

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ТИЗОЛЬ» ПРИ КОЛИТЕ ОТКЛЮЧЕННЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Багишев Р.А., Кривигина Е.В., Жигаев Г.Ф.
 ФГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» МО и науки РФ
 (ректор – член-корр. РАО, д.п.н., профессор С.В. Калмыков),
 МБУЗ «Городская больница №4», г. Улан-Удэ
 (главный врач – Т.Г. Бидагарова)

Исследование проведено у 73 больных с колитом отключенных отделов толстой кишки. Основным лечебным агентом была аппликация «Тизоля» – металлокомплексного соединения, аквакомплекса глицеросолявата титана. Эффективность лечения оценивали на основании динамики показателей липидного спектра и короткоцепочных жирных кислот, активности воспалительного процесса по данным клинического и биохимического анализа крови. Местное применение «Тизоля» является перспективным методом фармакотерапии у больных с колитом отключенной кишки.

[Ключевые слова: диверсионный колит, лечение]

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ: ОБОСНОВАНИЕ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ, СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Захарченко А.А., 1 Галкин Е.В., 2 Винник Ю.С., 1
 Кузнецов М.Н., 1 Полевец К.О. 1

1 ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ», г. Красноярск
 (ректор – профессор, д.м.н. И.П. Артюхов)
 2 ФГБУЗ «Сибирский клинический центр ФМБА России», г. Красноярск
 (генеральный директор – Б.В. Баранкин)

В работе освещены анатомические и микроциркуляторные особенности артериального кровоснабжения прямой кишки в норме и при хроническом геморрое, приведены данные о влиянии эндоваскулярной окклюзии верхней ректальной артерии на гемодинамику геморроидальных узлов, слизистую нижнеампулярного отдела прямой кишки, запирающий аппарат. За 10-летний период оценены результаты эндоваскулярной дезартеризации внутренних геморроидальных узлов у 176 пациентов, в сравнении с другими методами лечения геморроидальной болезни, в том числе и геморроидэктомией. Показана эффективность и безопасность эндоваскулярной дезартеризации внутренних геморроидальных узлов.

[Ключевые слова: артериальное кровоснабжение прямой кишки, геморрой, эндоваскулярная дезартеризация]

СТЕНОЗ АНАЛЬНОГО КАНАЛА: ОБОСНОВАНИЕ ПРИЧИН ЕГО РАЗВИТИЯ

Лаврешин П.М., Муравьев А.В., Муравьев К.А., Гобеджишвили В.К.,
 Линченко В.И., Гобеджишвили В.В., Кораблина С.С., Лысенко О.А.
 Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ставрополь
 (ректор – профессор В.Н. Муравьева)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: создать алгоритм диагностических мероприятий для прогнозирования развития патологического рубцевания у больных, оперированных по поводу доброкачественных заболеваний прямой кишки.

МЕТОДЫ: Развитие сужения анального канала диагностировали на основании жалоб, анамнеза, данных осмотра, пальцевого исследования ануса, лабораторных (тип ацетилирования, аутоантитолообразование) и инструментальных (электромиографии, аноректальной манометрии, дилатометрии) исследований.

РЕЗУЛЬТАТЫ: У больных со стенозами анального канала внутрибрюшные сращения встречались в 3 раза; аллергия – в 2,8 раза; заболевания желудочно-кишечного тракта – в 2,5 раза; аутоиммунные заболевания – в 2,3 раза чаще, чем в группе больных, у которых после операций по поводу геморроя и хронического парапроктита стеноза анального канала не было. Из 67 больных со стенозом анального канала быстрый тип ацетилирования установлен у 51 (76,1 %) с активностью N-ацетилтрансферазы – $7,3 \pm 0,34$ %.

Из 24 пациентов хроническим геморроем, у которых затем развился стеноз анального канала, 21 (87,5 %) больной, по данным аутоантитолообразования, имел предрасположенность к развитию избыточного рубцеобразования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Предрасполагающими факторами развития стеноза анального канала у больных после операций и травм являются: аутоиммунные заболевания, патология желудочно-кишечного тракта, наличие пищевой или медикаментозной аллергии, внутрибрюшных сращений, быстрый тип ацетилирования, нарастание числа положительных реакций тест-системы с антигенным рубцовым комплексом.

[Ключевые слова: стеноз, анальный канал, избыточное рубцеобразование, предрасполагающие факторы]

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕКТОЦЕЛЕ ПРИ ПРОЛАПСЕ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Наврузов С.Н., Нарузов Б.С., Шаймарданов Э.К.
 Республиканский научный центр колопроктологии МЗ РУз,
 г. Ташкент, Узбекистан
 (директор – д.м.н. Б.С. Наврузов)

ЦЕЛЬ: изучить результаты хирургической коррекции ректоцеле у женщин при пролапсе тазовых органов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: Изучены результаты лечения 64 пациенток (средний возраст 44,6 года) с ректоцеле. В зависимости от способа промежностной сфинктеропластики больные были разделены на 2 группы: в основную группу вошли 33 женщины, которым сфинктеропластика была выполнена предложенным нами модифицированным способом; контрольную группу составила 31 пациентка, которым выполнена передняя сфинктеропластика промежностным доступом посредством двухрядных швов.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Предложенная методика, в сравнении с традиционным методом, достоверно сокращает послеоперационное пребывание в стационаре: $7,5 \pm 0,5$ дней в контрольной группе и $5,4 \pm 0,4$ дней – в основной группе ($t = 3,28$; $p < 0,05$) и частоту после-

перационных осложнений: 16,1 % – в контрольной группе и 6,1 % – в основной ($\chi^2 = 1,66; p > 0,05$). В отдаленном периоде достоверно увеличивается число хороших результатов: в контрольной группе – 67,7 % и в основной – 90,9% ($\chi^2 = 6,13; p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Разработанный метод эффективен для оперативного лечения ректоцеле.

[Ключевые слова: пролапс тазовых органов, ректоцеле]

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Расулов А.О., Мамедли З.З., Кулушев В.М., Гордеев С.С., Джумабаев Х.Э.

Отделение проктологии НИИ клинической онкологии ФГБУ

«РОНЦ им Н.Н. Блохина» РАМН, г. Москва

(директор – академик РАН и РАМН, профессор, д.м.н. М.И. Давыдов)

Хирургия рака прямой кишки динамично развивается в последние годы с повсеместным внедрением тотальной мезоректумэктомии (ТМЭ), как стандарта хирургического лечения. С целью снижения осложнений ТМЭ, выполняемой открытым способом, намечается тенденция к развитию миниинвазивных технологий в хирургии рака прямой кишки. Хирургия через естественные отверстия (NOTES) Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery представляет собой эволюционный этап совершенствования миниинвазивных технологий. Применительно к хирургии рака прямой кишки трансанальный доступ позволяет выполнить ТМЭ в условиях лучшей визуализации без дополнительных разрезов брюшной стенки и сформировать анастомоз в зоне оперативного доступа.

[Ключевые слова: рак прямой кишки, минимальная инвазивная хирургия, реверсивная мезоректумэктомия, лапароскопическая интерсфинктерная резекция прямой кишки, хирургия через естественные отверстия, неоадьювантная химиолучевая терапия]

МНОГОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМОЙ БОЛЕЗНИ КРОНА (клиническое наблюдение)

Григорьев Е.Г.,¹ Чашкова Е.Ю.,¹ Капорский В.И.,¹ Гельфанд С.А.,¹

Шедоева Л.Р.,² Чхенкели Л.Г.²

¹ ФГБУ «Научный центр реконструктивно-восстановительной хирургии»

СО РАМН, г. Иркутск

(директор – член-корр. РАМН, профессор, д.м.н. Е.Г. Григорьев)

² ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет»,

г. Иркутск

(ректор – профессор, д.м.н. И.В. Малов)

[Ключевые слова: болезнь Крона, инфликсимаб, свищевая форма, оперативное лечение]

МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННАЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ ОПУХОЛЬ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПОД МАСКОЙ БОЛЕЗНИ КРОНА (клиническое наблюдение)

Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Маркова Е.В., Орехов О.О.,

Тихонов А.А., Калинин Д.В., Запольский А.Г., Семенов Д.А.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва

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

[Ключевые слова: нейроэндокринные опухоли, червеобразный отросток]

НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ТАЗА (обзор литературы)

Кузьминов А.М., Фролов С.А., Бородкин А.С.,

Чубаров Ю.Ю., Королик В.Ю., Борисов И.Ф.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва

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

[Ключевые слова: неэпителиальные опухоли, таз]

№2(48)2014

ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Кашенко В.А., Петров В.П., Васюкова Е.Л.

Клиническая больница №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России

(главный врач – Я.А. Накатис)

Кафедра факультетской хирургии СПбГУ, г. Санкт-Петербург

(заведующий кафедрой – В.А. Кашенко)

[Ключевые слова: рак, ободочная кишка, стандарт, хирургия]

БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА, ОСЛОЖНЕННАЯ ПЕРФОРАЦИЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ (клиническое наблюдение)

Акилов Х.А., Саидов Ф.Х., Ходжимухамедова Н.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

г. Ташкент, Узбекистан,

(директор – профессор, д.м.н. А.М. Хаджибаев)

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан,

(ректор – профессор, д.м.н. Д.М. Сабилов)

[Ключевые слова: болезнь Гиршпрунга, толстая кишка, осложнения, перфорация, дети]

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ ПРИ СЕМЕЙНОМ АДЕНОМАТОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Зароднюк И.В., Тихонов А.А., Кузьминов А.М., Веселов В.В., Маркова Е.В.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва

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

Семейный аденоматоз толстой кишки (САТК) характеризуется развитием большого числа полипов на слизистой оболочке толстой кишки с прогрессирующим ростом и обязательной малигнизацией при отсутствии своевременного лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценка возможностей виртуальной колоноскопии при исследовании больных семейным аденоматозом толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 20 больных, обследованных и прооперированных в ГНЦК по поводу САТК. Всем больным выполнена виртуальная колоноскопия (ВКС). Данные ВКС сопоставлены с данными колоноскопии, интраоперационной ревизии и морфологического исследования препаратов удаленной толстой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. При ВКС тотальное поражение полипами выявлено у 45 % больных, при колоноскопии – у 75 %. При ВКС диагностированы: рак на фоне САТК (5 больных, 10 %); метастазы в печени (1 больной, 5 %); десмома брыжейки тонкой кишки (1 больной, 5 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Информативность виртуальной колоноскопии при САТК ограничена невозможностью визуализировать полипы размером менее 0,4 см. При наличии злокачественных новообразований на фоне САТК виртуальная колоноскопия с внутривенным контрастированием может быть применена для оценки распространенности опухолевого процесса, а также для изучения проксимальных отделов толстой кишки при стенозирующих опухолях.

[Ключевые слова: виртуальная колоноскопия, семейный аденоматоз толстой кишки, колоректальный рак]

ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ: ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Ильканич А.Я.,¹ Дарвин В.В.,¹ Слепых Н.В.,²

Барбашинов Н.А.,² Абубакиров А.С.²

¹ ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского

автономного округа «Югры», кафедра госпитальной хирургии, г. Сургут

(ректор – д.п.н. С.М. Косенок)

² БУ «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут

(главный врач – к.м.н. Г.Н. Шестакова)

ЦЕЛЬ: оценка возможности и эффективности видеоассистированного лечения свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: в исследование включены 35 больных, оперированных по поводу свищей прямой кишки. Первым этапом оперативного вмешательства осуществлена попытка фистулоскопии с целью визуализации свищевого хода, определения его отношения к сфинктерному аппарату и обнаружения внутреннего отверстия. 24 (68,6 %) пациентам выполнено оперативное лечение согласно клиническим рекомендациям Экспертной комиссии «Ассоциации колопроктологов России». 11 (31,4 %) больным оперативное лечение осуществлено методом видеоассистированного лечения свищей прямой кишки. Эффективность метода лечения оценивали по клиническим данным, частоте возникновения осложнений и рецидива заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ: фистулоскопия, проведенная интраоперационно, позволила достоверно визуализировать внутреннее отверстие свища в 19 (54,3 %) наблюдениях. У 16 (45,7 %) пациентов выполнить это не удалось, в связи с «коротким свищом», узким свищевым ходом и облитерацией внутреннего отверстия свища. При применении методики видеоассистированного лечения свищей прямой кишки осложнений раннего послеоперационного периода не отмечено. В отдаленном периоде – рецидив заболевания у одного пациента (2,9 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: эндоскопическая фистулоскопия позволяет в 54,3 % достоверно визуализировать внутреннее отверстие свища.

До- и интраоперационными противопоказаниями к выполнению методики VAAFT являются: узкий свищевой ход, рубцевание внутреннего свищевого отверстия и сложный ход свища.

[Ключевые слова: свищ прямой кишки, хирургическое лечение]

УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА

Карпунин О.Ю.,^{1,2} Юсупова А.Ф.,^{1,2} Савушкина Н.Ю.,² Шакуров А.Ф.¹

¹ ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань

(ректор – профессор, д.м.н. А.С. Созинов)

² Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения

Республики Татарстан, г. Казань

(главный врач – Р.Ф. Гайфуллин)

В обследовании 27 пациентов с декомпенсированными формами хронического запора использовали метод УЗИ. Группу сравнения составили 10 пациентов без нарушения моторно-эвакуаторной функции толстой кишки. После эндоректального или эндовагинального УЗИ проводили гидроколоносонографию в горизонтальном и вертикальном положении пациента. Согласно полученным данным, гидроколоносонография при диагностике подвижности различных отделов ободочной кишки имеет чувствительность 94,1 %, специфичность – 100 %, общую точность – 96,3 %. Определена ультразвуковая семиотика хронического запора у пациентов с аномалиями развития и положения ободочной кишки. Предложена сонографическая диагностика отрицательного ректоанального ингибиторного рефлекса при болезни Гиришпрунга.

[Ключевые слова: хронический запор, ультразвуковое исследование, гидроколоносонография]

РОЛЬ КАРБОКСИРЕКТУМ И ВИДЕОЭНДОСКОПИИ ПРИ ТРАНСАНАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ПОВОДУ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Рыбаков Е.Г., Чернышов С.В., Майновская О.А., Кузнецов Н.С., Севостьянов С.И.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва.

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

ГБОУ ДПО Российская Медицинская Академия Последипломного

Образования Минздрава России, кафедра колопроктологии, г. Москва

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

ВВЕДЕНИЕ. На сегодняшний день трансанальная эндомикрохирургия (ТЭМ) является приоритетным методом лечения как добро-

качественных новообразований, так и ранних форм рака прямой кишки. Серьезным препятствием для распространения ТЭМ является высокая стоимость оборудования. Более дешевой альтернативой является трансанальная эндохирургия (ТЭХ) без газовой инсуффляции. В данном исследовании проведено сравнение результатов ТЭМ и ТЭХ.

МЕТОДЫ. ТЭХ и ТЭМ были выполнены больным с аденомами и аденокарциномами (иT1N0M0) прямой кишки. Предоперационное обследование включало: пальцевое исследование прямой кишки, ректоскопию с биопсией, колоноскопию, эндоректальное ультразвуковое исследование прямой кишки (ЭРУЗИ), КТ (МРТ) малого таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. ТЭМ выполнена 74 пациентам. Медиана (квартили) диаметра опухоли составила 3,0 (2,0;4,0) см. Медиана времени операции – 53 (35-70) мин. Края резекции, свободные от опухоли, были получены во всех операционных препаратах. Ни одна опухоль не была фрагментирована. Послеоперационные осложнения развились у 4/74 (5,4 %) больных. При патоморфологическом исследовании в 33/74 (44,6 %) наблюдениях выявлена аденокарцинома, в 41/74 (55,4 %) препарате – аденома. Аденокарцинома в стадии Tis – 15/33 (45,4 %), T1 – 15/33 (45,4 %) и T2 в 3/33 (9,1 %) случаев. Местный рецидив в 1/74 (1,4 %) наблюдении (T1Sm3).

ТЭХ выполнена 50 пациентам. Медиана диаметра опухоли составила 3,0 (2,5;4,0) см. Медиана времени операции – 55 (45:80) мин. В 22/50 (44 %) была фрагментация опухоли, оценить латеральный край резекции не представлялось возможным. Послеоперационные осложнения выявлены в 1/50 (2,0 %) наблюдении. При патоморфологическом исследовании в 16/50 (32 %) наблюдений выявлена аденокарцинома, в 34/50 (68 %) препаратах выявлена аденома. Аденокарцинома в стадии Tis – 9/16 (56 %), T1 – 7/16 (44 %) случаев. Местный рецидив выявлен в 6/50 (12 %) наблюдениях. Различия в частоте рецидивов статистически достоверны ($p=0,02$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Газовая инсуффляция прямой кишки и система оптического преобразования позволяет улучшить визуализацию операционного поля. Отсутствие фрагментации опухоли и достижение адекватных границ резекции, реализуется в снижении частоты местных рецидивов.

[Ключевые слова: трансанальная эндохирургия, аденома, аденокарцинома]

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ФОРМИРОВАНИЯ «НЕОРЕКТУМ» ИЛЕОАСЦЕНДОЦЕКАЛЬНЫМ КОМПЛЕКСОМ

Яновой В.В.,¹ Аникин С.В.,¹ Симоненко А.А.²

¹ ГБОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия (ректор – профессор, д.м.н. Т.В. Заболотских),

кафедра госпитальной хирургии с курсом детской хирургии (заведующий – профессор, д.м.н. В.В. Яновой), г. Благовещенск

² Амурский центр колопроктологии, ГБУЗ АО «Амурская ОКБ», г. Благовещенск

(руководитель – А.К. Пак)

[Ключевые слова: рак прямой кишки, низкая передняя резекция, илеоасцендоцекальный комплекс, неоректум]

ВОЗМОЖНО ЛИ СУЖЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ? (обзор литературы)

Гордеев С.С., Пу Т., Расулов А.О., Барсуков Ю.А., Царюк В.Ф.,

Ананиев В.С., Кузьмичёв Д.В., Алиев В.А., Мамедли З.З., Тамразов Р.И.

ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н.Блохина» РАМН, г. Москва

(директор – академик РАН и РАМН М.И. Давыдов)

[Ключевые слова: рак прямой кишки, лучевая терапия, тотальная мезоректумэктомия, локализация опухоли, циркулярный край резекции]

ФАКТОРЫ РИСКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ (обзор литературы)

Попов Д.Е.

ГБОУ ВПО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский

университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

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

[Ключевые слова: рак прямой кишки, хирургическое лечение, осложнения, несостоятельность анастомоза, факторы риска]

№3(49)2014

ТРАДИЦИОННЫЕ И НОВЫЕ МЕТОДЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Christoph F. Dietrich,¹ Liliana Chiorean,² Xin-Wu Cui,¹ Dagmar Schreiber-

Dietrich, ¹ Barbara Braden³

(Перевод с английского: Хомяков Е.А.4)

¹ Medical and Imaging Department, Caritas – Krankenhaus, Uhlandstr. 7,

D-97980 Bad Mergentheim, Germany

² Department of Radiology and Computed Tomography, "Octavian Fodor"

Institute of Gastroenterology and Hepatology, Cluj-Napoca, Romania

³ Barbara Braden, Translational Gastroenterology Unit, Oxford University

Hospitals, Headley Way, OX3 9DU Oxford, UK

⁴ ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва

У пациентов с болезнью Крона трансабдоминальное ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости широко используется в клинической практике в качестве метода диагностики первой линии. УЗИ органов брюшной полости незаменимо при первичной диагностике болезни Крона (первоначальный диагноз), однако данное исследование обосновано при любой стадии заболевания. Так, может быть произведена оценка толщины кишечной стенки и анализ состояния окружающих структур (включая перифокальное воспаление), диагностированы степень и локализация пораженных сегментов кишечника, а также осложнения (такие как свищи, абсцессы, опухоли и кишечная непроходимость). У пациентов данной группы УЗИ также помогает координировать тактику лечения и контролировать течение заболевания. В этом обзоре проведен анализ современной литературы по теме.

[Ключевые слова: ультразвуковое исследование, рекомендации, осложнения, кишечник, диагностика]

ВЛИЯНИЕ МИКРОНИЗИРОВАННОЙ ОЧИЩЕННОЙ ФЛАВОНОИДНОЙ ФРАКЦИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛИГИРОВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ

Помазкин В.И.

Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн,
г. Екатеринбург

(Начальник госпиталя – В.С. Башков)

ЦЕЛЬ: оценить результаты лигирования внутренних геморроидальных узлов (ЛГВУ) с приемом микронизированной очищенной флавоноидной фракции (МОФФ).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: В исследование включено 122 пациента с хроническим геморроем 2 ст. В основную группу вошли 64 пациента, терапия которых включала сочетание ЛГВУ и приём МОФФ (Детралекс, Сервье, Франция). В контрольную группу включено 58 пациентов, у которых выполнено только ЛГВУ.

РЕЗУЛЬТАТЫ: При использовании препарата Детралекс отмечено достоверное снижение интенсивности болевого синдрома на 1, 3 и 7 сутки после вмешательства, а также уменьшение количества пероральных анальгетиков, эпизодов выделений крови. Отсутствовали случаи тромбоза наружных геморроидальных узлов после выполнения процедуры лигирования.

[Ключевые слова: геморрой, лигирование, микронизированная очищенная флавоноидная фракция]

ИЗМЕНЕНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Семионкин Е.И., Куликов Е.П., Трушин С.Н.,

Огорельцев А.Ю., Луканин Р.В., Бубликов И.Д.

ГБОУ ВПО Рязанский Государственный медицинский университет

им. акад. И.П.Павлова Минздрава России, г. Рязань

(ректор – профессор, д.м.н. Р.Е. Калинин)

Проведено проспективное исследование функциональных показателей состояния организма больных раком толстой кишки IIIIV стадии, подвергшихся хирургическому лечению. Исследовались такие показатели, как состояние неспецифической адаптации, активность иммунной системы, психологический статус, вегетативный статус. Применялись: метод математического анализа сердечного ритма, индекс Гаркави-Квакиной-Уколовой, лейкоцитарный индекс интоксикации, тест САН, тест Дембо-Рубинштейна, цветовой тест Люшера, анкета МАС. Проведенные исследования свидетельствуют о глубоких функциональных нарушениях адаптационных механизмов регуляции. При изучении иммунного статуса нами было отмечено снижение ниже нормы таких показателей иммунограммы, как среднее значение Т-хелперов CD4, отношение количества Т-хелперов к Т-супрессорам, показатели процента и индекса завершенности фагоцитоза. Выявлены функциональные нарушения психического статуса больных, причем женщины намного тревожнее, чем мужчины, самооценка здоровья, счастья и ума у женщин также намного ниже, самочувствие и настроение у женщин достоверно хуже, чем у мужчин. Психосоциальный стресс приводит к перестройке функционирования вегетативной нервной системы в сторону активации симпатической системы.

[Ключевые слова: колоректальный рак, функциональные нарушения, иммунный статус, психологический статус]

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ И ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО РЕКТАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Хитарьян А.Г., Праздников Э.Н., Вельшер Л.З.,

Мизиев И.А., Глумов Е.Э., Ковалев С.А., Мурлычѐв А.С.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный» ОАО «РЖД»,

г. Ростов-на-Дону

(главный врач – О.И. Нахрацкая)

ЦЕЛЬ: Улучшить результаты лечения рака прямой кишки Т3-Т4, осложненного ректальными кровотечениями

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: в исследование включены 35 больных с аденокарциномами прямой кишки (Т3-4N0-2M0), осложненными ректальными кровотечениями. Из них 10 получили только хирургическое лечение; у 7 больных операции предшествовала неоадъювантная селективная эндоваскулярная химиотерапия (НСЭХТ) оксалиплатином; у 18 больных выполнена неоадъювантная селективная эндоваскулярная химиотерапия с эмболизацией (НСЭХЭ) артерии, питающей опухоль, микросферами НераSphere, насыщенными оксалиплатином. До и после эндоваскулярных вмешательств проводили морфологическое и иммуногистохимическое исследование биоптата кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Морфологические исследования обнаруживали эмболизат в опухоли прямой кишки и мезоректуме после проведения НЭСХЭ, что сопровождалось значительным снижением экспрессии маркеров Ki-67и p53.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Сочетание НСЭХТ и НСЭХЭ приводит к значительному снижению биологического потенциала опухоли, является эффективным методом остановки ректального кровотечения у больных РПК.

[Ключевые слова: рак прямой кишки, ректальное кровотечение, неоадъювантная химиотерапия, селективная эмболизация]

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ «Х»-ОБРАЗНОГО ШВА ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ПАРАПРОКТИТЕ

Райымбеков О.Р.

Ошский Государственный университет, медицинский факультет, кафедра

«Общая хирургия», г.Ош, Кыргызстан

В статье описана техника наложения и положительные стороны «Х»-образного шва в проктологии на опыте работы проктологического отделения Ошской городской клинической больницы Кыргызской Республики с 1997г.

[Ключевые слова: анальный канал, параректальный свищ, послеоперационные рубцы]

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ С РЕЗЕКЦИЕЙ И ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ БРЮШНОЙ АОРТЫ (два клинических случая)

Шабунин А.В., Шубин А.А., Равич Л.Д.,

Лукьянов И.В., Хмылов Л.М., Бойков А.В., Азина Н.Ю.

ГКБ им. С.П. Боткина, г. Москва
(главный врач – профессор, д.м.н. А.В. Шабунин)
[Ключевые слова: колоректальный рак, аорта, симультанные резекции]

ТОНКОКИШЕЧНЫЕ РЕЗЕРВУАРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ (обзор литературы)

Гусев А.В., Шельгин Ю.А., Кашников В.Н., Болихов К.В., Сушков О.И.
ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва
(директор – профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин)
[Ключевые слова: язвенный колит, тонкокишечный резервуар]

СИНДРОМ ЛИНЧА. ОТ «СЕМЬИ G» ДО ДНК-ДИАГНОСТИКИ (обзор литературы)

Семенов Д.А., Ачкасов С.И., Цуканов А.С., Сушков О.И.
ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва
(директор – профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин)
[Ключевые слова: Синдром Линча, наследственный непוליозный рак толстой кишки, генетика, скрининг]

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПРЯМОКИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ (обзор литературы)

Эктов В.Н.,¹ Попов Р.В.,² Воллис Е.А.²
¹ ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Воронеж
(ректор – профессор И.Э. Есауленко)
² БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1», г. Воронеж
(главный врач – А.В. Щукин)
[Ключевые слова: прямокишечный свищ, хирургическое лечение, фибриновый клей]

№4(50)2014

КЛАССИФИКАЦИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Москалёв А.И.
ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва
(директор – профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин)
Общепринятой классификации дивертикулярной болезни не существует. Проведён анализ большинства существующих классификаций на основании принципов современной типологии. Разработана оригинальная классификация с полным клинико-морфологическим описанием всех форм дивертикулярной болезни. Даны точные определения применяемым терминам, а элементы классификации расположены таким образом, что соблюдаются принципы иерархии и чистоты деления.
[Ключевые слова: дивертикулёз, дивертикулярная болезнь, классификация]

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА

Julian Panes,¹ Jordi Rimola²
(Перевод с английского: Шапина М.В.)
¹ Department of Gastroenterology, Department of Radiology
² Hospital Clinic de Barcelona, CIBERehd, IDIBAPS, Barcelona, Spain

КЛОСТРИДИАЛЬНЫЙ КОЛИТ – ВАЖНАЯ ПРОБЛЕМА В ХИРУРГИИ

Skříčka T., Hemmelova B., Mitaš L., Kala Z.¹
(Перевод с английского: Пикунов Д.Ю.2)
¹ Department of Surgery, Masaryk University Brno-Bohunice, Czech Republic
² ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва
Инфекция, обусловленная Clostridium difficile, – наиболее частая причина нозокаммальной диареи. В большинстве случаев подобные проблемы решаются назначением антибактериальной терапии, однако около 10% случаев приходится на фульминантные формы, требующие более серьезного лечения.
МЕТОДЫ: Целью представленной работы стала ретроспективная оценка результатов хирургического лечения пациентов с тяжелыми формами клостридиального колита за период с 2008 по 2012 гг. в университетской клинике г. Брно (Чехия).
РЕЗУЛЬТАТЫ: Токсины Clostridium difficile были выявлены у 1239 пациентов Университетского Госпиталя Bohunice. Двадцати шести из них потребовалось хирургическое лечение в связи с развитием токсического колита. Из них шести пациентам была выполнена тотальная колэктомия с формированием концевой илеостомы, еще 18 – субтотальная колэктомия также с концевой илеостомой, одному – цекостомия и еще одному – проксимальная илеостомия. В течение 30 дней ближайшего послеоперационного периода смертность составила около 25%, осложнения различной степени тяжести отмечены у 66% больных.
ВЫВОДЫ: По возможности ранний прецизионный переход к хирургическому лечению может сохранить в живых около 75% пациентов с тяжелым токсическим не язвенным колитом.
[Ключевые слова: клостридиальный колит, токсический колит, хирургия]

ФАКТОРЫ РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ СЛИЗИСТОЙ И ДИССЕКЦИИ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Агапов М.Ю., Крекотень А.А., Рыжков Е.Ф., Барсуков А.С.

Отделенческая клиническая больница
на ст. Владивосток ОАО «РЖД», г. Владивосток
(главный врач – П.Д. Нидзельский)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить факторы риска развития осложненной резекции слизистой и диссекции в подслизистом слое в толстой кишке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Удалено 197 эпителиальных образований толстой кишки: эндоскопическая резекция слизистой – 161, эндоскопическая диссекция в подслизистом слое – 36. Анализировали вид и характер осложнений, и их связь с локализацией, размером, типом опухоли, длительностью процедуры, степенью лифтинга и фиброза подслизистого слоя.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Осложнения эндоскопической резекции слизистой развились в 9,9%. Кровотечение – 7,4%, перфорация – 2,5%.

Фактором риска перфорации был неполный лифтинг образования, а кровотечения – крупный размер опухоли. При диссекции в подслизистом слое осложнения возникли в 16,7%. Отсроченное кровотечение – 5,5%, перфорация – 11,1%. Фактором риска перфорации был выраженный фиброз подслизистого слоя. Перфорация чаще встречалась в группе диссекции в подслизистом слое ($p=0,038$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Факторы риска развития осложнений должны учитываться в процессе планирования и проведения вмешательства.

[Ключевые слова: резекция слизистой, диссекция в подслизистом слое, толстая кишка, перфорация, кровотечение]

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ КЛОАКИ У ДЕТЕЙ

Киргизов И.В., Шишкин И.А., Шахтарин А.В., Апросимов М.Н.

Центральная клиническая больница с поликлиникой
Управления Делами Президента РФ, г. Москва
(главный врач – профессор, д.м.н. Н.К. Витько)

В статье представлен опыт хирургического лечения 22 детей с персистирующей клоакой. Проанализированы варианты порока и установлено, что изолированный порок наблюдался лишь у 18,2% пациентов, у остальных отмечалось сочетание с патологией мочевыделительной системы (72,7%), сердечно-сосудистой системы (41%) и опорно-двигательного аппарата (31,8%). У 9 (40,9%) пациентов общий клоакальный канал был менее 3 см, у остальных 13 пациентов общий клоакальный канал был больше 3 см. Выбор хирургического пособия зависел от длины клоакального канала и «сформированности» стенок влагаллица: заднесагиттальная прокто-вагино-уретропластика выполнена 5 детям; лапароскопически-ассистированная + промежностная прокто-вагино-уретропластика с частичной урогенитальной мобилизацией – 4 больным; тотальная урогенитальная мобилизация 3 детям; брюшно-промежностная прокто-вагино-уретропластика с замещением влагаллица толстой или тонкой кишкой 10 пациентам. В раннем послеоперационном периоде у большинства детей осложнений не было.

В катамнезе оценены результаты лечения пациентов в возрасте 3-7 лет. Хороший физиологический эффект проведенных оперативных пособий наблюдался у большинства больных: удержание кала отмечено у 67% детей с коротким клоакальным каналом; 39% – с длинным клоакальным каналом; удержание мочи отмечено у 78% с короткой клоакой и у 77% детей – с длиной клоакального канала более 3 см.

[Ключевые слова: хирургическое лечение, персистирующая клоака]

ДИСБАЛАНС ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЦИТОКИНОВ ИЛ-6 И ИЛ-10 У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Конович Е.А., Халиф И.Л., Шапина М.В., Кашников В.Н., Широких К.Е.

ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва
(директор – профессор, д.м.н., Ю.А. Шельгин)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определение соотношения циркулирующих цитокинов ИЛ-6 и ИЛ-10 у больных язвенным колитом (ЯК) во взаимосвязи с клинической активностью и эффективностью консервативной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследовали концентрацию ИЛ-6 и ИЛ-10 в сыворотке крови 37 больных ЯК. Определение проводили на анализаторе протейнов Bio-Plex (Bio-Rad, США). Среднетяжелая и тяжелая формы ЯК наблюдались, соответственно, у 15 и 18 пациентов. Резистентность и чувствительность к консервативной терапии – у 15 и 22 больных. Хирургическое лечение проведено у 14 пациентов. Контрольную группу составили 20 доноров.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 90% здоровых лиц циркулирующие ИЛ-6 и ИЛ-10 не были обнаружены. У больных ЯК со среднетяжелой и тяжелой формами они выявлялись в 40% и 61,1% случаев. Количество пациентов, у которых ИЛ-6 определялся в концентрации большей, чем ИЛ-10, составило при среднетяжелой и тяжелой формах 13,3% и 44,4% ($p < 0,05$), соответственно. Количество пациентов, у которых в тех же подгруппах, концентрация ИЛ-10 была выше, составило 26,7% и 16,6% ($p > 0,05$). ИЛ-6 и ИЛ-10 были выявлены у 27,3% больных, чувствительных к консервативной терапии, против 86,7% ($p < 0,001$) – у резистентных больных. Более высокий уровень ИЛ-6, по сравнению с ИЛ-10, отмечен у 13,6% пациентов с эффектом терапии и у 60% ($p < 0,01$) – при его отсутствии. Соотношение количества ИЛ-6 и ИЛ-10 у больных со среднетяжелой и тяжелой формами изменялось от 1:3 к 2:1; их соотношение у больных с эффектом консервативной терапии и при его отсутствии составило 1:3,5 и 1,7:1, соответственно.

Заключение. Усиление тяжести течения язвенного колита и резистентность к консервативной терапии сочетаются с увеличением частоты обнаружения и дисбалансом циркулирующих цитокинов ИЛ-6 и ИЛ-10. При тяжелой форме ЯК и у резистентных пациентов наблюдается относительная недостаточность противовоспалительного цитокина ИЛ-10.

[Ключевые слова: язвенный колит, цитокины ИЛ-6 и ИЛ-10, резистентность к консервативной терапии]

УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ С ДОПЛЕРОГРАФИЕЙ У БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ

Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Верзакова И.В.,
Макарьева М.Л., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р.

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
(ректор – профессор В.Н. Павлов)

В статье приведены литературные данные определения сроков выполнения восстановительной операции у больных с кишечными стомами.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Выяснить роль внутривисеральной ультрасонографии с доплерографией в определении изменений, происходящих в кишечнике стомированных больных, в установлении сроков и показаний выполнения реконструктивно-восстановительной операции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Приведены результаты внутривисеральной ультрасонографии с доплерографией у 79 стомированных больных, перенесших радикальные операции по поводу рака левой половины толстой кишки, осложненного острой толстокишечной непроходимостью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Внедрение методов внутривисеральной ультразвуковой доплерографии позволило определить оптимальные сроки для выполнения восстановительной операции, начиная с 4-й недели при достижении максимальной скорости кровотока в стенке

10,45±0,92 см/с и толщины стенки приводящей кишки 0,18±0,02 см.
[Ключевые слова: кишечная стома, внутрисрезовая ультрасонография, доплерография, восстановительная операция]

КОРРЕКЦИЯ НЕЙРОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ НЕЖНОЙ МЫШЦЫ БЕДРА ПОСЛЕ ГРАЦИЛОПЛАСТИКИ

Фоменко О.Ю., Титов А.Ю., Полетов Н.Н.,
Джанаев Ю.А., Аносов И.С., Алешин Д.В.
ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава РФ, г. Москва
(директор – профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин)

В исследовании описаны результаты лечения 53 пациентов с обширными (более . окружности) дефектами сфинктера заднего прохода, перенесших пластику анального сфинктера нежной мышцей бедра. Учитывая, что одним из частых осложнений грацилопластики является атрофия перемещенной мышцы, всем пациентам в послеоперационном периоде проводился комплекс реабилитационных мероприятий, направленный на профилактику дегенеративных изменений мышечного трансплантата и быстрое восстановление функции анального держания. С этой целью всем пациентам до операции и в послеоперационном периоде проводился курс электростимуляции нежной мышцы бедра и БОС-терапии. Через 12 месяцев после операции отмечен прирост показателей биоэлектрической активности перемещенной мышцы на 79,9%, по сравнению с данными раннего (через 1 месяц) послеоперационного периода.

[Ключевые слова: грацилопластика, электростимуляция, БОС-терапия]

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НАГНОЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПОСЛЕ ЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ

Щерба С.Н., 1 Савченко Ю.П., 1 Половинкин В.В. 1,2

1 Кафедра общей хирургии Кубанского
государственного медицинского университета
(ректор – С.Н.Алексеев),

2 Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского,
г. Краснодар

(главный врач – член-корреспондент РАМН В.А. Порханов)

В двух статистически однородных группах наблюдаемый колоректологических больных после передней леваторопластики, выполненной по поводу переднего ректоцеле 3 степени, проведён сравнительный анализ заживления промежностных ран, ушитых без дренирования подкожной клетчатки (последно, наглухо) (n=42 – контрольная группа) и с применением двойного перекрёстного пролонгированного проточно-аспирационного дренирования подкожной клетчатки (n=50 – основная группа). Благодаря применённой методике дренирования, удалось существенно снизить число первичных нагноений ран, которые в контрольной группе произошли в 6 случаях (14,3%), а в основной группе – в 1 (2%) (p < 0,05).

ЖЕЛЕЗИСТО-ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (клиническое наблюдение и обзор литературы)

Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Рыбаков Е.Г.,
Майновская О.А., Сушков О.И., Запольский А.Г.
ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва
(директор – профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин)

[Ключевые слова: плоскоклеточный, аденоплоскоклеточный, ободочная, прямая, рак]

РАДИКАЛЬНАЯ МУЛЬТИОРГАННАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ ЛОКАЛЬНОМ РЕЦИДИВЕ РАКА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ (клиническое наблюдение)

Полутарников Е.А., Урбан А.С., Сергеев В.Н., Довбета Е.В.
ГАУЗ Областная клиническая больница, г. Кемерово

(главный врач – Е.Г. Белов)

[Ключевые слова: колоректальный рак, местнораспространённый рецидив, мультивисцеральная резекция]

ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЗЕКЦИИ СЕЛЕЗЕНКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИОЧАСТОТНОГО ЭЛЕКТРОДА HABIВ-SEALER 4X (клиническое наблюдение)

Пономаренко А.А., Рыбаков Е.Г., Хомяков Е.А.,
Майновская О.А., Трубачева Ю.Л.
ФГБУ ГНЦ колопроктологии Минздрава России, г. Москва
(директор – профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин)

Спленэктомия выполняется при травмах селезенки, наследственном сфероцитозе, талассемии, тромбоцитопенической пурпуре, болезни Ходжкина и при ее метастатическом поражении. Сегментарное кровоснабжение обуславливает возможность резецировать пораженный или травмированный участок селезенки. Резекция селезенки имеет ряд неоспоримых преимуществ перед спленэктомией, однако, органосохраняющие операции на селезенке выполняются лишь в 25% случаев. В представленном случае мы выполнили резекцию селезенки, при подозрении на ее метастатическое поражение, с использованием радиочастотного электрода Habib-sealer 4..

В январе 2014 года у больной, по данным компьютерной томографии, выявлен метастаз размером 2,5 см в 3-м сегменте печени и очаговое образование в селезенке размером до 1,3 см. В феврале 2014 года выполнена операция. Выполнена резекция селезенки, атипичная резекция 3-го сегмента печени с использованием радиочастотного электрода Habib-Sealer 4..

Техника резекции селезенки с использованием радиочастотного электрода Habib-sealer 4x по первому опыту кажется выполнимой и воспроизводимой. Данная методика потенциально может уменьшить долю больных, которым показана спленэктомия, как в случае доброкачественных поражений и травм, так и в случае злокачественных новообразований селезенки.

[Ключевые слова: Резекция селезенки, habib-sealer 4., спленэктомия]

ПЕРСПЕКТИВЫ И СТАНОВЛЕНИЕ ПРОГРАММЫ «FAST TRACK – ENHANCED RECOVERY PROGRAM» В ОНКОКОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (обзор литературы и популяционное исследование)

Мельников П.В.,¹ Забелин М.В.,^{1,2}

Савенков С.В.,¹ Пашаев А.А.,³ Сафонов А.С.²

¹ ГБУЗ МО «Московский Областной Онкологический Диспансер»,
г. Балашиха

² Кафедра хирургии МИУВ ФБГОУ ВПО «МГУПП», г. Москва

³ филиала ФГУ «З ЦВГК им А.А. Вишневского МО РФ», г. Одинцово

Авторами проведен аналитический обзор литературы с целью оценки перспектив использования мультимодальной программы «Fast track» ERAS в хирургическом лечении пациентов с колоректальным раком. Использование программы «Fast track» у пациентов с раком ободочной кишки способствует сокращению сроков реабилитации, снижению затрат на лечение. Проведено анкетирование специалистов онкоколопроктологических отделений ряда клиник Московского региона. В результате установлено, что программу «Fast track» ERAS полноценно используют около 15% опрошенных, 60% – используют отдельные составляющие программы и 25% респондентов категорически против смены устоявшихся принципов хирургии. В 90% случаев «Fast track» используется совместно с лапароскопическими методиками, которыми владеют 20% сотрудников онкологических отделений и 58% колопроктологических отделений.

[Ключевые слова: колоректальный рак, периоперационный период, реабилитация, хирургия, Fast track, ERAS]