



25 лет Ассоциации Колопроктологов России



КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

научно-практический медицинский журнал

МАТЕРИАЛЫ

Всероссийского Съезда колопроктологов с международным участием «Оперативная и консервативная колопроктология: современные технологии для высокого качества жизни пациента» и Объединенного Каспийского и Байкальского форума по проблемам ВЗК

25-27 августа 2016 г.
г. АСТРАХАНЬ

№2 (56) 2016 (приложение)

ISSN 2073-7556

<http://www.gnck.ru>
<http://akr-online.ru>

СОДЕРЖАНИЕ

Сидорова Л.П., Самсонова Т.В., Трубочева Ю.Л., Калинина И.В., Костарев И.В., Черножукова М.О. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА	37
Таланов А.А., Скобло М.Л., Лигай Д.В., Камчаткина Т.И., Урюпина А.А., Григорян Л.М. ЗНАЧИМЫЙ ПОЛНЫЙ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫЙ (ПРЯМОКИШЕЧНО-КОПЧИКОВЫЙ) СВИЩ ПРЯМОЙ КИШКИ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)	37
Таланов А.А., Скобло М.Л., Лигай Д.В., Камчаткина Т.И., Урюпина А.А., Рахманин С.Ю. ПРЕСАКРАЛЬНАЯ МНОГОКАМЕРНАЯ РЕЦИДИВНАЯ ТЕРАТОМА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)	38
Таланов А.А., Терлугов А.Л., Лигай Д.В., Григорян Л.М., Камчаткина Т.И. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ МЕТОДОМ HAL-RAR	38
Ткаровский К.А., Додица А.Н., Веселов Д.И. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕБРЮШИННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ	38
Ткаровский К.А., Додица А.Н., Горяинов А.Н., Пронин Е.С. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ОКРУЖНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ФЛЕГМОНАМИ	39
Траймбеков О.Р., Аттокуров Б.К., Жолболдуев Ж.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРРОЕМ	39
Траймбеков О.Р., Аттокуров Б.К., Жолболдуев Ж.М. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ	40
Самсонов А.В., Леоненко С.Н., Бутырский А.Г. Качество жизни пациентов после различных вариантов геморроидэктомии	40
Саргацкий К.И., Никольский В.И. ЭКСТРЕСС-ДИАГНОСТИКА АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ	41
Светлов Н.В., Ильканич А.Я. ФИБРОСКОПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ	41
Соловьев А.О., Соловьев О.Л., Воробьев А.А., Осадчев В.Б. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СФИНКТЕРОЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ С ПОМОЩЬЮ ОДНОГО ШВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ	42
Соловьев О.Л., Соловьев А.О., Соловьева Г.А. OUT-PATIENT ТЕХНОЛОГИЯ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ	42
Соловьев О.Л., Соловьев А.О., Хитарьян А.Г., Ковалев С.А. ОЦЕНКА 10-ЛЕТНЕГО ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ СКЛЕРОТЕРАПИИ С УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ	42
Соловьева Г.А., Соловьев О.Л., Воробьев А.А., Соловьев А.О. МИКОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ	43
Сороков В.П., Басурманова Н.В., Подпругин Е.В. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К МЕТОДУ ВЫБОРА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ	43
Сосновченко В.К., Сухая Ю.В., Воронова О.В., Фирсов М.С. ОСОБЕННОСТИ ЯТРОГЕННЫХ ТРАВМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ИННЕРВАЦИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА	44
Тарасовская Ж.И., Васильев В.С., Шишменцев Н.Б., Васильев С.А., Димов Г.П., Маркина Т.Н., Хорушева Е.С. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛУЧЕВЫХ ВЛАГАЛИЩНО-ПРЯМОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ МЕТОДОМ МИКРОИНЪЕКЦИОННОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ	44
Титов А.Ю., Абрицова М.В. ДОПЛЕРОКОНТРОЛИРУЕМАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ С МУКОПЕКСИЕЙ ПРИ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ: ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ (12 МЕС.)	44
Титов А.Ю., Костарев И.В., Фоменко О.Ю., Аносов И.С. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПЕРЕВЯЗКИ СВИЩЕВОГО ХОДА В МЕЖСФИНКТЕРНОМ ПРОСТРАНСТВЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРАНС- И ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫМИ СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ	45
Толкаев В.З., Дзанаева Д.Б., Тотиков З.В. ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ПРОЛАПСЕ ТАЗОВОГО ДНА И РЕКТОЦЕЛЕ 2-3 СТЕПЕНИ	46
Толкудинов И.М. КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОКЦИГОДИНИИ	46
Фоменко О.Ю., Титов А.Ю., Бирюков О.М., Мудров А.А., Белоусова С.В. ХАРАКТЕР ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ ДЕФЕКАЦИЕЙ	46
Фомин С.А., Кузьминов А.М., Минбаев Ш.Т., Королик В.Ю., Богористров И.С., Черножукова М.О. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ И ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА «КОЛЛЭСТ»	47
Хитарьян А.Г., Дульеров К.А., Стагниева Д.В., Прокудин С.В., Ковалев С.А. ПРЕИМУЩЕСТВА ПЛАСТИКА ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ	47
Хитарьян А.Г., Савченко С.В., Ковалев С.А., Ромодан Н.А., Орехов А.Н. СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ И ИНТРОНОДАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КООАГУЛЯЦИИ (ИНЛК) ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	48

Тотиков З.В., Тотиков В.З. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.....	72
Тур Г.Е., Тур А.Г., Буралкин Д.А., Поддубный И.К., Алехнович В.Ю. ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАСПРОСТРАНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	72
Фоменко О.Ю., Рыбаков Е.Г., Пикунов Д.Ю., Белоусова С.В. РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАКЕ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ.....	73
Фоменко О.Ю., Шельгин Ю.А., Рыбаков Е.Г., Пикунов Д.Ю., Белоусова С.В., Будтуев А.С. ФОРМИРОВАНИЕ АНАСТОМОЗА «БОК-В-КОНЕЦ» – ФУНКЦИОНАЛЬНО ОБОСНОВАННЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ.....	73
Хатьков И.Е., Поздняков С.В., Атрощенко А.О., Данилов М.А. РОБОТИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ С ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЕЙ (ТМЕ).....	74
Хачатурова Э.А., Савушкин А.В., Губко А.В., Балькова Е.В., Ерошкина Т.Д. АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	74
Хитарьян А.Г., Провоторов М.Е., Глумов Е.Э., Велиев К.С., Карлова И.О., Мурлычев А.С. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МАНУАЛЬНО-АССИСТИРОВАННЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ ДОСТУП ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ СО СЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИЕЙ.....	75
Хомяков Е.А., Рыбаков Е.Г., Шельгин Ю.А. ЧАСТОТА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАРЕЗА ЖКТ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....	75
Черданцев Д.В., Поздняков А.А., Рябов Ю.В., Соляников С.Н. СИНДРОМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	76
Черданцев Д.В., Поздняков А.А., Тараденко Д.Н., Шпак В.В. НИЗКИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ БЕЗ ПРЕВЕНТИВНОЙ КОЛОСТОМЫ.....	76
Черданцев Д.В., Поздняков А.А., Шпак В.В., Рябов Ю.В. ВНУТРИБРЮШНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК КРИТЕРИЙ ТЯЖЕСТИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	77
Черкасов М.Ф., Грошилин В.С., Дмитриев А.В., Помазков А.А., Перескоков С.В. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	77
Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В., Помазков А.А., Старцев Ю.М. ОБОСНОВАНИЕ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ.....	78
Черниченко М.А., Сидоров Д.В., Бойко А.В., Завалишина Л.Э., Ложкин М.В., Петров Л.О. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ VEGF И EGFR КАК ПРЕДИКТОРОВ ОТВЕТА НА ХИМИОЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ У БОЛЬНЫХ НИЖНЕАМПУЛЯРНЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	78
Шапошников В.И. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКСТРЕННОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ КОПРОСТАЗЕ.....	79
Шемеровский К.А. КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ КОПРОСТАЗ И КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК.....	79
Щаева С.Н., Нарезкин Д.В., Соловьев В.И. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ.....	80
Щаева С.Н., Нарезкин Д.В., Соловьев В.И. КРИТЕРИИ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОКАЗАНИИ ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ.....	80
Эктов В.Н., Попов Р.В., Куркин А.В., Музальков В.А. ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ: ВАРИАНТЫ ПЕРВИЧНЫХ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	81
Яновой В.В., Симоненко А.А., Ходус С.В. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ СИНДРОМЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ.....	81
Ярмушов И.Н., Абызов И.Н., Агафонкин С.А., Казаков А.А., Аниуров С.А., Родин П.В., Гладков В.И., Нардин С.В., Игнатьев Р.О. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СУБКОМПЕНСИРОВАННОЙ И ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	81

ГЛАВА 3. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ачкасов С.И., Москалёв А.И., Сенашенко С.А., Шельгин Ю.А. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ ПЛАНОВОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ.....	83
Борота А.В., Борота А.А., Плахотников И.А., Кухто А.П. ПОЭТАПНАЯ ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКАЯ МУКОЭКТОМИЯ КУЛЬТЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....	83

68 (46,3%), внутренняя ректальная инвагинация – 25 (17,0%), их сочетание – у 54 (36,7%) пациентов. Функциональное состояние мышц тазового дна в рамках функции эвакуации оценивалось по манометрии высокого разрешения (HRAM): сравнением показателей давления в покое и в тесте с натуживанием. Нарушение эвакуации подтверждалось тестом на выталкивание ректального баллона в положении сидя. Функцию держания оценивали по данным аноректальной манометрии неперфузионным катетером (сфинктерометрии) и исследования проводимости по половому нерву.

РЕЗУЛЬТАТЫ. По данным HRAM, функциональные расстройства дефекации (F3, Римские критерии III) выявлены у 114 (77,6%) пациентов, отсутствует – у 33 (22,4%). Диссинергия I типа – у 71 (62,3%), (среднее давление покоя $69,3 \pm 24,2$ мм рт. ст., при натуживании $80,2 \pm 27,2$ мм рт. ст., балл обструкции – $11,3 \pm 3,5$, эвакуаторная проба отрицательная в 60,0% случаев. Неадекватная пропульсия (II тип) – у 9 (7,9%), балл обструкции $12 \pm 3,2$, эвакуаторная проба отрицательная в 78%. Диссинергия III типа – у 34 (29,8%) пациентов (давление покоя $66,5 \pm 20,3$ мм рт. ст., при натуживании – $61,2 \pm 19,8$), балл обструкции $10,3 \pm 4,8$, эвакуаторная проба отрицательная у 15,0%. Среди этих 114 пациентов снижение тонуса и сократительной способности анальных сфинктеров выявлено у 27 (23,7%) (среднее давление в покое – $37,2 \pm 2,5$ мм рт. ст., при волевом сокращении $99,9 \pm 7,6$ мм рт. ст.), увеличение проводимости по половому нерву более 2,2 мс зарегистрировано у 54 (47,4%). У больных без диссинергии снижение тонуса и сократительной способности анальных сфинктеров – у 11 (33,3%) больных (давление покоя $34,4 \pm 3,5$ мм рт. ст., при волевом сокращении – $84,5 \pm 10,1$ мм рт. ст.). Нарушение проводимости зарегистрировано в 21 (63,6%) случаях.

ВЫВОДЫ. У пациентов с обструктивной дефекацией функциональные расстройства дефекации выявлены у 114 (77,6%) пациентов, что сочетается с ослаблением функции держания в 27 (23,7%) случаев.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ И ТРАСССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА «КОЛЛОСТ»

Фролов С.А., Кузьминов А.М., Минбаев Ш.Т., Королик В.Ю., Богористров И.С., Черножукова М.О. ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Лечение свищей, охватывающих полностью или проходящих через глубокую порцию наружного сфинктера, остается сложной задачей в колопроктологии. Важным являются не только надежность ликвидации свищевого хода (рецидив заболевания достигает 35%), но и сохранение функции анального сфинктера. Пластические операции, применяемые при подобных свищах прямой кишки, сопровождаются развитием инконтиненции в 5–40% случаев.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения экстрасфинктерных и трансфинктерных свищей прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» накоплен опыт лечения 101 пациента со свищами прямой кишки, оперированных с применением биопластического материала «Коллост», среди них был 70 (69,3%) мужчин и 31 (30,7%) женщина, в возрасте от 22 до 63 года (средний возраст – 43 ± 10 лет). В группе исследования 21 (20,8%) пациент с трансфинктер-

ными свищами и 80 (79,2%) – с экстрасфинктерными свищами.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» разработан (2014 г.) и применяется способ хирургического лечения экстрасфинктерных 1–4 степени и трансфинктерных свищей прямой кишки с применением биопластического материала «Коллост», заключающийся в пластике внутреннего свищевого отверстия коллагеновой мембраной и пломбировке ложа иссеченного свищевого хода биопластическим материалом в форме жгута с последующим введением геля «Коллост». В раннем послеоперационном периоде в 1 (1,0%) случае отмечено кровотечение из послеоперационной раны. В срок от 3 месяцев до 6 лет, прослежены 88 (87,1%) пациентов, медиана наблюдения составила 38 месяцев. Рецидив заболевания выявлен у 7 (8,0%) пациентов. При анальной манометрии, выполненной 39 (44,3%) пациентам, данных за послеоперационную инконтиненцию не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предложенный способ операции позволяет сократить время оперативного пособия, уменьшая травму анального сфинктера, а применение биопластического материала позволяет надежно ликвидировать хронический парапроктит.

ТРЕХУРОВНЕВАЯ ПЛАСТИКА ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕКТОЦЕЛЕ

Хитарьян А.Г.,^{1,3} Дульеров К.А.,^{1,3} Стагниева Д.В.,² Прокудин С.В.,³ Ковалев С.А.^{1,3}

¹ НУЗ «Дорожная клиническая больница» ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД», г. Ростов-на-Дону, Россия

² МБУЗ Городская поликлиника № 16, г. Ростов-на-Дону, Россия

³ ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургическая анатомия тазового дна весьма сложна для понимания и стала предметом научного спора при разработке реконструктивных операций на тазовом дне в проктологии. С точки зрения понимания 3-х уровневой анатомии тазового дна становится понятным, что тяжелые формы тазовых пролапсов сопряжены с повреждением и недостаточностью связочного аппарата первого и второго уровня.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты хирургического лечения ректоцеле.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Клиническую группу составили 49 женщин, страдающих ректоцеле 2–3 степени. Возраст больных колебался от 31 до 70 лет. Пластика ректоцеле заключалась в сакрокардинальной фиксации справа, кольпорафии, дополненной трансанальной «11-часовой» мукопексией на высоту до 5 см от зубчатой линии.

Всем пациенткам проводили предгоспитальное обследование, включающее: клинический осмотр, мануальное гинекологическое и проктологическое исследование, оценку опущения тазового дна по системе POP-Q, эвакуаторную рентгеновскую проктодефектографию, дополнительно проводили тонопериометрию в покое и при напряжении, соноэластографию с функциональной пробой при натуживании.

При перинеометрии измеряли силу сокращения мышц промежности по величине прироста давления при напряжении мышц тазовой диафрагмы. При этом уточняли степень недостаточности тонического усилия мышц промежности.

Для оценки симптомов заболевания до и после операции использован опросник PFDI, CRADI, POPDI.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У исследуемых пациенток (n=49) ректоцеле 2 степени было выявлено у 21 (42,9%), а 3 сте-

пени – у 28 (57,1%).

При перинеометрии умеренная недостаточность мышц тазового дна встречалась у 20 (40,8%), а выраженная – у 29 (59,2%) больных.

Длительность операции составила $53,8 \pm 1,2$ мин. Объем кровопотери при операции – $129,1 \pm 5,2$ мл. В ранний послеоперационный период у 2 (4,1%) больных развилась гематома промежности. В исследуемой группе «хороший» результат был отмечен у 37 (75,5%) пациенток, «удовлетворительный» и «неудовлетворительный» – у 11 (22,4%) и 1 (2,0%) пациенток, соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При диагностике и лечении ректоцеле и тазового пролапса необходимо учитывать уровни поражения тазового дна и, в соответствии с этим, подбирать вид тазовой пластики, для улучшения результатов хирургического лечения ректоцеле.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ И ИНТРОНОДАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ (ИНЛК) ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Хитарьян А.Г.,^{1,2} Савченко С.В.,¹ Ковалёв С.А.,^{1,2}
Ромодан Н.А.,¹ Орехов А.Н.^{1,2}

¹ НУЗ ДКБ на станции Ростов-Главный ОАО «РЖД»,
г. Ростов-на-Дону, Россия

² ГБОУ ВПО РостГМУ, кафедра хирургических
болезней № 3, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Высокая распространенность геморроя диктует необходимость совершенствования традиционных (оперативных) методов его лечения, а также поиска новых, малоинвазивных способов, применимых в амбулаторной практике, позволяющих снизить сроки нетрудоспособности и уменьшить количество осложнений.

ЦЕЛЬЮ нашего исследования было оценить ближайшие и отдаленные результаты лечения внутреннего геморроя 3 степени с использованием отечественного лазера «Полюс» и лазерных световодов системы Radial Elves Painless Blolitec (Германия), по сравнению с применением широко известной методики склерозирования геморроидальных узлов 3% раствором этокси-склерола.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Все малоинвазивные операции проводили в амбулаторных условиях в положении больного для камнесечения без общего обезболивания. Склеротерапию выполняли с использованием аноскопа Self light Sapimed с диаметром рабочей части 23 мм, иглы 26G, склерозант вводили в объеме 1,5-2,5 мл в зависимости от объема узла непосредственно выше зубчатой линии.

При проведении ИНЛК геморроидальных узлов сразу выше зубчатой линии вводили 2-3 мл раствора анестетика, после чего, трансмукозно, над зубчатой линией во внутренний геморроидальный узел вводили лазерный световод в режиме лазерного воздействия таким образом, чтобы установить всю радиальную рабочую часть световода в просвет геморроидального узла. Затем осуществляли лазерную коагуляцию энергией 80-140 Дж по данным индикатора лазера в зависимости от объема и консистенции геморроидального узла. Критерием достаточности воздействия считали появление клинических признаков карбонизации: повышение задымленности в месте стояния световода, нарастание звука выпаривания тканей, появление первых неприятных тепловых ощущений у пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все малоинвазивные операции по лечению хронического внутреннего геморроя паци-

енты двух групп перенесли хорошо, не требуя дополнительного обезболивания. У одного пациента в первой группе и у 4 во второй отмечалось кровотечение из места выкола иглы, потребовавшее его прошивания нитью Викрил 3.0. В раннем послеоперационном периоде (до 2 недель) в первой группе ректальных кровотечений не отмечалось, во второй группе – на 6-8-й день отмечались ректальных кровотечения, в одном случае потребовавшие прошивания зоны коагуляции по общим обезболиванием и в 3-х случаях остановлены консервативно. Данные осложнения получены в период освоения методики и связаны с большой энергией лазерного воздействия более 130 Дж, а так же, возможно, с неполным погружением рабочей части лазерного световода в подслизистый слой и последующим развитием его некроза. Болевой синдром в обеих группах был выражен незначительно, и лишь в 10,5 и 15% случаев соответственно, потребовал 1-2-кратного приема обезболивающих препаратов в течение первых трех суток после операции. Тромбозов наружных геморроидальных узлов, острой задержки мочеиспускания в двух группах не отмечалось. С целью оценки отдаленных результатов лечения в сроки до 1 года удалено 19 пациентов 1-й группы и 32 пациента 2-й группы. У пациентов после склерозирования хорошие результаты лечения отмечались у 10 пациентов, в то время, как после ИНЛК геморроидальных узлов – у 43 больных. Удовлетворительные результаты были получены у 4 больных первой группы и 6 – 2-й. Так же у больных исследуемой группы почти вдвое уменьшилось количество неудовлетворительных результатов лечения 12,5 при ИНЛК против 26,3%.

Проведение трансректального доплеровского сканирования эндоректальным датчиком 8-10 МГц, для оценки состояния концевых ветвей верхних прямых кишечных артерий у всех больных 2-й группы, показало отсутствие признаков их повреждения в сроки 1 года после ИНЛК геморроидальных узлов.

ВЫВОДЫ. Методика ИНЛК в лечении неосложненного хронического геморроя 3 стадии по своей малоинвазивности сопоставима со склерозированием геморроидальных узлов 3% раствором этокси-склерола, однако, в отдаленном периоде она дает лучшие результаты по данным комплексной оценки.

К ВОПРОСУ ОБ УЛУЧШЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ

Хренов В.Е., Шлыков О.А.

БУЗ ВО «ВГКБ № 3», ВГМУ им. Н.Н.Бурденко,
г. Воронеж, Россия

В литературных публикациях нет единого мнения о преимуществах определенного способа лечения эпителиальных копчиковых ходов (ЭКХ).

ЦЕЛЬЮ данной работы является усовершенствование методов оперативного лечения больных с ЭКХ путем достижения заживления послеоперационной раны первичным натяжением, что, на наш взгляд, снижает процент рецидива заболевания к минимуму.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведено обследование и оперативное лечение 100 пациентам с ЭКХ в период с 2010 по 2016 год. Возраст большинства больных составил от 16 до 40 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Всем больным в качестве предоперационной подготовки проводилось тщательное удаление волос в области копчика и ануса. Проводилась дооперационная антибактериальная профилактика цефалоспоридами и фторхинолонами в зависимости от результатов бакпосева.

чалось значимых изменений плазменного звена гемостаза. Однако, по данным тромбозастрограммы, у пациентов после ХЛТ и метастазами рака прямой кишки в печень отмечены явления умеренной гиперкоагуляции. После операции у больных 3 групп наблюдалось удлинение АЧТВ, снижение А-III, увеличение D-димера с достоверным различием в группе с резекцией кишки и печени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Динамический контроль, включающий тесты скрининговой коагулограммы (АЧТВ, фибриноген, А-III, D-димер), а также данные тромбозастрограммы выявили нестабильность системы гемостаза в трех группах. Мониторинг и динамический контроль гемокоагулограммы совместно с тромбозастрограммой позволяют проводить целенаправленную антикоагулянтную профилактику, а при необходимости назначать своевременную гемостатическую терапию в периоперационном периоде при раке толстой кишки.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МАНОУАЛЬНО-АССИСТИРОВАННЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ ДОСТУП ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ СО СЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИЕЙ

Хитарьян А.Г., Провоторов М.Е., Глумов Е.Э., Велиев К.С., Карпова И.О., Мурлычев А.С.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Рак толстой кишки занимает четвертое место в мире в структуре онкологической заболеваемости. Ежегодно в мире регистрируют более 800000 новых случаев выявления колоректального рака. Заболеваемость колоректальным раком составляет 56,4-58 на 100.000 населения. Пятилетняя выживаемость составляет примерно 60% в развитых странах и менее 40% в государствах с ограниченными ресурсами.

В последние годы стремительно развивается хирургическая колопроктология. При соблюдении онкологических принципов оперирования нет достоверных различий между показателями выживаемости, частоте отдаленных метастазов и качества жизни при лапароскопических и открытых вмешательствах. Многоцентровые исследования демонстрируют эффективность лапароскопических вмешательств сопоставимую с традиционной «открытой» хирургией. Однако не во всех случаях возможно выполнить хирургическое вмешательство лапароскопическим методом. К таким случаям относят: ожирение ИМТ (индекс массы тела) >30 кг/м², узкий таз, особенно у мужчин, низкая локализация опухоли – до 10 см от входа в анальный канал, а так же при значительном укорочении брыжейки тонкого и толстого кишечника, высокой фиксации селезеночного изгиба ободочной кишки и интимной фиксации к селезенке, плохой подготовке кишечника при частичной кишечной непроходимости, больших размерах опухоли, при выраженном перифокальном воспалении.

ЦЕЛЬ. Разработать оптимальную методику удаления опухолей левой половины ободочной и прямой кишки у пациентов со сложной хирургической анатомией и изучить особенности периоперационного периода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2012 по 2014 гг. в хирургическом отделении НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД» по поводу

опухолей левой половины ободочной и прямой кишки со сложной анатомией данной области прооперирован 71 пациент. Им выполнена разработанная в клинике методика лапароскопической мануально-ассистированной операции. Пациенты, в зависимости от ИМТ, разделены на 2 группы до 30 кг/м² – в первой подгруппе и больше 30 кг/м² – во второй. В 1 группе состояло 52 (73,2%) пациента, во 2 группе – 19 (26,8%). Показанием к операции считали: опухоль нисходящей, сигмовидной и прямой кишки Т1-3 N0-2 M0, опухоли средне- и нижнеампулярного отдела прямой кишки Т4 M0.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Наибольшая кровопотеря составила 282 мл у пациента с экстирпации прямой кишки. Наименьшая – 70,5 мл, в случае операции на левой половине ободочной и сигмовидной кишки и верхнеампулярном отделе прямой кишки. По времени операции наибольшее потребовалось при экстирпации прямой кишки и составило 321,9 минуты. Наименьшее – 151,2 минуты – при выполнении операции на левой половине ободочной и сигмовидной кишки и верхнеампулярном отделе прямой кишки. Длительность восстановления эвакуаторной функции кишечника (появление самостоятельного стула) достоверно меньше было в первой группе у пациентов не зависимо от ИМТ.

ВЫВОДЫ. Представленная техника лапароскопической мануально-ассистированной операции в боковой и спинальной позиции при удалении опухолей левой половины толстого кишечника оптимальна у пациентов со сложной хирургической анатомией. Эффективность предложенной малоинвазивной техники у больных с опухолями левой половины толстого кишечника доказана низкой кровопотерей во время операции, коротким периодом восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника.

ЧАСТОТА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРЕЗА ЖКТ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Хомьяков Е.А., Рыбаков Е.Г., Шелыгин Ю.А.

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

ВВЕДЕНИЕ. Состояние динамической кишечной непроходимости, при котором происходит нарушение нормальной согласованной пропульсивной моторики желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), называется послеоперационный парез ЖКТ. Послеоперационный парез ЖКТ характеризуется невозможностью перорального приема пищи, отсутствием перистальтики, газов и стула через 72 часа после операции. Определение факторов риска позволит выявить группу пациентов, наиболее подверженную возникновению пареза ЖКТ в послеоперационном периоде и разработать алгоритм профилактики данного осложнения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. С ноября 2015 г. в ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва, проводится проспективное исследование, цель которого – поиск факторов риска и разработка эффективных мер профилактики и лечения послеоперационного пареза ЖКТ. В исследование планируется включить 600 пациентов, оперированных по поводу колоректального рака. Критерий включения: больные колоректальным раком, которым выполнено радикальное оперативное вмешательство. Основной оцениваемый показатель исследования – сроки восстановления кишечной функции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В настоящий момент в исследование включено 150 человек (78 женщин и 72 мужчин) в возрасте 25-83 лет (медиана 63 года), которым выполнено