

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Фиокки Клаудио

(Перевод с английского: Головенко А.О.1)

Отделение гастроэнтерологии и гепатологии, Институт болезней пищеварения, Отделение патобиологии, Исследовательский институт Lerner Cleveland Clinic, Кливленд, штат Огайо, США

1 ФГБУ «ГНЦК колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва

Точное описание этиологии воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) до настоящего времени остается одной из наиболее актуальных научных проблем. В настоящем обзоре представлены современные представления об основных факторах, участвующих в развитии язвенного колита и болезни Крона. Подробно освещена роль генетических факторов, в частности, полиморфизма генов аутофагии и возможности их применения для молекулярной классификации ВЗК. Описано влияние отдельных микроорганизмов и изменения состава кишечной микрофлоры на риск развития ВЗК в свете новых данных о воздействии патоген-ассоциированных молекулярных паттернов (РАМР) на кишечную стенку, а также о функции собственных антибактериальных белков слизистой оболочки. Описаны имеющиеся представления о роли врожденного и адаптивного иммунитета при ВЗК, а также о недавно открытых звеньях патогенеза – молекулярных паттернах, ассоциированных с повреждением (ДАМР), инфламмосомах и микроРНК. Обсуждены перспективы разработки новых методов терапии на основе молекулярных механизмов заболевания.

[Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, болезнь Крона, этиология, патогенез, иммунология, генетические факторы, биологическая терапия]

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Веселов В.В., Ачкасов С.И., Ваганов Ю.Е.,

Скридлевский С.Н., Меркулова Е.С., Мтвралашвили Д.А.

ФГБУ «ГНЦК колопроктологии им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва

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

Рубцовые стриктуры межкишечных анастомозов являются одним из осложнений, которые возникают как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периодах.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить возможности эндоскопического лечения стриктур межкишечных анастомозов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование было включено 26 больных. Полная облитерация просвета анастомоза наблюдалась у 6 больных, стриктура диаметром 2-5 мм – у 10 пациентов и 6-9 мм – у 10 больных. Протяженность стриктуры менее 5 мм была выявлена у 18 больных, у 4 больных – 6-9 мм и у 4 больных – более 10 мм. У 15 больных была выполнена электродеструкция и аппаратное бужирование, у 7 – электродеструкция и механическое бужирование и у 4 – электродеструкция, аппаратное и механическое бужирование.

РЕЗУЛЬТАТЫ. После проведения электродеструкции и механического бужирования у 5 пациентов коррекция стриктуры была достигнута за один этап бужирования, у 2-х – в несколько этапов. В результате электродеструкции стриктуры с аппаратным бужированием ширина просвета в зоне анастомоза в 6 случаях была восстановлена за 1 этап, а в 9 – после многоэтапного лечения. В случае применения электродеструкции с аппаратным и механическим бужированием (4 пациента) манипуляция была многоэтапной. Результат лечения считали отличным у 6 пациентов (ширина просвета более 20 мм), хорошим – у 11 пациентов (15-20 мм) и удовлетворительным – у 9 пациентов (10-14 мм).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Эндоскопические методы являются эффективными при лечении стриктур в зоне межкишечных анастомозов.

[Ключевые слова: стриктура в зоне анастомоза, электродеструкция, механическое бужирование, аппаратное бужирование]

КАПСУЛЬНАЯ КОЛОНОСКОПИЯ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Домарев Л.В., Русских А.Е., Шитиков Е.А.

ГБУЗ «Городская клиническая больница № 50» ДЗ, г.Москва

(главный врач – к.м.н. О.В. Гриднев)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка информативности и достоверности исследования толстой кишки при помощи эндоскопической видеокапсулы PillCam COLON2, оценка качества подготовки толстой кишки к видеокапсульной колоноскопии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 18 больных. Были определены основные группы показаний к проведению капсульной колоноскопии. Подготовка больных осуществлялась по стандартной методике с использованием препарата «Фортранс®». Для объективизации данных и анализа полученных результатов использовались оценочные критерии качества проведенного исследования: полнота обследования толстой кишки и информативность исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Комфортность подготовки к исследованию большинством пациентов оценена, как хорошая. Информативность и достоверность метода при адекватной подготовке оценена как высокая.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Метод капсульной колоноскопии обладает высокой чувствительностью и специфичностью. Подготовка к исследованию требует особого внимания и должна проводиться с применением рекомендованных современных лекарственных препаратов, обеспечивающих высокое качество очистки кишечника. Видеокапсульное исследование может являться приемлемой альтернативой колоноскопии у ряда пациентов.

[Ключевые слова: видеокапсульная колоноскопия, подготовка к исследованию, полнота обследования, информативность исследования]

ПРОПУЩЕННЫЕ НЕОПЛАЗИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Завьялов Д.В., Кашин С.В.

ГБУЗ ЯО «Клиническая онкологическая больница», г. Ярославль

(директор – к.м.н. И.И. Груздева)

Колоноскопия не всегда обеспечивает получение идеального результата. Вопрос о том, насколько точно выполненная колоноскопия отображает реальное состояние толстой кишки, остается открытым.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Оценивались результаты повторного эндоскопического осмотра прямой и ободочной кишки, выполненного пациентам перед проведением ЭРС по поводу колоректальных неоплазий у 387 пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 47 (12,1 %) пациентов были диагностированы ранее не выявленные колоректальные полипы. Общее количество ранее недиагностированных полипов составило 81. Размеры 33 (40,7 %) из общего числа пропущенных при первичной диагностической колоноскопии полипов были <5 мм, 39 (48,1 %) – от 6 до 10 мм и 9 (11,2 %) – ≥10 мм. Аденоматозные полипы были пропущены в 9,3 % случаев, в одном случае (0,26 %) – рак.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Колоноскопия – сложный диагностический метод, и на ее результаты оказывают влияние многие факторы (качество подготовки, использованное оборудование, дополнительные методики контрастирования слизистой оболочки, квалификация врача и др.) и в настоящее время считать ее абсолютно надежным способом индикации новообразований ободочной и прямой кишки нельзя.

[Ключевые слова: колоноскопия, пропущенные полипы толстой кишки, колоректальные неоплазии]

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Захарченко А.А., Соляников А.С., Винник Ю.С., Попов А.В.
ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ», г. Красноярск
(ректор – профессор, д.м.н. И.П. Артюхов)

В статье представлены результаты хирургического лечения 121 пациента с обтурационной толстокишечной непроходимостью (ОТКН) на фоне обтурирующего рака дистальных отделов толстой кишки (ТК) II и III стадии. У всех больных, после обструктивного этапа и проведения интраоперационной декомпрессии ТК (лаваж/мануальная декомпрессия) сформированы первичные колоректальные анастомозы (КРА). У 35 пациентов – прямой КРА с протекцией ТахоКомбом, у 86 – бесиловый позадипрямокишечный (ППК) КРА с избытком низведенной ободочной кишки (ОК). Технология формирования ППК КРА с избытком низведенной ОК при ОТКН, обусловленной КРР дистальных отделов ТК, минимизирует риск его несостоятельности, избавляет больного от колостомы и отсроченного реконструктивно-восстановительного вмешательства.

[Ключевые слова: рак толстой кишки, кишечная непроходимость, хирургическое лечение, интраоперационная декомпрессия, первичный колоректальный анастомоз]

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УЛЬТРАЗВУКОВОГО И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Полякова Н.А., Орлова Л.П., Тихонов А.А., Черножукова М.О.
ФГБУ «ГНЦК колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва
(директор – профессор, д.м.н. Шелыгин Ю.А.)

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты диагностики и лечения неполных внутренних свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В статье представлен опыт наблюдения за 50 пациентами с неполными внутренними свищами прямой кишки, находившимися на стационарном лечении за период 2011-2013 годы. Среди них 35 мужчин и 15 женщин в возрасте от 23 до 67 лет (средний возраст 48±12,5).

Всем больным проводилась УЗИ с применением ректального датчика, у 20 пациентов выполнена проктофистулография.

Полученные сведения сопоставлялись с данными интраоперационной ревизии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Точность выявления локализации внутреннего свищевого отверстия неполных внутренних свищей, по данным пальцевого исследования, составила 94 %, по данным УЗИ – 90 %, по данным рентгенологического исследования – лишь 35 %.

Информативность выявления гнойных полостей, по данным УЗИ, составила 40 %, по данным рентгенологического исследования – 25 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Полученные результаты свидетельствуют о том, что при обследовании больных с неполными внутренними свищами прямой кишки предпочтение следует отдавать ультразвуковым методам, как более информативным, по сравнению с рентгенологическими методиками, и не сопровождающимися лучевой нагрузкой на пациентов.

[Ключевые слова: неполные внутренние свищи прямой кишки, УЗИ, проктофистулография]

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА БРЮШНОЙ СТЕНКЕ ПРИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Помазкин В.И.
Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн,
г. Екатеринбург
(начальник госпиталя – Соловьев Р.В.)

Целью работы был анализ результатов одномоментного хирургического лечения дефектов брюшной стенки с использованием синтетических материалов при операциях на толстой кишке у 74 больных. У 66 пациентов с ранее сформированной кишечной стомой проведена восстановительная операция с ликвидацией стомы. У 6 больных выполнена резекция толстой кишки и герниопластика при ранее существующей вентральной грыже. У 2 пациентов выполнена резекция толстой кишки и брюшной стенки с первичным закрытием ее дефекта. У 55 (74,3 %) больных сетчатый эндопротез размещался ретромускулярно, у 15 (20,3 %) фиксирован сверху апоневроза, у 4 (5,4 %) пациентов в положении «in-lay». Послеоперационная летальность составила 1,4 %. Раневые осложнения отмечены у 9 (12,2 %) больных. Рецидив грыжи наблюдался у 1 (1,4 %) пациента. Сделан вывод о том, что использование синтетических эндопротезов для восстановления брюшной стенки при операциях на толстой кишке не приводит к значительной частоте послеоперационных осложнений.

[Ключевые слова: послеоперационные грыжи, герниопластика, сетчатые эндопротезы]

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТРОНИДАЗОЛА В СХЕМЕ ХИМИОЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ: РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Расулов А.О.,¹ Гордеев С.С.,¹ Ткачев С.И.,² Кузьмичев Д.В.,¹ Мамедли З.Э.,¹
Тамразов Р.И.,¹ Мадьяров Д.М.,¹ Джумабаев Х.Э.,¹ Козлов Н.А.³
ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н.Блохина» РАМН, г. Москва
(директор – академии РАН и РАМН М.И.Давыдов)

1отделение проктологии
2отдел радиационной онкологии
3отделение патоморфологии

Метронидазол – гипоксический радиосенсибилизатор, который в доклинических испытаниях демонстрировал высокую эффективность усиления лучевых повреждений клеток солидных опухолей. Целью нашей работы было оценить эффективность добавления метронидазола к химиолучевой терапии локализованного рака прямой кишки.

МЕТОДЫ. В проспективное рандомизированное исследование включались больные стрT2-3N0-2M0 раком прямой кишки. Всем пациентам проводилась химиолучевая терапия РОД 5 Гр, СОД 25 Гр на фоне химиотерапии фторпиримидинами, локальной гипертермии в дни 3, 5. В исследуемой группе пациентам интраректально вводилась композиция, содержащая 18 г метронидазола в дни 3,5 лучевой терапии. Основными оцениваемыми параметрами были лечебный патоморфоз и токсичность, дополнительными – частота интра- и послеоперационных осложнений, частота сфинктеросохраняющих операций, рецидивов и метастазов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В исследование включено 44 пациента: 22 – в группу А (с добавлением метронидазола) и 22 – в группу Б (без добавления метронидазола). Полный морфологический ответ опухоли на лечение отмечен у 3 (13,7 %) пациентов в группе А и у 6 (27,3 %) пациентов в группе Б ($p = 0,2622$). Токсичности 4-5 степени не отмечено. Токсичность 3 степени отмечена у 4 (18,2 %) и 2 (9,1 %) пациентов в группах А и Б, соответственно, ($p = 0,3796$). Общая частота послеоперационных осложнений составила 22,7 % ($n = 5$) в группе А и 18,2 % ($n = 4$) – в группе Б ($p = 0,7086$). Сфинктеросохраняющие операции были выполнены у 20 (90,9 %) пациентов в группе А и у 20 (90,9 %) пациентов в группе Б. У 1 пациента в группе А развился рецидив.

ВЫВОДЫ. В нашем исследовании не удалось продемонстрировать преимущества добавления метронидазола в химиолучевой терапии локализованного рака прямой кишки.

[Ключевые слова: рак прямой кишки, химиолучевая терапия, гипоксическая радиосенсибилизация, метронидазол]

СУЩЕСТВУЮТ ЛИ ПРЕДИКТОРЫ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕКТОЦЕЛЕ?

Шельгин Ю.А., Бироков О.М., Титов А.Ю., Фоменко О.Ю., Мудров А.А.
ФГБУ «ГНЦК колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва
(директор – профессор, д.м.н. Ю.А. Шельгин)

Исследование предпринято с целью выявления предикторов результатов хирургического лечения ректоцеле. В него включены 41 пациентка, которым была выполнена пластика ректовагинальной перегородки по поводу ректоцеле 2-3 ст. Отдаленные результаты были оценены в сроки от 6 до 60 мес. (медиана – 36). Улучшение функции кишки в первые месяцы после операции было отмечено у 35 (85,4 %) пациенток (группа 1). У 6 (14,6 %) больных улучшения функции прямой кишки после хирургического вмешательства не последовало (группа 2). В поисках предикторов результатов лечения был проведен сравнительный анализ в группах по следующим факторам: возраст больных, количество родов в анамнезе, длительность запоров, размер ректоцеле, наличие опущения промежности, среднее давление в анальном канале в покое, среднее давление при волевом сокращении. Статистически значимые различия были получены в показателях среднего давления в анальном канале при волевом сокращении ($99,35 \pm 28,74$ мм рт.ст – 1 группа; $77,13 \pm 4,31$ мм рт.ст – 2 группа; $p < 0,01$) и градиента между этим показателем и давлением покоя ($46,33 \pm 11,89$ мм рт.ст. – 1 группа; $19,07 \pm 8,91$ мм рт.ст. – 2 группа; $p < 0,01$). По другим параметрам статистически значимых различий выявлено не было.

Таким образом, градиент давления в анальном канале при волевом усилении и в покое может рассматриваться в качестве предиктора результатов хирургического лечения пациенток с синдромом опущения промежности.

[Ключевые слова: синдром опущения промежности, ректоцеле]

АНГИОДИСПЛАЗИЯ КИШЕЧНИКА (клиническое наблюдение)

Андрейцева О.И., Тупикин К.А., Широков В.С., Калинин Д.В., Чжао А.В.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва
(директор – академик РАН Кубышкин В.А.)

[Ключевые слова: ангиодисплазия, желудочно-кишечное кровотечение; резекция кишки; КТ; капсульная эндоскопия; оперативное лечение]

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ, ТОТАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Наврұзов С.Н., Наврұзов Б.С.,
Ахмедов М.А., Рахманов С.Т., Умурзаков С.К.
Научный Центр Колопроктологии МЗ Республики Узбекистан,
г. Ташкент, Узбекистан
(директор – д.м.н. Б.С. Наврұзов)

[Ключевые слова: болезнь Крона, толстая кишка, хирургическое лечение]

ЗАЖИВЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ – СОВРЕМЕННАЯ ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА (обзор литературы)

Щукина О.Б., Харитидис А.М.
ГБОУ ВПО «Северо-Западный Государственный Университет имени И.И. Мечникова» Минздрава РФ, г. Санкт-Петербург
(ректор – О.Г. Хурцилава)
ГКБ № 31 «Городской центр Диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника», г. Санкт-Петербург
(гл. врач – А.Ю. Рывкин)

[Ключевые слова: язвенный колит, ремиссия, заживление слизистой]

№2(52)2015

МОДИФИЦИРОВАННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРРОЯ

Шельгин Ю.А., Титов А.Ю., Абрицова М.В.
ФГБУ «ГНЦК колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва
(директор – профессор, д.м.н. Ю.А.Шельгин)
ГБОУДПО «РМАПО» Минздрава России
(ректор – академик РАН, профессор Л.К.Мошетова)

Общепринятая классификация геморроя, опубликованная Goligher J.C. в 1961 г., легко воспроизводима в практической деятельности. Однако широкое внедрение малоинвазивных методов лечения геморроя требует более детальной характеристики заболевания. Проведен анализ предлагаемых ранее вариантов классификаций. Предложена модифицированная классификация геморроидальной болезни, с учетом дифференцированного подхода к 4 стадиям заболевания. Общее число пациентов с геморроидальной болезнью составило 10,1% от всех больных колопроктологического профиля, поступивших в ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России за 2014 г. Модифицированная классификация геморроя позволяет эффективно применять малоинвазивные методы лечения у 38,7% пациентов с 4 стадией заболевания.

[Ключевые слова: геморрой, геморроидэктомия, доплероконтролируемая дезартеризация геморроидальных узлов с мукопексией, классификация]

ПОДКОЖНОЕ ИССЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА: ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ, НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Батищев А.К., Титов А.Ю., Костарев И.В., Орлова Л.П.
ФГБУ «ГНЦК колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва
(директор – профессор, д.м.н. Ю.А.Шельгин)

ЦЕЛЬ: оценка непосредственных результатов подкожного иссечения ЭКХ (синусэктомии) при лечении пациентов с хроническим воспалением ЭКХ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: проанализированы результаты лечения 41 пациента с хроническим воспалением ЭКХ, которым была выполнена синусэктомия. В исследование включены больные, которым ранее не выполнялось радикальное вмешательство по поводу ЭКХ, с отсутствием активного воспалительного процесса в крестцово-копчиковой области и наличием не более одного вторичного свищевого отверстия. Мужчин было 31 (75%), женщин – 10 (25%). Возраст пациентов колебался от 17 до 39 лет (25±6,8).

РЕЗУЛЬТАТЫ: период наблюдения за пациентами после операции составил от 3 до 28 месяцев (Me=10,5). Период нахождения в стационаре составлял от 3 до 7 дней (3,8±0,9). Трудоспособность пациентов полностью восстанавливалась в сроки от 10 до 16 дней (13,4±1,8). На момент оценки результатов полное заживление ран отмечено у 38 (92,6%) пациентов. Сроки заживления ран составили от 30 до 65 дней (Me=39; 40,6±8,7). Осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечены у 6 (14,6%) пациентов (в 1 случае – кровотечение из послеоперационной раны, в 5 случаях – некроз кожного мостика). Частота рецидивов составила 7%. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: подкожное иссечение (синусэктомия) является радикальным, малотравматичным методом лечения ЭКХ. Низкая интенсивность послеоперационного болевого синдрома, раннее восстановление трудоспособности и хороший косметический эффект, являются преимуществами метода по сравнению с традиционными вариантами операций у пациентов с ЭКХ в стадии хронического воспаления.

[Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, виды хирургического лечения, подкожное иссечение ЭКХ]

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ПЛАНОВОЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Зитта Д.В., Терехина Н.А., Субботин В.М.
Кафедра факультетской хирургии №1 с курсом урологии, кафедра биохимии

ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь
(ректор ГОУ ВПО ПГМУ – профессор И.П. Корюкина)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить эффективность и безопасность программы оптимизации периоперационного ведения больных колоректальным раком с использованием клинических и биохимических исследований.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. 498 больных колоректальным раком были проспективно разделены на 2 группы: 200 пациентов группы сравнения получали стандартную периоперационную терапию, в лечении 298 больных основной группы использовалась программа оптимизации периоперационного ведения. Для оценки эффективности программы оптимизации изучена частота послеоперационных осложнений и проведен хемилюминесцентный анализ эритроцитов периферической крови, определено содержание лактата в плазме крови больных до начала лечения, в 1 и 4 сутки после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Частота несостоятельности анастомозов и гнойных осложнений в группах больных не отличалась. Паралитическая кишечная непроходимость и стрессовые эрозивно-язвенные поражения желудка достоверно чаще возникали у больных группы сравнения. До начала лечения отмечена интенсификация показателей хемилюминесценции у всех исследованных больных. К 8 суткам послеоперационного периода происходила нормализация показателей хемилюминесценции эритроцитов в основной группе больных, тогда как в группе сравнения эти показатели оставались повышенными. В группе сравнения в 1 сутки после операции отмечено достоверное повышение содержания лактата.

ВЫВОДЫ. Использование программы оптимизации периоперационного ведения больных способствует более раннему восстановлению моторной функции кишечника, достоверно снижает риск развития осложнений, позволяет существенно сократить сроки стационарного лечения больных, предотвращает повышение содержания лактата в плазме крови больных в послеоперационном периоде, способствует нормализации свободнорадикальных процессов.

[Ключевые слова: колоректальный рак, послеоперационное ведение]

АДГЕЗИВНЫЙ ПРОЦЕСС БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ, ВЫПОЛНЕННЫЕ РАЗЛИЧНЫМИ МОДИФИКАЦИЯМИ

Матвеев И.А., Гиберт Б.К.
ГБОУ ВПО ТюмГМА Минздрава России
(ректор – член корр. РАН, профессор, д.м.н. И.В.Медведева)

После экстренных обструктивных резекций толстой кишки в брюшной полости развивается адгезивный процесс, что увеличивает время восстановительных операций

ЦЕЛЬ: изучить особенности адгезивных сращений брюшной полости после экстренных обструктивных резекций и их влияние на выбор операционного доступа

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: Восстановительные операции после экстренных обструктивных резекций толстой кишки выполнены у 189 пациентов: у 77 (40,7%) – из парастомальной лапаротомии, у 90 (47,6%) – срединной и 22 (12,4%) – лапароскопически ассистированным способом (ЛА).

РЕЗУЛЬТАТЫ: Послеоперационная летальность составила 1/189 (0,5%).

При срединном доступе адгезиолизис длился 50,9±27,8 мин., парастомальной лапаротомии – 37,3±23,2 мин, при лапароскопически ассистированном методе – 88,7±35,6 мин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Парастомальная лапаротомия сопряжена с меньшим объемом и длительность адгезиолизиса, интраоперационных осложнений.

[Ключевые слова: толстая кишка, резекция, колостома, спайки, восстановительные операции]

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ НЕКОТОРЫХ ИНТРА-И РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Тотиков В.З., Тотиков З.В., Миндзаева Е.Г., Слепушкин В.Д.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ
(ректор – профессор, д.м.н. Т.М. Гатагонова)

В статье представлены результаты лечения 103 больных, перенесших оперативные вмешательства на толстом кишечнике.

В зависимости от вида инфузионной терапии больные были распределены на две группы: 1 группа (48 пациентов) – в качестве инфузионной терапии во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде получали простые кристаллоидные растворы – физиологический раствор хлорида натрия, раствор Рингера; 2 группа (55 пациентов) – в качестве инфузионной терапии в те же сроки получали сбалансированные полиионные растворы (Ионостерил, ПлазмаЛит) и растворы гидроксипропилкрахмалов (ГЭК) 130/0,4 в соотношении 3:1.

Использование в составе инфузионной терапии коллоидных растворов на основе гидроксипропилкрахмалов в совокупности с полиионными сбалансированными кристаллоидными растворами приводит к улучшению микроциркуляции в стенке кишечника, усилению транспорта кислорода, уменьшению накопления ионов натрия и воды в стенке, уменьшению отека кишечной стенки во время оперативного вмешательства и сохранению ее естественной прочности, а в послеоперационном периоде – более быстрому разрешению пареза кишечника.

[Ключевые слова: инфузионная терапия, кристаллоидные растворы, сбалансированные полиионные растворы]

ОСОБЕННОСТИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА

Хачатурова Э.А., Савушкин А.В., Губко А.В.,

Ерошкина Т.Д., Каменева А.В., Малышева О.М.

ФГБУ «ГНЦК колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва

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

В статье обсуждаются изменения в системе гемостаза, обусловленные разными причинами (операции после химиолучевой терапии – 27 пациентов, комбинированные операции с резекцией печени при метастазах колоректального рака – 24 больных, при хирургическом лечении колоректального рака – 24 больных). Сравнительная оценка показателей системы гемостаза с клиническими данными позволили выявить нестабильность данной системы в разных группах и возможность развития, как тромботических осложнений, так и опасности развития периоперационного неуправляемого кровотечения. Наибольшая частота нарушений в системе гемостаза отмечена при комбинированных симультанных вмешательствах и обширной резекции печени. Специфическая антикоагулянтная профилактика требует динамического мониторинга, как со стороны свертывающих факторов, так и антикоагулянтов.

[Ключевые слова: система гемостаза, колоректальный рак, метастазы печени, антикоагулянтная профилактика, фраксипарин]

РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ, ОСЛОЖНЕННОМ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Щаева С.Н., Соловьев В.И.

ГБОУ ВПО «Смоленская государственная

медицинская академия» Минздрава России, г. Смоленск

(Ректор – профессор, д.м.н. И.В. Отвагин)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценить результаты радикальных оперативных вмешательств при местно-распространенном колоректальном раке, осложненным обтурационной кишечной непроходимостью.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: проведен ретроспективный анализ результатов радикального хирургического лечения 339 больных с местно-распространенным раком толстой кишки, осложненным обтурационной кишечной непроходимостью. Компенсированная кишечная непроходимость наблюдалась в 11,5%, (n=39), субкомпенсированная – в 61,4% (n=208) и декомпенсированная – в 27,1% (n=92).

РЕЗУЛЬТАТЫ: Трехлетняя безрецидивная выживаемость у пациентов с местно-распространенным раком ободочной кишки, осложненным обтурационной кишечной непроходимостью, составила 78,4%, прямой кишки – 59,7%.

[Ключевые слова: колоректальный рак, обтурационная непроходимость, хирургическое лечение]

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ (обзор литературы)

Елигулашвили Р.Р., Зароднюк И.В.

ФГБУ «ГНЦК колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва

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

[Ключевые слова: магнитно-резонансная томография, свищи прямой кишки, классификация, диффузионно-взвешенное изображение]

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ (обзор литературы)

Хомяков Е.А.

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

Основной метод лечения колоректального рака – хирургический. Из почти 60 тысяч новых случаев колоректального рака, выявляемых ежегодно в России, большинство подлежит хирургическому лечению. Рецидив заболевания по статистике возникает у 20% условно радикально оперированных пациентов. Своевременная диагностика бессимптомных рецидивов или отдаленных метастазов повышает процент резектабельности данных образований и, соответственно, улучшает показатели выживаемости этой категории пациентов. В настоящее время в арсенале хирургов и диагностических служб имеются такие методы динамического наблюдения как: измерение титров онкомаркеров в крови, эндоскопические, ультразвуковые и рентгенологические методы. Оптимальный протокол динамического наблюдения, частота и интенсивность обследования до конца не определены. Авторы нескольких рандомизированных исследований пытались определить, как тот или иной протокол динамического наблюдения влияет на выживаемость пациентов с колоректальным раком после первичной радикальной операции. Также, были проведены несколько соответствующих метаанализов. Имеющиеся рекомендации ведущих онкологических организаций противоречивы в отношении интенсивности наблюдения. Кроме того, диагностические методы имеют разную экономическую эффективность, что также влияет на их целесообразность в реальных условиях каждой конкретной больницы.

[Ключевые слова: наблюдение, колоректальный рак, рецидивы]

№3(53)2015

НОРМАТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДАВЛЕНИЯ В АНАЛЬНОМ КАНАЛЕ ПРИ НЕПЕРФУЗИОННОЙ МАНОМЕТРИИ

Шельгин Ю.А., Фоменко О.Ю., Веселов В.В.,
Белоусова С.В., Алешин Д.В., Вязьмин Д.О.

ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России
Кафедра колопроктологии ФГБОУ ДПО «РМАПО» Минздрава России, г. Москва
(директор – д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин)

ЦЕЛЬ. Определение нормативных показателей функционального состояния сфинктерного аппарата прямой кишки методом неперфузионной водной манометрии на приборе WMP Solar GI (MMS, Голландия).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обследованы 53 пациента с полипами ободочной кишки перед полипэктомией без жалоб, согласно опросу, на недержание калового содержимого и затруднения при дефекации (0 баллов по шкале инконтиненции Wexner и 0 баллов по шкале обструктивной дефекации ГНЦК им. А.Н. Рыжих). Женщин было 23 (43,4%), средний возраст – 51,4 ± 11,1 лет. Мужчин – 30 (56,6%), средний возраст – 65,1 ± 15,9 лет. Оценивались следующие показатели: давление в анальном канале в покое, при волевом сокращении и при кашлевом рефлекс, проба с натуживанием.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Нормальные величины давления в анальном канале для женщин: в покое – 41-63 мм рт. ст., максимальное давление сокращения – 110-178 мм рт. ст., среднее давления сокращения – 88-146 мм рт. ст., максимальное давление при кашлевой пробе – 76-126 мм рт. ст. При попытках дефекации у всех пациенток давление снижалось до 28-52 мм рт. ст., релаксация – на 19-40%. У мужчин: давление в покое – 43-61 мм рт. ст., максимальное давление сокращения – 121-227 мм рт. ст., среднее давления сокращения – 106-190 мм рт. ст., максимальное давление при кашле – 45-175 мм рт. ст. При попытке натуживания минимальное давление у всех больных снижалось до 19-43 мм рт. ст. (20-60%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Получены нормативные показатели давления в анальном канале в покое и при функциональных пробах, которые в последующем могут быть использованы для оценки состояния запирающего аппарата прямой кишки у колопроктологических больных.

[Ключевые слова: комплексная сфинктерометрия, запирающий аппарат прямо

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАРЕКТУМ

Алешин Д.В., Ачкасов С.И., Фоменко О.Ю.

ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих»
Минздрава России, г. Москва
(директор – д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин)

Исследование посвящено изучению результатов применения продольной проктопластики при хирургическом лечении идиопатического мегаректум.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2006 по 2014 гг. оперировано 11 пациентов с идиопатическим мегаректум. Средний возраст больных составил 36,8 лет (20-65 лет), 5 женщин. Всем пациентам выполнена продольная проктопластика. Во всех случаях формировалась превентивная илеостома. У 9 пациентов стома была закрыта.

РЕЗУЛЬТАТЫ. До операции жалобы на запоры и затруднения при дефекации предъявляли 8 (72,7%) из 11 пациентов. У 6 (54,6%) больных дефекация была возможна только после использования слабительных или клизм. Каломазание беспокоило 4 (36,4%) пациентов. Общее время транзита у всех пациентов превышало 96 часов. МПО был в диапазоне от 340 до 1470 мл воздуха (806,7 ± 363,1 мл); среднее значение ИМПО составило 46,3 ± 27,9 мл/мм рт. ст.; рефлекторный сократительный ответ зарегистрирован только у одного пациента. Летальности и осложнений в ближайшем послеоперационном периоде не было. В двух случаях были осложнения, манифестировавшие после закрытия стомы: недифференцированный язвенный проктит и ректовагинальный свищ, курированные консервативно. Субъективно 8 (88,9%) из 9 пациентов, которым стома была закрыта, отметили значительное улучшение и удовлетворение операцией. Самостоятельная дефекация без помощи слабительных или клизм стала возможна у всех пациентов (p<0,05). В 1 (11,1%) наблюдении отмечено сохранение запоров (p<0,05). Каломазание периодически продолжает беспокоить также 1 (11,1%) пациента (p>0,05). МПО составил, в среднем, 300,0 ± 144,7 мл (p<0,05); среднее значение ИМПО было равно 15,1 ± 12,2 мл/мм рт. ст. (p<0,05); рефлекторный сократительный ответ зарегистрирован у всех пациентов. Ни у одного пациента после операции не выявлено нарушений функции органов мочеполовой сферы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Продольная проктопластика позволяет улучшить состояние пациентов и функцию кишечника при приемлемом уровне осложнений и может быть использована в случае необходимости хирургического лечения идиопатического мегаректум.

[Ключевые слова: идиопатический мегаректум, идиопатический мезаколон, продольная проктопластика]

СРАВНЕНИЕ ИММУНОХИМИЧЕСКОГО ТЕСТА COLON VIEW HB AND HB/HT С ГВЯКОВЫМ ТЕСТОМ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Васильев С.В.,^{1,2} Смирнова Е.В.,² Попов Д.Е.,^{1,2} Семенов А.В.,¹ Савичева Е.С.¹

¹ Первый Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, кафедра хирургических болезней с курсом колопроктологии (зав. кафедрой – д.м.н., профессор С.В. Васильев)

² Городской научно-практический центр колопроктологии, СПб ГБУЗ «Городская больница № 9», г. Санкт-Петербург (главный врач – Н.Н. Гриненко)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сравнение нового поколения иммунохимического теста с традиционным гваяковым тестом определения скрытой крови в кале.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Группа из 300 пациентов, направленных на колоноскопию, выполняли два различных теста для определения скрытой крови в кале: ColonView экспресс-тест (CV) (иммунохимический тест определения гемоглобина (Hb) и гемоглобин/гаптоглобинового (Hb/Hp) комплекса) и Нетоскулт SЕНSA (HS) (гваяковый тест определения гемоглобина). Выполнялось 3 забора образцов и последующей фиброколоноскопией с выполнением биопсии. Определялись показатели чувствительности (SE), специфичности (SP), положительная прогностическая ценность (PPV), отрицательная прогностическая ценность (NPV) и площадь под кривой (AUC) для обоих тестов для трех патологий (аденома А, аденома + аденокарцинома (А+АС) и аденокарцинома (АС)).

РЕЗУЛЬТАТЫ. При колоноскопии и биопсии у 114 (38 %) человек не было выявлено изменений слизистой, у 91 – А (30,3 %) и у 95 пациентов – АС (31,7 %). Для группы А+АС для HS определена SE 58,3 % и SP 94,5 % (AUC – 0,771), в то время как для CV SE 97,2 % и SP 97,2 % (AUC – 0,916) (p=0,0001). Для группы с А разница между HS и CV оказалась еще более значимой – AUC=0,637 и AUC=0,898, соответственно (p=0,0001). Для группы АС для HS определена SE 85,3 % и SP 96,5 % (AUC – 0,909), для CV SE 100,0 % и SP 85,1 % (AUC – 0,925) (p=0,0001).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Тест ColonView может быть представлен как экспресс-тест в программе скрининга колоректального рака.

[Ключевые слова: колоректальные неоплазии, скрининг, иммунохимический тест, гваяковый тест]

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И ЭНДОСОНОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Веселов В.В., Скридлевский С.Н., Ачкасов С.И., Москалев А.И., Ваганов Ю.Е., Жданкина С.В.

ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва

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

ЦЕЛЬ. Анализ возможностей колоноскопии и ультразвуковой (УЗ) колоноскопии в диагностике хронических воспалительных осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки: хронические инфильтраты, разрушение стенки дивертикула при хроническом дивертикулите.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ результатов колоноскопии и УЗ колоноскопии 23 пациентов, оперированных по поводу хронических осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки (1 группа – хронический дивертикулит, 2 группа – хронические инфильтраты).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Определены УЗ критерии разрушения стенки дивертикула и три типа хронических инфильтратов. Вероятность разрушения стенки дивертикула при визуализации гноя в просвете кишки при колоноскопии составляет 100 %. Вероятность отсутствия разрушения стенки дивертикула при отсутствии гноя составляет 67 %. Значимая корреляция была выявлена между наличием хронического инфильтрата и сдавлением кишки извне (p=0,0189). Вероятность хронического инфильтрата при сдавлении кишки извне составляет 100 %, сужении просвета кишки – 88 %, при жесткой фиксации – 82 %. Вероятность отсутствия хронического инфильтрата при отсутствии этих признаков составляет 56 %, 53 % и 58 %, соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При отсутствии эндоскопических признаков разрушения стенки дивертикула, хронического инфильтрата показано проведение УЗ колоноскопии.

[Ключевые слова: дивертикулярная болезнь, колоноскопия, ультразвуковая колоноскопия]

РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Гладышев Д.В.,^{1,3} Коваленко С.А.,¹ Моисеев М.Е.,¹ Гнедаш С.С.,¹ Карачун А.М.,² Котив Б.Н.,³ Шелегетов Д.С.³

¹ СПб ГБУЗ «Городская больница № 40», г. Санкт-Петербург, г. Сестрорецк

(гл. врач – проф. С.Г. Щербак)

² ФГБУ НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова Минздравсоцразвития России, г. Санкт-Петербург, пос. Песочный

(директор – проф. А.М. Беляев)

³ ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург

(начальник – проф. А.Н. Бельских)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Провести анализ непосредственных результатов лечения пациентов, подвергшихся эндовидеохирургическому оперативному лечению (лапароскопическим и робот-ассистированным операциям) по поводу рака прямой кишки (РПК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с января 2013 по февраль 2015 года в ГБ№ 40 выполнено 240 операций по поводу колоректального рака, из них 104 – с использованием роботизированного комплекса Да Винчи. В настоящей работе мы представляем сравнение непосредственных результатов лечения 97-ми пациентов, подвергшихся эндовидеохирургическому оперативному лечению по поводу РПК (47 лапароскопических и 50 робот-ассистированных операций).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Первые результаты не показали статистически значимой разницы между двумя методами по анализируемым показателям таким как: объем интраоперационной кровопотери, сроки пребывания в стационаре, сроки восстановления перистальтики, частота конверсий, частота осложнений в раннем послеоперационном периоде, качество ТМЭ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Непосредственные послеоперационные и онкологические результаты при выполнении робот-ассистированных и лапароскопических операций значимо не отличались. Высокая четкость визуализации в формате 3D, значительные манипуляционные преимущества роботических инструментов, а также комфортное положение хирурга за консолью управления позволяют выполнять все манипуляции с большей долей безопасности и прецизионности по сравнению с обычной лапароскопической техникой.

Применение робот-ассистированных операций является эффективным, безопасным и перспективным методом хирургического лечения РПК.

[Ключевые слова: малоинвазивная хирургия, лапароскопическая хирургия, робот, рак прямой кишки, хирургическое лечение, робот-ассистированные операции]

ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРИ ГЕМОРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ: ВЫБОР

МЕТОДА – ЗА И ПРОТИВ. НУЖНА ЛИ КОРРЕКЦИЯ ВЕНОЗНОГО КОМПОНЕНТА ПАТОГЕНЕЗА?

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», (ректор – д.м.н., профессор И.П. Артюхов)

² ФГБУЗ «Сибирский клинический центр ФМБА России», г. Красноярск (генеральный директор – Б.В. Баранкин)

В статье представлены сравнительные клинические и экономические результаты дезартеризации внутренних геморроидальных узлов по методикам: эндоваскулярной (Emborroid technique) и трансанальной дезартеризации с мукопексией (HAL-RAR) без и в сочетании с приемом микронизированной очищенной флавоноидной фракции (Детралекс). Показано, что оба способа дезартеризации являются патогенетически обоснованными, современными методами лечения больных хроническим геморроем, равнозначно приводят к снижению артериального притока к внутренним геморроидальным узлам и сопоставимы по эффективности, но выбор способа лечения должен зависеть от формы геморроя, его стадии и клинических проявлений. Коррекция венозного компонента патогенеза геморроя Детралексом позволяет улучшить течение раннего послеоперационного периода после трансанальной дезартеризации и отдаленные результаты лечения, как после эндоваскулярной процедуры, так и после трансанального HAL-RAR вмешательства.

[Ключевые слова: геморрой, трансанальная дезартеризация, мукопексия, эндоваскулярная дезартеризация, микронизированная очищенная флавоноидная фракция]

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ВИДЕОАССИСТИРОВАННАЯ АНОРЕКТОПЛАСТИКА У ДЕТЕЙ С ВЫСОКОЙ АТРЕЗИЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Киргизов И.В.,¹ Минаев С.В.,² Гладкий А.П.,⁴ Шишкин И.А.,¹ Шахтарин А.В.,³ Апросимов М.Н.¹

¹ Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, г. Москва

² Ставропольский медицинский университет, г. Ставрополь

³ Детская республиканская больница, г. Йошкар-Ола

⁴ Днепропетровская областная детская больница, г. Днепропетровск, Украина

В оригинальной статье представлен опыт лечения 107 детей в возрасте от 6 месяцев до 3-х лет с высокими аноректальными пороками развития наиболее современным методом оперативной коррекции – лапароскопической видеоассистированной аноректопластикой. Оценены результаты лечения, представлен анализ встречающихся осложнений.

[Ключевые слова: высокие аноректальные пороки развития; лапароскопическая видеоассистированная аноректопластика]

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ОПТИМИЗИРОВАННОГО ПРОТОКОЛА ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Лукашевич И.В., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Савушкин А.В.

ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва

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

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение результатов применения оптимизированного протокола (ОП) ведения пациентов, оперированных по поводу различных заболеваний толстой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В исследование включены 114 пациентов. Основную группу составили 60 пациентов, периоперационное ведение которым осуществлялось по ОП. Контрольную группу составили 54 пациента с традиционным ведением. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, индексу массы тела, статусу ASA, характеру оперативных вмешательств.

Для оценки эффективности ОП оценивали частоту послеоперационных осложнений, уровень боли на 5 сутки после операции по визуально-аналоговой шкале, длительность послеоперационного и общего койко-дня.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Частота послеоперационных осложнений в группах и подгруппах достоверно не отличалась (1 – в основной группе, 4 – в контрольной; $p=0,15$). Выраженность болевого синдрома на 5 сутки после операции была достоверно больше в группе стандартного ведения ($1,83 \pm 0,2$ балла в основной и $3,37 \pm 0,2$ балла в контрольной, соответственно ($p=0,001$). Длительность послеоперационного койко-дня ниже в основной группе, и составила $4,6 \pm 0,1$ дня по сравнению с $10,1 \pm 0,9$ дня в контрольной группе ($p<0,0001$). Достоверно ниже был и общий койко-день в основной группе ($6,9 \pm 0,2$ против $15,0 \pm 1$ в контрольной группе ($p<0,0001$)).

ВЫВОДЫ. Предложенный ОП является эффективным и безопасным методом ведения пациентов, подлежащих хирургическому лечению по поводу неосложненных хирургических заболеваний толстой кишки.

[Ключевые слова: хирургия толстой кишки, оптимизированный протокол периоперационного ведения, традиционное ведение]

О ВЛИЯНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НА ОТДАЛЕННЫЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Помазкин В.И.

Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург

(начальник госпиталя – Р.В. Соловьев)

Целью исследования было сравнение отдаленных результатов при двух вариантах этапного лечения опухолевой толстокишечной непроходимости. В основную группу включено 105 больных с выполнением на первом этапе лечения разгрузочной колостомы и радикальной операции на втором этапе совместно с ликвидацией стомы. В контрольную группу вошло 115 пациентов с выполнением на первом этапе обструктивной резекции толстой кишки с формированием одностольной колостомы и восстановительной операции с ликвидацией колостомы – на втором. Местные рецидивы в основной группе наблюдались у 5,1 % больных, в контрольной – у 13,7 %. Отдаленные метастазы возникли, соответственно, у 7,1 % и 13,7 % пациентов. Пятилетняя кумулятивная выживаемость в основной группе составила 69,4 %, в контрольной – 50,9 %, безрецидивная – 65,3 % в основной группе и 48,1 % – в контрольной.

[Ключевые слова: обтурационная кишечная непроходимость, рак толстой кишки, колостома]

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ С УЛЬТРАКОРОТКОЙ ЗОНОЙ АГАНГЛИОЗА

Сварич В.Г., 1 Киргизов И.В., 2 Абайханов Р.И., 2 Шишкин И.А. 21 ГБУЗ РК Республиканская детская больница, г. Сыктывкар (главный врач – И.Г. Кустышев)

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

Целью исследования явилось улучшение результатов диагностики суперкороткой формы болезни Гиришпрунга у детей. В основу работы положены наблюдения над 152 пациентами с суперкороткой формой заболевания. Всем пациентам проведено обследование до операции, в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Возникновение хронических запоров у детей, не поддающихся традиционной консервативной терапии, может быть связано с суперкороткой формой болезни Гиришпрунга. Суперкороткая форма болезни Гиришпрунга имеет свои отличительные рентгенологические признаки, в ряде случаев прямо противоположные длинным формам.

[Ключевые слова: болезнь Гиришпрунга; суперкороткая форма]

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗДЕЛЬНОЙ ЗАКРЫТОЙ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Селиванов А.В., Бутырский А.Г.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И.Вернадского», кафедра хирургических болезней ФПО, г. Симферополь (зав. кафедрой – д.м.н., профессор В.Н. Старосек)

ЦЕЛЬ. Определить эффективность предложенного метода лечения хронического геморроя.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. 151 больной (женщин – n=75 (49,7 %), средний возраст – 46,5±1,6 лет) с хроническим комбинированным геморроем разделены на 3 группы: I группа (n=67), перенесли операцию Миллигана-Моргана, II группа (n=57) – Фергюсона, III группа (n=27) – раздельную закрытую геморроидэктомию.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Длительность операции: в I группе – 22,5 ± 2,3 минуты, во II группе – 43,8 ± 3,2 минуты и в III группе – 29,4 ± 2,8 минуты. Длительность послеоперационного обезболивания и применения наркотических анальгетиков: I группа – 2,1 ± 0,2 суток, II группа – 1,8 ± 0,3 суток, III группа – 1,1 ± 0,2 суток. Послеоперационный койко-день: I группа – 7,7 ± 0,48 дней, II группа – 7,4 ± 0,28 дней, III группа – 5,6 ± 0,46 дней. Длительность нетрудоспособности: I группа – 17,2 ± 1,5 дня, II группа – 15,3 ± 1,6 дня, III группа – 13,5 ± 0,9 дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Раздельная закрытая геморроидэктомия является более эффективным методом хирургического лечения в отношении потребности в наркотических и ненаркотических анальгетиках (p<0,05), послеоперационного пребывания в стационаре (p<0,05), нетрудоспособности (p<0,05).

[Ключевые слова: хронический геморрой, хирургическое лечение, статистика, нетрудоспособность]

ОПЫТ ВИДЕОАССИСТИРУЕМЫХ ОПЕРАЦИЙ С УШИВАНИЕМ ВНУТРЕННЕГО СВИЩЕВОГО ОТВЕРСТИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ И ВЫСОКИХ ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Титов А.Ю., Костарев И.В., Фоменко О.Ю., Мудров А.А.

ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва (директор – д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин)

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ. В течение последних 15 лет, на фоне развития медицинских технологий, стали появляться и активно использоваться методы лечения свищей прямой кишки, основной направленностью которых, кроме ликвидации самого свищевого хода является максимальное сохранение сфинктерного аппарата прямой кишки. Для хирургической коррекции сложных свищей прямой кишки, интерес представляет методика ликвидации свищевого хода с использованием видеоассистенции, предложенная колопроктологом из Италии Р. Meirero в 2006 году.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка эффективности метода ушивания внутреннего свищевого отверстия с видеоассистируемой электрокоагуляцией свищевого хода в лечении высоких транссфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С мая 2013 года по февраль 2015 года, в проспективное одноцентровое исследование включено 19 пациентов, которым были выполнены видеоассистируемые операции с ушиванием внутреннего свищевого отверстия. У 14 (73,7 %) пациентов имелись экстрасфинктерные свищи различной степени сложности, у 4 (21 %) – высокие транссфинктерные свищи и в 1 (5,3 %) случае – посттравматический свищ прямой кишки высокого уровня. Ранее, до обращения в центр, у 11 (57,9 %) пациентов однократно и у 7 (36,8 %) двукратно происходило самопроизвольное или хирургическое вскрытие острого парапроктита. В 14 (73,7 %) случаях выполнялось ушивание внутреннего свищевого отверстия со стороны просвета кишки, в 5 (26,3 %) случаях данный этап операции производился со стороны межсфинктерного пространства.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Метод фистулоскопии позволил точно локализовать внутреннее свищевое отверстие в 68,4 % случаев, в остальных наблюдениях при экстрасфинктерных свищах с «клюшкообразно» изогнутой проксимальной частью хода точно подойти к зоне расположения внутреннего свищевого отверстия не удалось. Всего независимо от варианта ушивания внутреннего свищевого отверстия полное заживление свищевого хода отмечено у 13 (68,4 %) пациентов, в 6 (31,6 %) случаях сообщение наружного свищевого отверстия с просветом прямой кишки сохранялось, что расценивалось как рецидив заболевания. У пациентов, в случаях полного заживления свищевого хода, рецидива за период дальнейшего наблюдения не возникло ни в одном случае. При оценке частоты благоприятных результатов в зависимости от варианта ушивания внутреннего свищевого отверстия обнаружена достаточно сходная картина. Так в случаях, когда свищевое отверстие ушивалось со стороны просвета прямой кишки, заживление свища произошло у 10 (76,9 %) больных, рецидив отмечен в 3 (23,1 %) наблюдениях. При ушивании внутреннего свищевого отверстия со стороны межсфинктерного пространства заживление свища зафиксировано в 3 (60 %) случаях, рецидив – в 2 (40 %). Ни в одном случае после операции не отмечалось каких-либо нарушений функции держания кишечного содержимого.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Опыт лечения 19 пациентов показал, что с помощью данной методики удается достичь хорошего результата в 68,4 % случаев у этой непростокой категории пациентов. При этом методами аноректальной манометрии и субъективной оценки функции держания кишечного содержимого по Wexner подтверждено, что операция не оказывает отрицательного влияния на функцию анального сфинктера. Значимых различий частоты благоприятных исходов от варианта ушивания внутреннего свищевого отверстия на данный момент не выявлено, однако учитывая малые выборки, этот вопрос требует дальнейшего изучения.

[Ключевые слова: свищи прямой кишки, хирургическое лечение, видеоассистируемое лечение]

ОСОБЕННОСТИ ОСВОЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ В РЕГИОНАЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

Гиберт Б.К., Матвеев И.А., Хасия Д.Т.
ГБУЗ ТО «ОКБ№ 1», г. Тюмень
(главный врач – С.Е. Ярцев)

Проведено сравнение результатов восстановительных операций у первых 14-ти (контрольная группа) и 17-ти последующих пациентов (основная группа), оперированных ЛАС способом.

При одинаковом размере длины раны ($p=0,365$), продолжительность операции, кровопотеря и время адгеолизиса были достоверно меньше у пациентов основной группы. У пациентов контрольной группы чаще были послеоперационные осложнения, повторные операции. Внедрение ЛАС операций характеризуется продолжительным этапом освоения и высоким уровнем осложнений.

Улучшение результатов операций достигнуто путем снижения объема адгеолизиса и совершенствования способа наложения анастомоза, а также выполнением вмешательств одним эндоскопическим хирургом.

[Ключевые слова: колостома, лапароскопические восстановительные операции, внедрение]

ОСЛОЖНЕНИЯ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВУАРОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА (обзор литературы)

Кашников В.Н., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Гусев А.В.

ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва
(директор – д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин)

[Ключевые слова: язвенный колит, тонкокишечный резервуар, функциональные результаты, качество жизни]

КОЛОПЛАСТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ (обзор литературы)

Расулов А.О., Гордеев С.С., Иванов В.А., Тамразов Р.И., Джумабаев Х.Э.

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

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

В статье рассматривается поэтапное решение проблем, возникающих на пути развития техники сфинктеросохраняющих операций на прямой кишке, а также современные подходы к профилактике синдрома передней резекции – симптомокомплекса, негативно сказывающегося на качестве жизни пациентов после хирургического лечения.

[Ключевые слова: рак прямой кишки, сфинктеросохраняющие операции, низкая передняя резекция, колопластика, резервуар]

№4(54)2015

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ФОРМИРОВАНИЯ БОКО-КОНЦЕВОГО И ПРЯМОГО АНАСТОМОЗА ПРИ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Рыбаков Е.Г., Пикунов Д.Ю., Будтуев А.С., Фоменко О.Ю.

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

ВВЕДЕНИЕ. В статье представлены данные рандомизированного исследования по сравнению непосредственных и функциональных результатов формирования прямых и боко-концевых анастомозов у больных, перенесших низкую переднюю резекцию (НПР) прямой кишки по поводу новообразований.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период 2012-2014 г. в исследование включено 86 пациентов. В основную (формирование анастомоза «бок-в-конец») и контрольную (формирование прямого колоректального анастомоза) группы рандомизировано по 43 больных. Для отключения пассажа по анастомозируемому участку у всех больных формировали превентивную стому. Всем пациентам перед восстановительной операцией, а также спустя 1, 3 и 6 месяцев после закрытия стомы выполняли профилометрию, баллонометрию. Для субъективной оценки качества жизни и балльного выражения функции держания использовали опросник FIQL и шкалу Wexner S. (1993).

РЕЗУЛЬТАТЫ. По различным причинам из обеих групп исключены из исследования по 3 пациента. Группы были сопоставимы по демографическим данным, локализации опухоли в прямой кишке, а также интраоперационным показателям. Частота ранних послеоперационных осложнений в основной и контрольной группах статистически не различалась: 6 (14,6 %) против 8 (20,0 %), соответственно ($p=0,57$). По шкале Wexner через 1 месяц после закрытия стомы медиана баллов составила 5 – в основной группе и 7 баллов – в контрольной ($p=0,033$). Через 3 месяца в основной группе медиана составила 4, а в контрольной – 5 баллов ($p=0,006$). Через 1 месяц после восстановительной операции отмечена меньшая частота стула у больных основной группы по сравнению с контрольной – $5,8 \pm 0,14$ и $6,4 \pm 0,15$ ($p=0,006$), соответственно. Выявленные различия в частоте стула сохраняются через 3 [$3,7 \pm 0,1$ vs $4,2 \pm 0,1$ ($p=0,003$)] и 6 месяцев [$2,5 \pm 0,1$ vs $3,0 \pm 0,10$ ($p=0,0002$)]. Максимально переносимый объем низведенной кишки через 3 и 6 месяцев был значительно выше в группе с боко-концевым анастомозом и к 6 месяцам в основной группе достиг 180 см³. Субъективно качество жизни больных, перенесших НПР с формированием боко-концевых анастомозов, страдает в меньшей степени по сравнению с прямыми соустьями. Это проявляется в виде лучших показателей по шкалам FIQL: образ жизни, депрессия/самооценка, стеснительность.

ВЫВОДЫ. Функциональные результаты после НПР с боко-концевым колоректальным анастомозом лучше, чем с прямым в отношении тяжести инконтиненции по шкале Wexner, а также средней частоты стула на всех отрезках наблюдения. Боко-концевой анастомоз обеспечивает лучшие показатели низведенной кишки в отношении объема постоянного позыва на дефекацию и максимально переносимого объема. При этом качество жизни у этих больных несколько лучше, чем при прямых соустьях, что подтверждается лучшими результатами опросника FIQL.

[Ключевые слова: синдром низкой передней резекции прямой кишки, анастомоз «бок-в-конец», функциональные результаты]

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Белоус С.С., Халиф И.Л., Конович Е.А., Широких К.Е.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва

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

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить изменения психоэмоционального статуса и состояния клеточного иммунитета при синдроме раздраженного кишечника.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В анализ были включены 25 пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК). Возраст колебался от 22 до 67 лет (средний возраст – 47,82 ± 17,78 лет), среди них преобладали женщины – 21 (84 %). У 14 (56 %) пациентов отмечалось наличие запоров, у 7 (28 %) – диареи, у 1 (4 %) пациента – смешанный СРК, у 3 (12 %) – неклассифицируемый. Методом проточной цитометрии (цитометр FC-500) исследовались клетки периферической крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При оценке качества жизни практически у всех пациентов отмечалась склонность к тревожно-депрессивным состояниям, согласно всем опросникам. При оценке клеточного иммунитета у пациентов с СРК-Д у 5 (71,4 %) было выявлено снижение уровня CD3-CD16+56+ (абсолютные показатели), у 3 (42,9 %) – снижение значений соотношения CD4+/CD8+. Также у 3 (42,9 %) пациентов отмечалось увеличение количества Т-цитотоксических лимфоцитов с фенотипом CD3+ CD8+. Среди пациентов с СРК-З у 3 (21,4 %) был повышен уровень Т-лимфоцитов CD3+, у 4 – CD8+ Т-клеток, также у 4 (28,6 %) пациентов увеличено значение соотношения CD4+/CD8+. У половины пациентов (50 %) было выявлено снижение уровня CD3-CD16+56+ (абсолютные показатели).

ВЫВОДЫ. На основе полученных данных можно предположить, что клинический подтип СРК не влияет на состояние клеточного иммунитета. При этом прослеживается взаимосвязь между состоянием клеточного иммунитета и психоэмоциональным статусом.

[Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, качество жизни, психоэмоциональный статус, клеточный иммунитет]

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Кит О.И., Геворкян Ю.А., Солдаткина Н.В., Колесников В.Е., Харагезов Д.А.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

(директор – д.м.н., профессор О.И. Кит)

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить возможность лапароскопических комбинированных вмешательств при метастатическом колоректальном раке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2009 г. в ФГБУ «РНИОИ» МЗ РФ по поводу метастатического колоректального рака выполнено 232 комбинированных оперативных вмешательства. Отдаленные метастазы в печени – у 235 больных, в яичники – у 79 больных, в легких – у 9 больных. 37 комбинированных вмешательств выполнено из лапароскопического доступа: 14 резекций печени, 1 гемигепатэктомия, 8 надвлагалищных ампутаций матки с придатками, 5 пангистерэктомии, 9 торакоскопических резекций легкого.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Преимуществами лапаро- и торакоскопического доступа были: снижение в 3 раза числа послеоперационных осложнений, возможность выполнения комбинированных вмешательств при метастатическом колоректальном раке и при метастазах в легкие.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Лапароскопический доступ при комбинированных оперативных вмешательствах по поводу метастатических форм колоректального рака позволяет выполнять широкий спектр оперативных вмешательств.

[Ключевые слова: метастатический колоректальный рак, лапароскопические операции]

ЗАКРЫТИЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ ИЛЕОСТОМЫ ПОСЛЕ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ: 48 ЧАСОВ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Кочатков А.В., Негардинов А.З., Лядов В.К.

ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, г. Москва

(директор – член-корр. РАН, д.м.н., профессор К.В. Лядов)

Целью данной работы является анализ результатов лечения, основанного на созданном протоколе ведения пациентов, госпитализирующихся для закрытия превентивной илеостомы. Протокол основан на принципах ускоренной реабилитации больных. С марта 2013 по июнь 2015 гг. в ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России выполнено 32 закрытия стом у больных, перенесших переднюю резекцию прямой кишки по поводу злокачественных новообразований. 12 больных оперированы лапароскопическим и 20 больных оперированы лапаротомным доступом. Средний возраст больных 59,5 ± 8,9 лет, средний индекс массы тела 25,9 ± 4,0 кг/м². Средняя продолжительность операции составила 70 ± 29 (мин.). Средний койко-день составил 3,8 ± 2,5. Осложнения: у 3 (9,3 %) пациентов развилось нагноение послеоперационной раны; у 2 (6,2 %) больных отмечена острая спаечная кишечная непроходимость, связанная с осложненным течением первичной операции, и у 2 (6,2 %) больных диагностирована несостоятельность анастомоза. Через 48 часов после операции выписаны 71,8 % пациентов. После выписки повторных госпитализаций не было. На основании данных литературы и собственных результатов, можно заключить, что выписка больных после хирургического закрытия превентивной илеостомы через 48 часов после операции является безопасным и предпочтительным методом ведения пациентов. Внедрение подобного протокола ведения больных является важным и клинически значимым, и позволит улучшить качество и своевременность оказания хирургической помощи пациентам.

[Ключевые слова: рак прямой кишки, илеостома, закрытие петлевой илеостомы]

ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ К КОЛОНОСКОПИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ. КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАВАЖНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Панфилова В.Н., 1,2 Жигалова Е.Г., 2 Корешкова Н.Д., 2 Терентьева О.А., 2 Баннова О.В., 2 Петрова М.Н.2

1 ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ

(ректор – д.м.н., профессор Артюхов И.П.),

2 КГБУЗ Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства, г. Красноярск

(главный врач – Павлов А.В.)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сравнить качество подготовки детей к колоноскопии при использовании разных лаважных препаратов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ 50 историй болезней детей, которым выполнялась колоноскопия. Очистка кишки выполнялась лактулозой (27 детей), макроголем-4000 (14 пациентов), фосфатом натрия (9 больных). Качество подготовки кишки оценивалось по 3 кишечным отделам по Бостонской шкале, 6-9 баллов соответствовали хорошей степени очистки слизистой. Субъективно дети оценивали переносимость препаратов по 10-балльной визуально-аналоговой шкале.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средний балл подготовки составил 7,1 ± 1,8 б., что соответствует хорошей очистке кишки, с более низким баллом при использовании Дюфалака. Существенно хуже очищен был левый отдел кишки в сравнении с поперечным и правым отделами, без существенной разницы между препаратами. Усиление подготовки клизмами показало некоторое улучшение подготовки только при применении Дюфалака, тогда как при использовании других препаратов клизма не изменяла качества очищения кишки. Плохо подготовлены были 12 % пациентов. Субъективная оценка пациентами процедуры подготовки соответствовала диапазону «хорошо – удовлетворительно». Значимо хуже дети переносили большие объемы Дюфалака, тогда как Фортранс и Флит фосфо-сода получили более хорошие оценки у больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, качественная подготовка к колоноскопии достигнута у 88 % пациентов специализированного стационара, средний балл подготовки составил 7,1 б., с преимуществом при использовании препаратов Фортранс и Флит фосфо-сода. Субъективная оценка подготовки пациентами была существенно хуже при использовании Дюфалака, побочные реакции отмечены у 6 % детей, независимо от способа подготовки. С учетом сведений об эффективности и безопасности, макроголь (Фортранс) является оптимальным выбором в подготовке детей к колоноскопическому исследованию.

[Ключевые слова: лаважная клизма, подготовка к колоноскопии, дети, колоноскопия, макроголь, фортранс, лактулоза, дюфалак, клизма]

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА

Щукина О.Б., 1 Собко В.Ю., 2 Горбачева Д.Ш., 3 Григорян В.В., 4 Насыхова Ю.А., 5 Васильев С.В. 4

1 СЗГМУ им. И.И. Мечникова,

2 ФГБУ «КДЦ с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации,

3 Центр диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника, ГКБ № 31,

4 ПСГМУ им. акад. И.П. Павлова, 5 ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», г. Санкт-Петербург

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить предикторы потребности в хирургическом лечении болезни Крона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведены комплексное обследование и 5-летнее проспективное наблюдение 202 больных болезнью Крона. Методом логистической регрессии определялись предикторы потребности в хирургическом лечении. База данных включала 303 количественные и качественные переменные.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ. Независимыми предикторами потребности в хирургическом лечении были пенетрирующая со стриктурами форма БК (В4) на момент постановки диагноза ($\beta=1,74$ критерий Вальда=2,203, ОШ=5,7, 95 % ДИ=1,21-26,84), умеренное расширение (от 30 до 45 см) просвета кишки по данным МРЭ ($\beta=2,56$, критерий Вальда=3,215, ОШ=12,98, 95 % ДИ=2,76-61,09), поражение толстой кишки по данным МРЭ ($\beta=3,85$, критерий Вальда=2,487, ОШ=47,15, 95 % ДИ=2,26-983,68).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Выявлен ряд предикторов потребности в хирургическом лечении болезни Крона. Построенная прогностическая модель позволяет идентифицировать высокий процент случаев потребности в резекции кишечника в течение года после установления диагноза и может быть полезной специалистам практического здравоохранения с целью выявления больных с прогностически неблагоприятным течением заболевания.

[Ключевые слова: болезнь Крона, прогноз, предиктор, хирургия]

СИНДРОМ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА С ДЕФЕКТОМ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ (клиническое наблюдение)

Титов А.Ю., Мудров А.А., Полякова Н.А., Трубачева Ю.Л., Белов Д.М., Абрицова М.В.

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

[Ключевые слова: синдром Рокитанского-Кюстера, ректовагинальная перегородка, пороки развития]

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА (обзор литературы)

Алексеев М.В., 1 Шельгин Ю.А., 1,2 Рыбаков Е.Г. 1

1 ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, 2 ГБОУ ДПО «РМАПО» Минздрава России, г. Москва

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

[Ключевые слова: низкая передняя резекция прямой кишки, несостоятельность анастомоза]

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ (обзор литературы)

Черданцев Д.В., Поздняков А.А., Шпак В.В., Рябков Ю.В., Попов А.Е.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Красноярск

(ректор – д.м.н., профессор И.П. Артюхов)

[Ключевые слова: толстокишечный анастомоз, несостоятельность анастомоза, факторы риска, профилактика, методы диагностики, лечение]

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ФЕКАЛЬНОЙ МИКРОБИОТЫ – ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА (обзор литературы)

Шельгин Ю.А., 1,2 Головенко О.В., 2 Головенко А.О., 1 Сухина М.А. 1

1 ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва

(директор – д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин) 2 ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»

Минздрава России, кафедра колопроктологии, г. Москва

(ректор – академик РАМН, д.м.н., профессор Л.К. Мошетьова)

[Ключевые слова: Clostridium difficile, псевдомембранозный колит, трансплантация фекальной микробиоты, антибиотико-ассоциированная диарея]

ЮБИЛЕЙ 60 ЛЕТ ВЕЛИЕВ ТИМУР ИДАЯТОВИЧ