

## КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ АССОЦИАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГЕМОРРОЯ

Шельгин Ю.А., Фролов С.А., Титов А.Ю., Благодарный Л.А., Васильев С.В., Веселов А.В., Григорьев Е.Г., Кашников В.Н., Костарев И.В., Костенко Н.В., Кузьминов А.М., Куликовский В.Ф., Москалев А.И., Мудров А.А., Муравьев А.В., Половинкин В.В., Тимербулатов В.М., Хубезов Д.А., Яновой В.В.

## ИММУНОФЕНОТИПИРОВАНИЕ СВОБОДНЫХ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КАРЦИНОМАТОЗА ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Шельгин Ю.А., Образцов И.В., Сухина М.А., Ачкасов С.И., Кашников В.Н., Сушков О.И., Сайфутдинова К.Р. ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» МЗ РФ, г. Москва, Россия (директор – чл.-корр. РАН, профессор, д.м.н. Ю.А.Шельгин)

**ЦЕЛЬ:** апробация метода выделения свободных интраперитонеальных клеток колоректального рака (КРР) для их фенотипирования и оценки эффективности внутрибрюшной гипертермической химиотерапии (ВБГХТ) митомицином С.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** обследовано 27 пациентов с КРР; у 10 пациентов перитонеальный лаваж выполнен перед и после ВБГХТ. Лаважную жидкость подвергали многостадийной процедуре очистки от фибрина; сконцентрированные клетки окрашивали антителами CD133 VioBright-FITC, CD24 PE, CD26 ECD, CD184 PC5 и CD44 PC7 и выполняли проточную цитометрию.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** выявлено повышение экспрессии CD133 ( $p < 0,001$ ) и CD184 ( $p < 0,05$ ) в группе больных с опухолями ободочной кишки. Вовлечение брыжеечных лимфоузлов характеризовалось увеличением экспрессии CD26 ( $p < 0,05$ ). Соотношение экспрессии CD44 / CD26 ( $p < 0,05$ ) было повышено у пациентов с карциноматозом брюшины. Под действием ВБХТ падает экспрессия CD24 у опухолевых стволовых клетках.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** предложенный способ выделения и оценки свободных перитонеальных клеток КРР пригоден для применения в клинической практике, в частности, для оценки эффективности ВБГХТ. Показано подавляющее действие ВБГХТ на раковые стволовые клетки.

**[Ключевые слова: перитонеальный карциноматоз, опухолевые стволовые клетки, внутрибрюшинная химиотерапия, фибрин, трипсин]**

## КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ, КРИТЕРИИ ОБЪЕКТИВНОСТИ

Загрядский Е.А.<sup>1</sup>, Богомазов А.М.<sup>2</sup>, Головкин Е.Б.<sup>3</sup>

МЦ «ОН КЛИНИК», г. Москва, Россия 2 МЦ «Южный», г. Москва, Россия 3 Клиники «МЕДСИ МСК 12», Москва, Россия

**ЦЕЛЬ:** определение объективных критериев пролапса внутренних геморроидальных узлов и степени увеличения наружных геморроидальных узлов в сравнение с классификации Goligher.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** в рамках многоцентровой наблюдательной программа «RE-VISION» оценен клинико-анатомического статуса пациентов с различными формами геморроя. Исследование основано на анализе данных клинико-инструментального обследования 1020 пациентов с I-IV стадией геморроя. Возраст больных 44,1±12,7 (18-81) лет. В исследование вошло 514 (50,4) мужчин и 506 (49,6) женщин.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** данные исследования показывают, что неравномерное увеличение внутренних и наружных геморроидальных узлов может быть выражено в цифровой форме. У пациентов с I и II стадией геморроя наличие наружных геморроидальных узлов выявляется в 64,7% и в 55,7% случаев, а у пациентов с III и IV стадией выявляется в 77,7% и 93,5% случаев. Соответствие стадии заболевания по Goligher и степени увеличения узлов на основании суммарного пролапса при I и II стадии отмечается в 225 (84,6%) и 236 (72,2%) случаев ( $p < 0,001$ ). При III и IV стадии по классификации Goligher соответствие выявляется лишь у 211 (66,1%) и 58 (53,7%) случаев ( $p < 0,001$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** классификация геморроя по Golighe – это неадекватный инструмент для оценки хирургического статуса геморроидальной болезни, не позволяющий стратифицировать однородные группы пациентов. Степень пролапса можно классифицировать по размеру внутренних геморроидальных узлов относительно сектора окружности анального канала и смещению узла относительно «зубчатой линии» при выполнении аноскопии. Размер наружных геморроидальных узлов определяется аналогично в соответствии с сектором перианальной области.

**[Ключевые слова: геморрой, классификация, лечение]**

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Торчуа Н.Р., Пономаренко А.А., Рыбаков Е.Г., Ачкасов С.И.

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

**ВВЕДЕНИЕ:** лапароскопические резекции печени (ЛРП) не являются, в настоящий момент, общепринятым методом лечения метастазов колоректального рака (мКРР). По данным разных авторов, такие вмешательства обладают преимуществами в виде сокращения послеоперационного койко-дня, уменьшения послеоперационных осложнений, уменьшения кровопотери. К сожалению, данные, полученные из разных исследований, противоречивы и многие аспекты ЛРП у пациентов с мКРР не изучены.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** настоящее исследование: пилотное проспективное с ретроспективной группой сравнения. В ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России с ноября 2017 года по декабрь 2018 года в лапароскопическую группу (ЛГ) исследования включено 35 пациентов с резектабельными мКРР. Для сравнения ретроспективно была подобрана сопоставимая группа пациентов – 17 человек, которым выполнялись открытые резекции печени. Первичная точка исследования: R0 границы резекции. Вторичные точки: частота интра- и послеоперационных осложнений, частота конверсии, послеоперационный койко-день.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** в ЛГ: 1 пациент исключен (не было метастазов по данным интраоперационного УЗИ печени и срочного патоморфологического исследования); 2 конверсии в открытое вмешательство (в одном случае по причине технических сложностей в связи с расположением постоянной илеостомы в правой мезогастральной области, во втором – в связи с интраоперационным кровотечением) результаты этих больных были проанализированы вместе с открытой группой (ОГ). В обеих группах чаще выполнялись атипичные резекции 23/32 (79%) и 13/19 (76%),  $p=0,3$ . Средняя продолжительность операции была меньше в открытой группе (ОГ)  $218\pm 71$  мин. против  $237\pm 101$  мин. в ЛГ,  $p=0,6$ . В ЛГ меньше кровопотеря 100 мл (100;200) против 320 мл (200;600),  $p=0,0001$ . Частота R0 границ резекции сопоставима в обеих группах. В ОГ у больных чаще было более одного осложнения (16 против 13,  $p=0,01$ ). В ОГ выше частота: желчных свищей, абсцессов в зоне резекции, случаев клостридиального колита. Послеоперационный койко-день меньше в ЛГ:  $11\pm 3$  против  $14\pm 5$  дней,  $p=0,008$ .

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** экономные лапароскопические резекции печени при мКРР, по сравнению с сопоставимыми открытыми операциями, сопряжены с меньшим количеством осложнений, кровопотерей и послеоперационным койко-днем, при сопоставимой радикальности операции.

**[Ключевые слова: метастазы колоректального рака, метастазы в печени, лапароскопические резекции печени, открытые резекции печени, сравнительное исследование]**

## АЛГОРИТМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Шабунин А.В., Багателя З.А.

Кафедра хирургии Российской медицинской академии непрерывного последипломного образования Министерства здравоохранения, г. Москва, Россия

**ЦЕЛЬ:** стандартизация хирургической помощи больным колоректальным раком (КРР), осложненным острой обтурационной толстокишечной непроходимостью (ООТКН).

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ:** в исследование включено 797 больных осложненным КРР. ООТКН диагностирована у 572 больных: 247 поступили в 2011-2013 гг. (I группа); 325 – в 2014-2017 гг. (II группа). В I группе чаще выполнялись экстренные резекции (одноэтапное лечение), во II группе – формирование проксимальной стомы или стентирование (двухэтапное лечение). Обследовано 77 больных с КРР, осложненным кровотечением: у 62 – оказался эффективным консервативный, эндоскопический или эндоваскулярный гемостаз (III группа), у 15 – проведены экстренные резекции (IV). Все 148 больных КРР, осложненным перфорацией, были прооперированы: резекции выполнены 115 (V группа), ушивание перфоративного отверстия и выведение разгрузочной стомы – 15 (VI группа), внебрюшинное вскрытие абсцесса с формированием стомы – 18 (VII группа). У 241 больного (186 – из I-II групп, 40 – из III, 15 – из VI-VII) через 0,1-6 месяцев выполнен 2-й этап лечения: плановая резекция и послеоперационная лучевая и химиотерапия. Проведен сравнительный анализ результатов одно- и двух этапного лечения. Оценена трехлетняя выживаемость.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** после плановых резекций, по сравнению с экстренными, отмечена меньшая летальность: 3,6% (II группа) и 29,2% (I группа); 5,0% и 20,0% (III и IV группы); 0% и 35,7% (VI-VII и V группы). Кумулятивная доля выживших в конце третьего года после плановых резекций (II, III и VI-VII группы) была выше, чем после экстренных (I, IV и V группы): 0,680 и 0,809 (I и II группы), 0,8882 и 0,3571 (III и IV группы), 0,8615 и 0,4257 (VI-VII и V группы), соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: подтверждена целесообразность применения двухэтапного лечения больных осложненным КРР.

**[Ключевые слова: обтурационная толстокишечная непроходимость; кишечное кровотечение; перфорация колоректального рака]**

### **ПЕРОРАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ: ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Шелыгин Ю.А.1,2, Нагудов М.А.1, Пономаренко А.А.1, Рыбаков Е.Г.1, Сухина М.А.1 1

ФГБУ ГНЦК им.А.Н.Рыжих Минздрава России, г. Москва, Россия (директор – член-корр. РАН, профессор, д.м.н. Ю.А.Шелыгин) 2 ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, Россия (ректор – академик РАН, профессор, д.м.н. Л.А.Мошетьова)

ЦЕЛЬ: изучение эффективности применения пероральных антибиотиков в профилактике инфекционных осложнений при резекции прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: пациенты, которым выполнялась резекция прямой кишки, были рандомизированы на две группы: в контрольной группе всем пациентам проводилась стандартная предоперационная подготовка и внутривенное введение цефалоспоринов III поколения за 30-90 минут до кожного разреза; в основной группе вышеуказанная подготовка дополнялась трехкратным пероральным приемом эритромицина 500 мг и метронидазола 500 мг после начала механической подготовки кишечника в 17.00, 20.00 и 22.00. Первичная точка исследования: частота инфекционных осложнений области хирургического вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ: с 11 ноября 2017 г. по 1 октября 2018 года в исследование вошло 104 пациента: 48 в группу пероральной антибиотикопрофилактики и 56 в контрольную группу. Пероральная антибиотикопрофилактика привела к снижению общей частоты инфекционных осложнений с 19,6% в контрольной группе (11/56) до 4,1% в основной (2/48) ( $p=0,01$ ). При анализе распределения по глубине инфекционных осложнений и частоте несостоятельности колоректального анастомоза, в обеих группах не было статистически значимых различий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: применение пероральной антибиотикопрофилактики снижает общую частоту инфекционных осложнений в хирургии прямой кишки более чем в 3 раза. Требуется продолжить исследование для определения влияния пероральной антибиотикопрофилактики на структуру инфекционных осложнений и на частоту несостоятельности колоректального анастомоза.

**[Ключевые слова: колоректальная хирургия, рак прямой кишки, пероральная антибиотикопрофилактика, инфекционные осложнения области хирургического вмешательства, несостоятельность анастомоза, метронидазол, эритромицин]**

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРЕННЫХ РЕЗЕКЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ВЫПОЛНЕННЫХ ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

Щаева С.Н.1, Эфрон А.Г.2

1 ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Смоленск, Россия (ректор – д.м.н., профессор, член-корр. РАН Козлов Р.С.) 2 ОГБУЗ «Смоленский областной онкологический клинический диспансер», г. Смоленск, Россия (главный врач – Эфрон А.Г.)

ЦЕЛЬ: изучить влияние возрастной коморбидности на непосредственные и отдаленные результаты экстренных хирургических вмешательств у пациентов с ОКРР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: в исследование включено 1098 больных ОКРР, экстренно оперированных в лечебных учреждениях разной специализации г. Смоленска в период с 2001 по 2013 гг. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от возраста: первая группа – в возрасте  $\geq 70$  лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ: средний возраст в первой группе составил 58,2 года (диапазон от 18 до 70 лет) и 75,8 лет во второй группе (диапазон от 70 до 93). Осложнения IIIb-V ст. по Clavien-Dindo, чаще отмечены во 2 группе ( $p < 0,0001$ ). R0 резекции в 1 группе – 86,6%, во 2 – 79,4%. 5-летняя ОВ была значительно лучше для группы 1 (34,5% и 15,2%,  $p=0,00001$ ). КСВ между группами 1 и 2 в специализированных стационарах не различалась (31,8% и 29,1%,  $p = 0,07$ ).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: в группе старше 70 лет значительное число пациентов живет более 5 лет после резекции R0 и хирургических вмешательств выполненных в специализированных стационарах.

**[Ключевые слова: осложненный колоректальный рак, пожилой возраст, коморбидность, послеоперационные осложнения, пятилетняя общая и канцерспецифическая выживаемость]**

### **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА (обзор литературы)**

Биннатли Ш.А., Алешин Д.В., Куликов А.Э., Романов Р.И.

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

В обзоре представлены данные различных зарубежных и отечественных работ, где приводится сравнительная оценка качества жизни пациентов с язвенным колитом, которым была выполнена колпроктэктомия с формированием концевой илеостомы или тонкокишечного резервуара. Оба варианта имеют свои преимущества и недостатки. Оценку качества жизни вышеуказанные исследователи проводили при помощи различных видов валидированных и невалидированных анкет. Результаты большинства исследований свидетельствуют о том, что качество жизни пациентов и с тонкокишечным резервуаром, и с концевой илеостомой примерно одинаковое, и улучшение его после операции зависит не столько от наличия или отсутствия анальной дефекации, сколько от избавления от самой болезни. Тем не менее, проведение метаанализа затруднено в связи с невозможностью соблюдения методологических требований и применением исследователями разных шкал оценки качества жизни. Сохраняется необходимость в продолжении исследований в данном направлении.

**[Ключевые слова: язвенный колит, качество жизни, илеостома, тонкокишечный резервуар, анкетирование]**

### **РЕЗЕРВУАРИТ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВУАРОВ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ (обзор литературы)**

Куликов А.Э., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Биннатли Ш.А.

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

Резервуарит является наиболее распространенным осложнением среди пациентов с тазовым тонкокишечным резервуаром (ТТР) и встречается почти у 50% больных хотя бы однажды в течение жизни. Тем не менее, можно констатировать, что острый резервуарит у большинства пациентов достаточно быстро и эффективно поддается лечению. Проблема подбора адекватной терапии для лечения хронических форм воспаления резервуара, составляющих почти 20% от всех резервуаритов, учитывая антибиотико-зависимость и антибиотико-резистентность, как факторов неблагоприятного прогноза в этой группе, является довольно актуальной. У многих больных лечение должно включать не только «индукционную» терапию, направленную на достижение ремиссии, но также и поддерживающую терапию. При неэффективности консервативного лечения и определении медикаментозной резистентности, следует исключить вторичные причины воспаления резервуара. По мере накопления опыта, анализа, понимания причин возникновения резервуарита с целью исключения неблагоприятных провоцирующих факторов, в дальнейшем можно ожидать снижение частоты резервуаритов у носителей ТТР. В то же время данная проблема далека от разрешения. Поэтому сохраняется необходимость в продолжении исследований в данном направлении.

**[Ключевые слова: язвенный колит, тонкокишечный резервуар, резервуарит, лечение]**

### **«ХОЛОДНАЯ» ПЕТЛЕВАЯ ЭКСЦИЗИЯ ПЛОСКИХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ (обзор литературы)**

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

Как известно, петлевая электроэксцизия является стандартной методикой удаления полипов толстой кишки. Однако, при удалении даже небольших образований существует риск развития осложнений: кровотечение, перфорация стенки кишки, посткоагуляционный синдром. В связи с этим, небезынтересным представляется уделить внимание применению и распространению методики «холодной» полипэктомии, подразумевающей удаление образований толстой кишки без электровоздействия. Данная методика заслуживает большого внимания в силу своей простоты, а так же меньшего количества осложнений и хороших результатов радикальности удаления полипов менее 1,0 см в диаметре. Однако малоизученными остаются вопросы технического и методического усовершенствования, а именно определение оптимальной конструкции петли, необходимость предварительной подслизистой инъекции. Более того, не приводятся отдаленных результатов лечения пациентов, не проводилось сравнительных рандомизированных исследований, основанных на удалении образований более 1,0 см в диаметре. Таким образом, существует ряд нерешенных актуальных вопросов, требующих необходимости проведения дальнейших исследований.

**[Ключевые слова: полипы толстой кишки, колоноскопия, «холодная» полипэктомия, электроэксцизия полипа]**

## **ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА (обзор литературы)**

Халиф И.Л. 1, Александров Т.Л.1, Кистенева Л.Б.2 1

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия (директор – чл. корр. РАН, профессор, д.м.н. Ю.А.Шельгин) 2 НИИ вирусологии имени Д.И.Ивановского ФГБУ НИЦЭМ им. Н.Ф.Гамалеи МЗ РФ, г. Москва, Россия (директор – академик РАН А.Л.Гинцбург)

Клинически выраженная цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) является серьезной проблемой у лиц с иммуносупрессией, в частности у пациентов воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), длительно находящимся на терапии кортикостероидами и другими препаратами, подавляющими иммунитет. Клиническая активность ЦМВ-ассоциированного ВЗК, длительность и степень заболевания, а также использование стероидов и анти-TNF- $\alpha$ -агентов были идентифицированы как факторы риска. В диагностике ЦМВИ важно не просто выявить наличие вируса в организме пациента, но и установить его этиологическую роль в развитии данного заболевания. Наиболее значимыми здесь являются вирусологические и серологические методы. В настоящее время рекомендуется проведение скрининга на ЦМВИ у всех пациентов с ВЗК при гормональной резистентности, потере эффекта от проводимой поддерживающей терапии и при тяжелых атаках заболевания. Вероятно, присоединение активной ЦМВИ к ВЗК может являться одной из причин гормональной резистентности и резистентности к терапии иммуносупрессорами и биологическими препаратами, однако этот вопрос требует дальнейших исследований.

**[Ключевые слова: цитомегаловирусная инфекция, воспалительные заболевания кишечника, ЦМВИ, ВЗК, язвенный колит, болезнь Крона]**

**НЕКРОЛОГ - Халиф И.Л.**

**НЕКРОЛОГ – Булдакова О.И.**

**НЕКРОЛОГ – Жуков Б.Н.**

**№2(68)2019 том 18**

## **СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И МЕТА-АНАЛИЗ: ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОМИКРОХИРУРГИЯ ПРОТИВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОДСЛИЗИСТОЙ ДИССЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ КРУПНЫХ АДЕНОМ И РАННЕГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ**

Чернышов С.В., Тарасов М.А., Нагудов М.А., Мтвралашвили Д.А., Ликуттов А.А., Рыбаков Е.Г.

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

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Трансанальная эндомикροхирургия (ТЭМ) является стандартом органосохраняющего лечения пациентов с крупными аденомами и ранним раком прямой кишки. Преимуществом ТЭМ в сравнении с другими трансанальными методами лечения опухолей прямой кишки является низкая частота R1-резекций и фрагментации, что реализуется в низком уровне местных рецидивов. Эндоскопическая подслизистая диссекция (ЭПД) – новая технология, аналогично направленная для лечения аденом и ранних форм рака прямой кишки. Этот систематический обзор и мета-анализ посвящен сравнению безопасности и эффективности ЭПД и ТЭМ при лечении крупных аденом и раннего рака прямой кишки.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** Поиск литературы и мета-анализ данных производился в соответствии с the preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses checklist (PRISMA) в электронной базе Medline среди англоязычной литературы без ограничений по дате публикации (окончание 18.12.2018 г.) по ключевым словам: «endoscopic submucosal dissection», «esd», «endoscopic dissection», «tem», «tamis», «transanal endoscopic microsurgery», «transanal resection», «teo», «transanal endoscopic microsurgical excision». В систематический обзор включены все исследования, посвященные сравнению методов ТЭМ и ЭПД в лечении крупных аденом и раннего рака прямой кишки. Статистическую обработку данных при сравнении методик проводили в программе Review Manager 5.3.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Четыре ретроспективных сравнительных исследования включено в анализ. Анализируемые группы были сопоставимы и не отличались по количеству опухолей (Отношение шансов [ОШ]=1,19; 95% доверительный интервал [ДИ] 0,23-6,16) и размеру ( $p=0,55$ ). Частота интраоперационных осложнений: кровотечение ( $p=0,54$ ) и перфорация прямой кишки ( $p=0,32$ ) также статистически значимо не различалась. Продолжительность операции в группе ЭПД на 32 мин. была статистически значимо больше, чем при

выполнении ТЭМ (ОШ=32,5; 95% ДИ 17,7-47,4;  $p < 0,0001$ ). Послеоперационный койко-день был больше в 1,6 раза после ТЭМ (ОШ=16,1; 95% ДИ 1,5-30,1;  $p = 0,03$ ). Частота использования антибиотиков после операции статистически значимо не различалась в обеих группах ( $p = 0,33$ ). Частота удаления опухоли единым блоком ( $p = 0,66$ ) и частота R1-резекций ( $p = 0,74$ ) статистически значимо не различались в обеих группах. Частота местных рецидивов не отличалась в обеих группах ( $p = 0,95$ ).

**ВЫВОДЫ.** ЭПД и ТЭМ являются безопасными и эффективными методиками локального удаления аденом и раннего рака прямой кишки, однако необходимо проведение рандомизированного исследования для получения объективных результатов.

**[Ключевые слова: аденома прямой кишки, ранний рак прямой кишки, трансанальная эндомикрохирургия, эндоскопическая подслизистая диссекция, систематический обзор, метаанализ]**

## **ЛАЗЕРНАЯ ПОДСЛИЗИСТАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ У ПАЦИЕНТОВ СО 2-3 СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ**

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

Кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии Первого Санкт-Петербургского Государственного Медицинского Университета им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия СПб ГБУЗ «Городская больница №9», г. Санкт-Петербург, Россия (Зав. кафедрой и главный врач – профессор С.В. Васильев)

**ЦЕЛЬ.** Оценить эффективность лазерной подслизистой деструкции геморроидальных узлов с использованием радиального световода у пациентов со 2 и 3 стадией хронического геморроя.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включено 65 человек с хроническим геморроем 2 (20%) и 3 (80%) стадии по классификации Goligher. Всем пациентам выполнялась лазерная подслизистая деструкция геморроидальных узлов. В раннем послеоперационном периоде оценивались: болевой синдром (по визуально-аналоговой шкале боли), наличие осложнений и сроки окончательного заживления ран. В отдаленном периоде оценивалась выраженность основных симптомов геморроидальной болезни: пролапса, кровотечений, тромбозов, анального зуда.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** У 54 (83%) пациентов послеоперационный период протекал гладко. Послеоперационный болевой синдром, в среднем, составил  $3 \pm 0,2$  балла по ВАШ. Осложнения были отмечены у 11 (16,9%) пациентов в раннем послеоперационном периоде, но при этом оказались не фатальными. За время наблюдения рецидивов не зафиксировано.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Лазерная подслизистая деструкция является достойным конкурентом дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией и слизисто-подслизистой резекции в той «нише» лечения геморроидальной болезни, когда возможности латексного лигирования и склеротерапии исчерпаны, а время классической геморроидэктомии еще не пришло.

**[Ключевые слова: геморрой, лазерная вапоризация, лазерная деструкция]**

## **НОВОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ ТАБЛЕТИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ «КОЛОКИТ»**

Галяев А.В., Веселов В.В., Романов Р.И., Полторыхина Е.А., Озерова О.С.

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

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценить и сравнить эффективность, безопасность и переносимость подготовки к колоноскопии пациентов, использовавших таблетированный препарат «Колокит» («Майоли Спидлер», Франция) по двум схемам (рекомендованная и альтернативная).

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** Проведен открытый проспективный сравнительный анализ качества подготовки толстой кишки у 30 пациентов (13 мужчин и 17 женщин, в возрасте от 26 до 72 лет), которым была выполнена диагностическая колоноскопия после подготовки таблетированным препаратом «Колокит» по рекомендованной и альтернативной схемам.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Качество подготовки толстой кишки к колоноскопии по оценочной шкале было достоверно лучше у пациентов, принимавших препарат «Колокит» по рекомендованной схеме, по сравнению с пациентами, принимавшими препарат по альтернативной схеме. Субъективная оценка комфортности показала хорошие результаты вне зависимости от схемы приема препарата.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Таблетированный препарат «Колокит» обеспечивает хорошее качество подготовки и комфортность приема и может быть рекомендован для подготовки толстой кишки к эндоскопическим исследованиям и вмешательствам.

**[Ключевые слова: колоноскопия, подготовка, «Колокит»]**

## **ВЛИЯЕТ ЛИ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛИ В РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИССЕКЦИИ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ?**

Мтвралашвили Д.А., Ликутов А.А., Веселов В.В., Майновская О.А., Кашников В.Н., Хомяков Е.А., Чернышов С.В. ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия (директор – член-корр. РАН, профессор Ю.А. Шельгин)

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Систематизировать собственный опыт диссекций в подслизистом слое, отразить специфику эндоскопического вмешательства в зависимости от локализации новообразований в различных отделах толстой кишки, описать возникшие при этом осложнения.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** В период с января 2017 по январь 2018 гг. в исследование включено 113 пациентов с новообразованиями толстой кишки, среди них женщин – 66, мужчин – 47. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от локализации опухоли. Всем больным выполнялось стандартное предоперационное обследование, включавшее ректороманоскопию и колоноскопию, эзофагогастродуоденоскопию, УЗИ брюшной полости и малого таза. После чего выполнялась диссекция в подслизистом слое по классической методике: разметка, инъекция, циркулярный разрез, подслизистая диссекция. Проведен статистический анализ полученных результатов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Анализ результатов показал, что пациентов с опухолями, расположенными в правых отделах толстой кишки было несколько больше 61/113 (54%). LST (латерально стелящиеся опухоли) чаще встречались в I группе, чем во II: 56 (91,8%) и 38 (73,1%), соответственно, ( $p=0,03$ ). Средний размер ( $M\pm SD$ ) новообразований в правых отделах составил  $31\pm 13$  (7-80) мм, а в левых –  $29\pm 11$  (8-76). В 9/113 (8%) наблюдениях произошла конверсия ESD в резекцию, при этом во всех случаях причиной послужил неудовлетворительный лифтинг – менее 2 мм. Большинство опухолей были удалены en bloc, частота фрагментации при локализации в правых отделах после ESD составила 9%, а в левых – 10,4%,  $p=1,0$ . Интраоперационные осложнения развились у 2/56 (3,5%) больных с опухолями правых отделов и у 2/48 (4,1%) пациентов с опухолями, расположенными в левых отделах толстой кишки,  $p=1,0$ . Послеоперационные осложнения отмечены всего у двух пациентов: 2/104 (1,9%). В 9/113 (8%) случаев при патоморфологическом исследовании удаленных образований была выявлена аденокарцинома. В 2 (1,7%) наблюдениях в ходе контрольной колоноскопии установлен рецидив опухоли.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Эндоскопическая подслизистая диссекция является безопасным методом удаления аденом толстой кишки с частотой интра- и послеоперационных осложнений 3,5% и 1,9%, соответственно, и уровнем местных рецидивов 2,04%. Лифтинг опухоли менее 2 мм в правых отделах толстой кишки является фактором риска фрагментации опухоли и конверсии в резекцию толстой кишки.

**[Ключевые слова: эндоскопия, диссекция в подслизистом слое, правый и левый отделы ободочной кишки, новообразования, аденокарцинома, фрагментация опухоли, рецидив опухоли]**

## **КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ И ФИКСАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ВЗРОСЛЫХ**

Муминов Ф.Б.1, Кахаров М.А.1, Джураев Х.А.2

1 Кафедра хирургии с курсом топографической анатомии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Худжандское отделение, г. Худжанд, Таджикистан 2 Согдийская областная клиническая больница им. С. Кутфиддинова, Таджикистан

**ЦЕЛЬ.** Улучшение результатов лечения больных с аномалиями развития и фиксации толстой кишки у взрослых путем комплексной диагностики и оптимального подхода к выбору способа и объема оперативного вмешательства.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** В основу работы положены результаты наблюдения и лечения 157 больных с аномалиями развития и фиксации толстой кишки у взрослых.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Биоэлектрическая возбудимость при аномалиях развития и фиксации толстой кишки имеет характерные изменения, как по стадиям болезни, так и по различным отделам. Установлено что по мере прогрессирования болезни происходит атрофия стенки кишки с развитием атонии, которая сопровождается угнетением биопотенциалов. По результатам обследования и консервативного лечения установлено, что 69 (43,9%) больных находились в компенсированной стадии запора. Остальным 88 (56,1%) больным в стадии суб- и декомпенсации было предложено оперативное вмешательство. 16 пациентов по объективным причинам не были оперированы. 72 больным выполнены различные по объему оперативные вмешательства открытым и лапароскопическим методами. Выбор объема операции зависел от вида аномалий. Послеоперационные осложнения наблюдались у 5 (6,9%) больных с 1 (1,4%) летальным исходом. Сравнительный анализ в отдаленном послеоперационном периоде показал, что происходит улучшение качества жизни оперированных в сравнении с пациентами, которые отказались от оперативного вмешательства.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Комплексная диагностика с детальной характеристикой моторно-эвакуаторной функции толстой кишки при аномалиях развития и фиксации, выбор способа лечения с учетом обратимости ее изменений в ходе консервативных мероприятий, определение оптимального объема оперативного вмешательства позволяет добиться хороших функциональных результатов и улучшения качества жизни у этой категории больных.

**[Ключевые слова: аномалии толстой кишки, долихоколон, долихосигма, трансверзоптоз, синдром Пайра, хирургическое лечение]**

### **НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАНОВЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ**

Пучков Д.К.1,2, Хубезов Д.А.1,2, Пучков К.В.2, Семионкин Е.И.1, Огорельцев А.Ю.1,2, Игнатов И.С.1,2, Луканин Р.В.2, Кротков А.Р.1

1 ФГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», кафедра хирургии, акушерства и гинекологии ФДПО, г. Рязань, Россия (зав. кафедрой – д.м.н. Д.А. Хубезов) 2 ГБУ РО «Областная клиническая больница», г. Рязань, Россия

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценка выполнимости и безопасности лапароскопических резекций ободочной кишки, выполненных в плановом порядке, по поводу дивертикулярной болезни.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** Проведено ретроспективное нерандомизированное исследование, включившее 38 пациентов, которым была выполнена плановая резекция ободочной кишки по поводу дивертикулярной болезни. Основную группу составили 26 пациентов, оперированных лапароскопически, контрольную группу составили 12 пациентов, оперированных через открытый доступ.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Длительность оперативных вмешательств была такой же в контрольной группе, как в основной –  $167,1 \pm 73,3$  минут против  $129,9 \pm 43,7$  ( $p=0,06$ ). Было выполнено 33 (86,8%) резекции с формированием толстокишечного анастомоза и 5 (13,2%) резекций сигмовидной кишки по Гартману. В основной группе нижнебрыжеечная артерия (НБА) была пересечена у основания в 4 (15,4%) случаях, в контрольной – в 6 (50%) ( $p=0,045$ ). Несостоятельность анастомоза в основной группе развилась у 3 (11,5%) пациентов, в контрольной – у 1 (8,3%) ( $p=1,0$ ). Период послеоперационной реабилитации был значительно короче в основной группе по сравнению с контрольной –  $9,3 \pm 2,8$  койко-дней против  $13,4 \pm 5,1$  ( $p=0,003$ ). После лапароскопических операций наркотические анальгетики были назначены только 3 (11,5%) пациентам, в то время как после открытых операций – 8 (66,7%) ( $p=0,001$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Лапароскопический доступ сопоставим с традиционным по длительности операции и частоте послеоперационных осложнений, сопровождается достоверно менее выраженным послеоперационным болевым синдромом и менее длительным периодом послеоперационной реабилитации, чаще позволяет сохранить НБА.

**[Ключевые слова: дивертикулярная болезнь ободочной кишки, плановая резекции, лапароскопические резекции]**

### **КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ. РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ ХИРУРГОВ РОССИИ**

Родин А.В., Даниленков Н.В., Агафонов О.И., Привольнев В.В.

ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Смоленск, Россия (ректор – член-корр. РАН, профессор Р.С. Козлов)

**ЦЕЛЬ.** Выяснить предпочтения врачей-хирургов при назначении консервативного лечения хронического геморроя.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведено анонимное анкетирование 102 врачей-хирургов широкого профиля с опытом лечения геморроя в своей практике.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Анализ анкет выявил предпочтения хирургов при выборе препаратов для местного и общего лечения хронического геморроя. Хирурги указали свыше 30 различных препаратов для местного лечения геморроя. Большинство специалистов считают необходимым назначение системных флеботоников. Из системных венотоников наиболее часто назначался препарат «Детралекс».

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** При лечении хронического геморроя большинство хирургов используют эффективные препараты. В ряде случаев имеется относительный дефицит знаний у специалистов по данной проблеме.

**[Ключевые слова: хронический геморрой, местное лечение, общее лечение, анкетирование]**

### **ОБОСНОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ FiLAC ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ**

Хитарьян А.Г.1,2, Алибеков А.З.1,2, Ковалев С.А.1,2, Орехов А.А.1,2, Кислов В.А.1, Ромодан Н.А.2, Головина А.А.1



1 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России», кафедра хирургических болезней №3, г. Ростов-на-Дону, Россия (зав. кафедрой – профессор, д.м.н. А.Г. Хитарьян) 2 НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный» ОАО «РЖД», г. Ростов-на-Дону, Россия (гл. врач – к.м.н., к.э.н. О.И. Нахрацкая)

**ЦЕЛЬ:** Улучшить результаты лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки и обосновать применение FiLaC технологии при экстрасфинктерных свищах 3-4 степени сложности.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включены 56 пациентов с экстрасфинктерными свищами 3-4 степени сложности. Всем пациентам проведена модифицированная процедура FiLaC с иссечением основного свищевого хода и его пересечением на уровне анального сфинктера с проведением лазерного световода через эту часть свищевого хода до его внутреннего отверстия. Воздействие осуществляется водопоглощающим лазером Biolitec мощностью 13 Вт и плотностью энергии 100 Дж/см. Внутреннее свищевое отверстие ушивали Z-образным рассасывающимся швом (Викрил 2.0).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** После иссечения свищевого хода в ишиоректальном пространстве до стенки анального сфинктера лазерный световод, из-за рубцовых изменений, не удалось провести до внутреннего отверстия свища в 6 случаях. Из 50 больных, перенесших оперативное вмешательство с применением технологии FiLaC, прослежено 39 (78%) пациентов (медиана наблюдения 27 месяцев). Из них 20 пациентов с III степенью сложности свища и рецидив в данной категории отмечен у 7 (35%) пациентов, тогда как из 19 пациентов с IV степенью сложности свища, рецидив наблюдался в 100% случаев.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Исследование показало целесообразным использование технологии FiLaC при экстрасфинктерных свищах 3 степени сложности.

**[Ключевые слова: FiLaC, экстрасфинктерные свищи, лазерные технологии]**

### **ИШЕМИЧЕСКИЙ КОЛИТ НА ФОНЕ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА (клиническое наблюдение)**

Озерова О.С., Полторыхина Е.А., Варданян А.В., Майновская О.А., Веселов В.В., Чернышов С.В.

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

В литературе описано две разновидности гемолитико-уремического синдрома – типичный (постдиарейный), ассоциированный с E.Coli (штамм 0157:H7), а также Shigella dysenteriae I типа и т.д., а также атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС), обусловленный гиперактивацией альтернативного пути системы комплемента, относящийся к наследственным орфанным заболеваниям. аГУС характеризуется тромбоцитопенией, микроангиопатической гемолитической анемией, поражением почек, головного мозга, желудочно-кишечного тракта, легких, сердца. В литературе обнаружено описание лишь одной пациентки с поражением желудочно-кишечного тракта в форме ишемического колита, в связи с чем представляет интерес еще одно клиническое наблюдение.

**[Ключевые слова: атипичный гемолитико-уремический синдром, тромботическая микроангиопатия, ишемический колит, внепочечные проявления]**

### **ПЕРВЫЙ ОПЫТ СТРИКТУРОПЛАСТИКИ У ПОДРОСТКА С ОСЛОЖНЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ КРОНА (клиническое наблюдение)**

Щербакова О.В.

ГБУЗ «Морозовская детская клиническая больница ДЗМ», г. Москва, Россия (главный врач – профессор Е.Е. Петрайкина)

В статье представлено редкое клиническое наблюдение спонтанной перфорации тонкой кишки в свободную брюшную полость у подростка с осложненной болезнью Крона на фоне терапии преднизолоном. Продемонстрирован опыт полного энтерального питания и результаты выполнения первой в РФ стриктуропластики у ребенка.

**[Ключевые слова: болезнь Крона, дети, свободная перфорация кишки, полное энтеральное питание, хирургическое лечение, стриктуропластика]**

### **К 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ЕРМОЛОВА АЛЕКСАНДРА СЕРГЕЕВИЧА**

## **ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРМОАБЛИТЕРАЦИИ СВИЩЕВОГО ХОДА (систематический обзор)**

Матинян А.В.1, Костарев И.В.1, Благодарный Л.А.1,2, Титов А.Ю.1, Шелыгин Ю.А.1

1 ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия (директор – чл.-корр. РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин) 2 ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, Россия (ректор – чл.-корр. РАН, профессор, д.м.н. Д.А. Сычев)

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Определение частоты заживления свищей после применения методики FiLaC™, установление факторов, способных повлиять на данный показатель.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** При поиске в электронных медицинских базах данных публикаций, в которых оценивались результаты методики FiLaC™ при лечении свищей прямой кишки, было отобрано 6 исследований, соответствующих поисковым запросам. Поиск выполнялся с учетом принципов составления систематических обзоров литературы и метаанализов (PRISMA). Временной интервал поиска публикаций находился между 2011 г. и октябрём 2018 г. В публикациях, включенных в анализ, оценивались следующие параметры: общие характеристики групп исследования, технические аспекты методики FiLaC™, расположение свищей по отношению к анальному сфинктеру, вариант закрытия внутреннего свищевого отверстия, частота заживления и рецидивов свищей, продолжительность периода наблюдения после вмешательства, характер повторных операций в случаях рецидива свища.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** С учетом данных, полученных при анализе отобранных исследований, средняя частота заживления свищей составила 64,5% (40,0-88,2)%. При анализе данных, было установлено, что единственными показателями, с помощью которых можно оценить их влияние на частоту заживления свищей были: пол пациентов и вариант расположения свищевого хода по отношению к анальному сфинктеру (транссфинктерный/экстрасфинктерный). Статистическая обработка данных и оценка отношения шансов не выявила влияния на результат лечения указанных выше параметров.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Проведенный анализ данных показал, что методика FiLaC, в основном, показана для лечения пациентов с транссфинктерными и экстрасфинктерными свищами прямой кишки. Метод может быть рекомендован в качестве сфинктеросберегающего лечения у пациентов с изначально ослабленной функцией анального сфинктера и, следовательно, с высоким риском развития недостаточности анального сфинктера при применении традиционных методик. Для получения более четких представлений об эффективности методики FiLaC требуется дальнейшая оценка результатов лечения в отдаленном периоде и их сравнение с результатами после других вариантов коагуляции стенок свища.

**[Ключевые слова: прямокишечный свищ, миниинвазивные методы, лазерная абляция]**

## **РЕЗУЛЬТАТЫ 600 ТРАНСАНАЛЬНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ АДЕНОМ И АДЕНОКАРЦИНОМ ПРЯМОЙ КИШКИ**

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

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия (директор – член-корр. РАН, профессор Ю.А. Шелыгин)

**ЦЕЛЬ.** Трансанальная эндомикрохирургия (ТЕМ) – метод выбора для локального иссечения опухолей прямой кишки. Представленная серия больных собрана проспективно и является самой большой из опубликованных в российской медицинской периодике.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** 600 пациентов (средний возраст  $\pm$  59,8 $\pm$ 9 (31-90) лет; 375/600 (62,5%) – женщины), с аденомами и аденокарциномами прямой кишки, которые оперированы в объеме ТЕМ в 2011-2019 гг.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Средний размер удаленных опухолей составил 3,4 $\pm$ 1,5 см (0,5-10,0). R0 резекции были выполнены в 571/600 (95,2%) случаев. Частота осложнений составила 3,6% (22/600). При патоморфологическом исследовании удаленных препаратов аденома выявлена у 450/600 (75,0%) больных, аденокарцинома – в 150/600 (25,0%) случаях. Среднее время наблюдения больных с аденомами составило 38,4 $\pm$ 25,1 мес., с аденокарциномами – 33,4 $\pm$ 23,8 месяцев. Частота местных рецидивов при аденомах составила 4,5%. Локорегионарный рецидив аденокарциномы pT1 после ТЕМ выявлен у 6,8% больных и у 30% больных pT2 без адьювантного лечения.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** ТЕМ эффективный и безопасный метод лечения аденом прямой кишки. При раке прямой кишки необходим тщательный отбор пациентов.

**[Ключевые слова: трансанальная эндомикрохирургия, аденома, аденокарцинома, прямая кишка]**

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАДИЦИОННОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ**

Азимов Э.Г., Алиев С.А.

Кафедра хирургических болезней № 1, Азербайджанский медицинский университет, клиника «ELMED», г. Баку, Азербайджан

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценка отдаленных результатов хирургического лечения больных, перенесших открытую и лапароскопическую тотальную мезоректумэктомию (ТМЭ) по поводу рака прямой кишки.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** Представлен проспективный анализ результатов хирургического лечения 103 больных в возрасте от 20 до 70 лет раком прямой кишки. В зависимости от методов ТМЭ больные разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 47(45,6%) больных, которым выполнена лапароскопическая ТМЭ (ЛТМЭ). Во 2-ю группу включены 56(54,4%) пациентов, перенесших открытую ТМЭ (ОТМЭ). У всех пациентов гистологическая структура опухоли была представлена аденокарциномой различной степени дифференцировки. Отдаленные результаты хирургического лечения с учетом общей и безрецидивной 3-х и 5-летней выживаемости прослежены у 97(94,2%) больных.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Частота местных рецидивов РПК после ОТМЭ и ЛТМЭ составила 6(11,5%) больных и 5(11,1%) больных, соответственно. Отдаленные метастазы выявлены в 4(7,7%) и 3(6,7%) наблюдениях, соответственно. Общая 3-х летняя выживаемость пациентов после ЛТМЭ составила 80%, 5-летняя – 57,8%. У пациентов, перенесших ОТМЭ, эти показатели составили 81,8 и 54,5%, соответственно. Безрецидивная 3-х летняя выживаемость после ЛТМЭ составила 56,7%, 5-летняя – 31,6%. В группе пациентов, перенесших ОТМЭ, эти показатели составили 60,6% и 31,8%, соответственно. Различия между приведенными показателями статистически не достоверны ( $p>0,05$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Использование лапароскопического доступа в сравнении с открытым при хирургическом лечении РПК не увеличивает частоту рецидивов заболевания и не снижает выживаемость.

**[Ключевые слова: рак прямой кишки, хирургическое лечение, открытая тотальная мезоректумэктомия, лапароскопическая тотальная мезоректумэктомия, выживаемость, летальность]**

## **СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ РАСТУЩЕЙ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ**

Стойко Ю.М., Гусаров В.Г., Колозян Д.А., Левчук А.Л., Максименков А.В.

ФГБУ «Национальный Медико-Хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва, Россия (президент – академик РАН Ю.Л. Шевченко)

**ЦЕЛЬ.** Снизить долю антибиотикорезистентных (АБР) штаммов возбудителей инфекционных осложнений в хирургической колопроктологии путем оптимизации использования антимикробных препаратов (АМП).

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** Проведено одноцентровое интервенционное исследование с историческим контролем. Начало интервенции – январь 2017 г., когда был введен строгий контроль соблюдения протоколов антибиотикопрофилактики (АБП) и эмпирической антимикробной терапии (АМТ). В исследование включены 200 больных, оперированных на толстой и прямой кишке в 2016-2017 г. Больные разделены на две группы по отношению к началу интервенции: 2016 г. – контрольная (А), 2017 г. – основная (В).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Достигнуто уменьшение общего потребления АМП с 16,1 до 12,2 Defined Daily Dose (DDD, установленная суточная доза) и сокращение продолжительности АБП с 5,5 до 1,9 дней ( $p<0,001$ ) в интервенционном периоде, что привело к уменьшению доли инфекций, вызванных полирезистентными штаммами с 84,3% до 50%,  $p<0,001$ . При анализе этиологии гнойно-септических осложнений (ГСО) у хирургических больных колопроктологического профиля отмечено значимое снижение числа штаммов порядка Enterobacteriales, продуцирующих бета-лактамазы расширенного спектра (БЛРС) с 33,3% до 11,8% ( $p<0,01$ ), частота выявления *K. pneumoniae*, резистентной к карбапенемам, уменьшилась с 7,8% до 0%,  $p=0,031$ . В целом, доля возбудителей группы ESCAPE сократилась с 24 (47,1%) до 12 (17,7%),  $p<0,001$ . Не выявлено разницы в частоте послеоперационных инфекционных осложнений в сравниваемых группах (32,9% и 31,0%,  $p=0,879$ ), при этом число случаев антибиотик-ассоциированной диареи (ААД) снизилось с 5% до 0,  $p=0,025$ .

**ВЫВОДЫ.** Строгий контроль соблюдения протоколов АБП и эмпирической АМТ позволяет существенно сократить потребление АМП, что приводит к снижению частоты инфекций, вызванных АБР штаммами.

**[Ключевые слова: колоректальная хирургия, гнойно-септические осложнения, антибиотикопрофилактика, антибиотикотерапия, антибиотикорезистентность, протокол]**

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ИНГИБИРУЮЩЕГО И РАЗРУШАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТА НАНОЧАСТИЦ СЕРЕБРА НА БИОПЛЕНКИ, СФОРМИРОВАННЫЕ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ**

Сухина М.А.1, Шельгин Ю.А.1,4, Пяядина А.Ю.1,2, Фельдман Н.Б.2, Ананян М.А.3, Луценко С.В.2, Фролов С.А.1

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия (директор – чл.-корр. РАН, профессор Ю.А. Шелыгин) 2 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия (ректор – академик РАН, профессор П.В. Глыбочко) 3 ЗАО «Концерн «Наноиндустрия», г. Москва, Россия (генеральный директор – д.т.н. М.А. Ананян) 4 ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, Россия (ректор – член-корр. РАН, Д.А. Сычев)

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Получить и исследовать активность стабилизированных арабиногалактаном наночастиц серебра в отношении клинически значимых штаммов пленкообразующих микроорганизмов.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Наночастицы серебра получали методом восстановления из нитрата серебра в присутствии арабиногалактана с дополнительной стабилизацией диоктилсульфосукцинатом натрия. Форму и размеры наночастиц определяли методом просвечивающей электронной микроскопии, дзета-потенциал – методом электрофоретического рассеяния света. Исследование влияния препарата наночастиц на биопленкообразование проводили на 17 клинически значимых штаммах бактерий, изолированных из гемокультуры и клинического биоматериала послеоперационных пациентов колопроктологического стационара.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Получен препарат наночастиц серебра, характеризующихся средним диаметром 11,4 нм и дзета-потенциалом – 24 мВ. Минимальная ингибирующая концентрация препарата наночастиц в отношении планктонных культур бактерий составляла 120 мкг/мл; применение препарата в концентрации 100 мкг/мл снижало показатель КОЕ/мл на 7 порядков по сравнению с исходной культурой. Изучение влияния наночастиц серебра на процесс формирования биопленок показало, что в присутствии препарата процесс роста биопленок значительно снижился; при концентрации препарата 150 мкг/мл происходило полное подавление роста бактериальных пленок. Инкубация сформированных суточных биопленок с препаратом наночастиц серебра в диапазоне концентраций от 150 до 120 мкг/мл в течение 48 ч приводила к частичному или полному разрушению биополимерного матрикса.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Исследуемый препарат наночастиц серебра обладает большим потенциалом применения в терапии инфекционных заболеваний, вызванных пленкообразующими микроорганизмами.

**[Ключевые слова: биопленки, наночастицы серебра, антимикробная активность, клинические изоляты, катетер-ассоциированная инфекция, послеоперационные раны]**

## **К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

Тотиков З.В., Тотиков В.З., Епхиев А.А., Кулумбегов Г.Р., Гадаев Ш.Ш., Магомадов Э.А.

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Владикавказ, Россия (ректор – д.м.н. Ремизов О.В.)

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценить прочностные характеристики стенки кишки в месте расположения опухоли в зависимости от ее размеров у больных колоректальным раком, осложненным острой непроходимостью для прогноза безопасности эндоскопического стентирования.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Материалом для исследования послужили резецированные участки толстой кишки с опухолью у 26 больных колоректальным раком, осложненным острой непроходимостью. Микроскопически исследовался тип опухоли, степень ее дифференцировки, глубина инвазии, толщина пораженной стенки кишки в центральной и периферической частях опухоли, объемные доли участков некроза, собственно опухолевой ткани, сохраненных участков мышечного и серозного слоев стенки кишки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** При размерах опухоли от 3,9 до 5,5 см достоверной разницы между объемными долями сохранной мышечной, фиброзной тканей и некротизированных участков ни в центральной, ни в периферической частях опухоли не наблюдалось. При размерах опухоли свыше 5,5 см отмечалась достоверно большая объемная доля опухолевой ткани и некротизированных участков в центральной части опухолей по сравнению с такими же участками опухолей с меньшей протяженностью.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Эндоскопическая реканализация при колоректальном раке, осложненном острой непроходимостью, с большой степенью вероятности безопасна при протяженности опухоли до 5 см, при более протяженных стриктурах вероятность разрушения стенки опухолевого канала во время эндоскопической реканализации возрастает и может приводить к развитию перфорации.

**[Ключевые слова: кишечная непроходимость, эндоскопическая реканализация, стентирование толстой кишки, опухоль толстой кишки]**

## **СТРИКТУРОПЛАСТИКА В КАЧЕСТВЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ МЕТОДИКИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ТОНКОЙ КИШКИ (клинический случай)**

Варданян А.В., Тобоева М.Х., Зароднюк И.В., Орлова Л.П.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия (директор – чл.-корр. РАН, проф. Ю.А. Шелыгин)

Болезнь Крона (БК) – это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением во всех отделах желудочно-кишечного тракта от ротовой полости до перианальной области с развитием местных и системных осложнений. Заболевание имеет тенденцию к прогрессированию, несмотря на широкий спектр современных консервативных и хирургических мероприятий. Одной из наиболее частых причин хирургического вмешательства при БК являются стриктуры в различных отделах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), формирующиеся в результате длительного неспецифического воспаления, а в дальнейшем и рубцовых изменений кишечной стенки. Возникновение стриктур является серьезной клинической проблемой, обусловленной отсутствием эффективных методов ранней диагностики и лечения. Фактически, оперативное лечение подразделяется на два вида – резекция пораженного участка и органосохраняющие вмешательства. При этом, выполнение обширных резекций тонкой кишки приводит к потере большей части абсорбционной поверхности и развитию серьезного осложнения – синдрома короткой кишки. В этой связи, за рубежом в определенных ситуациях отдаётся предпочтение органосохраняющей операции – стриктуропластике. В этой статье мы представляем случай успешного применения данной методики у пациента с осложненной формой болезни Крона.

**[Ключевые слова: болезнь Крона, стриктуропластика, Heineke-Mikulicz]**

## **БОЛЕЗнь КРОНА И МНОЖЕСТВЕННАЯ МИЕЛОМА: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

Таратина О.В., Макачук П.А., Высоцкая Л.Л.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» (ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского), г. Москва, Россия

Болезнь Крона и множественная миелома – патологические процессы, развитие которых, по крайней мере, частично, связано с нарушением иммунной регуляции. Болезнь Крона часто сочетается с внекишечными проявлениями со стороны разных органов и систем (суставов, кожи, глаз и др.). Реже встречаются гематологические внекишечные проявления, такие как миелодиспластический синдром, апластическая аутоиммунная анемия, аутоиммунная тромбоцитопения, В12-дефицитная анемия. Список внекишечных проявлений болезни Крона постоянно расширяется, в том числе появляется все больше описаний сочетания болезни Крона с заболеваниями системы крови. В статье представлен редкий клинический случай сочетания воспалительного заболевания кишечника и лимфопролиферативного заболевания. Пациентке 53 лет в 1993 г. был диагностирован язвенный колит, получала Сульфасалазин 4 г в сутки. В 2015 г. при очередном обострении на основании колоноскопии диагноз был пересмотрен в сторону болезни Крона. Получала кортикостероидную терапию. В 2018 г. при контрольном обследовании в анализах выявлено повышение уровня общего белка до 117 г/л. Пациентке выполнена стерильная пункция, на основании миелограммы диагностирована множественная миелома.

**[Ключевые слова: воспалительное заболевание кишечника, болезнь Крона, множественная миелома]**

## **УДВОЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ (клинический случай)**

Филимонов В.Б.1,2, Мотин А.П.1, Добрынин В.В.1, Васин Р.В.1,2

1 ГБУ РО Городская клиническая больница № 11, г. Рязань, Россия (главный врач – д.м.н В.Б. Филимонов) 2 ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский институт им. академика И.П. Павлова», г. Рязань, Россия (ректор – профессор, д.м.н. Р.Е. Калинин)

Представлено описание клинического случая редкой патологии – удвоения толстой кишки у пациента в зрелом возрасте, прооперированного по поводу доброкачественного новообразования брюшной полости. Диагноз установлен после гистологического исследования удаленного препарата.

**[Ключевые слова: аномалии развития, удвоение толстой кишки]**

## **ОРХОЭПИДИДИМИТ КАК ВНЕКИШЕЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЗНИ КРОНА (клиническое наблюдение)**

Хубезов Д.А.1,2, Трушин С.Н.1, Огорельцев А.Ю.1,2, Семионкин Е.И.1

1 ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова», г. Рязань, Россия (ректор – д.м.н. Р.Е. Калинин) 2 ГБУ РО «Областная клиническая больница», г. Рязань, Россия (главный врач – д.м.н. Д.А. Хубезов)

Внекишечные проявления обнаруживаются, по меньшей мере, у четверти пациентов при болезни Крона. В отличие от поражений глаз, суставов и кожи орхоэпидидимит, обусловленный болезнью Крона, встречается

крайне редко и описан в единичных публикациях. Однако орхит и эпидидимит описаны при другом аутоиммунном заболевании – болезни Бехтерева и, хотя частота бессимптомного орхита при анкилозирующем спондилите неизвестна, он зачастую диагностируется при обследовании по поводу мужского бесплодия. Нами представлен клинический случай пациента 26 лет, страдающего болезнью Крона с внекишечными проявлениями в виде орхоэпидидимита. Получая лечение в урологическом стационаре, пациент перенес несколько операций, включая орхэктомии справа, но воспалительный процесс прогрессировал, создавая риск лишиться единственного оставшегося яичка. Лишь после илеоцекальной резекции по поводу пенетрирующей формы болезни Крона с образованием илеосигмоидного свища и последующего назначения биологической терапии удалось достичь ремиссии и сохранить единственное яичко.

**[Ключевые слова: болезнь Крона, внекишечные проявления, орхит, орхоэпидидимит]**

## **РОЛЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ (обзор литературы)**

Ачкасов С.А., Сухина М.А., Москалев А.И., Набиев Э.Н.

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

Инфекционные осложнения в хирургии колоректального рака занимают ведущее место в структуре послеоперационных осложнений. Частота последних составляет 5-22%, а в 5-20% случаев подобные осложнения приводят к летальному исходу. Стоит отметить, что развитие послеоперационных осложнений приводит к снижению качества жизни пациентов, общей и безрецидивной выживаемости больных, оперированных по поводу колоректального рака. Одним из перспективных способов диагностики послеоперационных инфекционных осложнений после хирургического вмешательства является оценка уровня биологических маркеров воспаления плазмы крови. Он может применяться с целью идентификации пациентов с высокой вероятностью инфекции и быть показанием для более раннего проведения дополнительных методов диагностики осложнений. В настоящее время к биомаркерам, используемым для раннего выявления послеоперационной инфекции, относятся рост лейкоцитов в периферической крови, СРБ, ПКТ, CD64 нейтрофилов и другие. Проведено большое количество исследований по изучению уровня, однако, их результаты весьма противоречивы, и вопрос о роли данных вышеуказанных биомаркеров в диагностике послеоперационных инфекций у пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу рака толстой кишки, остается открытым.

**[Ключевые слова: колоректальная хирургия, рак ободочной кишки, рак прямой кишки, биомаркеры воспаления, инфекционные осложнения области хирургического вмешательства, СРБ, ПКТ, CD64 нейтрофилы, HLA-DR моноциты]**

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ УСТЕКИНУМАБА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА (обзор литературы)**

Шапина М.В., Нанаева Б.А., Варданян А.В.

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

Болезнь Крона (БК) является хроническим аутоиммунным заболеванием желудочно-кишечного тракта, которое поражает, в основном, молодых людей трудоспособного возраста. До сих пор пациенты с данным заболеванием не могут быть вылечены ни с помощью консервативной терапии ни хирургическими методами. Эффективность препаратов, доступных для лечения БК, ограничена. Кроме того, их применение нередко сопровождается нежелательными явлениями. Все это рождает потребность в новых препаратах, принципиально отличающихся по механизму действия, с высокой эффективностью и хорошим профилем безопасности. Данный обзор посвящен новому биологическому препарату для лечения БК, направленному на блокирование интерлейкинов 12 и 23, которые задействованы в патогенезе воспаления при ВЗК. В обзоре представлены данные клинических испытаний препарата 2 и 3 фазы и данные, полученные в клинической практике, позволяющие делать выводы об эффективности и безопасности данного препарата, а также его месте в алгоритме лечения больных с БК.

**[Ключевые слова: болезнь Крона, консервативная терапия, устекинумаб, исследование UNITI, IMUNITI, эффективность, безопасность]**

**Севостьянов С.И. НЕКРОЛОГ**

## ПРОЕКТ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Ивашкин В.Т., Шелыгин Ю.А., Белоусова Е.А., Абдулганиева Д.И., Алексеева О.А., Ачкасов С.И., Валуйских Е.Ю., Варданян А.В., Веселов А.В., Веселов В.В., Головенко О.В., Губонина И.В., Жигалова Т.Н., Кашников В.Н., Князев О.В., Макарчук П.А., Москалев А.И., Нанаева Б.А., Низов А.А., Никитина Н.В., Николаева Н.Н., Павленко В.В., Полуэктова Е.А., Светлова И.О., Тарасова Л.В., Ткачев А.В., Фролов С.А., Хлынова О.В., Чашкова Е.Ю., Шапина М.В., Шептулин А.А., Шифрин О.С., Щукина О.Б.

**[Ключевые слова Биологическая терапия, Воспалительные заболевания кишечника, Взрослые, Глюкокортикостероиды, Диарея, Иммуносупрессоры, Месалазин, Язвенный колит ]**

## ОТКРЫТАЯ, ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ И ТРАНСАНАЛЬНАЯ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЯ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СЕТЕВОЙ МЕТААНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Хильков Ю.С., Пономаренко А.А., Рыбаков Е.Г., Шелыгин Ю.А. ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия (директор – академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шелыгин)

**ВВЕДЕНИЕ.** На сегодняшний день нет исследований, посвященных сравнению открытой, лапароскопической и трансанальной мезоректумэктомии.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Сравнить непосредственные результаты всех методов ТМЭ с помощью метаанализа данных.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Систематический обзор выполнен в соответствии с практикой и рекомендациями PRISMA.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Сорок одна статья была включена в анализ, из которых 14 исследований, посвящены сравнению трансанальной ТМЭ (ТА ТМЭ) (n=480) с лапароскопической ТМЭ (ЛА ТМЭ) (n=5344), 26 исследований – сравнению ЛА ТМЭ с открытой ТМЭ (ОТМЭ) (n=6820) и 1 исследование – сравнению ОТМЭ с ТА ТМЭ. Качество мезоректумэктомии Grade 3 статистически значимо встречалось чаще при ЛА ТМЭ в сравнении с ОТМЭ (ОШ=1,24, ДИ 1.09-1.40, p=0,001), при сравнении ЛА ТМЭ с ТА ТМЭ статистической разницы получено не было (p=0,36). Сетевой метаанализ данных по качеству мезоректумэктомии Grade 3, не выявил статистических различий ни при одном из методов. Позитивная циркулярная граница резекции (ЦГР) отмечается реже при ТА ТМЭ, в сравнении с ЛА ТМЭ (ОШ=2,58, ДИ 1.34- 4.97, p=0,005), при сравнении ЛА ТМЭ с ОТМЭ позитивная ЦГР встречалась реже при ЛА ТМЭ (ОШ=0,73, ДИ 0.63-0.85, p<0,0001). По частоте послеоперационных осложнений, сравнивая ЛА ТМЭ с ТА ТМЭ, различий не выявлено (p=0,72), однако при сравнении ЛА ТМЭ с ОТМЭ, их частота статистически значимо меньше в группе ЛА ТМЭ (ОШ=0,75, ДИ 0.68-0.82, p<0,00001). Сетевой метаанализ демонстрирует, что частота послеоперационных осложнений при ЛА ТМЭ меньше, чем при ОТМЭ (ОШ=0,75, ДИ 0,65-0,84).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Методика трансанальной ТМЭ является сопоставимой по эффективности с лапароскопической и открытой, а по некоторым параметрам, таким как позитивная ЦГР, качество мезоректумэктомии Grade 1, частота конверсии, послеоперационная задержка мочеиспускания, может давать возможность получать лучшие результаты.

**[Ключевые слова: рак прямой кишки, хирургия, мезоректум, тотальная мезоректумэктомия, ТМЭ, лапароскопия, трансанальная, ТА ТМЭ]**

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОФАЦИТИНИБА В ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Белоусова Е.А.1 , Абдулганиева Д.И.2 , Алексеева О.П.3 , Бакулин И.Г.4 , Васильева О.В.5 , Веселов А.В.1,2, Каграманова А.В.6 , Кашников В.Н.1,2, Князев О.В.6 , Королева М.В.7 , Мищенко Е.В.8 , Никитина Н.В.1 , Николаева Н.Н.9 , Ткачев А.В.10, Чашкова Е.Ю.11, Шапина М.В.12

1 ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва, Россия 2 ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань, Россия 3 ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко», г. Нижний Новгород, Россия 4 Северо-Западный государственный медицинский университет (СЗГМУ) им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия 5 ГБУЗ Областная клиническая больница, г. Владимир, Россия 6 ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, г. Москва, Россия 7 ГУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25», г. Волгоград, Россия 8 Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, г. Белгород, Россия 9 ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, г. Красноярск, Россия 10 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный

медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия 11 ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии», г. Иркутск, Россия 12 ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Тофацитиниб (ТОФА) – первый представитель нового класса таргетных синтетических противовоспалительных препаратов, зарегистрированный для лечения язвенного колита (ЯК), является перспективной терапевтической опцией в стратегии терапии воспалительных заболеваний кишечника и других иммуновоспалительных заболеваний. В статье представлен первый российский опыт применения ТОФА для лечения умеренного и тяжелого ЯК в условиях реальной клинической практики.

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** 85 пациентам с ЯК (средний возраст  $41,4 \pm 14,7$  года, средняя длительность болезни –  $9,6 \pm 5,3$  года, легкий ЯК – 3 (3,5%), среднетяжелый ЯК – 35 (41,2%), тяжелый ЯК – 45 (52,9%), сверхтяжелый ЯК – 2 (2,4%)), резистентных к терапии кортикостероидами – 31 (36,5%) и генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) – 52 (61,2%), был назначен ТОФА в индукционной дозе 10 мг 2 раза в день с последующим снижением дозы до поддерживающей (5 мг 2 раза в сутки). Оценивались раннее достижение клинического ответа (первая неделя терапии), достижение клинической и эндоскопической ремиссии, распространенность и динамика внекишечных проявлений на 8 и 12 неделе лечения, а также параметры безопасности и переносимости.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Из 85 пациентов, включенных в исследование, 68 завершили индукционный курс ТОФА терапии в течение 8 недель, остальные продолжают получать лечение в рамках индукционного курса. Быстрый ответ в течение одной недели был зафиксирован у 41 (50,6%) пациента, в среднем, на 5 день терапии. По окончании индукции 52 (76,5%) пациента достигли клинической ремиссии, 3 (4,4%) достигли клинического ответа, 13 (19,1%) пациентов не продемонстрировали положительной динамики. Из 53 пациентов, наблюдавшихся в течение 12 недель, у 41 (77,4%) была отмечена клиническая ремиссия, у 6 (11,3%) было клиническое улучшение, и 6 (11,3%) пациентов не ответили на терапию. Динамика внекишечных проявлений была положительной: на 8 неделе терапии у 55,2%, а на 12 неделе – у 77,8% пациентов отмечено уменьшение клинических симптомов, в основном суставного синдрома. Один эпизод инфекции опоясывающего герпеса, один случай анемии были отмечены в период 12 недель наблюдения пациентов.

**ВЫВОДЫ.** Применение ТОФА при ЯК эффективно в отношении достижения быстрого клинического ответа, клинической ремиссии и заживления слизистой у больных, недостаточно отвечающих на терапию базисными, а также биологическими препаратами. Назначение препарата позволяет контролировать активность ЯК при достаточной безопасности и хорошей переносимости, добиться клинического ответа и ремиссии у большинства больных, в том числе у пациентов с множественной лекарственной резистентностью.

**[Ключевые слова: язвенный колит; воспалительные заболевания кишечника; тофацитиниб; ингибиторы янус-киназ]**

## **ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ (РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ RE-VISION)**

Загрядский Е.А.1, Богомазов А.М.2, Головкин Е.Б.3 1 МЦ «ОН КЛИНИК», г. Москва, Россия 2 МЦ «Южный», г. Москва, Россия 3 Клиника «МЕДСИ МСК 12», г. Москва, Россия

**ЦЕЛЬ.** Анализ подходов к лечению пациентов с различными стадиями геморроя. Чем руководствуется специалист в том или ином клиническом случае, выбирая методику лечения?

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** Исследование основано на анализе клинико-инструментального обследования 804 пациентов с I-IV стадией геморроя. Возраст больных  $44,8 \pm 13,2$  (19-83) лет. В исследование вошло 392 (48,8) мужчин и 412 (51,2) женщин.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Системная терапия МОФФ (Детралекс, Сервье) в сочетании с приемом пищевых волокон и топическим лечением эффективно снижает выраженность основных клинических проявлений геморроя. Благодаря этому, 200 (24,8%) пациентам с I-IV стадией геморроя врачи выбрали консервативное лечение в связи с достигнутым положительным клиническим эффектом. Сочетание системной флеботропной терапии (МОФФ) с миниинвазивным и хирургическим лечением было проведено у 355 (44,2%) и 249 (31,0%) больных с II-IV стадиями геморроя, соответственно. Миниинвазивное лечение выполнялось у пациентов с не выраженным наружным геморроидальным комплексом. В 210 (54,7%) случаях хирургическое лечение выполнено у пациентов с выраженным наружным геморроидальным комплексом.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Комплексная терапия геморроя с применением МОФФ (Детралекс), показывает свою эффективность для купирования основных клинических проявлений заболевания у пациентов I-II стадии геморроя. Пациенты с III и IV стадией геморроя требуют использования миниинвазивного и хирургического лечения. На выбор характера лечения влияет не только стадия геморроя, но и особенности его



анатомического статуса. Использование МОФФ (Детралекс) позволяет снять обострение заболевания и выбрать адекватный метод малоинвазивного или хирургического лечения для каждого конкретного пациента.

**[Ключевые слова: боль, кровотечение, запор, геморроидальная болезнь, микронизированная очищенная флавоноидная фракция (МОФФ), Детралекс]**

### **РОЛЬ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ГЕМОРОИДЭКТОМИИ**

Иванов В.В., Лебедев И.С., Благодарный Л.А. ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ, г. Москва, Россия ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования, г. Москва, Россия

Терапия боли в раннем послеоперационном периоде – это актуальная междисциплинарная проблема во всех хирургических специальностях. Боль в первые сутки после операции является ключевой жалобой пациентов, перенесших геморроидэктомию. Классическим подходом к обезболиванию данной категории пациентов является последовательное использование таких методов, как системная анальгезия с применением НПВП и агонистов опиоидных рецепторов. В настоящее время исследуются альтернативные подходы к обезболиванию данной категории пациентов. Одним из самых перспективных являются комбинированные суппозитории Релиф Про (флуокортолон + лидокаин). Применение Релифа Про в послеоперационном периоде позволяет снизить болевой синдром в 2 раза уже в первый день применения и избежать дополнительного назначения сильных опиоидных анальгетиков.

**[Ключевые слова: геморроидэктомия, послеоперационное обезбоживание, флуокортолон, лидокаин]**

### **ПЕРИАНАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕМОБЛАСТОЗА И АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ**

Штыркова С.В., Карагюлян С.Р., Гемджян Э.Г., Данишян К.И. ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России, г. Москва, Россия (директор – академик РАН, профессор, д.м.н. В.Г. Савченко)

**ЦЕЛЬ.** Представить клинические варианты периаанальных инфекционных поражений (ПИП), развившихся в дебюте онкогематологического заболевания. Определить факторы, препятствующие купированию ПИП и своевременному началу противоопухолевого лечения, а также причины осложнений в период проведения химиотерапии (ХТ).

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** В анализ включены 8 пациентов с инфекционным процессом в периаанальной области, развившемся в дебюте гемобластоza и апластической анемии (до начала ХТ).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** У 5 (из 8) пациентов отмечено существенное удлинение срока между обращением за медицинской помощью по поводу ПИП и началом ХТ гемобластоza (от 18 до 49 суток). Препятствиями для своевременного начала ХТ были неустановленный диагноз гемобластоza (острый миелоидный лейкоз – 2 случая, множественная миелома-1) и продолжающийся инфекционный процесс у пациентов с тяжелой гранулоцитопенией (ГЦП). Чаще «незамеченным» гемобластоз оставался у пациентов с компенсированными показателями гемограммы. Осложнения в период проведения ХТ были связаны с рецидивом ПИП в зоне операции (в результате паллиативного дренирования парапроктита, наличия свища прямой кишки) и развитием сепсиса (при продолжающемся воспалении в послеоперационной ране на фоне ГЦП).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** ПИП является одним из инфекционных осложнений, характерных для дебюта онкогематологического заболевания. Поэтому общий анализ крови с лейкоцитарной формулой должен быть выполнен перед операцией у всех больных с парапроктитом для исключения гемобластоza. Неустановленный диагноз гемобластоza и неэффективность оперативного лечения парапроктита у больных с тяжелой ГЦП были главными причинами задержки начала противоопухолевого лечения в данном исследовании. Сохраняющиеся источники инфицирования (свищ) в прямой кишке и продолжающееся воспаление в ране на фоне ГЦП явились причинами рецидивов ПИП и сепсиса в период проведения ХТ.

**[Ключевые слова: периаанальные инфекционные поражения/абсцесс, гранулоцитопения, нейтропения, гемобластоз, лейкоз]**

### **СВЕРХТЯЖЕЛАЯ ФОРМА ЯЗВЕННОГО КОЛИТА (клиническое наблюдение)**

Пак В.Е.1,3, Коротаева Н.С.2,3, Чашкова Е.Ю.2,3, Желтовская А.А.3, Макеева И.Е.2 1 Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия (ректор – профессор И.В. Малов) 2 ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии», г. Иркутск, Россия (директор – профессор В.А. Сороковиков) 3 ГБУЗ Иркутская ордена «Знак почета» областная клиническая больница, г. Иркутск, Россия (главный врач – к.м.н. П.Е. Дудин)

Представлено клиническое наблюдение дебюта сверхтяжелой (фульминантной) формы язвенного колита у молодого, ранее практически здорового пациента. Диагноз установлен при поступлении в инфекционное

отделений районной больницы, начато этиопатогенетическое лечение. Неэффективно. Переведен в специализированное отделение областной клинической больницы в тяжелом состоянии с метаболическими и волевыми нарушениями, анемией, тромбоцитопенией, синдромом системной воспалительной реакции. Несмотря на интенсивную терапию, состояние ухудшалось, рецидивировало массивное кишечное кровотечение. По неотложным показаниям выполнена колпроктэктомия. Илеостома по Бруку. При патоморфологическом исследовании диагноз язвенного колита подтвержден – воспаление высокой степени активности с вовлечением подслизистого и мышечного слоев кишки с множественными крипт-абсцессами. На 26-е сутки выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. Осмотрен через 3,5 года. Самочувствие удовлетворительное. Режим питания и характер пищи без ограничений. Работает по специальности.

**[Ключевые слова: язвенный колит, сверхтяжелая форма, хирургический сепсис, массивное кровотечение, неотложная колпроктэктомия]**

### **ГИГАНТСКАЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ СТРОМАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ (клинический случай)**

Шакиров Р.Р.1, Зиганшин М.И.1, Карпухин О.Ю.1,2 1 ГАУЗ Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань, Россия (главный врач – к.м.н. Р.Ф. Шавалиев) 2 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань, Россия (ректор – д.м.н., профессор А.С. Созинов)

**ЦЕЛЬ.** Представлено клиническое наблюдение редкой формы стромальной опухоли толстой кишки у пациентки, ранее оперированной по поводу рака молочной железы

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** В отделении колопроктологии проведено обследование пациентки с быстрорастущей опухолью брюшной полости неясного генеза. По данным УЗИ и РКТ органов брюшной полости обнаружено большое неподвижное бугристое образование, сдавливающее окружающие органы и, вероятно, исходящее из толстой кишки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Произведено удаление опухоли, исходящей из сигмовидной кишки с резекцией ее сегмента и восстановлением непрерывности кишечной трубки. Послеоперационный период протекал без особенностей, выписка на 7 сутки после операции. Иммуногистохимическое исследование опухоли: гастроинтестинальная автономная нейрогенная опухоль (GANT) – вариант ГИСО.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Проведение оперативного лечения пациентов с редкими формами мезенхиальных опухолей возможно в условиях отделения колопроктологии при достаточных навыках хирургов и материально-техническом оснащении клиники. При этом необходимо соблюдать мультидисциплинарность подхода в ведении такого пациента.

**[Ключевые слова: гастроинтестинальная стромальная опухоль, удаление опухоли]**

### **МОЖЕТ ЛИ ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ АНГИОГРАФИЯ СНИЗИТЬ ЧАСТОТУ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ? (метаанализ)**

Алексеев М.В.1, Шельгин Ю.А.1,2, Рыбаков Е.Г.1 1 ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия (директор – академик РАН, профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин) 2 ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Москва, Россия (ректор – член-корр. РАН, профессор, д.м.н. Д.А. Сычев)

**ЦЕЛЬ.** Целью данного мета-анализа является оценка влияния флуоресцентной ангиографии (ФА) с индоцианином зеленым на снижение частоты несостоятельности колоректального анастомоза (НА).

**ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** В мае 2019 года в электронной базе медицинских публикаций PubMed осуществлен поиск сравнительных исследований, посвященных флуоресцентной ангиографии в колоректальной хирургии. Первичной точкой исследований была частота несостоятельности колоректального анастомоза. Для оценки риска систематических ошибок в нерандомизированных сравнительных исследованиях была использована шкала Ньюкасл-Оттава. Отношение шансов и доверительный интервал были рассчитаны при помощи статистических инструментов для дихотомических величин с помощью метода Peto с построением Forestplot.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Всего в мета-анализ было включено 8 исследований – 2 466 пациентов, которым были проведены операции на толстой кишке с формированием межкишечного анастомоза, из них у 1218 пациентов была проведена интраоперационная методика флуоресцентной ангиографии с целью определения адекватности кровоснабжения анастомозируемых участков кишки. По данным метаанализа выявлено статистически значимое влияние ФА на снижение частоты НА как в колоректальной хирургии – ОШ=0,58 (95% ДИ, 0,39-0,85) (P=0,006), так и в хирургии рака прямой кишки – ОШ=0,28 (95% ДИ, 0,14-0,55) (P=0,0002). Ограничением метаанализа является включение только одного рандомизированного исследования в связи с их отсутствием.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Флуоресцентная ангиография с индоцианином зеленым является методом профилактики несостоятельности колоректального анастомоза. Результаты рандомизированных клинических исследований необходимы для подтверждения эффективности методики.

**[Ключевые слова: несостоятельность анастомоза, мета-анализ, колоректальная хирургия, индоцианин зеленый]**

### **ЛИГИРОВАНИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ЛАТЕКСНЫМИ КОЛЬЦАМИ (обзор литературы)**

Эктов В.Н.<sup>1</sup> , Сомов К.А.<sup>2</sup> , Куркин А.В.<sup>2</sup> , Музальков В.А.<sup>2</sup> 1 ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Воронеж, Россия (ректор – профессор, д.м.н. И.Э. Есауленко) 2 БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1», г. Воронеж, Россия

Латексное лигирование геморроидальных узлов является распространенным и эффективным миниинвазивным методом лечения хронического геморроя. Анализ накопленного опыта применения латексного лигирования дает возможность оценить достоинства и недостатки этой методики и предложить новые варианты ее выполнения. Одно из главных преимуществ латексного лигирования заключается в радикальности вмешательства, которое обеспечивает закрытое удаление внутренних геморроидальных узлов, позволяющее стандартизировать широкое применение данной методики в амбулаторной практике. При выполнении процедуры используются наборы инструментов различных конструкций, применяются методики одноэтапного и многоэтапного лигирования, предлагаются различные технические варианты наложения латексных лигатур, влияющие на патогенетические факторы геморроидальной болезни. Оптимизация вариантов применения латексного лигирования позволяет расширить диапазон использования данной методики и обеспечивает рациональный выбор индивидуальной лечебной тактики для каждого конкретного пациента.

**[Ключевые слова: геморрой, лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами]**

**ТАТЬЯНЧЕНКО В.К. (70 лет) ЮБИЛЕЙ**