до 75 лет.

У 6 пациентов оперативное лечение было проведено по поводу онкологического заболеваний, у 1 — по поводу мегаколон, у 1 — по поводу структурирующей формы болезни Крона. Еще у 1 пациента вмешательство потребовалось по поводу осложненного течения дивертикулярной болезни. В 3 случаях пациентам была выполнена левосторонняя гемиколэктомия, в 5 — передняя резекция прямой кишки и в 1 — субтотальная колэктомия. В 6 из 9 случаев стеноз анастомоза развился менее чем за 6 мес. после оперативного лечения, в 2 — через 2 года и в 1 случае — через 5 лет после операции.

Во всех случаях сеансы дилатации проводились через день, и за курс было выполнено 3 процедуры. Проводилось от 1 до 3 курсов баллонной дилатации, средний период наблюдения составлял 3 мес. Все процедуры были выполнены эндоскопическими баллонными дилататорами диаметром от 6 до 18 мм (Endostars, Cook), которые устанавливались в зону стеноза через инструментальный канал эндоскопа по струне-проводнику (Endostars), установленной за участок сужения или без таковой (Cook).

РЕЗУЛЬТАТЫ. До начала лечения у 5 пациентов диаметр стриктуры составлял 12 мм, в 2 случаях — 14 мм, 10 и 2 мм — в двух других случаях, соответственно. Во всех случаях при первом курсе дилатации удалось добиться восстановления просвета анастомоза. Повторные курсы эндоскопической баллонной дилатации потребовались у 3 пациентов, в 6 случаях проведение одного курса лечения оказалось достаточно. В одном случае дополнительно потребовалось трансанальное рассечение и бужирование стриктуры сигморектоанастомоза. Лечение дало стойкий положительный результат и позволило выполнить реконструктивную операцию или повысить качество жизни у 6 (86,0%) пациентов.

ВЫВОДЫ. Эндоскопическая баллонная дилатация стриктур анастомозов толстой кишки — эффективный метод восстановления проходимости и проведения реконструктивной операции более чем в 90%. Для своевременного продолжения лечения и профилакти-

ки осложнений требуется динамическое наблюдение пациентов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С ФОРМИРОВАНИЕМ ТОНКОКИШЕЧНЫХ ТАЗОВЫХ РЕЗЕРВУАРОВ

Журавлев А.В., Каторкин С.Е.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

SURGICAL TREATMENT OF RESISTANT ULCERATIVE COLITIS WITH FORMATION OF INTESTINAL PELVIC RESERVOIRS

Zhuravlev A.V., Katorkin S.E.

FSBEI HE SamSMU MOH Russia, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Рост заболеваемости язвенным колитом (ЯК) отмечается в большинстве развитых стран. Более 30% пациентов с резистентными формами заболевания нуждаются в хирургическом лечении. Операции с формированием постоянной илеостомы приводят к инвалидизации пациентов. Колопроктэктомия с формированием тонкокишечного резервуара (ТР) с илео-анальным анастомозом (ИАА) восстанавливает анальную дефекацию и полностью реабилитирует пациентов.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с ЯК после колопроктэктомии путем формирования ТР и ИАА.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За 2014–2022 гг. оперировано 26 пациентов. Первичный ТР после колопроктэктомии сформирован у 16 пациентам, отсроченный ТТР после проктэктомии — у 8. Мужчин — 16. Женщин — 10. Средний возраст — 35 ± 2,3 лет. Неэффективность консервативной терапии — основное показание к реконструктивной колэктомии. Гормонорезистентность отмечена у 11, гормонозависимость — у 7 пациентов. Противопоказания к созданию ТР: инконтиненция, аденокарцинома, болезнь Крона, тяжелое состояние пациента. Демукозация не выполнялась из-за угрозы развития стриктуры анального канала и инконтиненции. Формирование двуствольной илеостомы по Торнболу проведено всем пациентам.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Время операции — 260 ± 34 мин. Кровопотеря — 250 ± 135 мл. Осложнения отмечены у 9 (34,6%) пациентов: кровотечение из линии степлерного шва — 2, тромбоз аорты — 1, спаечная непроходимость — 1, несостоятельность анастомоза — 3, ранение мочеточника — 1, ректо-вагинальный свищ — 1. Умер 1 (3,8%) пациент от тромбоза аорты.

Закрытие илеостомы проведено 22 (88,0%) больным. Отдаленные результаты в сроки 35 ± 9 мес. прослежены у 19 (86,4%) пациентов. Частота дефекации — 6,3 ± 1,2 в сутки. Инконтиненция 1 степени отмечена у 2 пациентов. Хронический резервуарит выявлен у 2 пациентов. В период наблюдения удаления, реконструкции ТР и реилеостомии не было.

ВЫВОДЫ. 1. Колопроктэктомия с J-образным ТР и илеоанальным анастомозом является методом выбора хирургического лечения тяжелого ЯК.

2. Тщательный отбор пациентов на формирование ТР позволяет добиться хороших функциональных результатов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАКОЛОН

Зитта Д.В., Беляев А.И., Роженцева Д.А.

ГБУЗ ГКБ №2, отделение колопроктологии, Пермь, Россия

SURGERY OF IDIOPATHIC MEGACOLON

Zitta D.V., Belayev A.I., Rozhenzeva D.A.

Department of Coloproctology, City Hospital №2, Perm, Russia

Идиопатический мегаколон — относительно редкая патология, приводящая к развитию рефрактерных запоров и снижению качества жизни, которая в ряде случаев может стать причиной жизнеугрожающих осложнений.

ЦЕЛЬ. Проанализировать результаты лечения больных с идиопатическим мегаколон.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с 2015 по 2022 гг. в отделении колопроктологии были прооперированы 23 пациента с идиопатическим мегаколон. Проанализировали следующие показатели: возраст, пол, протяженность пораженного сегмента, длительность анамнеза, объем операции, частота послеоперационных осложнений, ближайшие и отдаленные результаты операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Возраст больных 29,9 ± 13,4 лет, 20 из них — женщины. Основными клиническими проявлениями были: запоры, необходимость постоянного приема слабительных (100%), боли в животе (61%), вздутие живота (78%), снижение массы тела (22%). У 2 пациентов симптомы заболевания с детства. В 4 случаях анамнез более 5 лет, в 17 — менее 5 лет. По данным ирригоскопии, протяженность поражения: тотальный мегаколон — 17%, субтотальный — 57%, левосторонний — 17%, мегасигма — 4%. В 93% случаев выявлено сочетание мегаколон с синдромом Пайра. 2 операции выполнены экстренно. Лапароскопический доступ использован в 19 случаях. Были выполнены: колэктомия с илеоректальным анастомозом — 3, субтотальная колэктомия с асцендоректальным анастомозом — 16, левосторонняя гемиколэктомия — 4. Послеоперационные осложнения: спаечная кишечная непроходимость — 1, кровотечение из аппаратного анастомоза — 6. В 100% случаев в период пребывания в стационаре нормализация стула. В течение года после операции прослежены 16 пациентов. Наилучшие результаты отмечены после колэктомии с формированием асцендо- или илеоректального анастомоза — у всех ежедневный стул без приема слабительных. В одном случае стриктура анастомоза, после бужирования стул нормализовался. После левосторонней гемиколэктомии 2 пациентки были оперированы повторно в плановом порядке в связи с выраженным болевым синдромом и рецидивом запора — лапароскопическая колэктомия с илеоректальным анастомозом с хорошими результатами. В одном случае произошел перекрут ободочной кишки, что стало причиной экстренной операции: колэктомия, илеостомия, вторым этапом илеоректальный анастомоз. Одна пациентка после левосторонней гемиколэктомии удовлетворена результатами операции.

ВЫВОДЫ. Субтотальная лапароскопическая колэктомия при идиопатическом мегаколон обеспечивает хорошие функциональные результаты при невысоком риске осложнений.

ВНУТРИКИШЕЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ — ПРЕДИКТОР НАРУШЕНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ КИШЕЧНОГО ШВА

Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Полозов С.В., Симонян Л.Э.

Сургутская окружная клиническая больница, Сургут, Россия

INTRAINTESTINAL HYPERTENSION IS A PREDICTOR OF IMPAIRED INTESTINAL SUTURE HEALING

Ilkanich A.Ya., Darwin V.V., Polozov S.V., Simonyan L.E.

Surgut District Clinical Hospital, Surgut, Russia

Несмотря на совершенствование технологий формирования кишечного шва, частота несостоятельности колеблется от 3 до 28%. Методы ранней диагностики нарушения заживления кишечного шва недостаточно чувствительны, в связи с чем поиск новых технологий является актуальной темой научного поиска.

ЦЕЛЬ. Оценить влияние внутрикишечной гипертензии на заживление кишечного шва.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты лечения 90 пациентов, оперированных по поводу осложнений колоректального рака с расположением опухоли: в левых отделах ободочной кишки — у 61 (44,9%) и прямой кишки — у 29 (21,3%) больного. Первичный анастомоз сформирован у 24 (17,6%) больных с раком левой половины ободочной кишки и у 10 (7,4%) — с раком прямой кишки. После формирования анастомоза, трансанально устанавливался дренаж, через просвет которого производилось измерение внутрикишечного давления аппаратом «Тритон» через 12, 24, 36 и 48 часов после операции. За норму внутрикишечного давления принято среднее значение у пациентов с неосложненным течением послеоперационного периода через 48 часов после операции (8,2 ± 0,6 мм рт. ст.). Проводилась оценка динамики внутрикишечного давления.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Среди 34 (25,0%) пациентов с первичным анастомозом послеоперационный период протекал без осложнений — у 23 (67,6%). Послеоперационные осложнения отмечены — у 11 (30,6%) больных: несостоятельность анастомоза — у 4 (11,8%), динамическая кишечная непроходимость — у 4 (11,8%), ранняя спаечная кишечная непроходимость — у 3 (8,0%). При осложненном течении послеоперационного периода отмечено замедление восстановления внутрикишечного давления. У пациентов с несостоятельностью этот показатель составил 13,8 ± 0,4 (p = 0,03), с послеоперационным парезом — 3,7 ± 0,7 (p = 0,15), с послеоперационной кишечной непроходимостью — 6,7 ± 0,8 (p > 0,05). Чувствительность методики измерения внутрикишечного давления как предиктора осложненного течения послеоперационного периода составила 96,3%, специфичность — 76,2%.

Таким образом, внутрикишечная гипертензия может считаться эффективным прогностическим параметром в диагностике послеоперационных осложнений, в том числе нарушения заживления кишечного шва.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ С 3D-ВОЛЮМЕТРИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С J-ОБРАЗНЫМ ТОНКОКИШЕЧНЫМ РЕЗЕРВУАРОМ

Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Зельтер П.М., Крамм Е.К.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

COMPUTED TOMOGRAPHY WITH 3-D VOLUMETRY IN PATIENTS WITH J-SHAPED SMALL INTESTINE RESERVOIR

Katorkin S.E., Zhuravlev A.V., Zelter P.M., Kramm E.K.

FSBEI HE SamSMU MOH Russia, Samara, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Больные, перенесшие колопроктэктомию с формированием тонкокишечного резервуара (ТР) по поводу тяжелых форм язвенного колита (ЯК), нуждаются в объективных и малоинвазивных методах обследования созданных резервуарных конструкций.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Провести визуализацию ТР путем КТ-резервуарографии с 3D-реконструкцией для морфофункциональной оценки резервуара перед закрытием превентивной илеостомы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В 2012–2022 гг. на лечении находилось 28 пациентов с ТР после колопроктэктомии по поводу ЯК. Средний возраст 35 ± 2,3 лет. У 16 пациентов сформирован первичный ТР. У 12 пациентов с тяжелой атакой ЯК завершающая проктэктомия с отсроченным ТР выполнена после предшествующей колэктомии. Для визуализации сформированного ТР всем пациентам выполнена КТ-резервуарография с 3D-реконструкцией с использованием программы «Автоплан».

РЕЗУЛЬТАТЫ. Исследование выполнено пациентам с ТР на 32-срезовом томографе Toshiba Aquillion (Япония). После выполнения нативного сканирования, ТР заполнен водорастворимым контрастом Омнипак 350 в объеме 150 мл. Далее выполнялось сканирование брюшной полости в нативном режиме с задержкой дыхания, при напряжении на трубке 120 кВ, сила тока рассчитывалась в зависимости от веса пациента. Данные загружались в систему «Автоплан», где с помощью пороговой обработки формировалась полигональная 3D-модель контрастного вещества — внутреннего слепка резервуара. Объем резервуара рассчитывался автоматически и составил, в среднем, 135 ± 10 мл. При этом исследовании исключалась часть контрастного вещества, вышедшая за пределы ТР в приводящий отдел тонкой кишки до илеостомы. У 2 пациентов выявлена не диагностированная клинически несостоятельность ИАА.

ВЫВОДЫ. Применение предложенной методики позволяет определить объем ТР, определить его расположение по отношению к костным структурам, что позволяет косвенно оценить функциональные возможности оперированного пациента.

ПРОСТОЙ, НЕДОРОГОЙ И ИНФОРМАТИВНЫЙ ТЕСТ В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Панкратова Ю.С., Карпухин О.Ю.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия

A SIMPLE, INEXPENSIVE AND INFORMATIVE TEST IN THE DIAGNOSIS OF INFLAMMATORY COMPLICATIONS OF DIVERTICULAR DISEASE

Pankratova Yu.S., Karpukhin O.Yu.

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. В последние годы в диагностике дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБ) прослеживается тенденция к поиску недорогих и надежных маркеров, способствующих установлению диагноза, а также оценке степени тяжести заболевания и прогнозированию его течения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Определить диагностическую значимость теста отношения нейтрофилов к лимфоцитам (ОНЛ, в англоязычной литературе NLR — Neuytrophil to lymphocyte ratio) при осложненном дивертикулите.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведено когортное исследование на основе ретро- и проспективного анализа ОНЛ у пациентов отделения колопроктологии. Основная группа — 58 пациентов с осложненным дивертикулитом, три группы сравнения представлены: 31 пациентом — с воспалительными заболеваниями кишечника; 42 — с аденокарциномой сигмовидной ободочной кишки без воспалительных осложнений; 46 — с хроническим геморроем без патологии ободочной кишки. ОНЛ рассчитывали как отношение абсолютного числа нейтрофилов к лимфоцитам.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среднее значение ОНЛ у пациентов с дивертикулярной болезнью — 7,96 ± 5,43. По мере распространения воспаления с дивертикула на окружающую клетчатку показатель индекса ОНЛ возрастал. В результате купирования воспаления консервативными методами или операцией индекс ОНЛ снижался до 2,75 ± 1,3 ($p < 0,05$). Отмечена корреляция длительности пребывания в стационаре пациентов с воспалительной деструкцией дивертикула и высокого индекса ОНЛ, коэффициент корреляции составил rxy = 0,46 ($p < 0,05$). Отмечено отличие ОНЛ у пациентов с дивертикулярной болезнью и пациентов с раком ободочной кишки ($p < 0,05$), а также хроническим геморроем ($p < 0,001$). При воспалительных заболеваниях кишечника ОНЛ не отличался от такого же при дивертикулите ($p > 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Использование индекса ОНЛ способствует оценке степени тяжести течения дивертикулярной болезни, прогнозированию результатов лечения и дифференциальной диагностике с другими заболеваниями толстой кишки.

ПРЕДИКТОРЫ РЕЦИДИВА ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Панкратова Ю.С., Карпухин О.Ю., Зиганшин М.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия

Республиканская клиническая больница МЗРТ, Казань, Россия

PREDICTORS OF RECURRENCE OF COLONIC DIVERTICULAR DISEASE

Pankratova Yu.S., Karpukhin O.Yu., Ziganshin M.I.

Kazan State Medical University, Kazan, Russia, Republican Clinical Hospital, Kazan, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Риск рецидивов дивертикулярной болезни (ДБ) увеличивается с каждым последующим эпизодом, поэтому проблема поиска его предикторов и определения показаний к плановому оперативному лечению становится весьма актуальной.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период с 2011 по 2021 гг. под нашим наблюдением находились 282 пациента с осложнениями ДБ, 212 (75,2%) пролечены консервативно, а 70 (24,8%) — оперированы. Хроническое рецидивирующее течение заболевания отмечено у 87 (30,8%) пациентов, из которых 20 поступали в нашу клинику неоднократно, при этом у 11 (55%) из них рецидив заболевания стал показанием к оперативному лечению. Всего с рецидивирующей формой заболевания оперированы 32 (11,3%) пациента, находившихся за данный период под нашим наблюдением.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В качестве предиктора рецидива можно рассматривать формирование периколического инфильтрата с выявленными в ходе РКТ признаками микроперфорации дивертикула — единичными пузырьками газа в толще отечной периколической клетчатки (7 пациентов), четверо из которых оперированы на разных сроках после выписки из-за рецидива воспалительного инфильтрата и отсутствия эффекта от консервативной терапии, а один — через 3 месяца экстренно по поводу перфорации дивертикула с диффузным перитонитом. Кроме того, риск рецидива отмечен у иммуносупрессивных пациентов с осложненными формами ДБ: ДБ на фоне коронавирусной (SARS-CoV-2) пневмонии (17), сахарного диабета (27), хронической почечной и ЛОР патологии (16), а также у пациентов с сохраняющимися, несмотря на положительную динамику консервативного лечения, высокими показателями провоспалительных маркёров (С-реактивный белок, индекс NLR — отношения нейтрофилов к лейкоцитам).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Решение о плановом оперативном вмешательстве при ДБ принимается с учетом частоты и тяжести рецидивов заболевания, характера развившихся осложнений, оценки качества жизни пациента, а также совокупности факторов, прогнозирующих вероятность безуспешности консервативной терапии.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА

Савельева Т.А., Пономаренко А.А., Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Пикунов Д.Ю., Тобоева М.Х., Логинова А.Н., Цуканов А.С.

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

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF RUSSIAN PATIENTS WITH PEITZ-JAEGERS SYNDROME

Savelyeva T.A., Ponomarenko A.A., Kuzminov A.M., Vyshegorodtsev D.V., Pikunov D.Yu., Toboeva M.H., Loginova A.N., Tsukanov A.S.

Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Синдром Пейтца-Егерса (СПЕ) крайне редкий наследственный синдром с частотой встречаемости 1:50000–200000 новорожденных. Заболевание передается по аутосомно-доминантному типу и обусловлено герминальной мутацией в гене STK11. Клинически заболевание проявляется слизисто-кожной пигментацией и ростом гамартомных полипов в желудочно-кишечном тракте, вызывающих инвагинацию в 95% случаев в тонкой кишке, приводящей к развитию тонкокишечной непроходимости. Несвоевременная постановка диагноза приводит к тому, что 70% первоначальных лапаротомий выполняются в срочном порядке по поводу кишечной непроходимости, как правило, с резекций участка тонкой кишки в возрасте до 18 лет, что в 20–25% случаев приводит к синдрому короткой кишки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить результаты диагностики и лечения российских пациентов с синдромом Пейтца-Егерса.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 30 пациентов из 25 семей, обратившихся с 2012 по 2021 гг. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов и предоставленных ими выписок из других лечебных учреждений. При обращении всем пациентам с подозрением на СПЕ проводилось генетическое тестирование на наличие мутации STK11.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Мутация в гене STK11 была выявлена в 21/25 (84%) семей. Преимущественно это были точковые мутации. Среди выявленных мутаций 10 (47%) мутаций описаны впервые.

При первичном обследовании поражение тонкой кишки наблюдалось у 30 (100%) пациентов, желудка — у 23 (77%), толстой кишки — у 21 (70%). Медиана периода наблюдения составила 6 (1;20) (1–36) лет. За этот период отмечено увеличение числа пациентов с ростом полипов как в желудке, так и в толстой кишке. Медиана возраста первой полостной операции 19 (12;22) (0,5–45) лет, тогда как возраст постановки диагноза составил 20 (12;33) (5–49) лет. Экстренные операции перенесли 22/30 (73%) пациента — 35 операций. Во время экстренных операций удалялось 95 (60;115) (20–150) см тонкой кишки, тогда как во время плановых операций — 15 (10;20) (5–25) см. После постановки диагноза характер операций изменился. Первым этапом производится расправление или резекция выявленных инвагинатов с гамартомными полипами. В дальнейшем основным методом лечения становится эндоскопическая санация желудочно-кишечного тракта. Эндоскопические полипэктомии выполнены: из желудка у 14 (47%) пациентов — 29 процедур, из двенадцатиперстной кишки у 15 (50%) пациентов — 39 процедур, из тонкой кишки у 9 (30%) — 14 процедур, из толстой кишки у 26 (87%) — 103 процедуры. После экстренных операций в 3/34 (8,8%) развилась ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость, что потребовало хирургического вмешательства. После плановых полостных вмешательств осложнений не было. После эндоскопических полипэктомий выявлено по 1 перфорации в двенадцатиперстной и сигмовидной кишке, что составило менее 1% осложнений. Среди пациентов в отдаленные сроки наблюдения синдрома короткой кишки не наблюдалось.

ВЫВОДЫ. У российских пациентов имеются как генетические, так и клинические особенности течения заболевания. В связи с поздним установлением диагноза отмечается высокая частота экстренных операций с резекцией участка тонкой кишки. После установления диагноза происходит снижение частоты полостных операций и увеличение эндоскопических вмешательств, что приводит к улучшению качества жизни пациентов.

ИШЕМИЧЕСКИЙ КОЛИТ, КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Сухаруков А.С., Нарезкин Д.В., Безалтынных А.А.

ФГБОУ ВО Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск, Россия

ISCHEMIC COLITIS AS AN ACTUAL PROBLEM OF MODERN COLOPROCTOLOGY

Sukharukov A.S., Narezkin D.V., Bezaltynnyh A.A.

Smolensk state medical university, Smolensk, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. С нарушением мезентериального кровообращения могут встретиться специалисты различного профиля: общие и сосудистые хирурги, колопроктологи, терапевты, врачи общей врачебной практики, гастроэнтерологи, кардиологи. Неправильная постановка диагноза, а значит, и потеря времени может привести к возникновению «абдоминальной катастрофы». Как правило, хроническое нарушение мезентериального кровообращения встречается у полиморбидных пациентов, имеющих многочисленные конкурирующие заболевания.

ЦЕЛЬ. Анализ клинической картины хронического ишемического колита, его раннее выявление с целью предотвращения развития «абдоминальной катастрофы».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Данное исследование является одноцентровым проспективным. Исследованию подверглось 109 (100%) больных. Гендерное распределение следующее: мужчин — 43 (39,45%) женщин — 66 (60,55%). Средний возраст больных — 76,3 ± 8,7 (от 67 до 85 лет).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациенты поступили в хирургический стационар с подозрением на ургентное хирургическое заболевание органов брюшной полости, в процессе обследования ургентная хирургическая патология была исключена, было заподозрено хроническое нарушение мезентериального кровообращения и проведено комплексное обследование на наличие последнего. При сборе анамнеза: больные предъявляли жалобы на периодически возникающие боли в животе, носящие не постоянный характер. Все исследованные больные имели выраженную сопутствующую патологию. В первую тройку входили заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность).

При анализе лабораторных показателей крови выявлена четкая тенденция к нарушению липидного спек-

тра крови, в пользу липопротеидов низкой и очень низкой плотности, а также увеличению уровня холестерина.
Обязательной задачей было выполнение видеоколоноскопии, на которой отмечены признаки ишемической колопатии: воспалительные явления слизистого слоя, множественные субэпителиальные геморрагии (местами сливающиеся в виде обширных полей) и множество очагов подслизистых гематом ярко малинового цвета различного диаметра и очагами резко выраженной инфильтрации в подслизистом слое различного диаметра. Имели место так же патогномоничные симптомы — множественные округлые участки с сохранённой слизистой (с-м «Мишени»). Из всех выявленных случаев ишемического колита у 26 (23,85%) пациентов картина ишемического поражения толстой кишки локализовалась, преимущественно, в левых отделах, что может свидетельствовать о поражении в бассейне нижней брыжеечной артерии. У 64 (58,72%) — патологический процесс локализовался, преимущественно, в правых отделах толстой кишки, что можно трактовать как поражение сосудистого русла в бассейне верхней брыжеечной артерии, а у 19 (17,43%) больных имело место тотальное поражение толстой кишки. Данная картина была подтверждена морфологически.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ. По своим эндоскопическим признакам ишемический колит схож с другими воспалительными заболеваниями кишечника, поэтому лечащим врачом должен тщательно собираться и анализироваться анамнез заболевания. Полученная при эндоскопическом исследовании информация должна послужить поводом к дальнейшему, более тщательному и полному исследованию мезентериального сосудистого русла.

ОСОБЕННОСТИ *MutYH*-АССОЦИИРОВАННОГО ПОЛИПОЗА У ПАЦИЕНТОВ РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Тобоева М.Х., Цуканов А.С., Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В., Савельева Т.А., Пикунов Д.Ю.
ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия

FEATURES OF MUTYH-ASSOCIATED POLYPOSIS IN PATIENTS OF THE RUSSIAN POPULATION

Toboeva M.Kh., Tsukanov A.S., Kuzminov A.M., Vyshegorodtsev D.V., Saveleva T.A., Pikunov D.Yu.
Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. *MutYH*-ассоциированный полипоз (МАП) — синдром с аутосомно-рецессивным типом наследования, генетической причиной которого являются биаллельные мутациии в гене *MutYH*. Для заболевания характерно наличие множественных полипов толстой кишки и развитие колоректального рака (КРР) на их фоне при несвоевременном хирургическом лечении.
ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Целью исследования стало изучение клинико-генетических особенностей у пациентов с *MutYH*-ассоциированным полипозом в российской популяции пациентов.
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Материалом для исследования стали клинические данные о 24 пациентах из 23 семей с генетически подтвержденным диагнозом *MutYH*-ассоциированного полипоза, проходивших лечение в ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» в период с октября 2012 по январь 2021 года.
РЕЗУЛЬТАТЫ. Соотношение мужчин и женщин, которые были включены в исследование, составило 9:15, а средний возраст, при котором был установлен диагноз — 48 (19–70) лет. Согласно данным колоноскопии, медиана количества полипов толстой кишки составила 48 (22–420), при этом у большинства больных 18/24 (75%) они были распределены равномерно во всех отделах. Помимо тубулярных и тубулярно-ворсинчатых аденом, у 4 пациентов дополнительно обнаружены гиперпластические полипы, у 1 пациента — зубчатые аденомы. При молекулярно-генетическом исследовании выявлена более низкая частота встречаемости мутаций p.G382D и p.Y165C (28% и 17%) по сравнению с другими европейцами, высокая частота встречаемости миссенс-мутаций p.G169D и p.R231H (15% и 13%) соответственно. Найдено 2 ранее не описанных варианта мутаций в гене *MutYH*: миссенс-мутация p.R293P и делеция c.903delA. Колоректальный рак был диагностирован у 14/24 пациентов (58%). Медиана возраста диагностики МАП без КРР составила 38 (19–50) лет, а медиана возраста выявления КРР на фоне МАП — 60 (26–70) лет.
ВЫВОДЫ. На основании данных проведенного исследования выявлены как клинические, так и генетические особенности МАП в российской популяции.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВОРОТОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

Шакиров Р.Р., Зиганшин М.И., Карпухин О.Ю.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия
Республиканская клиническая больница МЗ РТ, Казань, Россия

EXPERIENCE IN TREATMENT OF PATIENTS WITH SIGMOID COLON VOLVULUS

Shakirov R.R., Ziganshin M.I., Karpukhin O.Yu.
Republican Clinical Hospital, Kazan, Russia
Kazan State Medical University, Kazan, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Заворот сигмовидной кишки (ЗСК) является самым распространенным видом заворота и может достигать 15% от всех видов странгуляционной кишечной непроходимости.
ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Анализ результатов лечения пациентов с заворотом толстой кишки в отделении колопроктологии многопрофильного стационара.
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Представлены результаты лечения 30 пациентов с заворотом толстой кишки в отделении колопроктологии РКБ МЗ РТ за период с 2011–2021 гг. По неотложным показаниям госпитализированы 18 (60,0%) пациентов, в плановом порядке — 12 (40,0%).
РЕЗУЛЬТАТЫ. При госпитализации ургентных пациентов без симптоматики перитонита и некроза кишки первично проводили попытку эндоскопической деторсии. Успешная деторсия позволила выполнить резекцию сигмовидной кишки с первичным анастомозом у 4 (22,2%) или расширенную резекцию у 8 (44,4%) пациентов после обследования и подготовки к операции без выписки пациентов из клиники (7) или через месяц после первичной госпитализации (1). При перитоните или при неудавшейся деторсии экстренную операцию проводили в объеме резекции сигмовидной кишки и концевой колостомии у 6 (33,3%) пациентов. Плановая госпитализация представлена пациентами с симптоматикой ЗСК в анамнезе: не оперированные — 4 (33,3%), либо оперированные в разных хирургических клиниках: мезосигмопликация

по Гаген-Торну — 2 (16,7%), эндоскопическая или открытая деторсия кишки — 3 (25,0%), стомированные пациенты после обструктивных вмешательств на фоне ЗСК — 3 (25,0%). С целью профилактики рецидива и коррекции запорного синдрома у них проводили пассаж рентгеноконтрастных маркёров и РКТ с 3Д-моделированием толстой кишки. В результате у 9 (75,0%) пациентов объем операции был расширен, а резекция сигмовидной кишки выполнена лишь у 3 (25,0%) пациентов. Послеоперационные осложнения при ЗСК составили 6,7%. Летальных исходов не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При завороте сигмовидной кишки необходим дифференцированный подход к выбору лечебной тактики. При выполнении плановых вмешательств требуется проведение комплекса специальных методов обследования. Эти вмешательства целесообразно проводить в отделениях колопроктологического профиля.

ОСЛОЖНЁННАЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В УРГЕНТНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Щерба С.Н.[1,2], Половинкин В.В.[1,2], Щерба А.С.[1]

[1] ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия
[2] ГБУЗ НИИ «Краевая клиническая больница №1», Краснодар, Россия

COMPLICATED DIVERTICULAR COLON DISEASE IN URGENT COLOPROCTOLOGICAL PRACTICE

Scherba S.N.[1,2], Polovinkin V.V.[1,2], Scherba A.S.[1]

[1] Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia
[2] Scientific Research Institute — Ochapovsky Regional Clinical Hospital no. 1, Krasnodar, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки, по данным медицинской литературы, диагностируется в 10–15% случаев и нередко осложняется кровотечениями, перфорацией дивертикулов с формированием внутрибрюшных абсцессов и перитонита. Отсутствие своевременного экстренного хирургического вмешательства зачастую ведёт к развитию полиорганной недостаточности, сепсису и летальному исходу.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Проанализировать частоту встречаемости, своевременность выполнения хирургического вмешательства и ближайшие результаты ургентной хирургической помощи пациентам с осложненной дивертикулярной болезнью ободочной кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ГБУЗ НИИ-ККБ №1 г. Краснодара в 2019–2021 гг. в экстренном порядке прооперировано 470 (100%) больных. Согласно критерию включения (хирургические вмешательства, выполненные в экстренном порядке на ободочной кишке по поводу осложнений дивертикулярной болезни) в исследовании участвовали 33 (7,0%) человека. Мужчин было 12 (36,4%) (средний возраст 56,2 ± 2,7), женщин — 21 (63,6) (средний возраст 63,1 ± 3,5).

РЕЗУЛЬТАТЫ. В раннем послеоперационном периоде у четырёх (12,1%) больных возникли осложнения. Три (9,1%) из них были экстраабдоминальными. Два (6,1%) случая — раневые инфекционно-воспалительные осложнения. Один (3,0%) — послеоперационная внутрибольничная пневмония. Четвёртое (3,0%) осложнение было интраабдоминальным. У пациентки на фоне перфорации дивертикула ректосигмоидного отдела толстой кишки имел место и прогрессировал разлитой фибринозно-гнойный перитонит, который привёл к сепсису, полиорганной недостаточности и летальному исходу.

ВЫВОДЫ. В нашем наблюдении осложнённая дивертикулярная болезнь ободочной кишки, потребовавшая экстренного хирургического лечения, была у 7% больных. Благодаря своевременному, комплексному лечению этого заболевания и его осложнений, все пациенты выздоровели, за исключением единственного случая, при котором летальный исход стал следствием прогрессирования гнойно-септического осложнения на фоне основной патологии.

ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЛИПЭКТОМИИ ИЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Юданов А.В., Гарбузов В.А., Говорков Р.В., Ганичева И.А., Калинин В.А., Токмаков И.А.

ГБУЗ НСО ГНОКБ, Областной центр колопроктологии, Новосибирск, Россия

COMPLICATION RATES OF ENDOSCOPIC COLONIC POLYPECTOMY

Yudanov A.V., Garbuzov V.A., Govorkov R.V., Ganicheva I.A., Kalinin V.A., Tokmakov I.A.

GBUZ NSO GNOKB, Regional Center for Coloproctology, Novosibirsk, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Эндоскопическая полипэктомия снижает риск колоректального рака на 76–90%, однако не лишена риска осложнений (в среднем, до 1,5%).

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить частоту осложнений эндоскопической полипэктомии и опыт оперативного и консервативного лечения пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2015 по 2021 гг. в ГБУЗ НСО ГНОКБ (г. Новосибирск) выполнено 2769 эндоскопических полипэктомий. Была проведена оценка факторов риска: размеры полипов, клиническая характеристика пациентов, локализация полипа, количество полипов, удаленных за одну процедуру. Статистическая оценка данных была проведена с помощью SPSS 13.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Доля осложнений после выполненной эндоскопической полипэктомии составила 1,7% (47 пациентов). Из них: кровотечения составили 0,69% (19 пациентов); 17 выполнен эндоскопический гемостаз (эндоскопическое клипирование сосуда, субмукозное введение гемостатиков); 2 пациентам, ввиду неэффективности эндоскопического гемостаза, выполнены резекция сигмовидной кишки, илеоцекальная резекция. Перфорация различных отделов толстой кишки 0,29% (8 пациентов). 3 пациентам выполнены оперативные вмешательства (1 пациенту выполнена резекция сигмовидной кишки, 2 пациентам — правостороняя гемиколэктомия). 2 пациентам выполнена обструктивная резекция сигмовидной кишки (ввиду развития перитонита). 3 пациента не потребовали хирургического вмешательства (проводилась консервативная терапия). Воспалительные осложнения встречались в 0,72% (20 пациентов). 1 из пациентов потребовал хирургического лечения, остальные разрешились консервативно. Летальность составила 0,11% (3 пациента).

ВЫВОДЫ. Несмотря на то, что размер полипа является важным фактором риска осложнений полипэктомии, наши данные не показали значимых различий. Наибольшая частота осложнений была выявлена при локализации полипов в восходящей ободочной кишке. Эндоскопическая полипэктомия в настоящее время остаётся безопасным вмешательством с низким

риском осложнений, однако пациенты должны быть заранее осведомлены о возможных осложнениях.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИБРИДНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЫ ПРЯМОЙ КИШКИ

Юданов А.В., Калинин В.А., Говорков Р.В., Ганичева И.А., Токмаков И.А., Гарбузов В.А.

ГБУЗ НСО ГНОКБ, Областной центр колопроктологии, Новосибирск, Россия

CLINICAL EXPERIENCE OF HYBRID TREATMENT OF RECTAL ULCERS

Yudanov A.V., Kalinin V.A., Govorkov R.V., Ganicheva I.A., Tokmakov I.A., Garbuzov V.A.

GBUZ NSO GNOKB, Regional Center for Coloproctology, Novosibirsk, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лечение эрозивно-язвенных повреждений прямой кишки — сложная медицинская проблема, и единого мнения о лечении данной группы заболеваний нет.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. Пациентке К., 66 лет, 30.11.2020 в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России выполнена эндоскопическая резекция слизистой оболочки прямой кишки, при ворсинчатой опухоли прямой кишки. 11.12.2020 с кишечным кровотечением госпитализирована в ГБУЗ НСО ГНОКБ. Диагностирован язвенно-перфоративнный дефект прямой кишки с признаками кровотечения. Выполнена операция: трансанальное ушивание язвы прямой кишки, остановка кровотечения. Лапаротомия, ушивание дефекта стенки прямой кишки, вскрытие флегмоны забрюшинного пространства, полости малого таза, петлевая сигмостомия. В послеоперационном периоде рецидивов кишечного кровотечения, прогрессии забрюшинной флегмоны не было, выписана 27.12.2020. При контрольных осмотрах, в прямой кишке, в зоне ушитого дефекта, определялась грануляционная ткань, травматизация которой сопровождалась кровотечением. Дважды эндоскопически удалена гранулема из прямой кишки с клипированием сосуда при кровотечении. Клиническая ситуация не позволяла выполнить восстановление естественного пассажа по толстой кишке. 18.02.2022 больной выполнена эндоваскулярная эмболизация правой и левой нижней прямокишечной артерии, с последующим курсом местной противовоспалительной терапии — кровотечение не наблюдалось. 12.05.2022 пациентке выполнена внутрибрюшная ликвидация петлевой сигмостомы. Естественный акт дефекации восстановлен, прямокишечное кровотечение не рецидивировало. На контрольном осмотре, при проведении ректороманоскопии на 10 см по задней стенке прямой кишки плотный ярко-розовый звездчатый рубец 10 × 12 мм. Кровоточивости нет.

ВЫВОДЫ. Применение гибридных хирургических технологий (эндоваскулярная эмболизация ветви прямокишечной артерии с эндоскопическим контролем язвенной гранулемы прямой кишки) дало возможность точно локализовать «питающий» сосуд с последующей его эмболизацией, что позволило выполнить восстановительную операцию на толстой кишке у данной больной.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ИШЕМИИ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Юданов А.В., Токмаков И.А., Говорков Р.В., Ганичева И.А., Калинин В.А., Гарбузов В.А.

ГБУЗ НСО ГНОКБ, Областной центр колопроктологии, Новосибирск, Россия

PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE ISCHEMIA OF THE LEFT HALF OF THE COLON

Yudanov A.V., Tokmakov I.A., Govorkov R.V., Ganicheva I.A., Kalinin V.A., Garbuzov V.A.

GBUZ NSO GNOKB, Regional Center for Coloproctology, Novosibirsk, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. При мезентериальном тромбозе нижняя брыжеечная артерия (НБА) поражается реже (10–15%), чем ВБА. Выделяют стадии болезни: ишемия (первые 6–12 часов), инфаркт (от 12 до 24 ч.), перитонит (спустя 24 ч.).

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Усовершенствовать лечебно-диагностическую тактику на ранних стадиях заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2020 по 2022 гг. пролечено 26 пациентов с острым нарушением мезентериального кровообращения (ОНМК) в бассейне НБА с давностью заболевания от 4 часов до 3 суток. Жалобы при поступлении: постоянные боли в левой половине живота, интенсивного, схваткообразного характера, частый жидкий стул с примесью крови. На этапе скорой помощи диагноз ОНМК не установлен.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Из 26 пациентов хирургическое вмешательство выполнено 19 пациентам. 6 пациентов с давностью заболевания более 2 суток и перитонитом оперированы после подготовки. Интраоперационно установлен некроз левой половины ободочной кишки, выполнена обструктивная левосторонняя гемиколэктомия (ЛГКЭ). 20 пациентов с давностью заболевания от 4 до 24 часов госпитализированы в профильное отделение. 3 пациентам выполнена МСКТ, а затем диагностическая лапароскопия, при которой признаков ишемии не было. Интраоперационной ФКС установлен тотальный некроз слизистой левой половины ободочной кишки, что потребовало выполнить обструктивную ЛГКЭ. 17 больным после подготовки выполнена ФКС. У 7 пациентов признаков критической ишемии не было, что потребовало продолжения терапии. 10 пациентам после ФКС диагностирован некроз левой половины. 6 пациентам выполнена обструктивная ЛГКЭ, 4 — субтотальная колэктомия. Летальность составила 4 (21,05%) человека.

ВЫВОДЫ. Для улучшения результатов лечения и снижения летальности пациенты с подозрением на ОНМК в бассейне НБА госпитализируются в ОРИТ, где на фоне интенсивной терапии выполняется ФКС. При эндоскопических признаках некроза слизистой пациент должен быть оперирован. Диагностическая лапароскопия не информативна в стадии ишемии, так как видимых изменений стенки кишки еще не наступает.

СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Юданов А.В., Токмаков И.А., Говорков Р.В., Ганичева И.А., Калинин В.А., Гарбузов В.А.

ГБУЗ НСО ГНОКБ, Областной центр колопроктологии, Новосибирск, Россия

MODERN STRATEGIES IN THE TREATMENT OF CHRONIC FORMS OF DIVERTICULAR DISEASE OF THE COLON

Yudanov A.V., Tokmakov I.A., Govorkov R.V., Ganicheva I.A., Kalinin V.A., Garbuzov V.A.

GBUZ NSO GNOKB, Regional Center for Coloproctology, Novosibirsk, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лечение дивертикулярной болезни вариабельно: от амбулаторного наблюдения с небольшими диетическими рекомендациями до выполнения экстренных и плановых оперативных вмешательств с послеоперационной летальностью от 2,5 до 4,5%.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Показать опыт хирургического лечения пациентов с хроническими воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2017 по 2021 гг. в нашей клинике в плановом порядке прооперирован 61 пациент с хроническими формами дивертикулярной болезни. Диагноз установлен на основании ФКС, ирригоскопии, УЗИ, МСКТ с болюсным усилением и сформулирован на основании классификации, разработанной ГНЦК.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При хроническом дивертикулите выполнено 3 сигмэктомии, 7 левосторонних гемиколэктомий, 1 колэктомия. При паракишечном инфильтрате сделано 2 колостомии, 8 сигмэктомий, 5 левосторонних гемиколэктомий. При стенозе — 1 сигмэктомия. При рецидивирующих кровотечениях — 2 левосторонних гемиколэктомии. При наличии распространенного дивертикулеза и рака правой половины выполнено 6 колэктомий; при раке левой половины 1 субтотальная колэктомия. При раке прямой кишки и дивертикулезе выполнена 1 брюшно-анальная резекция с сигмэктомией, 2 низких передних и 2 передних резекции прямой кишки с левосторонней гемиколэктомией, 5 низких передних резекций с субтотальной колэктомией. Зафиксированы осложнения: 1 желудочное кровотечение на 5 сутки, 3 несостоятельности десцендоректоанастомоза, 1 несостоятельность асцендоанального анастомоза, 1 некроз низведенной кишки, 1 пневмония, 1 острый инфаркт миокарда, 1 ТЭЛА. Послеоперационная летальность составила 2 (3,27%) человека.

ВЫВОДЫ. Плановая операция должна избавить пациента от проявлений болезни и потенциально опасного патологического субстрата — дивертикула. При дивертикулярной болезни и в сочетании с раком считаем расширенные объемы вмешательств оправданными и радикальными, а профилактику осложнений при несостоятельности межкишечных анастомозов проводим превентивной илеостомией.

ГЛАВА 4. СТОМЫ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КОЛОСТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Алиев Ф.Ш., Алиев В.Ф., Савельев Н.Н., Стогний Н.Ю., Алиев Р.Ф.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

METHOD FOR SURGICAL REHABILITATION OF COLOSTOMY PATIENTS

Aliev F.S., Aliev V.F., Savelev N.N., Stogni N.Y., Aliev R.F.

FSBEI of HE "Tyumen State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Tyumen, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. За последние годы в связи с ростом доброкачественных и злокачественных заболеваний ободочной и прямой кишки реабилитация стомированных пациентов приобретает все более важное значение. Основным отягощающим фактором медико-социальной реабилитации стомированных пациентов является непроизвольное отхождение газов и кала по кишечной стоме.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить способ формирования резервуарно-клапанной колостомы при острой кишечной непроходимости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ случаев хирургического лечения колоректального рака, осложненного ОКН, у 20 пациентов. Критерием включения явились пациенты с ОКН в стадии субкомпенсации и декомпенсации с левосторонней обструкцией толстой кишки. Критериями исключения из исследования были: больные с иными осложнениями колоректального рака; опухоли прямой кишки, правой половины ободочной кишки; пациенты с ОКН в стадии компенсации. Разработанная резервуарно-клапанная колостома формировалась пациентам с левосторонней локализацией опухоли. Способ заключался в формировании в престомальной зоне кишечного лоскут-клапана, в основе которого лежит пористая никелид титановая пластина. Вторым этапом формируется резервуар в престомальной зоне, путем серозомиотомий на протяжении 10 см. Оценивалось функционирование стомы путем изучения дебита по свищу и частоты опорожнения содержимого.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Опорожнение колостомы у 16 пациентов было порционным с частотой 2–4 раза в сутки и продолжительностью от 22 до 40 минут. Дебит по колостоме, в среднем, составлял 620,5 ± 40,7 мл в сутки. Постоянное ношение калоприемника требовалось лишь у 2 пациентов, что составило 10,0 ± 6,0%. Кожные парастомальные осложнения в виде мацераций и стомального дерматита наблюдались у 3 (15,0%) пациентов.

ВЫВОД. Применение резервуарно-клапанной колостомы при острой кишечной опухолевой непроходимости позволяет улучшить медико-социальную реабилитацию пациентов.

ОРГАНИЗАЦИЯ КОНСЕРВАТИВНОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Воронин Ю.С., Ильканич А.Я.

Сургутская окружная клиническая больница, Сургут, Россия

ORGANIZATION OF CONSERVATIVE AND SURGICAL REHABILITATION OF OSTOMY PATIENTS

Voronin Yu.S., Ilkanich A.Ya.

Surgut District Clinical Hospital, Surgut, Russia

Ежегодно в мире увеличивается число пациентов, одним из этапов лечения которых становится формирование стомы. Парастомальные осложнения развиваются у 70% оперированных больных, в хирургической коррекции нуждаются 30,1–58,5%.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов реабилитации стомированных больных за счет организации специализированной медицинской помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты консервативной и хирургической реабилитации 400 пациентов с кишечными стомами за период 2019–2021 гг.: с колостомой — 334 (83,5%), тонкокишечной стомой — 66 (16,6%) человек. Мероприятия по реабилитации начинались непосредственно после проведения стомирующей операции — обучение навыкам ухода за стомой. После выписки из стационара пациенты наблюдались колопроктологом и стоматерапевтом Окружного центра колопроктологии. После завершения этапа лечения основного заболевания пациенты направлялись на реконструктивно-восстановительное вмешательство в условиях колопроктологического отделения. При наличии перманентной стомы пациенты наблюдались у стоматерапевта 6 раз в год, при необходимости — чаще. В случае выявления осложнений стомы, требующих хирургического вмешательства, пациенты направлялись в стационар. Проведен сравнительный анализ результатов лечения стомированных пациентов, включенных в программу реабилитации и не включенных в таковую. Критериями сравнительного анализа были число осложнений и их тяжесть.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При анализе результатов реабилитации пациентов с кишечными стомами осложнения, связанные с наличием кишечной стомы, выявлены у 234 (58,5%) человек. При проведении сравнительного анализа между пациентами, включенными в программу реабилитации и не включенными в таковую, выявлены статистически значимые различия в количестве осложнений (критерий $\chi^2 = 5{,}116$, $p = 0{,}024$) и их тяжестью (критерий $\chi^2 = 0{,}587$, $p = 0{,}444$).

Таким образом, реализация программы консервативной и хирургической реабилитации стомированных больных улучшает результаты лечения пациентов с кишечными стомами.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ ПАРАСТОМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Ибатуллин А.А., Эйбов Р.Р.,
Прокопьев М.В., Кашапова А.Р.

ФГБОУ ВО Минздрава России «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа, Россия

ROBOT-ASSISTED OPERATIONS IN THE SURGERY OF PARASTOMAL HERNIAS

Ibatullin A.A., Eybov R.R.,
Kashapova A.R., Prokopiev M.V.

Bashkir State medical University, Ufa, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. С развитием колоректальной хирургии растет число пациентов со стомой, что ведет к росту числа поздних стомальных осложнений. Наиболее тяжелое — парастомальная грыжа (ПСГ), которая встречается у 20–90,9% пациентов со стомой, при этом частота рецидива ПСГ доходит до 89,6%. Описанный E.Pauli способ (Pauli Parastomal Hernia Repair PPHR) на сегодня показывает наиболее перспективные результаты. Однако данная методика не решает главной проблемы большинства стом — патологическое прохождение стомального канала через боковые мышцы живота или спигелиеву линию.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов лечения пациентов с ПСГ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2015 по 2022 гг. в Клинике БГМУ оперировано 11 пациентов с ПСГ. Все грыжи были первичными. 8 пациентам была выполнена робот-ассистированная операция Pauli. 3 пациента были оперированы открыто с использованием модифицированной нами операции Pauli — после завершения TAR, стома иссекалась из передней брюшной стенки и производилась транспозиция стомы с формированием нового стомального канала через волокна прямой мышцы живота. Тем самым решается главный недостаток PPHR — оставление патологической стомы. Длительность операции составила 207,5 ± 58 минут, кровопотеря 192 ± 13,5 мл, срок госпитализации составил 7,57 ± 0,85 суток. Срок наблюдения составил 13 ± 3 месяца.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Оценка осложнений периоде проводилась по классификации Clavien-Dindo: 1 степени — у 2 (18,1%) пациентов, 2 степени — серома области послеоперационного импланта у 3 (27,2%) пациентов. Осложнений III и IV степени не было. У 1 пациента, оперированного с применением робота, отмечался рецидив (9,1% — в общей группе оперированных и 12,5% — в группе робот-ассистированных операций).

ВЫВОДЫ. Первые результаты rPPHR показывают ее безопасность и эффективность. Однако небольшое число наблюдений не позволяет сделать окончательные выводы о применении данной методики. Наличие 1 рецидива у пациента после rPPHR говорит о необходимости дальнейшего наблюдения и совершенствования. Транспозиция патологической стомы на завершающем этапе операции является одним из перспективных направлений в решении проблем рецидива ПСГ.

ВНУТРИБРЮШНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫМ СПОСОБОМ

Матвеев И.А., Гиберт Б.К., Бородин Н.А.,
Зайцев Е.Ю., Чахчахов Я.А., Дгебуадзе В.Т.

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, Россия

INTRAABDOMINAL COMPLICATIONS AFTER RECONSTRUCTIVE OPERATIONS PERFORMED BY LAPAROSCOPICALLY ASSISTED METHOD

Matveev I.A., Gibert B.K., Borodin N.A.,
Zaycev E.Y., Chahchahov Yu.A., Dgebuadse V.T.

Tyumen State Medical University, Tyumen Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. ЛАС вмешательства у больных с концевой колостомой характеризуются сложностью выполнения и высоким уровнем осложнений.

ЦЕЛЬ. Изучить динамику внутрибрюшных осложнений при восстановительных операций ЛАС способом у больных после обструктивных резекций в процессе приобретения опыта их проведения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование проведено у 57 больных с концевой колостомой, которым выполнены восстановительные операции ЛАС способом одним хирургом. Период приобретения опыта определен построением кривой обучения экспоненциальным способом и был достигнут к 30 операции.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ. В период освоения внутрибрюшные осложнения возникли у 6 (20,0%) пациентов. У 3 больных осложнения были связаны с анастомозом. У 1 пациентки возник инфильтрат брюшной полости с явлениями частичной кишечной непроходимости. После консервативной терапии непроходимость разрешилась, инфильтрат регрессировал. У 1 пациентки было незамеченное повреждение тонкой кишки, повторно оперирована в конце первых суток послеоперационного периода, дефект на кишке ушит из стомальной раны. У 1 больного устранена эвентерация в стомальной ране. В период приобретенного опыта осложнения возникли у 2 больных, в обоих случаях внутрибрюшные послеоперационные кровотечения, обусловленные травматичным адгеолизисом.

ВЫВОД. В результате приобретения опыта количество жизнеугрожающих внутрибрюшных осложнений снизилось в 3 раза. Результат обусловлен в значительной степени отсутствием осложнений со стороны анастомозов, которые в период освоения были у 3 (10,0%) больных.

АНАЛИЗ ПАРАСТОМАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Муравьёв А.В., Оверченко Д.Б., Оверченко А.Д.

ГБУЗ СК «ГКБ № 2», Ставрополь, Россия

ANALYSIS OF PARASTOMAL COMPLICATIONS

Muraviev A.V., Overchenko D.B., Overchenko A.D.

GBUZ SK "GKB No. 2", Stavropol, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургическое лечение ряда заболеваний толстой кишки нередко завершается выведением того или иного отдела кишечника на переднюю брюшную стенку в виде стомы. Несмотря на постоянное совершенствование хирургической техники и применение современных схем антибактериальной тера-

пии, частота осложнений, возникающих как в ранние сроки после операции, так и в более отдаленном периоде, остается ещё высокой и колеблется от 3% до 70% в разных клиниках.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Обратить внимание хирургов и колопроктологов на причины возникновения парастомальных осложнений, тем самым, улучшить технику формирования стом и обеспечить профилактику развития осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В амбулаторном центре колопроктологии 2-й и 3-й городских больниц г. Ставрополя в период с 2017–2021 гг. зарегистрировано 1012 стомированных больных, впервые обратившихся. Больные оперированы: в отделении колопроктологии, в городских больницах г. Ставрополя, городских больницах КМВ, ЦРБ края, инокраевые больные. Осложнения колостомии наблюдалось у 242 (24,0%) больных. Проведён анализ парастомальных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из анамнеза удалось выяснить характер и частоту осложнений. Осложнения колостомии в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались у 94 (39,0%) больных. Острая кишечная непроходимость — 4 (1,7%) пациента, некроз выведенной кишки — 12 (4,9%), ретракция выведенной кишки — 8 (3,4%), эвентрация в области стомы — 5 (2,0%) чел., поверхностное нагноение в области кожно-кишечных швов вокруг стомы — 19 (7,9%) чел., параколостомический абцесс — 42 (17,4%) чел., флегмона параколостомической области — 4 (1,7%) чел. С отдалёнными осложнениями колостомии было 148 (61%) больных: параколостомическая грыжа — 65 (26,8%), выпадение кишки (пролапс) — 28 (11,5%), стриктура — 39 (16,1%), параколостомические свищи — 16 (6,6%).

ВЫВОДЫ. Использование в практической деятельности наиболее эффективных способов формирования коло-илеостом на передней брюшной стенке позволит значительно улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения самых различных заболеваний толстой кишки, требующих формирования стомы.

РУТИННАЯ ВИДЕОКОЛОНОСКОПИЯ: СТРУКТУРА ВЫЯВЛЯЕМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ильканич А.Я., Раджабов К.Р., Магомедов Н.Д.
Сургутская окружная клиническая больница, Сургут, Россия

ROUTINE VIDEO COLONOSCOPY: STRUCTURE OF DETECTED DISEASES

Ilkanich A.Ya., Radjabov K.R., Magomedov N.D.
Surgut District Clinical Hospital, Surgut, Russia

Современная организация эндоскопических исследований не предполагает проведения дальнейших лечебных и реабилитационных мероприятий врачами-эндоскопистами. В связи с чем анализ структуры выявляемых при видеоколоноскопии заболеваний позволяет оценить потребность в последующей за исследованием специализированной помощи.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить структуру и частоту выявляемых заболеваний в рутинной эндоскопической практике колопроктологического центра.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 715 пациентов, обследованных в течение 2021–2022 гг. в окружном центре колопроктологии Сургутской окружной клинической больницы. Рутинная видеоколоноскопия проводилась по направлению врача-колопроктолога. Полученные результаты проанализированы по характеру выявленного заболевания, сочетания различных заболеваний и доли каждого из них при проведении обследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Видеоколоноскопия позволила верифицировать различные заболевания толстой кишки у всех обследованных. Пациентам, готовящимся к операции, подтвержден диагноз хронического геморроя — в 530 (74,1%), полипов анального канала — в 57 (7,9%), хронической анальной трещины — в 33 (4,6%) наблюдениях. При обследовании обнаружены полипы толстой кишки — у 202 (28,2%), дивертикулярная болезнь — у 107 (14,9%) пациентов.

Находкой стало обнаружение язвенного колита — у 15 (2,1%) и рака толстой кишки — у 17 (2,3%) первично обследованных. Среди пациентов группы динамического наблюдения диверсионный проктит и проктосигмоидит выявлен — у 26 (3,6%), стеноз межкишечного анастомоза — у 4 (0,5%) больных. Стоит отметить, что сочетание четырех заболеваний выявлено — у 34 (4,8%) больных, трех заболеваний — у 279 (39,0%), двух — у 295 (41,3%) больных и одного лишь — у 107 (15,0%). Дальнейший маршрут оказания специализированной и реабилитационной помощи формировался врачом-колопроктологом.

Таким образом, рутинная видеоколоноскопия позволяет выявить у большинства пациентов колопроктологического профиля сочетание нескольких заболеваний. Организованная маршрутизация обеспечивает комфортный диагностический процесс для пациентов, раннее выявление заболеваний, сохранение преемственности на этапах оказания специализированной колопроктологической помощи.

ВЛИЯНИЕ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СТРУКТУРУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Муравьев А.В., Галстян А.Ш., Вафиади Г.Д., Муравьева А.А.
ФГБУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия

THE INFLUENCE OF THE AVAILABILITY OF MEDICAL CARE ON THE STRUCTURE OF THE INCIDENCE OF COLOPROCTOLOGICAL PATHOLOGY IN THE CONDITIONS OF THE COVID-19 PANDEMIC

Muravyev A.V., Galstyan A.Sh., Vafiadi G.D., Muravyeva A.A.
Stavropol State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Stavropol, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. В связи с появление новой коронавирусной инфекции во многих регионах РФ были закрыты отделения колопроктологии, оказывающие плановую медицинскую помощь больным с колопроктологической патологией.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить влияние доступности медицинской помощи (стационарной и амбулаторной) на структуру заболеваемости колопроктологической патологией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Нами был проведен анализ структуры заболеваемости пациентов в отделении колопроктологии ГБУЗ СК ГКБ №2 в период с 04.2019 по 04.2020 гг. И такой же анализ был проведен в отделении хирургии ГБУЗ СК ГКБ №3 после закрытия отделения колопроктологии в течение 12 месяцев — в период с 09.2021 по 09.2022 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Различия в группах сравнения (средний возраст пациентов, половозрастной состав) были статистически достоверно не значимые. Однако при дальнейшем анализе выявлено, что пролеченных гнилостных флегмон промежности, острых ишеоректальных парапроктитов, пациентов с кишечными кровотечениями и запущенными формами злокачественных образований статистически достоверно стало больше, чем в «доковидный» период. При анализе структуры заболеваемости выявлено увеличение количества пациентов с экстренной колопроктологической патологией в «постковидный» период и снижение числа пациентов, пролеченных в этот же период с плановой патологией. Данные результаты могут быть обусловлены отказом пациентов старших возрастных групп от планового лечения, в связи с риском заболевания новой коронавирусной инфекцией при госпитализации в стационар. Однако наш анализ показал, что данное «смещение» возможно в большей мере связано с отсутствием профилактической работы и доступности амбулаторной медицинской помощи (закрытие центра амбулаторной колопроктологии).

ВЫВОДЫ. Доступность населению амбулаторной медицинской помощи улучшает результаты лечения больных с колопроктологической патологией, уменьшает количество запущенных случаев.

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ (ПЕРИНЕАЛЬНЫЙ И ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ СВИЩИ)

Сулавко Я.П., Щербакова О.В.

РНИМУ имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия
Российская детская клиническая больница, Москва, Россия

SURGICAL TREATMENT OPTIONS FOR CHILDREN WITH ANORECTAL MALFORMATIONS (PERINEAL AND VESTIBULAR FISTULAS)

Sulavko Ya.P., Shcherbakova O.V.

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia
Russian Children's Clinical Hospital, Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Аноректальные мальформации являются часто встречающейся аномалией в практике детского хирурга. Оптимальный выбор хирургической коррекции определяется анатомическими особенностями порока. Тактика при большинстве вариантов патологии определена и не является предметом разногласий. Однако особенности клинического течения вынуждают применять нестандартные подходы оперативного вмешательства.

ЦЕЛЬ. Представить опыт оперативного лечения детей с аноректальными мальформациями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За последние 20 лет работы колопроктологического отделения РДКБ оперировано 173 пациента с аноректальными мальформациями в сочетании с перинеальным (99 пациентов) или вестибулярным свищем (74 пациента) от 4 месяцев до 15 лет: 30 — до года, до 2 лет — 108, старше 2 лет — 34. 80 (42,0%) больным — с превентивной колостомой.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 35 пациентов использована промежностная проктопластика, среди них 13 — (8 без превентивной стомы) проводилось двухэтапная операция (с формированием и последующем отсечением избытка низведенной кишки). У 2 (25%) — без превентивной стомы — отмечена несостоятельность швов в области ануса (выполнено наложение вторичных швов, 1 — формирование колостомы.) В 2 (6,0%) случаях отмечалось развитие стеноза ануса, 1 — пролапс слизистой в области ануса (3%). 2 (6,0%) пациента оперированы в связи с развитием декомпенсированного мегаректум-брюшно-промежностным доступом. У 35 — операция выполнена заднесагиттальным доступом. 7 — (5 без стомы) также оперированы в 2 этапа. Расхождение швов отмечалось в 4 случаях (у 3 пациентов без стомы — 60%), проводилось наложение вторичных швов, формирование колостомы. Стеноз ануса сформировался у 1 (3,0%) пациента, рецидив ректовестибулярного свища — в 2 случаях. 93 пациентам выполнена двухэтапная брюшно-промежностная проктопластика с формированием и последующем отсечением избытка кишки (33 — без стомы), среди этих пациентов 39 — лапароскопически. В 6 (6,0%) случаях — несостоятельность швов в области промежности (2 — с некрозом низведенной кишки.) 15 (16,0%) — оперированы по поводу пролапса слизистой в области ануса, 12 (13,0%) больных — в связи с развитием стеноза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Наиболее приемлемым доступом для коррекции аноректальных мальформаций с вестибулярным или перинеальным свищом является промежностный или заднесагиттальный доступ с формированием превентивной. Брюшно-промежностная проктопластика может быть использована в случаях необходимости резекции дистальных отделов прямой кишки при наличии декомпенсированного мегаректум, обусловленного, как правило, ошибками диагностики и неправильной тактикой дооперационного ведения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С АДЕНОМАТОЗНЫМ ПОЛИПОЗНЫМ СИНДРОМОМ И ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ: АНАЛИЗ ПЕРВОГО ОПЫТА ВЫПОЛНЕНИЯ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВУАРОВ

Хабибуллина Л.Р., Щербакова О.В.

Российская детская клиническая больница ФГАОУ ВО «РНИМУ имени Н.И. Пирогова», Москва, Россия

SURGICAL TREATMENT OF CHILDREN WITH FAMILIAL ADENOMATOUS POLYPOSIS AND ULCERATIVE COLITIS: ANALYSIS OF THE FIRST EXPERIENCE OF PERFORMING ILEAL POUCH-ANAL ANASTOMOSIS

Khabibullina L.R., Shcherbakova O.V.

Russian Children's Clinical Hospital of the «Pirogov Russian National Research Medical University» Moscow, Russia

АКТУАЛЬНОСТЬ. Радикальным лечением аденоматозного полипозного синдрома (АПС) и язвенного колита (ЯК), рефракторного к терапии, является колпроктэктомия с формированием резервуара из подвздошной кишки и резервуаро-анального анастомоза. Прошло около 30 лет, прежде чем операция, являющаяся «золотым стандартом» в лечении вышеуказанных патологий у взрослых пациентов, обрела устойчивые позиции в педиатрической практике.

ЦЕЛЬЮ данной работы является ретроспективный анализ опыта формирования тонкокишечных резервуаров у детей в РФ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты хирургического лечения 18 пациентов (9 мальчиков), младше 18 лет, находившихся на лечении в хирургическом отделении РДКБ за период с января 2019 по июнь 2022 гг., из них 14 детей с полипозными синдромами (АПС — 13, ювенильный полипоз толстой кишки — 1) и 4 пациента с ЯК. Оценивались такие показатели как индекс массы тела (ИМТ), лабораторные данные, варианты оперативных вмешательств (двух- и трехэтапные вмешательства, лапароскопический/лапаротомный доступ, формирование ручного/аппаратного анастомоза), потребность в гемотрансфузии, ранние и отдаленные послеоперационные осложнения. Пациенты разделены на 2 группы в зависимости от нозологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Не выявлено различий между группами в ИМТ (17 кг/м^2 и 14 кг/м^2, $p > 0{,}122$), уровнем гемоглобина до операции (121 г/л и 103 г/л, $p = 0{,}095$), потребности в гемотрансфузии ($p = 0{,}245$), количеством послеоперационных осложнений (выше IIIb по классификации Clavien-Dindo ($p > 0{,}999$). Лапароскопические операции чаще выполнялись пациентам с полипозами (4 и 0), ручной резервуаро-анальный анастомоз также чаще выполнялся пациентам с полипозными синдромами (11 и 1), однако, статистической значимости в этих показателях не получено ($p = 0{,}524$, $p = 0{,}083$, соответственно). Статистически значимо группы полипозов и ЯК различались по среднему возрасту на момент операции (14 лет при полипозах и 9 лет при ЯК, $p = 0{,}043$). Показатели уровня лейкоцитов и тромбоцитов статистически значимо были выше

у детей с ЯК (p = 0,05 и p = 0,001, соответственно). Двухэтапные операции чаще выполнялись пациентам с полипозами (13 пациентов), а при ЯК (3 больных), учитывая тяжесть состояния, чаще проводили вмешательства в три этапа (p = 0,018).

ВЫВОДЫ. Несмотря на небольшое количество собственных наблюдений с формированием тонкокишечных резервуаров, полученные результаты не противоречат данным литературы. Наши результаты подтверждают, что пациентам с ЯК чаще проводится колэктомия с илеостомией по срочным показателям в связи с неэффективностью консервативной терапии. Формирование тонкокишечных резервуаров пациентам с ЯК проводится в отсроченном периоде в плановом порядке после стабилизации состояния.

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ТОНКОЙ КИШКИ КРЫС ПОСЛЕ ВЫВЕДЕНИЯ ПЕТЛЕВОЙ КОЛОСТОМЫ

Хубезов Д.А.[1], Зайцев О.В.[1,2], Игнатов И.С.[1,2], Огорельцев А.Ю.[1,2], Снегур С.В.[2], Брагина И.Ю.[2], Ли Ю.Б.[2], Бурмистрова С.С.[1], Леухина Т.И.[1]

[1] *ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия*
[2] *ГБУ РО ОКБ, Рязань, Россия*

MORPHOFUNCTIONAL FEATURES OF CHANGES IN THE SMALL INTESTINE OF RATS AFTER REMOVAL OF A LOOP COLOSTOMY

Khubezoy D.A.[1], Zaitsev O.V.[1,2], Ignatov I.S.[1,2], Ogoreltsev A.Y.[1,2], Snegur S.V.[2], Bragina I.Y.[2], Li Y.B.[2], Burmistrova S.S.[1], Leuhina T.I.[1]

[1] *Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia*
[2] *Ryazan State Clinical Hospital, Ryazan, Russia*

АКТУАЛЬНОСТЬ. Нарушение моторики желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — одно из частых осложнений послеоперационного периода в хирургии колоректального рака. Частота послеоперационного илеуса (ПОИ) сильно варьирует, достигая 62,5%. В литературе немало исследований о факторах риска ПОИ. В последнее время появились данные о том, что одним из важных факторов риска развития ПОИ является формирование петлевой илео-/колостомы, однако публикаций, демонстрирующих такую связь немного, а патогенетического обоснования этой закономерности не приводится.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить морфо-функциональные изменения ЖКТ после выведения петлевой колостомы у крыс в эксперименте.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В I серии экспериментов 30 самок крыс линии Wistar 200–250 г были разделены на 3 группы (лапаротомия, петлевая колостома, анастомоз). Во II серии 30 самок крыс линии Wistar 150–200 г были разделены на 3 группы (лапаротомия + стома, лапаротомия + стома + обезболивание брыжейки тонкой кишки раствором ропивакаина 2 мг/мл, 1 мл, лапаротомия + стома + паравертебральная блокада 0,1% 1 мл). Оцениваемые критерии: индекс гастроинтестинального транзита (ИГТ), морфологическое исследование, количество болюсов, окружность талии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. I. Выявлено достоверное снижение ИГТ в группе лапаротомия + стома 1,08 ± 1,4% против 2,3 ± 3,3% в группе «Лапаротомия» и против 3,8 ± 1,8% в группе «Анастомоз». Сравнение групп «Колостомия» и «Анастомоз» показало достоверное различие по этому признаку — p = 0,002.Значимых различий при морфологическом исследовании препаратов нами получено не было. Во всех группах преобладает 2 степень повреждения кишки (слущивание эпителия с признаками воспаления, кровоизлияния на слизистой оболочке) с единичными случаями 3 степени повреждения, подразумевающих переход воспаления на наружный мышечный слой.

II. Животные из группы с обезболиванием брыжейки скончались в первые часы после операции. Достоверных различий в ИГТ остальных групп не получено, $p > 0,005$. Однако данный показатель значительно выше в группе животных с паравертебральной блокадой 20,3 + 4,5 см против 11,7 + 4,9 см в группе «Лапаротомия + стома».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Мы полагаем, что пусковым фактором в развитии ПОИ у стомированных пациентов является сдавление стомы утолщенной прямой мышцей живота. Возможно, воздействуя на нее, удастся профилактировать ПОИ у пациентов после стомирующих операций.

ISBN 978-5-6044342-4-6