



РШКХ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

КОНКУРСА НАУЧНЫХ РАБОТ
XIII МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
РОССИЙСКАЯ ШКОЛА КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ
ХИРУРГИИ 2023

Опыт применения модифицированной пластики по Лимбергу при рецидивном эпителиальном копчиковом ходе.

малая проктология

устный доклад

Докладчик:

- Саакян Георгий Германович
- Данилов М.А.
- Абдулатипова З.М.
- Чудных С.М.

ДЗМ ГБУЗ МКНЦ им. А.С.Логинова

Введение:

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) — это гнойно-воспалительное заболевание мягких тканей межъягодичной области, при котором образуется свищевой ход, распространяющийся от кожи до пресакральной фасции. Несмотря на наличие множества методик лечения, от медикаментозных и малоинвазивных до хирургических, с различными вариантами замещения дефекта тканей, золотого стандарта лечения сложных и рецидивных ЭКХ на сегодняшний день существует. Важнейшим преимуществом пластических операций является закрытие дефекта, возникающего после удаления пораженного участка, без натяжения тканей и ликвидации межъягодичной борозды. Таким образом снижается частота рецидивов и количество послеоперационных осложнений. Наиболее часто используется Karidakis flap и пластика по Лимбергу

Цель:

Улучшение результатов лечения осложненных и рецидивных форм ЭКХ путем применения модифицированной пластики по Лимбергу.

Методы:

На базе отделения колопроктологии ГБУЗ МКНЦ им А.С. Логинова ДЗМ в период с 2016 по 2022 год пролечено 72 пациента с рецидивным и осложненным ЭКХ. Модифицированная пластика перемещенным лоскутом (основная группа) была выполнена у 46 пациентов, классическая пластика по Лимбергу (контрольная группа) – у 26. Суть модификации методики заключается в выкраивании кожно-подкожного лоскута вместе с ягодичной фасцией, что позволяет более надежно фиксировать лоскут и снижает натяжение кожи. Оба варианта операции завершались дренированием ложа с помощью активной аспирации. Средний возраст больных составил $24,6 \pm 4,5$ лет (все пациенты мужского пола). Группы не различались по ИМТ, возрасту, индексу ASA и сопутствующей патологии. Медиана наблюдения составила 17 месяцев.

Результаты:

Группы не различались по объему интраоперационной кровопотери и продолжительности вмешательства. В основной группе средняя продолжительность нахождения в стационаре составила $6,5 \pm 2,1$ дня, в контрольной - $6,4 \pm 1,8$ дней, однако различия были статически не значимыми, $p=0,24$. Послеоперационные осложнения в виде нагноения послеоперационной раны встречались чаще у пациентов контрольной группы - у 4 пациентов (15,6%), в основной группе – у 2-х пациентов (4,3%), $p=0,02$. Частичное заживление вторичным натяжением и увеличение сроков пребывания в стационаре зафиксировано у 6 пациентов (23%) контрольной и 1 пациента (2,1%) основной группы, $p=0,03$ Поздние осложнения или рецидив заболевания развились у четырех пациентов (15,3%) контрольной группы, $p=0,01$

Заключение:

Применение модифицированной пластики по Лимбергу приводит к снижению частоты послеоперационных осложнений и рецидива заболевания. Данная методика может считаться более эффективным методом лечения осложнённых и рецидивных форм ЭКХ, при иссечении которых образуется обширный дефект тканей.

Лечение длительно незаживающих ран после хирургических вмешательств.

малая проктология

постерный доклад

Докладчик:

- Сологова Екатерина Александровна, ФГБУ Поликлиника №1 УДП Президента РФ
- Яковлев Александр Александрович, ООО Центр иммунотерапии «Иммунохелп»

Введение:

Заживление ран — это сложный динамичный многофазный процесс со множеством клеточных событий, которые должны быть точно скоординированы для эффективного восстановления поврежденной ткани.

Любой сбой в данном процессе заживления ран приводит к аномальному образованию рубцов и хроническому состоянию.

Хронические раны влияют на качество жизни пациентов и ложатся тяжелым финансовым бременем на систему здравоохранения из-за длительной и постоянной потребности в человеческих и терапевтических ресурсах. По настоящий день клиническая оценка и лечение хронических ран остается сложной задачей и следовательно, требуется поиск специализированного биомедицинского интенсивного метода лечения.

Аутологичная плазма, обогащенная тромбоцитами, является одним из таких методов, который набирает популярность. Считается, что богатая тромбоцитами плазма стимулирует заживление ран, высвобождая факторы роста и другие биоактивные компоненты, необходимых для полноценной регенерации.

Не смотря на появление в мире всё больших доказательств регенеративного эффекта аутологичной плазма богатой тромбоцитами, публикаций в колопроктологии остаётся крайне мало.

Цель:

Наша цель состояла в том, чтобы оценить регенеративные эффекты, в том числе скорость заживления и стимуляция образования грануляционной ткани, богатой тромбоцитами плазмы в лечении хронических ран после вмешательств на аноректальной зоне.

Методы:

В комплексном лечении хронических ран в аноректальной зоне использовали метод на основе плазмы, обогащенной тромбоцитами, для усиления процессов репарации тканей.

Результаты:

Метод с использованием плазмы, богатой тромбоцитами, продемонстрирует устойчивую тенденцию к полному разрешению хронического раневого процесса и позволяет осуществить терапию у пациентов с длительными незаживающими ранами аноректальной зоны, к которым безуспешно применялись стандартные подходы. Нежелательных явлений во время лечения и периода наблюдения не зарегистрировано.

Заключение:

Мы пришли к выводу, что метод с использованием плазмы, богатой тромбоцитами в комбинации с уже известными терапевтическими и хирургическими подходами значительно увеличивает шансы на полное выздоровление пациента. Использование плазмы, богатой тромбоцитами способствует стимуляции регенеративных процессов и показывает достойные результаты, является безопасной, эффективной и недорогой стратегией регенеративной медицины при заживлении хронических язв аноректальной зоны.

Treatment outcomes of anorectal fistulas with anal fissures.

малая проктология

постерный доклад

Докладчик:

- Чурина Юлия Александровна
- Михалёва Е.С.
- Медкова Ю.С.
- Парахина Л.В.
- Кузина Е.А.
- Деринов А.А.
- Тулина И.А.
- Царьков П.В.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский Университет)

Введение:

There is just a several studies about the combination of chronic anal fissures and anorectal fistulas. The difficulties in diagnosis, unclear treatment options and pathogenesis are the reasons of this research.

Цель:

To estimate the results of surgery for patients with fistulas in combination with chronic anal fissures.

Методы:

The retrospective non - randomized study included patients with chronic anal fissure and focused on those of them who have had the combination anal fissure with anorectal fistulas. The literature data as well as our own observations prompted the detection of signs of fistula in such patients. Since March 2022, magnetic resonance imaging (MRI) has been performed in patients with the ineffectiveness of treatment, symptoms recurrence despite the therapy and the presence of the fistula during examination (102 cases). Previously, MRI was not performed routinely (155 cases). All patients underwent conservative therapy, including chemical sphincterotomy. Type of procedure depended on the sphincter complex involvement, the presence of additional tracts, the architectonics of the fistula, location and the presence of internal and external openings. The frequency of recurrences, incontinence, duration of wound healing, postoperative complications were evaluated. Incontinence was assessed according to the Wexner scale. In the postoperative period, complex therapy was supplemented including chemical sphincterotomy.

Результаты:

Among 227 patients with chronic anal fissures who required surgical treatment, 72 had anal fistulas (31,7%). 155 patients underwent fissure excision, 11 of them had non-healing wound (the presence of fistula was excluded). The remaining 102 patients underwent MRI according to which the presence of fistulas was confirmed in 72 cases.

Patients with fistulas were: 37 (51.4%) men, 35 (48.6%) women, the average age was 44.8 [30-71] years. Submucosal fistulas were in 24 (35.4%) cases, intersphincteric - 24 (35.4%), transsphincteric-19 (27.4%), intersphincteric horseshoe fistula in 1 patient (1, 8%). Secondary tracts were in 15 patients (21%), 12 had intersphincteric location (80%), 2 - suprasphincteric (13%), in 1 case it was ischiorectal (7%).

Fistulectomy was performed in 62 patients, 28 of them (39%) underwent sphincteroplasty, 34 – without plasty (47%) and advancement flap was in 1 patient (1.8%). The use of platelet-rich fibrin mass and stromal vascular adipocyte fraction was in 7 and 2 patients, respectively (9% and 3.2%).

Healing rate was 85% (61 patients), 3 patients had non-healing wound (4%), 8 (11%) had a recurrence. The follow-up was 7.2 [3 - 27] months. Incontinence was registered in 1 patient (2 points on the Wexner scale). The average duration of wound healing was 9.5 weeks [5-16]. Among the complications were acute paraproctitis in 1 case (1.4%), suture failure in 4 patients (6%), long-term non-healing wound in 3 patients (4%).

Заклучение:

Study demonstrates a high incidence of fistula in patients with chronic anal fissure. Ineffectiveness of fissura therapy allows suspecting a fissure-fistula and performing an MRI. Further research may lead to a treatment changing and improving the results of treatment.

МРТ диагностика параректальных свищей. Наш опыт.

малая проктология

постерный доклад

Докладчик:

- Мытник Николай Николаевич
- Высоцкий Франц Мечиславович
- Махмудов Анвар Магомедович
- Трусевич Татьяна Леонидовна
- Горячко Ирина Алексеевна
- Ванькевич Павел Евгеньевич
- Кудлю Игорь Олегович
- Мельников Г.Н.

УЗ “2-ая ГКБ”

Введение:

Свищи прямой кишки являются одними из самых распространенных колопроктологических заболеваний, частота колеблется от 15 до 30%. Лечение параректальных свищей является довольно трудной и актуальной проблемой. Частота встречаемости свищей прямой кишки среди лиц трудоспособного возраста от 6,1% до 22,4%, что является значимой социальной проблемой. Инструментальными методами диагностики параректальных свищей являются исследование зондом, проба с красителем, фистулография, ректороманоскопия, но эти методы не всегда дают исчерпывающий диагностический ответ. В нашей клинике чаще стали применять магнитно-резонансную томографию для выбора тактики хирургического лечения пациентов с параректальными свищами. Данный метод даёт наиболее достоверную информацию о локализации свищевого хода, его ответвлениях, затёках, расположение их относительно внутреннего и наружного сфинктеров, а так же местах расположения внутренних свищевых отверстий.

Цель:

Продемонстрировать эффективность МРТ в диагностике параректальных свищей, и определения тактики хирургического лечения.

Методы:

В период с марта 2022 г. по июнь 2023 г. в нашей клинике было выполнено 37 МРТ-исследований у пациентов со сложными и рецидивными параректальными свищами. Обследование пациентов осуществлялось на магнитно-резонансном томографе фирмы «General Electric» Optima 450 с напряженностью магнитного поля 1,5 тесла с использованием T2 и T1-взвешенных изображений в корональной и аксиальной плоскостях, параллельно и перпендикулярно длинной оси анального канала, дополнительно T2 с подавлением жира.

Результаты:

За исследуемый период 32 пациентам было выполнено 37 МРТ-исследований (некоторым пациентам выполнялось повторное исследование в связи с этапным лечением для определения динамики процесса заживления после проведенного ранее оперативного лечения, а также для определения необходимости и тактики дальнейшего хирургического лечения).

Всем пациентам с параректальными свищами выполнялись рутинные методы исследования, в т.ч. предоперационные (зондирование, проба с красителем, ректоскопия). В сравнении с данными методами, МРТ-диагностика позволила дополнительно выявить наличие

параректальных затёков у 18 пациентов (56,3%), визуализировать внутреннее свищевое отверстие у 14 пациентов (43,7%).

В структуре параректальных свищей преобладали трансфинктерные свищи (21 пациент – 65,6%), далее интрасфинктерные свищи (8 пациентов – 25%), экстрасфинктерные свищи (3 пациента – 9,4%).

Уточнение диагноза повлияло на выбор тактики хирургического лечения. По результатам МРТ применялись следующие виды оперативных вмешательств: 18 пациентам (56,3%), в т.ч. всем пациентам с экстрасфинктерными свищами, было выполнено дренирование затёка и проведение дренирующей лигатуры типа «Loose-Seton» через свищевые отверстия; 6 пациентам (18,7%) выполнялось иссечение свища со сфинктеропластикой; 8 пациентам (25%) выполнялось иссечение свища.

Заключение:

МРТ позволяет определить более точную локализацию, длину и ширину свищевого хода, его отношение к тазовым органам, а также позволяет выявить наличие вторичных свищей или абсцессов. Эффективность МРТ обеспечивается отображением на томограммах четкой анатомической картины, которая достоверно показывает топографию не только органов и тканей, но и позволяет определить анатомические границы патологического процесса. Благодаря высокой точности и неинвазивности, МРТ является полезным инструментальным методом исследования пациентов с целью визуализации и предоперационной оценки свищей прямой кишки, выбора тактики оперативного лечения.

Следует отметить, что МРТ-исследование не исключает диагностическую значимость рутинных методов исследования, а дополняет их, позволяя оптимизировать хирургическую тактику лечения.

Первый опыт применения липографтинга в лечении аноректальных свищей.

малая проктология
постерный доклад

Докладчик:

Зубенков Максим Владимирович, медицинский центр Глобал Клиник

Введение:

До сих пор спорным остается вопрос о выборе метода лечения аноректальных свищей. Сохранение функции держания анального сфинктера с минимальной его травматизацией, а также уменьшение частоты рецидивов остаются основными и главными направлениями развития хирургии свищей заднего прохода. В последние годы, в различных отраслях медицины, набирают популярность методики инъекционных аутоотрансплантаций продуктов на основе липоаспирата (липофилинг, липографтинг), также появилось и несколько зарубежных публикаций по применению липографтинга именно при аноректальных свищах. Однако, стоит отметить, что в современной мировой литературе все-таки отмечается явный недостаток работ и серьезных исследований по вопросам аутоотрансплантации жировой ткани при лечении колопроктологических заболеваний.

Цель:

Оценить первые результаты применения липографтинга в лечении аноректальных свищей

Методы:

В 2022-2023гг. в мед.центре «Глобал Клиник» (г.Н.Новгород), с применением липографтинга, было пролечено 9 больных с криптогландулярными свищами заднего прохода, все свищи были трансфинктерными, из них 4 (44,4%) женщины и 5 (55,6%) мужчин. Возраст больных колебался от 35 до 62 лет. Суть операции заключалась в том, что после механического дебридмента свищевого хода с ушиванием внутреннего и расширения наружного свищевого отверстия, производилось введение эмульгированного липографта (с использованием иглы 21 G) в парафистулярное пространство и непосредственно в сам свищевой ход, а также дополнительно полученного NanoFat, который вводился уже подслизисто (с использованием иглы 27 G) в область ушитого внутреннего свищевого отверстия. В среднем, после шприцевой липосакции жировой ткани, всего использовалось около 15 мл эмульгированного липографта, полученного путем эмульсификации через переходник с диаметром канала 1,2 мм., а также 7-10 мл. NanoFat, полученного через NanoTransfer, который осуществляет максимальную фрагментацию (диаметр ячейки 0,4 мм) и позволяет вводить липографт уже через значительно меньший диаметр иглы. Жировой аспират у всех забирался со внутренней поверхности бедра в положении больного для литотомии. Эффективность данного метода обусловлена быстрым фиброзным замещением просвета свища, а также ликвидацией воспалительного процесса в парафистулярных тканях.

Результаты:

Индекс боли VAS в послеоперационном периоде не более 1-2 балла, средние сроки нетрудоспособности 8-12 дней, полное заживление свищей наблюдалось в течение 2-4 недель. Срок наблюдения от 3 до 14 месяцев. Полученные осложнения: гематома на внутренней поверхности бедра (на месте забора жира) у 1-го (11,1%) больного, которая в последующем самостоятельно разрешилась, локальный абсцесс на месте введения липографта (на 3 неделе после операции) у 1-го (11,1%) больного, потребовавший дополнительного вскрытия и дренирования. Рецидив отмечался у 2-х (22,2%) больных.

Заключение:

применение липографтинга в лечении аноректальных свищей является сфинктеросохраняющей, малоинвазивной и безопасной методикой, с невыраженным послеоперационным болевым синдромом, малыми сроками нетрудоспособности и реабилитации больных, а также исключающей риски анальной инконтиненции в послеоперационном периоде. Однако, для оценки эффективности применения данного метода требуется дальнейший набор пациентов и оценка более отдаленных результатов

Комплексный подход к лечению длительно незаживающих послеоперационных ран анального канала.

малая проктология
постерный доклад

Докладчик:

Ким Алина Евгеньевна, МЦ Глобал Клиник

Введение:

С развитием современной проктологии, внедрением новых технологий, в том числе лазерных, нередко фиксируются случаи развития длительно незаживающих ран анального канала. Это может быть связано как с особенностями трофики аноректальной зоны, наличием инфекционных заболеваний, нарушения моторики кишечника, так и с несовершенством применяемых методик. Сформировавшаяся длительно незаживающая рана анального канала значительно снижает качество жизни пациента, а также способствует снижению лояльности пациента к действиям лечащего врача. Ввиду перечисленных аспектов, лечение ран такого типа должно быть минимально инвазивным и максимально эффективным.

Цель:

Оценить эффективность лечения длительно незаживающих ран путем химической сфинктеротомии с применением препарата «Ксеомин» и введением в дно раны обогащенной тромбоцитами аутологичной плазмы.

Методы:

В период с сентября 2021 года по апрель 2023 года в условиях амбулаторного центра наблюдались 5 пациентов с длительно незаживающей послеоперационной раной. Рана имела вид хронической трещины, с ороговевшими белесыми краями, гиперемизированным дном. Клинически проявлялась выраженными болями при опорожнении, кровотечениями, стул обильным, на фоне которой определялся повышенный тонус жома, и устойчивостью к консервативной терапии. 40 Ед препарата «Ксеомин» вводилось в две точки внутреннего сфинктера справа и слева от раны, отступя от краев приблизительно 1 см. В дно и края раны полипозиционно папулами вводилась обогащенная тромбоцитами аутологичная плазма. Процедура введения плазмы повторялась через 7 дней. Всего каждому пациенту было выполнено 3 процедуры введения плазмы.

Результаты:

После первой процедуры, сочетанной с введением препарата Ксеомин во внутренний сфинктер, все пациенты отмечали значительное и стойкое снижение болевого синдрома при опорожнении, уменьшение количества выделяемой при опорожнении крови, отмечена краевая эпителизация дна раны. У всех пациентов достигнуто клиническое улучшение и эпителизация дна раны после второй процедуры введения плазмы. В результате лечения все пациенты отмечали значительное улучшение качества жизни, ни одному пациенту не было показано оперативное лечение.

Заключение:

Лечение длительно незаживающих ран анального канала является сложным и одновременно актуальным вопросом. Существенно осложняет лечение их психологическая напряженность пациента, уже перенесшего оперативное вмешательство на прямой кишке и анальном канале. Малоинвазивные методики лечения, такие как сочетание химической сфинктеротомии с

регенеративными свойствами обогащенной тромбоцитами аутоплазмы могут стать достойным подспорьем в реабилитации пациента.

Опыт использования обогащенной тромбоцитами фибриновой массы (PRF Vivastsat System) для лечения сложных свищей прямой кишки.

малая проктология
постерный доклад

Докладчик:

- Цугуля Петр Борисович
- Чурина Ю.А.
- Тулина И.А.
- Царьков П.В.

Клиника колопроктологии и малоинвазивной хирургии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ (Сеченовский университет).

Введение:

Экзизионные способы лечения сложных свищей прямой кишки сопровождаются достаточно высоким уровнем эффективности. Тем не менее, риск развития инконтиненции является фактором, требующим более деликатного подхода без значимой травматизации сфинктерного комплекса. В настоящее время набирают популярность малоинвазивные способы лечения свищей, в том числе направленные на усиление репаративных способностей тканей.

Цель:

Оценка эффективности использования обогащенной тромбоцитами фибриновой массы (PRF Vivastsat System) при лечении сложных свищей прямой кишки.

Методы:

В ретроспективное одноцентровое исследование было включено 23 пациента. Степень сложности свища и архитектура хода определялись по данным осмотра и на основании магнитно-резонансной томографии (МРТ) аноректальной области. У всех пациентов выявлены свищи высокого уровня (более 1/3 сфинктерного комплекса). Производился забор 120 мл крови пациента из кубитальной вены в колбу, после чего выполнялось центрифугирование в системе Vivastsat с получением 6-8 мл обогащенной тромбоцитами фибриновой массы. После предварительного брашинга свищевого хода и орошения его физиологическим раствором для удаления тканевого детрита ушивалось внутреннее отверстие. С использованием распылителя свищевой ход заполнялся полимеризованной фибриновой массой, оставшаяся часть раствора с использованием инъекционной иглы вводилась в зону внутреннего свищевого отверстия, в стенки свищевого хода.

Оценка параметров заживления осуществлялась при контрольном осмотре, а также с применением МРТ. Заживление регистрировалось при отсутствии клинических проявлений со стороны свища, отсутствии наружного, внутреннего свищевых отверстий. Инконтиненция оценивалась в соответствие со шкалой Векснера.

Результаты:

Из 23 пациентов (11 мужчин и 12 женщин) трансфинктерные фистулы наблюдались у 18 пациентов, экстрасфинктерные – у трех. У 1 пациента определялся неполный внутренний свищ с инфралеваторным затеком, а также в 1 случае выявлен передний интерсфинктерный свищ с подковообразным затеком. У 9 пациентов предварительно была установлена дренирующая лигатура. Помимо основного свища, затеки и 3-м пациентам было повторное введение.

Период наблюдения составил 10,5 (min=4, max=19) месяцев. У 8 (34%) пациентов развился рецидив, что в ряде случаев потребовало повторного введения PRF, при этом в одном из них наступило заживление. Трём пациентам в последующем выполнены эксцизионные вмешательства, у 2 - введение страмально-васкулярной фракции (у 1 наступило заживление). В послеоперационном периоде среди осложнений зарегистрирован острый парапроктит у 1 больного. Ни у одного пациента не отмечено явлений инконтиненции.

Заключение:

Обогащенная тромбоцитами фибриновая масса (PRF Vivastat System) – безопасный с точки зрения сохранения континенции метод малоинвазивного лечения сложных свищей прямой кишки. Эффективность процедуры сопоставима с результатами использования аналогичных методов по данным литературы. Важным преимуществом является аутологичность материала и наличие дополнительных репаративных свойств.

Новый способ хирургического лечения трансфинктерных свищей прямой кишки.

малая проктология
постерный доклад

Докладчик:

Арутюнян Ованес Арташович, Военно-медицинская академия

Введение:

Ежегодно регистрируется 6-12 случаев параректальных свищей на 100000 взрослого населения. В структуре колопроктологических заболеваний хронический парапроктит занимает одно из первых мест и составляет от 15 до 30%. Наиболее часто встречается у лиц трудоспособного возраста - 30-50 лет. Соотношение мужчин и женщин колеблется от 2:1 до 4:1. Около 40-45% случаев приходится на трансфинктерное расположение свищевого хода. Несмотря на многообразие применяемых методов лечения, частота рецидива заболевания составляет от 11 до 37%, различные ранние и поздние осложнения достигают 40%.

Цель:

Улучшение результатов хирургического лечения больных хроническим парапроктитом с трансфинктерными параректальными свищами.

Методы:

В клинике общей хирургии ВМедА разработан новый способ хирургического лечения трансфинктерных свищей прямой кишки (патент на изобретение RU 2797217 C1, 31.05.2023). Особенности операции заключаются в полноценном закрытии внутреннего свищевого отверстия перемещенным слизисто-мышечным лоскутом, который выделяется из полулунного разреза по анокутанной складке длиной 5-6 см без дополнительных боковых разрезов, а также экономное иссечение наружного свищевого хода до подкожной порции сфинктера с использованием троакарного порта 10мм. Изучены результаты хирургического лечения 26 пациентов с трансфинктерными свищами прямой кишки, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ВМедА в период с 2020 по 2022 г.г. Среди пациентов было 16 (61,5%) мужчин и 10 (38,5%) женщин в возрасте от 27 до 80 лет (средний возраст $50,4 \pm 6,7$). Для проведения исследования больные были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу вошли 14 пациентов, перенесших операцию по разработанной методике. В контрольной группе было 12 больных, которым выполнено иссечение параректального свища с проктопластикой слизисто-подслизистым лоскутом. В раннем послеоперационном периоде проведена оценка болевого синдрома с использованием 10-ти бальной ВАШ.

Результаты:

Интенсивность болевого синдрома по 10-ти бальной ВАШ после операции в 1-е сутки составила в основной группе $2,6 \pm 0,3$, в контрольной – $3,5 \pm 0,4$ балла с постепенным снижением к 3-м суткам до $1,2 \pm 0,2$ и $2,0 \pm 0,2$ баллов. Осложнения раннего послеоперационного периода выявлены у 3 (11,5%) пациентов. У 2 пациентов старшей возрастной группы в основной и контрольной группах в 1 сутки послеоперационного периода развились дизурические расстройства, которые купированы катетеризацией мочевого пузыря. У 1 пациента контрольной группы на 3 сутки развилось кровотечение из раны перианальной области, потребовавшее гемостаза прошиванием. Сроки пребывания пациентов в стационаре составили от 3 до 5 суток. Сроки заживления ран в основной группе составили $18 \pm 1,3$ суток, в контрольной группе $24 \pm 1,6$ суток. Отдаленные результаты отслежены в сроки от 6 до 24 месяцев. Рецидив параректального свища зарегистрирован у 2 (14,3%) пациентов основной и

у 2 (16,7%) пациентов контрольной группы. Эффективность хирургического лечения составила 83,3-85,7% соответственно.

Заключение:

Разработанный способ приводит к улучшению результатов лечения больных с трансфинктерными свищами прямой кишки, уменьшению интенсивности болевого синдрома в послеоперационном периоде, более быстрому заживлению раны в перианальной области.

Синусэктомия и LOCULA в рамках амбулаторного приема врача-колопроктолога.

малая проктология

постерный доклад

Докладчик:

• Пикуза Мария Николаевна, Клиника Колопроктологии и Малоинвазивной Хирургии (УКБ №2)

• Шлык Д.Д.

• Тулина И.А.

• Царьков П.В.

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ.

Введение:

На сегодняшний день «золотым стандартом» в лечении ЭКХ остается иссечение со смещением межъягодичной борозды, требующее пребывания в стационаре до 7 дней, ограничения активности до 2 месяцев после операции, при этом частота рецидивов составляет до 10%. В последнее время всё большую популярность приобретают малоинвазивные методики с локальным иссечением отверстий и ходов, с последующим заживлением раны вторичным натяжением. Такие методы могут служить альтернативой «большим эксцизионным» операциям и выполняться амбулаторно под местной анестезией. К таким методам относятся синусэктомия и LOCULA (деруфизация+кюретаж), которые уже продемонстрировали свою эффективность в единичных исследованиях.

Цель:

Оценить и сравнить непосредственные и отдаленные результаты синусэктомии и процедуры LOCULA в качестве амбулаторных операций при ЭКХ.

Методы:

Ретроспективный анализ включал пациентов с первичными и рецидивными ЭКХ. Обе процедуры проводились амбулаторно под местной анестезии. Предварительно выполнялось УЗИ крестцово-копчиковой области для определения расположения, длины хода и наличия затеков. Пациент располагался в прон-позиции, ягодичы разводились с помощью лейкопластыря. Операционное поле обрабатывалось раствором Бетадина.

При проведении синусэктомии после прокрашивания раствором красителя пилонидальные отверстия циркулярно иссекались. Раны заживали вторичным натяжением.

При проведении методики LOCULA выполнялась зондовая ревизия, рассечение кожи над полостью, удаление волос и грануляционной ткани, содержащейся внутри, кюретаж стенок и дна и дальнейшее открытое ведение послеоперационной раны.

Результаты:

В период с января 2021 года по март 2023 года было прооперировано 36 пациентов: 18 пациентам была выполнена синусэктомия, а другим 18 – деруфизация и кюретаж. Соотношение мужчин и женщин в обеих группах составило 3:1 ($p=0.002$). Процедуры достоверно не отличались по времени операции $15,3\pm 0,6$ мин и $16,9\pm 0,5$ мин ($p=0,36$), кровопотере $1,2\pm 0,5$ мл и $1,3\pm 0,6$ мл ($p=0,42$) и частоте осложнений (хирургические инфекции) ($p=0,4$). Время полной эпителизации раны было достоверно меньше после синусэктомии – 29 ± 8 дней чем после деруфизации и кюретажа - 44 ± 12 ($p=0,04$). Размеры раны при деруфизации были значительно больше, чем при синусэктомии (min 2 см, max 10 см и min 0.5

см, max 1.5 см соответственно). Средняя продолжительность наблюдения составила 10 ± 7 месяцев и 7 ± 6 месяцев соответственно ($p=1,69$). К концу наблюдения у 1 пациента в каждой группе был диагностирован рецидив (5,5%).

Заключение:

Малоинвазивные методы лечения пилонидальной болезни набирают популярность среди врачей амбулаторного приема. Стоит отметить, что «неэксцизионные» техники могут быть применимы как для простых синусов, так и для осложненных и рецидивных форм. Самыми перспективными «операциями обеденного перерыва» на сегодняшний день являются синусэктомия и LOCULA. Несмотря на одинаково простое и быстрое выполнение, синусэктомия приводит к более быстрому заживлению послеоперационных ран, при этом, существенных различий в частоте рецидивов при данных операциях не получено. Однако сроки наблюдения за больными не превышали более 2-х лет, что свидетельствует в пользу необходимости дальнейшего наблюдения и проведения рандомизированных исследований.

Оценка отдаленных результатов лазерной геморроидопластики при лечении 3 стадии геморроидальной болезни у работников железнодорожного транспорта.

малая проктология
постерный доклад

Докладчик:

Созонов Дмитрий Мстиславович, ЧУЗ КБ РЖД Медицина

Введение:

Проблема геморроидальной болезни у работников железнодорожного транспорта является актуальной. Наиболее эффективным и зарекомендовавшим себя методом лечения является геморроидэктомия. Однако обратной стороной является негативные последствия в раннем и позднем послеоперационном периоде. Лазерная геморроидопластика имеет большие перспективы в лечении геморроидальной болезни рамках эффективности и раннего восстановления

Цель:

Оценить отдаленные результаты метода лазерной геморроидопластики за пятилетний период наблюдения

Методы:

В период с января 2018 года по декабрь 2022 на базе нашей клиники было прооперировано 82 пациента по методике лазерной геморроидопластики с использованием аппарата «ИРЭ-Полус». В отдаленном периоде оценивались наличие отдаленных осложнений, а так же рецидивы заболевания

Результаты:

В период стационарного лечения осложнения составили 6,1 %, среди которых перианальный отек и тромбоз, гипертермия. За первый год наблюдался 61 (74,39%) пациент осложнения встретились в 5 случаях (2 случая перианального венозного тромбоза, 1 интрасфинктерный свищ, 1 случай длительно незаживающей раны, 1 случай рецидива заболевания). Во второй год наблюдения повторно осмотрено 38 (46,3%) пациентов, рецидива заболевания и наличия отдаленных осложнений не выявлено. За третий год наблюдения было осмотрено 24 (29,2%) пациента, выявлен 1 случай рецидива заболевания. За четвертый год осмотрено 13 (15,5%) пациентов, рецидива заболевания не выявлено. За пятый год наблюдения проведен осмотр 8 пациентов (9,76%), в двух случаях выявлены рецидивы заболевания. Общее число рецидивов за пятилетний период составило 4 (4,88%), а число осложнений в отдаленном периоде составило 4 случая (4,88%)

Заключение:

лазерная геморроидопластика показывает свою эффективность в лечении геморроидальной болезни. Рецидивы заболевания не превышают рецидивы при выполнении геморроидэктомии, а тяжесть осложнений соответствуют I классу по Clavien-Dindo

Диагностика и оперативная санация анального синуса.

малая проктология
постерный доклад

Докладчик:

- Калинина Жанна Александровна
 - Соловьёв Алексей Олегович
 - Соловьёва Галина Александровна
- АО МНПО "Клиника " Движение "

Введение:

Анатомия анального канала изучена достаточно хорошо, но ряд терминов, широко используемых в колопроктологии не имеет подтверждения в анатомической терминологии. В частности анальная крипта, подразумевающий воспаление анальной крипты не может так называться по причине того, что в анатомической номенклатуре отсутствует такое анатомическое образование, как анальная крипта. Скорее, под анальной криптой многие авторы понимают анальный синус. В МКБ такого заболевания нет. Вариационная анатомия последнего изучена недостаточно, что заставило нас провести исследование и выявить атипичные формы строения анального синуса и предложить методику их диагностики и лечения.

Патологическими (атипическими), мы считаем анальные синусы у которых соотношение между диаметром устья и глубиной анального синуса составляет минимум 1/5. При исследовании анального синуса зондом диаметром 1 мм, фиксировалась его глубина минимум 5 мм. При этом угол образованный стенками конуса был более острый, чем при типичном строении. Такое строение анального синуса предрасполагает к плохому дренированию, застою и инфицированию слизи синуса и анальных желез.

Цель:

Целью исследования явилось обоснование своевременной диагностики и необходимости оперативной санации анального синуса при его атипичном патологическом строении.

Методы:

На базе АО МНПО Клиника Движение , г. Волгоград, в настоящее время проводится исследование пациентов, обратившихся с типичными жалобами на зуд, жжение, боль, кровотечение. Это пациенты мужского и женского пола, возрастная категория от 18 до 90 лет. Осмотр включает в себя: пальцевой осмотр, ректороманоскопию, аноскопию, соскоб слизистой и посев кала на патологическую флору, общеклинические лабораторные анализы.

Результаты:

Нами создана методика диагностики атипического патологического анального синуса и инструменты для его осуществления. Это металлические зонды различного диаметра от 0,5 до 2,5 мм с порядковым номером 1-5 и шагом 0,5мм. Исследование проводится при аноскопии. При введении зонда в устье крипты, в протоколе отмечается её расположение по условному циферблату и её глубина - определяется по шкале зонда. Разработана методика оперативной санации атипического патологического анального синуса. Предлагаемая нами операция заключается в полном иссечении внутренней стенки атипического патологического анального синуса с помощью ультразвукового скальпеля Проксон.

Заключение:

По нашему мнению, учитывая особенности строения данной структуры, варибельности её анатомии и участия в патологических процессах, анальный синус является крайне важной структурой, которая встречается у 50% пациентов. Разработанный нами метод исследования и оперативной санации, является простым и безопасным и может быть рекомендован для широкого внедрения в практику колопроктологии.

Профилактика рецидивов геморроя.

малая проктология
постерный доклад

Докладчик:

Шемеровский Константин Александрович, Санкт-Петербургский Медико-социальный институт

Введение:

Профилактика рецидивов геморроя
(«енот-2»)
Профилактика рецидивов геморроя
- есть профилактика констипации.

АКТУАЛЬНОСТЬ. Колоректальная хирургия в последнее время достигла выдающихся результатов и спасла от геморроя многие тысячи пациентов. Однако одной из реальных проблем послеоперационного периода остаётся проблема рецидивов геморроя, встречаемость которых достигает 30%. Несмотря на широкое разнообразие подходов к хирургии геморроя, ни одна методика не гарантирует безрецидивного исцеления. Это свидетельствует о том, что проблема рецидивов геморроя связана не столько с хирургическим подходом, сколько с отсутствием глубокого понимания ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ механизмов возникновения и рецидивов геморроя.

Одним из ключевых патофизиологических механизмов инициации геморроя является его предиктор – Констипация.

Констипация является Универсальным Патогенным Блоком, поскольку встречается при большинстве внутренних болезней, например при таких видах патологии:

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – в 84% случаев протекает на фоне констипации,
Гастродуоденит – в 82% имеет фактором риска запор ,
Варикозная болезнь нижних конечностей – в 70% случаев,
62% пациентов с Артериальной Гипертензией,
52% больных с Калькулёзным холециститом.

Хронический запор (констипация Leung L, 2011) повышает риск:

Пролапса прямой кишки – в 2,3 раза,

Геморроя – в 4,1 раза,

Трещины ануса – в 5,0 раз,

Копролитиаза – в 5,5 раза.

Описаны десятки случаев перфорации толстой кишки и перитонита, вызванные хроническим запором.

Констипация не только является предшественником геморроя, но и ключевым фактором риска послеоперационных рецидивов геморроя. Следовательно, для профилактики рецидивов геморроя необходимо углублённое понимание и осознание того факта, что только полное устранение констипации может гарантировать профилактику рецидивов геморроя. В этом плане для профилактики рецидивов геморроя Инна Андреевна Тулина предложила оригинальный подход «Правила ЕНОТа», где каждой букве этого слова соответствует 4 полезных правила:

«Е» - ЕЖЕДНЕВНЫЙ ПРИЁМ ПИЩЕВЫХ ВОЛОКОН.

Без «Е» всё остальное не работает (рекомендовано от 24 до 40 г пищевых волокон в сутки).

«Н» - НЕ ТУЖИТЬСЯ.

Натуживание – одна из главных причин геморроя.

«О» - ОДНОКРАТНАЯ ДЕФЕКАЦИЯ.

Частая дефекация тоже провоцирует развитие геморроя (надо 1 раз в день), но впрочем, нормой считается от 3 раз в сутки до 3 раз в неделю.

«Т» - ТРЁХМИНУТНАЯ ДЕФЕКАЦИЯ

Продолжительное сидение приводит к застою крови в малом тазу, к повышению внутрибрюшного давления и усиливает выпадение геморроидальных узлов.

Эти правила направлены на устранение ключевого фактора риска возникновения геморроя – именно на профилактику констипации. Именно ЕЖЕДНЕВНЫЙ приём достаточного количества пищевых волокон может способствовать ЕЖЕДНЕВНОЙ дефекации и профилактике констипации как главного фактора риска рецидивов геморроя.

Устранение НАТУЖИВАНИЯ (которое чаще всего возникает при отсутствии ежедневного стула) – это тоже реальная профилактика запоров, особенно если предупреждается ЧРЕЗМЕРНОЕ натуживание.

По данным академика РАН Белякова Н.А. (2005) при лечении пациентов с метаболическим синдромом и запорами врач должен «ориентироваться на частоту дефекации, причём желательно, чтобы стул был два раза в сутки».

«Правило ЕНОТА», направленное на уменьшение продолжительности сидения в туалете, по существу настраивает пациента на выработку ежедневной привычки к почти автоматическому акту дефекации.

Цель:

ЦЕЛЬЮ работы является разработка патофизиологически обоснованной профилактики рецидивов геморроя и усовершенствование «Правил ЕНОТА» для выработки «Правил ЕНОТА-2».

Задачами данной работы были следующие:

1 – Сравнить парциальный вклад 4-х основных факторов дефекации (Режима Питания, Режима Двигательной активности, Режима Сна и Режима опорожнения кишечника) в соблюдение регулярности циркадианного ритма кишечника.

2 – Оценить зависимость регулярности ритма дефекации от акрофазы (момента реализации функции в суточном цикле) этого ритма. Сравнить встречаемость регулярного ритма дефекации (при частоте стула не ниже 7 раз в неделю) у лиц с наличием или отсутствием УТРЕННЕЙ акрофазы ритма стула. Сравнить встречаемость нерегулярного ритма дефекации (при частоте стула 5-6, 3-4, 1-2 раза в неделю) у лиц с наличием или с отсутствием утренней акрофазы этого ритма.

3 – Критически рассмотреть необходимость модернизации «Римских критериев констипации-IV» (2016), в которых критерием запора считается частота стула «менее 3-х раз в неделю».

4 – Сравнить оптимальность дефиниции «Запор» по Роберту Хегглину (1999) «Запор – это отсутствие дефекации в течение 24 часов» от хронофизиологически необоснованного представления Дугласа Дроссмана (в Римских критериях констипации-IV, 2016) о том, что частота стула при запоре «менее 3-х раз в неделю», что якобы «в норме частота стула составляет от 3-х раз в день до 3-х раз в неделю».

5 – Определить зависимость приёма слабительных средств от разной частоты дефекации.

6 – Предложить новую патофизиологически обоснованную «Частотную классификацию констипации» и обосновать необходимость выявления самых ранних стадий констипации при частоте дефекации, отличающейся от физиологически адекватной – 7 дней в неделю со стулом -, например 5-6 раз в неделю и 3-4 раза в неделю.

7 – Усовершенствовать предложенные Инной Андреевной Тулиной «Правила ЕНОТА» и обосновать необходимость информирования пациентов для профилактики рецидива геморроя обновлёнными «Правилами ЕНОТА-2».

Методы:

Использовали метод «Хроноэнтерографии» - мониторинг циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника для скрининга нарушений регулярности этой функции. Этот метод позволяет определять частоту ритма дефекации и акрофазу (момент реализации этой функции в суточном цикле) этого ритма. Обследовано 356 медиков, заполнявших специальную одностороннюю анкету по определению режима питания, двигательной активности, режима сна и режима дефекации. Учитывали склонность к приёму слабительных средств у лиц с разной частотой дефекации. Регулярным, ежедневным, физиологически оптимальным ритмом дефекации считали циркадианный ритм стула (каждые 24 часа) с оптимальной частотой не ниже 7 дней со стулом в неделю и определяли его как «ЭУЭНТЕРИЯ». Нерегулярный, замедленный режим дефекации представляли в виде трёх стадий «БРАДИЭНТЕРИИ»: Первая стадия (Лёгкая) – при частоте стула 5-6 раз в неделю, Вторая стадия (Умеренная) – при частоте стула 3-4 раза в неделю, Третья стадия (Тяжелая) – при частоте стула 1-2 раза в неделю.

Результаты:

Исследование показало, что парциальный вклад каждого из 4-х основных факторов (режим питания, двигательной активности, режим сна и режим своевременного опорожнения кишечника) ежедневной регулярности дефекации оказался следующим: Режим питания – 15%, Двигательная активность – 18%, Режим сна – 19% и Режим опорожнения кишечника – 48%. Следовательно, вклад Режим опорожнения кишечника (наличие Утренней Кишечной Привычки) по своему вкладу в физиологическую регулярность акта дефекации (48%) соизмерим с вкладом трёх других факторов (питания – (15%) + движения (18%) + сна (19%) вместе взятых = 52%). Значит, восстановления Утренней Кишечной Привычки (Bowel Habit) является ключевым фактором нормализации ритма дефекации.

Хронофизиологический подход к реализации Кишечной Привычки показал, что у лиц с регулярным ежедневным ритмом дефекации доминировала именно Утренняя Кишечная Привычка (у 125 из 189 = 66%). У лиц с нерегулярным актом дефекации, наоборот, доминировало отсутствие Утренней Кишечной Привычки (125 из 167 = 75%). На основе этих данных предложены 2 принципа:

профилактический

(«Чем раньше происходит дефекация, тем реже возникает констипация»),

и патофизиологический

(«Чем позже происходит дефекация, тем чаще возникает констипация»).

Римские критерии констипации (Рим-IV, 2016) утверждают, что диагноз «Констипация» имеет место при частоте дефекации «менее 3-х раз в неделю» (1-2 раза в неделю). Очевидно, что такие критерии позволяют диагностировать почти на порядок меньше лиц с нерегулярностью ритма дефекации, чем позволяет скрининг синдрома брадиэнтерии.

С позиций патофизиологического подхода к ритму эвакуаторной функции кишечника следует, прежде всего, уточнить, что дефекация является таким же циркадианным ритмом, как цикл сон-бодрствование с периодом около 24 часов. При ежедневном питании ритм дефекации является тоже ежедневным с периодом 24 часа.

Вместо Римских критериев констипации (менее 3 раз в неделю) следует принять во внимание дефиницию запора (констипации), предложенную Робертом Хегглиным: «Констипация – это отсутствие дефекации в течение 24 часов», что представлено в «Дифференциально диагностике внутренних болезней». Нами предложена новая хронофизиологическая классификация Констипации:

Констипация I стадии тяжести (Лёгкая) – при частоте дефекации 5-6 раз в неделю,

Констипация II стадии тяжести (Умеренная) – при частоте дефекации 3-4 раза в неделю,

Констипация III стадии тяжести (Тяжелая) – при частоте дефекации 1-2 раза в неделю.

Скрининг приёма слабительных показал, что 13% лиц с Констипацией I стадии тяжести принимали слабительные, 30% лиц с Констипацией II стадии тяжести принимали

слабительные средства, а среди лиц с III стадией Констипации – слабительные принимали 64% обследованных. Склонность к приёму слабительных подтверждает тот факт, что констипация возникает постепенно – от лёгкой к тяжелой стадии.&

Заключение:

1. Из 4-х факторов, влияющих на эвакуаторную функцию кишечника (Питание, Движение, Сон, Своевременность дефекации) парциальный вклад в суточную регулярность стула следующий: Питание – 15%, Движение – 18%, Сон – 19%, Своевременность стула – 48%. Своевременность дефекации оказалась соизмеримой (48%) с тремя другими факторами (15%+18%+19%=52%) регулярности дефекации. Для профилактики рецидивов геморроя (путём восстановления регулярности ритма стула и устранения констипации) следует обращать особое внимание на СВОЕВРЕМЕННОСТЬ акта дефекации в УТРЕННИЕ часы (оптимальное время для дефекации, поскольку стул созревает за период ночи).

2. Выявлена закономерная зависимость регулярности ритма дефекации от акрофазы этого ритма: при регулярном ритме дефекации (Эуэнтерия) Утренняя дефекация встречалась в 2 раза чаще, чем её отсутствие, а при нерегулярной дефекации (Брадиэнтерия) Утренняя дефекация встречалась, наоборот, в 3 раза реже, чем отсутствовала.

2 а). Для обоснованной профилактики рецидивов геморроя предложено 2 принципа: профилактический («Чем раньше происходит дефекация, тем реже возникает констипация»), и патофизиологический («Чем позже происходит дефекация, тем чаще возникает констипация»).

3. «Римские критерии констипации-IV» (2016), в которых критерий запора это «менее 3-х раз/неделю», не учитывают того факта, что такая частота стула (1-2 раза/неделю) характерна только для Третьей стадии Брадиэнтерии, а две самые ранние стадии Брадиэнтерии не учтены.

4. Определение понятия «Запор» по интернисту Роберту Хегглину (1999) «Запор – это отсутствие дефекации в течение 24 часов» является оптимальным именно потому, что основано на фундаментальном законе циркадианного ритма функционирования кишечника (цикл питание-опорожнение). Предложенный психиатром Дугласом Дроссманом критерий констипации («менее 3 раз/неделю») нельзя признать оптимальным, поскольку такой критерий позволяет диагностировать почти в 10 раз меньше случаев нерегулярности ритма стула, чем реально встречается в популяции.

5. Установлено, что среди лиц с Первой стадией запора 13% лиц принимают слабительные, при Второй стадии запора 30% пациентов принимают слабительные, при Третьей стадии запора – 64% пациентов принимают слабительные. Доказано, что кардиоваскулярная смертность у лиц, принимающих слабительные, на 56% выше, чем у лиц с ежедневным стулом без слабительных (Yasuhiko Kubota, 2016).

6. Предложена новая – Хронофизиологическая классификация Констипации:

Констипация I стадии тяжести (Лёгкая) – при частоте дефекации 5-6 раз в неделю,

Констипация II стадии тяжести (Умеренная) – при частоте дефекации 3-4 раза в неделю,

Констипация III стадии тяжести (Тяжелая) – при частоте дефекации 1-2 раза в неделю.

Венерическая лимфогранулёма прямой кишки: распространённость в Московском регионе, особенности клинического течения, дифференциальная диагностика.

малая проктология
устный доклад

Докладчик:

- Титов Игорь Сергеевич
 - Гущин Александр Евгеньевич
 - Фриго Наталия Владиславовна
- ГБУЗ МНПЦДК ДЗМ

Введение:

Среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), наиболее частой причиной обращения к врачу-колопроктологу являются воспалительные заболевания прямой кишки и анального канала (ВЗПА), в том числе, вызванные возбудителями инфекций, передаваемых половым путём, самыми распространенными среди которых являются *Chlamydia trachomatis* (СТ) и *Neisseria gonorrhoeae* (NG), а также их сочетание, что описано в зарубежной и отечественной научной литературе. Наиболее злокачественным, молниеносным течением отличается инфекция, вызванная L-серовариантами СТ (L-СТ), вспышки которой регистрируются в Европе, Северной Америке и Австралии с 2003 года. Характерной особенностью данных вспышек венерической лимфогранулёмы (ВЛГ) является то, что более чем 90% всех случаев представлены манифестными ректальными формами. В большинстве ситуаций заболевание имеет яркую клиническую картину, а симптомы, при отсутствии лечения, быстро прогрессируют и приводят к развитию осложнений, при этом серьезной проблемой является то, что ВЛГ прямой кишки (ВЛГПК) часто манифестирует под маской других воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), что требует проведения дополнительного дифференциального диагноза. В Российской Федерации (РФ) до последнего времени ЛГВ не встречалась, обследование на эту инфекцию не проводилось, что послужило поводом к проведению настоящей работы. Впервые случаи L-СТ-инфекции в Российской Федерации, г. Москва) были описаны в научной литературе в 2022 году в рамках проведения настоящего исследования.

Цель:

Изучение клинико-эпидемиологических и социальных аспектов венерической лимфогранулёмы в Московском регионе.

Методы:

Проведен анализ результатов обследования 800 МСМ, обратившихся за медицинской помощью к врачу-колопроктологу в г. Москве в период 2017-2022 годы. Каждому пациенту были проведены: осмотр, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки, ректороманоскопия и ПЦР-исследование слизистого отделяемого прямой кишки на наличие ДНК СТ и L-СТ. Тампон с биоматериалом помещали в транспортную среду ТСМ (ООО «НекстБио») и хранили при 4 °С в течение 3–5 дней до момента передачи в лабораторию. Экстракцию ДНК из полученного биоматериала проводили при помощи наборов МагноПрайм ФАСТ (ООО «НекстБио»). Аликвоты объемом 100 мкл из каждой пробирки исследовали с помощью ПЦР в реальном времени на наличие ДНК *S. trachomatis* (мишень - ген криптической плазмиды) и L-СТ (мишень - ген *rpmH*), таким образом имея возможность разграничить ВЛГ-инфекцию от хламидийной инфекции не-ВЛГ этиологии. Сбор социально-демографических данных осуществляли путем анкетирования с помощью специально разработанного

опросника. Статистическую обработку данных проводили в программе GraphPad Prism 8 с использованием критерия Fisher exact test и расчетом доверительных интервалов.

Результаты:

В результате обследования 800 МСМ, обратившихся за медицинской помощью к врачу-колопроктологу в г. Москве в период 2017-2022 годы, СТ-ассоциированные воспалительные заболевания прямой кишки и анального канала были обнаружены у 335 МСМ (41,9 %). Из них 265 человек, 79,1% (265/335), или 33,1 % из 800 обследованных МСМ, имели положительные тесты на L-СТ (1-я группа пациентов) и 20,9 % (70/335) имели ректальную СТ-инфекцию, не связанную с ВЛГ (2-я группа пациентов).

Все без исключения обследованные пациенты относились к группе МСМ и обращались к колопроктологу с аноректальными жалобами (боль в области прямой кишки и промежности, тенезмы, появление крови и слизи в кале, запоры).

Возраст пациентов варьировал в пределах 18-53 года. Медиана по возрасту в группах 1 и 2 составила 34 года и 31 год соответственно ($p=0,035$). Число сексуальных партнеров в течение последних шести месяцев более одного в 1-й группе (L-СТ) имели 67,2 % (172/265) и во 2-й группе (СТ) - 33,8 % (23/70). Практике группового секса были более привержены МСМ из 1-й группы: 67,2 % (178/265); во 2-й группе это практиковали 34,2 % (24/70) пациентов.

L-СТ-положительные МСМ также чаще были ВИЧ-положительными (67,2 % (172/265), МСМ из 2-й группы (СТ) были ВИЧ-положительными в 41,4 % случаев (29/70).

Наличие сифилиса в прошлом у пациентов 1-й группы регистрировалось в 54 % случаев (143/265), у пациентов 2-й группы – в 38,7% (27/70).

Пациенты, инфицированные ВЛГ, в большинстве случаев, при обращении к врачу, 99,3% пациентов, имеют жалобы, среди которых можно выделить: боль в прямой кишке 92,6%, боль во время дефекации 47,4%, тенезмы 98,1%, выделения гноя, слизи и крови 97,5%, запор 74%, лихорадка 24%, слабость, недомогание 43%, чувство переполнения кишечника 87%, метеоризм 58,4%, артралгии 5,7%, паховый лимфаденит 26%.

Объективным проявлением заболевания при осмотре и ректоскопическом исследовании являются признаки ВЗПА, выявляемые в 99,3% случаев, и имеют следующие особенности: сужение просвета кишки 65%, точечные эрозии 75,6%, афтозные эрозии 89,3%, язвы 90,5%, полиморфизм эрозивно-язвенных элементов 95,6%, геморрагии в слизистую 46,8%, микроабсцессы в слизистую 5,8%, гноетечение 56,8%, кровоточивость слизистой 80,5%, гипергрануляции 34,8%, эрозии и язвы в анальном канале 15,3%, перианальный инфильтрат 11,5%, перианальный дерматит 7,5%.

У 2,3% (6/265) пациентов течение заболевания сопровождалось развитием осложнений (острый парапроктит, гнойно-воспалительные перианальные инфильтраты с формированием свищей прямой кишки или анального канала), а у одного пациента (0,34%) был диагностирован компенсированный стеноз ампулы прямой кишки.

Среди МСМ с СТ-инфекцией, не связанной с ВЛГ, у 58,1% (41/70) имелись проявления мукозита анального канала и перианального дерматита, и только у 12,9% (9/70) при ректороманоскопии был выявлен поверхностный проктит (катаральный, фибринозный, геморрагический), и у 20,3% (18/70) был диагностирован эрозивный или эрозивно-язвенный проктит, но ни у одного пациента не наблюдалось лимфаденопатии.

При сравнении анамнестических данных и клинических проявлений пациентов, инфицированных ЛГВ-L2 и не-ЛГВ серовариантами *S. trachomatis*, были установлены статистически значимые различия в ряде анамнестических данных (наличие большого количества половых партнеров (группа 1 – 67,2 %, группа 2 – 33,8 %; $p=0,039$), ВИЧ-инфекции (группа 1 – 67,2 %, группа 2 – 41,4 %; $p=0,001$), сифилиса в анамнезе (группа 1 – 54 %, группа 2 – 38,7 %; $p=0,048$), аноректальных жалоб (группа 1 – 99,3 %, группа 2 – 58,1 %; $p<0,0001$) и эрозивного проктита (группа 1 – 99,3 %, группа 2 – 20,3 %; $p<0,0001$).

Таким образом, с ВЛГПК были связаны: анамнестические данные: ВИЧ-позитивность ($p=0,001$), посещение секс-вечеринок ($p < 0,0001$), наличие большего числа сексуальных

партнеров в течение последних шести месяцев ($p=0,039$) и сифилиса в анамнезе ($p=0,048$), а также клинические показатели: жалобы на болезненные ощущения в аноректальной области ($p < 0,0001$) и наличие острого эрозивно-язвенного проктита ($p < 0,0001$).

Всем пациентам было проведено этиотропное лечение согласно действующим клиническим рекомендациям с положительным результатом.

Заключение:

Впервые в Российской Федерации и городе Москве среди МСМ, обратившихся за колопроктологической помощью, с высокой частотой встречаемости выявлены сероварианты *S. trachomatis*, ассоциированные с венерической лимфогранулемой (33,1 % среди общего числа обследованных МСМ). За весь период наблюдения (с 2018 по 2022 годы) в городе Москве выявлено 265 случаев ЛГВ.

Заболевание регистрировалось среди пациентов в возрасте от 18 до 53 лет. (средний возраст 34 года), имеющих большое количество половых партнеров, принимавших участие в массовых сексуальных мероприятиях, у большинства из которых (67,2%) выявлялась сопутствующая ВИЧ-инфекция и отмечался сифилис в анамнезе (54%).

Большинство пациентов с выявленной ВЛГ-инфекцией (99,3 %) имели ярко выраженные проявления эрозивного проктита, которые статистически значимо ассоциировались с наличием ВЛГ-инфекции ($p < 0,001$).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в настоящее время в РФ (в г.Москве) стабильно выявляются случаи ВЛГ, протекающие в тяжелой манифестной форме; основная группа пациентов с ВЛГ - МСМ-пациенты, обращающиеся за проктологической помощью. Для своевременного выявления заболевания необходимо внедрение в практику молекулярно-биологических методов выявления возбудителя ВЛГ (*S. trachomatis-L1-L3*), а также налаживание междисциплинарного взаимодействия между врачами дерматовенерологами и колопроктологами. Принадлежность пациента к МСМ и наличие жалоб проктологического характера должны рассматриваться как показание к лабораторному обследованию на *S. trachomatis*-ЛГВ с целью своевременного назначения терапии и проведения противоэпидемических мероприятий.

Сочетанное хирургическое лечение хронического геморроя 3-4 стадии.

малая проктология

устный доклад

Докладчик:

- Абелевич Александр Исакович, ПИМУ
- Багрянцев Максим Владимирович
- Янышев Алексей Анатольевич

Нижегородский областной колопроктологический центр.

Введение:

Основным методом лечения хронического геморроя 3-4 стадии является хирургический. Среди многообразия методов базовыми были и остаются открытая или закрытая геморроидэктомия в различных модификациях на 3, 7 и 11 часах по условному циферблату. В клинических рекомендациях отражена возможность стадирования заболевания отдельно по каждому узлу. Тем не менее стадия заболевания как правило определяется наибольшими по размеру выпадающими узлами, несмотря на то, что каждая стадия диктует различные методы лечения, причем не всегда хирургического. В то же время объем выполненной операции, как правило, прямо коррелирует с интенсивностью болевого синдрома, длительностью заживления ран, а также образованием рубцовых стриктур заднего прохода.

Цель:

Цель – оптимизация инвазивного хирургического лечения хронического геморроя 3-4 стадии. Задачи исследования: обосновать и изучить эффективность сочетания инвазивного, малоинвазивного и медикаментозного методов лечения пациентов с хроническим геморроем 3-4 стадии

Методы:

В колопроктологическом центре Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А. Семашко за последние 10 лет радикальные операции по поводу геморроя 3-4 ст выполнены 1133 пациентам. Соотношение мужчин и женщин было одинаковым, основной контингент больных составляли лица трудоспособного возраста. В большинстве случаев выполнялась геморроидэктомия трех основных узлов аппаратом лига-шур в направлении изнутри-кнаружи или открытая геморроидэктомия монополярным коагулятором в направлении снаружи-внутри с прошиванием и лигированием ножки узла и оставлением «мостиков» слизистой оболочки. У 336 пациентов были выполнены сочетанные вмешательства, при которых удалялось менее трех узлов, а не удаленные радикально узлы второй стадии лишались артериального кровоснабжения, коагулировались или подвергались лазерной вапоризации. При оставлении не удаленными узлов первой стадии пациентам назначался 2-месячный курс детралекса по 1000 мг/1 раз в сутки с рекомендациями повторного приема микронизированных флавоноидов через 6 месяцев.

Результаты:

Послеоперационное стриктурирование заднего прохода имело место 2 наблюдениях, в обоих из них ранее выполнялась геморроидэктомия 3 узлов. В одном случае наблюдалось ограниченное по протяженности рубцевание, излеченное двухнедельным пальцевым бужированием с интервалом в 3-4 дня. Во втором случае бужирование оказалось неэффективным и через 2 месяца после операции было проведено успешное иссечение рубцов с пластикой анального канала низведенным слизисто-подслизистым лоскутом.

Следует отметить, что после сочетанных операций не было зарегистрировано стриктурирования заднего прохода, кроме того, послеоперационный период протекал с менее

выраженным болевым синдромом, отсутствием дизурии и более быстрым восстановлением трудоспособности, что объясняется меньшей травматичностью оперативного вмешательства

Заключение:

Выводы: сочетание инвазивного, малоинвазивного и медикаментозного методов лечения пациентов с хроническим геморроем 3-4 стадии является оптимальным при наличии геморроидальных узлов разных размеров и подвижности, позволяет уменьшить болевой синдром, сократить сроки лечения и уменьшить риск послеоперационного стриктурирования заднего прохода.

Наш опыт оперативного лечения пилонидальной кисты с применением пластики кожно-фасциально-мышечными лоскутами.

малая проктология

устный доклад

Докладчик:

- Мытник Николай Николаевич
 - Высоцкий Франц
 - Логаш Евгений Иванович
 - Махачей Алексей Владимирович
 - Ляшко Олег Иванович
- УЗ “2-ая ГКБ”
- Павлюкевич Геннадий Александрович
 - Кравченко Андрей Петрович
- УЗ «Крупская ЦРБ»
- Василевич Роман Михайлович, УЗ “Борисовская ЦРБ”

Введение:

В практике колопроктолога пилонидальная киста встречается у пациентов в 14-20% случаев. Преимущественно, данному заболеванию подвержены лица мужского пола в возрасте от пятнадцати до тридцати пяти лет, в 2-4 раза чаще, в сравнении с женщинами. Встречаемость данной хирургической патологии, по разным данным, составляет около 5-7% от всего взрослого населения. Доля данной нозологии от числа хирургических заболеваний колеблется от одного до двух процентов. Актуальность проблемы высока, потому что страдает молодое, трудоспособное население в возрасте от 15 до 30 лет. Лечение пилонидальной кисты заключается иссечение кисты вместе со свищами. Существует два принципиально разных подхода в введении ран после иссечения пилонидальной кисты, открытое ведение раны и закрытое.

Цель:

Оценка эффективности метода оперативного лечения пилонидальной кисты с применением пластики кожно-фасциально-мышечными лоскутами

Методы:

За период с июня 2019 год по июнь 2023 г. нами было прооперировано 208 пациента с пилонидальной кистой в стадии хронического воспаления с использованием «закрытых методик». 15 пациентов (7,2%) выполнялась пластика с латерализацией раны и уплощением межягодичной складки (пластика Vascom-Karydakis). 100 (48,1%) пациентам было выполнено иссечение пилонидальной кисты с ушиванием раны наглухо швами по Донати. 93 (44,7%) пациентам выполнялось иссечение пилонидальной кисты с применением пластики кожно-фасциально-мышечными лоскутами. Средний возраст пациентов составил 27 ± 7 лет, среди которых 91% были мужчины и 9% - женщины.

Результаты:

Средняя продолжительность нетрудоспособности у пациентов прооперированных с применением ушивании раны наглухо швами по Донати составила 18 ± 3 дня, нагноение раны было отмечено в 10% случаев, рецидивы – 12% случаев, длительно незаживающие раны в 3%. Средняя продолжительность нетрудоспособности у пациентов прооперированных с применением пластики с латерализацией раны и уплощением межягодичной складки (пластика Vascom-Karydakis) составила $15,6 \pm 1,5$ дня, нагноение отмечалось в 6,7% случаев, рецидив в

6,7% случаев. В 6,7% случаев отмечалось осложнение с образованием серомы послеоперационной раны. Выполнялось частичное снятие швов и дренирование сером. В итоге рана зажила первичным натяжением на 17 сутки.

Средняя непродолжительность трудоспособности у пациентов прооперированных с применением пластики кожно-фасциально-мышечными лоскутами составила $12,6 \pm 1,5$ дня, нагноение отмечалось в 2% случаев, рецидив в 3,2% случаев. В 3,2% случаев отмечалось осложнение с образованием серомы послеоперационной раны. Выполнялось частичное снятие швов и дренирование сером. В итоге раны заживали первичным натяжением на 15 сутки.

Заключение:

Методика оперативного лечения пилонидальной кисты с применением пластики кожно-фасциально-мышечными лоскутами является эффективной, сопровождается коротким сроком заживления ран, хорошим косметическим эффектом, коротким периодом реабилитации и удовлетворительными отдаленными функциональными результатами.

Липографтинг в общей проктологии – описание метода, осложнения.

малая проктология

устный доклад

Докладчик:

Лёвкин Олег Юрьевич, частная клиника Центр новых медицинских технологий

Введение:

Методика липографтинга активно применяется в пластической хирургии и травматологии, ранее широко в общей проктологии не использовалась.

Цель:

Оценить безопасность липографтинга при лечении хронической анальной трещины и при закрытии свищей заднего прохода.

Методы:

Аутотрансплантация жировой ткани входит в клинические рекомендации по лечению ректовагинальных свищей. В предоперационном периоде проводится терапия МОФФ для коррекции гипертрофии геморроидальной ткани. Операция начинается с введения раствора Кляйна по задней поверхности бедра с двух сторон по 60 мл. При трещине грубая рубцовая ткань иссекается, во внутренний сфинктер производится инъекция ботулотоксина типа А (Ксеомин 50 ЕД) из двух точек. При свище заднего прохода - сформированный за счёт предварительной установки seton на 2-а месяца, свищ выделяется в межсфинктерном пространстве тупым путём, перевязывается с прошиванием Викрил 2/0 и пересекается. Далее аспирируется по 15 мл жировой ткани с каждого бедра. Методом центрифугирования готовится микро жировая фракция, методом канюлирования – нано жировая фракция. Nano fat 15-20 мл вводится инъекционно в подслизистый слой по всей окружности анального канала. Mikro fat 3-4 мл вводится в рубцово изменённые ткани микродозами на обратном ходе иглы. Антибиотикопрофилактика в послеоперационном периоде не назначается.

Результаты:

Из осложнений - пациенты могут испытывать дискомфорт в зонах забора жировой ткани в течение недели.

Заключение:

Опасность инфекционных осложнений в анальном канале при липографтинге отсутствует.

Сетоны при свищах заднего прохода, каудальная миграция и как это нам помогает сделать свищ более простым.

малая проктология

устный доклад

Докладчик:

Зубенков Максим Владимирович, медицинский центр «Глобал Клиник»

Введение:

В последнее время в мировой литературе появляется все больше и больше работ и публикаций, посвященных роли сетонов в лечении аноректальных свищей, все чаще упоминаются методы лечения с применением Loose (свободного) сетона, а также появились такие новые термины, как - Pulling (тянущий) сетон и понятие каудальной миграции, которая может стать, в некоторых случаях, окончательным и самостоятельным вариантом лечения свища заднего прохода (по данным некоторых публикаций). Причем, по мнению многих авторов, в отличие от режущей лигатуры, медленный эффект каудальной миграции и поэтапное формирование фиброза препятствует ретракции сфинктера за продвижением сетона, что негативно не влияет на функцию запирающего аппарата и минимизирует риски анальной инконтиненции. В России отношение к сетонам до сих пор остается неоднозначным, и стоит отметить наличие лишь единичных отечественных публикаций и работ посвященных этой тематике.

Цель:

Оценить эффективность применения сетонов для каудальной миграции свищевого хода и возможности перевода аноректальных свищей из «высоких» в более простые «низкие» свищи заднего прохода.

Методы:

С 2020 по 2023гг. отслежены результаты 18-и больных, пролеченных в мед.центре «Глобал Клиник» (г.Н.Новгород) с «высокими» полными криптогландулярными свищами заднего прохода, которым предварительным этапом, перед последующей операцией, устанавливался Loose (свободный) сетон и из которых: 4 (22,2%) экстрасфинктерных свища и 14 (77,8%) трансфинктерных свищей, затрагивающих более 30% наружного сфинктера. Из них: 12 (66,7%) мужчин и 6 (33,3%) женщин, возраст колебался от 32 до 58 лет. Всем больным проводилось трансректальное УЗИ непосредственно перед установкой сетона, через 1-2 недели после данного вида операции и затем уже 1 раз в 3-4 недели в динамике, для определения архитектоники и миграции свищевого хода. В среднем, наблюдение за больными с установленными сетонами осуществлялось в течение 2-3 месяцев для окончательного решения вопроса о последующем виде оперативного вмешательства. В некоторых случаях, для ускорения каудальной миграции Loose (свободный) переводили в Pulling (тянущий) сетон, регулируя натяжение сетона дополнительными стяжками. По мере наблюдения за пациентами с сетонами и каудальной миграцией свищевых ходов, мы определили оптимальный размер и материал для сетонирования свищей - это Silicon Tube с наружным диаметром 1,5-2 мм. Стоит отметить, что резиновый сетон из медицинской перчатки (венчик) плохо мигрирует даже при натяжении его, а различного вида нити (капрон, шелк, монофиламент), даже при незначительном натяжении, могут неконтролируемо резать сфинктер. После установки сетона, в большинстве случаев, больной сразу же мог возвращаться к обычной повседневной деятельности.

Результаты:

У 12 (66,7%) больных свищи становились значительно более простыми и «низкими», происходила ликвидация затеков (если таковые имелись) и каудальная миграция свищевого

хода до интрасфинктерного или трансфинктерного свища, захватывающего менее 30% наружного сфинктера, данной категории больных в последующем было произведено простое иссечение свища в просвет с хорошими результатами в условиях «стационара одного дня». Однако, у 6 (33,3%) больных (в большинстве своем - рецидивные свищи) мы так и не получили хорошего эффекта, т.к. либо затеки в полной мере не были ликвидированы, либо каудальная миграция была незначительна и сохранялся большой процент затронутой порции наружного сфинктера.

Заключение:

Использование сетонов перед операциями на аноректальных свищах, в большинстве случаев, значительно упрощает последующую плановую операцию, т.к., в большом проценте случаев, ликвидируются затеки и за счет каудальной миграции свищевой ход становится более «низким» и простым, что благотворно сказывается на дальнейшем оперативном вмешательстве и, что немаловажно, эффект медленной каудальной миграции не вызывает неконтролируемой ретракции сфинктера за продвижением Loose и Pulling сетонов и, соответственно, значительно минимизирует риски анальной инконтиненции в последующем.

Отдаленные результаты применения методики Pit-Picking (M.Gips procedure) + лазерная деструкция при ЭКХ.

малая проктология

устный доклад

Докладчик:

Зубенков Максим Владимирович, Медицинский центр "Глобал Клиник"

Введение:

Вопрос о выборе наиболее оптимального способа оперативного лечения ЭКХ до сих пор является очень актуальным. Большинству из применяемых классических хирургических способов лечения ЭКХ присущи: длительный период заживления раны, послеоперационный болевой синдром, а также длительный период восстановления трудовой активности, что, зачастую, несовместимо с условиями современных реалий. В последнее десятилетие, среди отечественных и зарубежных колопроктологов, отмечается тенденция минимизировать объемы оперативного вмешательства при ЭКХ, появилось большое количество работ по применению малоинвазивных методик, в том числе, и с применением лазерных технологий.

Цель:

Проследить отдаленные результаты применения малоинвазивной оперативной методики Pit-Picking (M.Gips procedure) + лазерная деструкция при ЭКХ.

Методы:

Отслежены результаты лечения 103-х больных с ЭКХ, прооперированных в 2019-2023гг. комбинированным методом Pit-Picking (M.Gips procedure) + лазерная деструкция в мед.центре «Глобал Клиник» (г.Н.Новгород), из них: 20 (19,4%) женщин и 83 (80,6%) мужчин. Возраст больных колебался от 18 до 75 лет. Операции проводились в 32-х (31,1%) случаях под местной анестезией и 71-м (68,9%) случае под спинальной анестезией. Перед операцией, в обязательном порядке, всем больным проводилось УЗИ тканей крестцово-копчиковой области для оценки точных размеров, локализации, распространенности процесса и выявления дополнительных ходов и ответвлений ЭКХ, а также, в некоторых случаях, при достаточно сложных формах пилонидальной болезни, дополнительно, интраоперационно, проводился УЗИ-контроль. Критерием исключения было наличие гнойных полостей. Суть операции заключалась в том, что после иссечения «первичных» и «вторичных» отверстий ЭКХ с помощью циркулярных трепанов (Punches 2-8 мм) и тщательного кюретажа свищевых ходов и полостей пилонидальной кисты (M.Gips procedure), производилась лазерная облитерация свищевых ходов радиальным световодом и деструкция выстилки всех полостей ЭКХ лазерной энергией. Использовался непрерывный режим W-лазера (1,56мкм) и мощность 10-12вт. Оперативное вмешательство производилось в условиях стационара «одного дня».

Результаты:

Из п/о осложнений: кровотечения у 4-х (3,9%), нагноение п/о раны у 4-х (3,9%) больных. Индекс боли VAS в послеоперационном периоде не более 1-2 баллов, средние сроки нетрудоспособности 3-5 дней, полное заживление ран наблюдалось в течение 2-5 недель. Срок наблюдения от 6 до 55 месяцев. Рецидив отмечался у 10-и (9,7%) больных.

Заключение:

Отдаленные результаты применения малоинвазивной оперативной методики Pit-Picking (M.Gips procedure) + лазерная деструкция показывают не только ее преимущество по отношению к классическим радикальным операциям при ЭКХ по уровню боли в

послеоперационном периоде, срокам нетрудоспособности и реабилитации, но также и показывают хорошую эффективность, что подтверждается достаточно невысоким процентом рецидивов не только в ближайшие, но и в отдаленные сроки наблюдения.

Опыт лечения сегментарной хронической постлучевой проктопатии введением PRP.

малая проктология

устный доклад

Докладчик:

Ким Алина Евгеньевна, МЦ Глобал Клиник

Введение:

Активное использование лучевой терапии при лечении рака тазовых органов в последние десятилетия значительно повышает частоту развития постлучевых осложнений в прямой кишке. Острые поражения имеют относительно благоприятный прогноз, в то время как хронические вызывают наибольшую трудность в лечении, значительно снижают качество жизни пациентов и могут стать причиной развития угрожающих жизни состояний.

Цель:

Оценить эффективность PRP-терапии в лечении хронических постлучевых поражений слизистой прямой кишки при сегментарном проктите.

Методы:

С октября 2022 г по май 2023 года в исследование вошли 11 женщин. Возраст от 51 до 60 лет (средний возраст $54 \pm 1,3$ года). У всех пациенток выполнена экстирпация матки по поводу злокачественного процесса. Всем пациенткам проводилась лучевая терапия. Срок проявления первых симптомов лучевого поражения варьировался от 4 до 8 месяцев с последнего сеанса лучевой терапии. Каждой пациентке предварительно проведено консервативное лечение препаратами 5-АСК без положительной динамики. При эндоскопическом обследовании выявлялся сегментарный характер поражения среднеампулярного отдела прямой кишки с образованием контактно кровоточащих телеангиэктазий, бледность и бугристость слизистой. Инъекции PRP в объёме 2 мл проводились с интервалом в 7 дней путем подколки в слизистую до образования «подушки» в области пораженного сегмента. Сигналом к прекращению терапии являлось изменение эндоскопической картины: отсутствие телеангиэктазий, слизистая розовая, гладкая, блестящая, контактно не кровоточит.

Результаты:

Клиническое улучшение наступило у 8 пациенток после 3 процедуры, у 3 после 4 процедуры. В первую очередь наступила редукция таких симптомов, как боль при опорожнении; объём кровотечения изменился с обильных до скудных. Эндоскопически положительная динамика фиксировалась у всех 11 пациенток с 6 процедуры и выражалась исчезновением телеангиэктазий; слизистая приобрела физиологическую окраску, складчатость, исчезла патологическая бугристость её. Динамическое наблюдение пациенток в течение 3 месяцев после проведенного лечения не выявило рецидива.

Заключение:

положительная динамика в лечении, улучшение эндоскопической картины и качества жизни пациента позволяют высоко оценить эффективность метода при лечении сегментарного поражения прямой кишки при хронических постлучевых процессах. В настоящее время сложность в использовании метода представляют лишь юридические аспекты использования, что связано с отсутствием клинических рекомендаций и единых алгоритмов лечения.

Опыт применения гибридных операций при хроническом геморрое II-IV стадий.

малая проктология

устный доклад

Докладчик:

- Башкуров Олег Евгеньевич
- Бит-Зая Арсен Владимирович
- Лузан Роман
- Маслов Александр Александрович
- Платонова Екатерина Юрьевна

МЦ «Промедклиник»

- Мухин Алексей Станиславович

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России

Введение:

У большинства пациентов имеются разные сочетания размеров, степени пролапса и соотношения геморроидальных узлов. Использование различных оперативных методик, технических средств и их комбинации при разной степени выпадения и размерах геморроидальных узлов у одного пациента, позволяют минимизировать операционную травму, уменьшить интенсивность болевого синдрома и срок реабилитации.

Цель:

Оценить результаты гибридного хирургического лечения геморроя, сформировать стереотип о минимальном воздействии на ткани анального канала и перианальной области.

Методы:

В настоящее исследование было включено 602 пациента: первая группа (контрольная) – 292 человека с хроническим геморроем II, III и IV стадий, в период с 2014 по 2018 гг. Вторая группа (основная) - 310 пациентов в период с 2019 по 2022 гг.

В контрольной группе пациенту выполнялось одно из вмешательств: открытая геморроидэктомия 99 (34%), электрохирургическая геморроидэктомия с изменяемым импедансом 32 (11%), дезартеризация с мукопексией 90 (31%), лазерная деструкция 44 (15%), дезартеризации с лазерной деструкцией 15 (5%), закрытая геморроидэктомия 12 (4%).

В основной группе оценивались клиничко-анатомические особенности узлов. Применяли сочетание методик воздействия на геморроидальную ткань: открытая геморроидэктомия в сочетании с HAL-RAR и LHP – 19 (6%); LigaSure в сочетании с HAL-RAR и LHP - 74 (24%); минимальная открытая геморроидэктомия с HAL-RAR и LHP – 116 (37%); закрытая геморроидэктомия в сочетании с HAL-RAR и LHP в 9 случаях (3%); минимальная открытая геморроидэктомия HAL-RAR и LHP с LigaSure у 92 человек (30%).

Операции выполнялись с минимальным термическим воздействием на ткани и с экономным иссечением анодермы. В обеих группах в периоперационном периоде использовалась оригинальная очищенная флавоноидная фракция в течение 7 дней в дозе 1000 мг 3 раза в сутки, далее в течение 1 месяца по 1000 мг в сутки.

Результаты:

Болевой синдром снижался до 3 баллов по шкале NRS на 6-е сутки после вмешательства в основной группе, в контрольной группе снижение до 3 баллов происходило на 8-10 сутки. Регресс послеоперационного воспаления в основной группе наблюдался на 7-8 сутки, в контрольной группе на 12-13 сутки. Задержка мочеиспускания в контрольной группе 2 случая.

Тромбоз мостиков наблюдался в контрольной группе у 16 пациентов (6%), в основной группе у 13 пациентов (4%). Отсроченные кровотечения 2 (0,6%) в основной группе, 5 (1,7%) в контрольной группе. Длительно незаживающие раны: контрольная группа 6 (2%), основная 5 (1,6%). Стриктуры анального канала в контрольной и основной группах наблюдались у 3х человек, 1% и 0,96% соответственно.

Заключение:

Одновременное использование разного высокотехнологичного оборудования у одного пациента с хроническим геморроем различных стадий показало качественно новый и лучший результат хирургического лечения. Внедрение минимально открытой геморроидэктомии позволило значимо уменьшить интенсивность болевого синдрома. Исследование показало, что при геморрое II-IV стадий рационально применять малоинвазивную геморроидэктомию в сочетании с электрохирургической геморроидэктомией с изменением импеданса и малоинвазивными хирургическими методами совместно с фармакотерапией.

Возможности и целесообразность операции Лонго в лечении геморроидальной болезни: практические аспекты, ближайшие и отдаленные результаты.

малая проктология
устный доклад

Докладчик:

- Золотько Анастасия Евгеньевна, Частная клиника Эксклюзив
- Блувштейн Григорий Авраамович, Областная клиническая больница
- Пятницкий Александр Георгиевич, Центральный госпиталь «Омега-клиник»

Введение:

Распространенность геморроидальной болезни в современном обществе приобретает характер эпидемии, что безусловно сказывается на массовом внедрении различных малоинвазивных технологий, особенно, в клинику амбулаторного звена. Недостаточный уровень подготовки хирурга (онлайн-обучения), неполноценный анализ осложнений, в т.ч. и тяжелых, отсутствие заинтересованности отслеживания отдаленных результатов приводит к необоснованному отказу от качественных проверенных методик.

Цель:

Проанализировать 12 летний опыт использования операции Лонго для более четкого обозначения показаний к выбору данного метода.

Методы:

С 2009 по 2021 годы выполнено 734 операции (641 женщина и 93 мужчины) по поводу хронического геморроя II-IV ст. Возраст пациентов - от 22 до 79 лет. Все пациенты прошли стандартную для хирургического вмешательства предоперационную подготовку, включающую полноценное обследование (в т.ч. ФКС для пациентов после 40-45 лет), прием флеботоников (минимум 2 недели), нормализация стула, местная противовоспалительная терапия при необходимости. Операции выполнялись под проводниковой анестезией с в\в седацией циркулярными аппаратами РРН различных производителей. Выполнено 371 симультанное вмешательство (иссечение свищей – 7, анальных трещин – 294, гипертрофированных анальных бахромок – 87, трансанальных полипэктомий – 64). Стаж хирургов: 2 - более 10 лет (очное обучение у экспертов), 2 – более 5 лет (обучение на месте). Пребывания в стационаре 1-2 дня. Послеоперационное лечение: программированное обезболивание, тщательная гигиена (отказ от туалетной бумаги\щелочных средств для подмываний), регуляция стула (врачебный контроль за первым стулом), продолжение приема флеботоников-, антибактериальная терапия, стимуляция регенерации с 5-7 суток, постоянная связь с пациентом, возможность регулярных консультаций первые 3 недели после операции.

Результаты:

В п\операционном периоде зафиксированы следующие осложнения: кровотечения – 24 пациента 3,3% (из них 3 потребовалась госпитализация с повторным трансанальным вмешательством), развитие гнойно-септических ситуаций (парапроктит - 3, свищи - 4) 0,95%, стриктура анального канала (не прошел степлер) - 1 (0,1%), тромбоз наружных узлов – 46 (6,2%), острая анальная трещина – 12 (1,6%), острая задержка мочеиспускания – 18 (2,45%), полип зоны анастомоза – 1(0,1%), длительно незаживающая рана анального канала – 12 (1,6%), тенезмы – 489 (66,6%) - купировались к концу раннего п\операционного периода. Из 734 пациентов до 1 года отслежены 137: неудовлетворенность результатом\рецидив 16,7% (1 пациентка оперирована повторно по методу Лонго, 15 пациентам выполнялось лигирование

выпадающего внутреннего узла, 1 пациентка оперирована по методике HAL-RAR, 8 пациентам выполнена геморроидэктомия по Миллигану-Моргану. Максимальные сроки наблюдения у небольшой группы 37 человек (7 лет). При анкетировании данных пациентов абсолютная удовлетворенность результатами лечения выявлена у 33 (89 %), относительная удовлетворенность 3 (8%) из-за появившегося эстетического дефекта и редкого выделения крови.

Заключение:

операция Лонго является радикальным методом устранения симптомов геморроидальной болезни у отдельной группы пациентов (циркулярный птоз геморроидального сплетения 2-3 ст с жалобами на выпадение геморроидальных узлов с редкими скудными выделениями крови у комплаентного пациента, категорически отказывающегося от классической геморроидэктомии). Основными причинами рецидива считаем отсутствие «пациентоориентированности» в выборе метода лечения, отсутствие качественной подготовки и послеоперационного наблюдения, опыт хирурга.

Возможности аппаратного механического шва в хирургической коррекции осложнений геморроидальной болезни.

малая проктология

устный доклад

Докладчик:

Быстрицкая Алиса Станиславовна, ФГБОУ ВО ТГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Введение:

До настоящего времени в практике хирургического лечения больных острым тромбозом геморроидальных узлов крайне редко используются оперативные методики, в основном, проводится консервативное лечение острого тромбофлебита и тромбоза геморроидальных узлов амбулаторно или стационарно.

Известен способ лечения геморроя: операция Лонго (геморроидэктомия с помощью геморроидального степлера). Для операции используют одноразовый набор инструментов, включающий циркулярный сшивающий аппарат. (Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М.: Литтерра, 2010, 116-127 с.). Для лечения острого тромбоза этот метод ранее не применялся.

Трансанальная резекция или операция Лонго при геморрое широко используется как один из самых эффективных методов для лечения внутренней формы заболевания. Она заключается в удалении части слизистой оболочки прямой кишки, находящейся чуть выше зубчатой линии. В результате операции геморроидальные узлы поднимаются вверх, нарушается поступление крови к ним и через время на их месте образуется соединительная ткань. К преимуществам данного метода относятся: минимальная травматичность и болезненность во время процедуры и после нее; возможность удаления большого количества внутренних геморроидальных узлов; быстрый восстановительный период (до 5 дней); отсутствие послеоперационной раны; минимальное количество противопоказаний.

Указанные недостатки побудили нас разработать новый хирургический подход к лечению осложненных форм геморроя (Заявка на патент РФ. № 2021107979/14(017220) на изобретение «Способ хирургического подхода к лечению пациентов с осложненным течением геморроя и острым тромбозом геморроидальных узлов».

Цель:

Целью изобретения является улучшение лечения больных при осложненном течении геморроя, усовершенствование техники оперативного лечения больных острым тромбозом геморроидальных узлов и кровотечением, улучшение результатов лечения больных, сокращение сроков госпитализации, уменьшения частоты послеоперационных осложнений. Выбор адаптированного к условиям амбулаторной хирургии метода радикальной геморроидэктомии, при остром тромбированном геморрое.

Методы:

При поступлении пациента с острым наружным тромбированным геморроем в экстренном порядке, под общим наркозом (как правило, спинномозговая анестезия), проводится оперативное лечение. Первым этапом выполняют операцию циркулярной резекции слизистой прямой кишки по принципу метода Лонго, которая имеет некоторые отличия от типичной, поскольку выполняется в условиях тромбированных узлов и отечных тканей. Для операции используют одноразовый набор инструментов фирмы Ethicon либо ее аналогов, например, аппарат PYGC -32, 34, производства PRECISION (CHANGZHOU) MEDICAL INSTRUMENTS, включающий прозрачный аноскоп с обтуратором, полулунный ретрактор, проводник, крючок для подтягивания и затягивания шва, а также прямой циркулярный сшивающий аппарат

диаметром 32, 34 или 36мм., с двумя каналами по боковым поверхностям. Наружные геморроидальные узлы не вправляют, добиваясь того, чтобы наложение кисетного шва проводилось проксимальнее границы расположения тромбированных узлов и не захватывало участок отека слизистой. После первого этапа, в результате резекции слизистой, тромбированные узлы подтягиваются ко входу в анус. Вторым этапом проводится микронадрез по типу «прокола» каждого тромбированного узла с помощью игольчатого электрокоагулятора, через проколы производится удаление тромботических масс из узлов, При использовании предлагаемого способа геморроидэктомии разрезы анодермы сокращены до минимума, его выполняют в виде прокола тромбированного узла, края разреза легко адаптируются, что облегчает процесс заживления. Дополнительной расщепаровки узлов во время оперативного вмешательства не требуется. Швы в виде нитей и узлов не остаются в ране. Способ, на наш взгляд, позволяет результативно радикально оперировать осложненный геморрой, не затягивая сроки лечения. Втягивание выпавших тромбированных узлов в результате внутриампулярной резекции кишки обеспечивает хороший отдаленный результат, снимает необходимость перевязок и местного лечения. Важным преимуществом предлагаемого подхода к лечению тромбированного геморроя является применимость его ко всем вариантам тромбоза, в любой стадии процесса, за исключением разве - что гнойного расплавления узлов и возникновения флегмоны.

Для изучения эффективности оперативных вмешательств и выбора способа лечения геморроя были проанализированы данные обследования 380 пациентов, обратившихся по поводу острого и хронического геморроя за 5 лет в Медицинском центре «Здоровье» г. Владивостока. Исследование было начато в 2013 году.

Структура осложнений: острый наружный тромбированный геморрой составил 50 пациентов; осложнение в виде массивного кишечного кровотечения было у 15 больных, у остальных пациентов было «кровомазанье» после акта дефекации. Выпадение узлов в той или иной степени отмечалось у 18 пациентов. Методика оперативного вмешательства при остром наружном тромбированном геморрое. Операцию осуществляли геморроидальным степлером по способу Лонго. Обезболивание включало спинномозговую анестезию с седацией. Во время операции использовали 2.5-кратное оптическое увеличение области операционного воздействия. Выводили тромбированные узлы наружу и намечали уровень наложения двух кисетных швов. В дальнейшем ход геморроидэктомии не отличался от прототипа. После геморроидэктомии по Лонго дополнительно вскрывали наружные тромбированные узлы и проводили тромбэктомия

Результаты:

Проанализировав результаты лечения по методу Лонго, было отмечено следующее. В ближайшем послеоперационном периоде воспалительных осложнений не отмечено. Оценка по шкале боли ВАШ составила 3,2. В единичных случаях отмечалось незначительное кровомазанье на фоне вскрытых тромбированных узлов. с 2018 года авторами было проведено хирургическое лечение у 23 больных с острым наружным тромбированным геморроем, изучены ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения у перенесших экстренную геморроидэктомию по предлагаемой методике. Из них у всех пациентов произведено удаление тромбированных масс и одномоментная радикальная геморроидэктомия по предлагаемой методике. Исход заживления оценивали по данным болевой шкалы ВАШ, визуальной оценки формирующегося рубца, общеклиническим и лабораторным показателям. Послеоперационный период протекал гладко, без выраженного повышения температуры. Введение анальгетиков парентерально проводили в первые 24 часа, затем пациенты принимали обезболивание и антибиотики в таблетированной форме на ночь. Пациенты выписывались в 1-2 день послеоперационного периода, среднее пребывание в стационаре составило 28 часов. Пребывание на больничном листе - до 8-9 суток, включая стационар. Во всех случаях наблюдали формирование тонкого гладкого линейного рубца, расхождения швов не было. В 1 случае отмечена задержка отхождения скобки в срок до 2 мес., что потребовало

удаления при ректальном осмотре, без общей анестезии. Рецидивов не отмечено. Стенозов ануса не было.

Отдаленные результаты оперативного лечения хронического и острого прослежены в сроки от одного года до 5 лет после операции. В группе амбулаторных больных, оперированных нерадикальными методами (операции латексными кольцами, после операции склеротерапии, операция электрокоагуляции) было 5,71 % рецидивов, во 2 группе (операция Лонго) – рецидивов не было, за исключением одного случая оставленного тромбированного узла при остром геморрое.

Заключение:

. Таким образом, методика радикальной геморроидэктомии по Лонго является высокоэффективным малотравматичным способом лечения, позволяющим оперировать амбулаторно острый и хронический геморрой.

способ обеспечивает надежный функциональный и косметический результат операции; является малотравматичным, эффективным методом лечения, позволяет радикально излечить и предупредить возможные осложнения геморроя, в том числе, влияние традиционных операций на состояние анодермы.

Пилонидальная болезнь: опрос хирургов России.

малая проктология

устный доклад

Докладчик:

- Пикуза Мария Николаевна, Клиника Колопроктологии и Малоинвазивной Хирургии
- Шлык Д.Д.
- Киценко Ю.Е.
- Тулина И.А.
- Царьков П.В.

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ

Введение:

Пилонидальная болезнь (эпителиальный копчиковый ход, ЭКХ)-распространенное заболевание как в практике врача-колопроктолога, так и в общехирургической практике, которое встречается в молодом трудоспособном возрасте с преобладанием мужчин над женщинами в соотношении 3:1. Существуют различные подходы к лечению пилонидальной болезни от малоинвазивных вмешательств до больших эксцизионных операций.

Цель:

анализ данных о применении различных методик предоперационного обследования и хирургического лечения ЭКХ в России.

Методы:

Проведен опрос, включающий 40 вопросов о выборе техники оперативных вмешательств, предоперационных обследований, послеоперационном ведении пациентов с ЭКХ. Опрос прошли 158 хирургов, состоящих в Российском Обществе Колоректальных Хирургов.

Результаты:

Всего на опрос ответило 158 человек. Подавляющее большинство-это врачи-колопроктологи и общие хирурги (n=139, 88%) с опытом работы более 10 лет (n=100, 63,3%). Доля врачей, выполняющих до 20 операций по лечению ЭКХ за год, составила 102 человека (64,6%).

В качестве предоперационного обследования 28 хирургов (18%) отправляют своих пациентов на МРТ органов малого таза, 57 врачей (36%) обычно используют УЗИ мягких тканей в своей практике, а 46 опрошенных (29%) вообще не применяют инструментальные методы обследования. К дренированию послеоперационных ран «очень часто» или «всегда» прибегают 99 опрошенных (63%). Антибактериальную терапию или профилактику используют 81% хирургов (n=129). При лечении абсцесса ЭКХ 81 человек (51,3%) всегда выполняют вскрытие и дренирование, и только 31 (38,6%) из них при этом всегда кюретируют полость кисты. Однако, 16% опрошенных (n=26) выполняют иссечение абсцесса.

Среди эксцизионных операций наиболее популярной методикой стало иссечение с срединным ушиванием раны наглухо, которую выполняют 38% опрошенных (n=61). Иссечение со смещением межъягодичной борозды (Karydak's procedure, Vascom II procedure) выполняют только 20% хирургов (n=31).

Также в опросе были предложены и малоинвазивные методики (SiLaC, VAAFT, синусэктомия), но, несмотря на то что у 50% опрошенных в стационаре есть возможность выполнять малоинвазивные вмешательства, только 25 человек (16%) используют лазер в рутинной практике. Стоит отметить, что хирурги старшего возраста значительно чаще используют малоинвазивные методики (p=0,017), несмотря на то что большинство врачей

ответили, что уверенно себя чувствуют, оперируя ЭКХ (n=138, 87%) и легко применяют новые методы лечения в своей практике (n=115, 72%).

Часто с рецидивами и осложнениями после операции сталкиваются только 7% и 21% хирургов, соответственно. Однако только 17% врачей (n=27) отправляют таких пациентов в специализированные центры для дальнейшего лечения.

Заключение:

Несмотря на то, что «золотым стандартом» лечения пилонидальной болезни на сегодняшний день служит иссечение полости с латерализацией межъягодичной борозды, большинство хирургов в России выполняют иссечение с ушиванием раны по срединной линии, которое характеризуется достоверно большей частотой рецидива заболевания, согласно данным мировой литературы. Стоит отметить, что малоинвазивные методики на сегодняшний день все еще не нашли широкого применения среди отечественных хирургов.

Учитывая данные опроса, необходимо дальнейшее исследование и разработка клинических рекомендаций по ведению пациентов с пилонидальной болезнью.

«Пилонидальная болезнь у детей и взрослых: все ли мы делаем правильно?».

малая проктология

устный доклад

Докладчик:

- Федоров Александр Кириллович, Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии имени академика Ю.Е. Вельтищева
 - Шлык Дарья Дмитриевна
 - Царьков Пётр Владимирович
 - Морозов Дмитрий Анатольевич
- ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии имени академика Ю.Е. Вельтищева
- Савельева Юлия Владиславовна, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), ГБУЗ «ДГКБ №9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ»
 - Пыхтеев Дмитрий Анатольевич
 - Елин Леонид Михайлович
- ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского

Введение:

Пилонидальная болезнь представляет собой заболевание кожи и подкожно-жировой клетчатки, которое наиболее часто локализуется в области межягодичной складки. По одной из версий причиной возникновения ЭКХ является нарушение работы пилосебационного комплекса, по другой - нарушение процессов эмбриогенеза. При этом пик заболеваемости наблюдается в подростковом и молодом возрасте между 13 и 22 годами, с преобладанием мужского пола над женским 3÷4:1. Предложено большое количество оперативных вмешательств: начиная от малоинвазивных методик, до методов с пластикой послеоперационной раны после иссечения. Однако в настоящее время нет единого мнения какие методы более предпочтительны во взрослом, а какие в детском возрасте.

Цель:

Сравнить основные методы лечения пилонидальной болезни во взрослом и детском возрасте.

Методы:

Проведен ретроспективно анализ хирургического лечения детей и взрослых пациентов с пилонидальной болезнью отделений педиатрических стационаров - ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского и взрослого стационара - Клиника колопроктологии и малоинвазивной хирургии, (Сеченовский Университет).

Результаты:

В период с 2003 г. по 2023 г. в детских стационарах было прооперировано 302 ребенка, проведено 335 операций. Оперативные методики, применявшиеся в лечении детей с пилонидальной болезнью: иссечение с ушиванием наглухо - 230 операций (68,66%), по Vascom I-4 операции (112,86%), по Vascom II-33 операции (9,85%) и по Gips - 29 операций (8,66%).

Общий процент рецидивов после всех применимых методов оперативного лечения составил 9,85% (33 случая), из которых в 5 случаях (1,49%) наблюдалось повторное рецидивирование (2 и более рецидива после первичного оперативного лечения). Так же было пролечено 30 детей (9,46%), которые ранее уже получали лечение в других учреждениях.

Частота рецидивов после ушивания наглухо составила 12,17% (28 случая), после VascomI - 4,65% (2 случая), после VascomII-3,03% (1 случай), после Gips-6,9% (2 случая). По сравнению со всеми взятыми другими применяемыми методами количество рецидивов после операции классического иссечения в 3 раза больше (12,17% vs. 4,76%), что сопоставимо с данными литературы.

В ККМХ за период с 2007 г. по 2023 г. прооперировано 360 пациентов: срединное ушивание выполнено 95 пациентам(26,4%), ушивание с пластикой больших ягодичных мышц проведено у 91 пациента(25,3%), синусэктомия- 21(5,8%), SILAC 11(3%), пластика по Каридаксис 43(12%), по Баском II- 27(7,5%), LOCULA 16(4,4%), по Баском I- 4(1,1%), по Лимбергу 3(0,83%), V-пластика -5 (1,4%), другие виды пластики-44 пациента(12,2%). Среди всех случаев рецидивные ЭКХ составили 134 пациента (37,2%).

Общее число рецидивов составило 8,9% (31 пациент). Рецидивы наиболее часто наблюдались в группе срединного ушивания наглухо 21(5,8%). Наименьшее - в группе малоинвазивных методик 2 (0,6%). Повторные оперативные вмешательства выполнены у 20 пациентов (5,6%).

Заключение:

В лечении ЭКХ детского и взрослого возраста применяются различные методы. Наибольшая частота рецидивов наблюдается после срединного ушивания раны наглухо в группах детского и взрослого возрастов. В связи с чем данный вид оперативного лечения не может быть операцией выбора у пациентов при лечении пионидальной болезни. Наиболее перспективными выглядят малоинвазивные методики, такие как GIPS, синусэктомия, LOCULA и SILAC, характеризующиеся наименьшей частотой рецидивов заболевания.

Особенности минимально инвазивного лечения свищей прямой кишки с использованием свободной лигатуры.

малая проктология

устный доклад

Докладчик:

Алибеков Альберт Заурбекович, ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава РФ

Введение:

Актуальность проблемы лечения свищей прямой кишки, в настоящее время связана с сохраняющимися показателями анальной инконтиненции, что требует дальнейшего научного и практического поиска оптимальных алгоритмов лечения данной категории больных. Современное лечение свищей прямой кишки подразумевает применение «сфинктеросберегающих» технологий, направленных на максимальное снижение негативного влияния хирургических вмешательств на функцию анального жома.

Цель:

улучшить результаты лечения пациентов со свищами прямой кишки, путем применения сфинктеросберегающих технологий

Методы:

В исследовании приняли участие 178 человек с острым парапроктитом, у которых во время вскрытия параректального абсцесса идентифицировано внутреннее отверстие. Далее путем рандомизации установлена пациенты разделены на 2 группы, в зависимости от типа дренирующей лигатуры – полиэстеровая лигатура Codoloop или Ethibond. В различные сроки оценен эффект каудальной миграции лигатур и степень вовлеченности сфинктера.

Результаты:

При вовлеченности более 1/3, но менее 1/2 сфинктера, в группе Codoloop отмечены высокие показатели миграции вплоть до полной каудальной миграции до кожного мостика, который был без опасения иссечен с полным выздоровлением. В группе Ethibond, при вовлеченности более 1/3 сфинктера, каудальная миграция практически отсутствовала, и статистически значимо отмечалась только при вовлеченности менее 1/3 сфинктера.

Заключение:

применение свободной лигатуры codoloop целесообразно при вовлеченности сфинктера более 1/3. Однако, при отсутствии миграции, представляется целесообразной установка лигатуры Ethibond, для формирования тонкого свищевого хода, что значительно повысит результаты таких методик как лазерная облитерация.

Отдаленные результаты операции Karydakis с мобилизацией ягодичной фасции, при оперативном лечении ЭКХ.

малая проктология

устный доклад

Докладчик:

- Мальцев Николай Павлович
- Щёголев А.И.
- Афанасьева Е.П.
- Зухраева З.И.
- Назарова М.В.

СПБ ГБУЗ «Городская больница №40»

- Нечай И.А., Многопрофильная медицинская клиника MedSwiss г. СПб
- Волкова А.С., СПбГУ
- Алтемиров А.И., СЗГМУ им. Мечникова

Введение:

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) составляет 1-2 % от всех хирургических больных, встречается у 26-60 на 100 тыс. человек, пик заболеваемости 15 – 30 лет. Лечение заболевания - оперативное, частота рецидивов – от 2 до 48%, п/о осложнений – от 2,5 до 53 %.

В отделении колопроктологии СПБ ГБУЗ ГБ № 40 с 2014 года используются «закрытые» методики (операция Karydakis, иссечение ЭКХ с мобилизацией ягодичных мышечно-фасциальных лоскутов). При анализе отдаленных результатов этих операций выяснилось, что осложнения при операции Karydakis наблюдались в 20% случаев (2 гематомы п/о раны, 3 серомы). Задержка отделяемого происходила глубоко в подлоскутном пространстве, что требовало снятия швов с раны, увеличивало средний койко-день. Рецидивов заболевания в данной группе не отмечено. При мобилизации ягодичной фасции отмечено меньшее количество осложнений 7,5% (в большинстве случаев - поверхностные серомы, не влиявшие на длительность лечения), однако рецидивы наблюдались в 4,3% пациентов. При анкетировании 49% больных отмечали нарушение чувствительности в зоне п/о рубца, 18% - дискомфорт, болезненность при длительном нахождении в положении сидя.

С целью уменьшения количества осложнений при операции Karydakis было решено объединить обе методики, что позволило значительно уменьшить площадь мобилизации кожно-жирового лоскута и, как следствие, объем подлоскутного пространства

Цель:

Оценить эффективность использования операции Karydakis, дополненной мобилизацией ягодичных фасциальных лоскутов в хирургическом лечении пилонидальной болезни. Определить частоту развития осложнений и рецидивов заболевания.

Методы:

Проведен анализ отдаленных результатов операции Karydakis (рис. 1), дополненной мобилизацией ягодичной фасции. В исследование включено 73 пациента. Женщин 9 (12,3%), мужчин 64 (87,7%). Средний возраст 29±9,41 лет. Статистическая обработка выполнена в программе Jamovi.

Результаты:

Время операции 30-40 минут, заживление первичным натяжением 87,7%, осложнения (серомы п/о раны) 12,3%. Не выявлено зависимости между развитием осложнений и длительностью госпитализации.

Проведено телефонное анкетирование 46 пациентов: 97,8% - полностью удовлетворены результатами операции, 8,6% - отметили нарушение чувствительности в области п/о рубца, 15% - дискомфорт, болезненность при длительном нахождении в положении сидя. Рецидив выявлен у одного пациента – 2,2%. Не установлено зависимости между развитием серомы и рецидивом заболевания.

Заключение:

Мобилизация ягодичной фасции при операции Karydakis позволяет снизить частоту п/о осложнений и рецидивы заболевания. Данная методика может рассматриваться как один из эффективных способов оперативного лечения ЭКХ.

Выпадение прямой кишки. Операция Делорма и Тирша как выбор одноэтапной операции у пожилых людей.

малая проктология

устный доклад

Докладчик:

- Дашицыренов Алдар Цыденович
- Заиграев Б.В.

Первая городская клиника

Введение:

Выпадение прямой кишки (пролапс прямой кишки) — прогрессирующее заболевание, характеризующееся смещением стенок дистального отдела толстой кишки и выпадением (выворачиванием) их через заднепроходное отверстие.

Наружное и внутреннее выпадение прямой кишки развиваются вследствие слабости связочно-мышечного аппарата органов таза.

Частота заболеваемости выпадением прямой кишки составляет в среднем 9% от всех колопроктологических заболеваний или от 0,3% до 5,2% среди пациентов общехирургических стационаров.

Женщины в возрасте старше 50 лет в 6 раз чаще мужчин страдают выпадением прямой кишки.

Операция Делорма. Вероятность развития рецидива пролапса после этого метода выше, чем при трансабдоминальных операциях, и составляет 10%-15%. Воспалительные осложнения, задержка мочеиспускания, кровотечение и запоры встречаются в послеоперационном периоде в 4-12% случаев.

Операция Тирша. Общий процент всевозможных послеоперационных осложнений и рецидивов заболеваний после операции Тирша и ее модификаций колеблется в среднем в пределах 25—50%.

Цель:

Цель доклада показать опыт проведения операции Делорма в комбинации с операцией Тирша в модификации ППС, как выбор оптимальной и результативной операции у пожилых людей.

Методы:

Были проанализированы пациенты поступившие в клинику на оперативное лечение, перенесших Делорма в комбинации с модифицированной операцией Тирша в период с 2020 по 2023 год, для получения следующих данных: пол; продолжительность симптомов, продолжительность пролапса, время операции, осложнения, связанные с процедурой, развитие и лечение рецидивирующего пролапса. Проведен анализ послеоперационных осложнений, частоты и времени рецидивов, а также факторов, влияющих на рецидив заболевания.

Результаты:

Было прооперировано 8 женщин в возрасте от 82 до 91 лет. Средняя продолжительность клинических проявлений составил 4 месяца, и большинство пациенток обратились планово, тогда как три пациентки обратились в клинику с необратимым выпадением прямой кишки, выраженным болевым синдромом. Средняя длина выпадения составила 10 см, среднее время операции составило 90 мин, а среднее время послеоперационного пребывания в стационаре

составило 3 дня. У 1 пациентки возникло осложнение, как перерастяжение сетчатого импланта, приведшая к недержанию плотного кала. Время наблюдения составила 30 месяцев. У 7 пациентов перенесших комбинированную операцию рецидивов не наблюдалось. Временной интервал от операции до развития рецидива у 1 пациентки, составил 2 месяца. Пациентке повторно проведена сетка.

Заключение:

Операция Делорма в совокупности с модифицированной операцией Тирша является подходящим методом лечения выпадения прямой кишки у пожилых пациентов с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями, высокой степенью анестезиологического риска, низкой частотой рецидива. Ранний рецидив, развивающийся в течение нескольких дней или недель, часто представляет собой техническую неисправность и может потребовать коррекции.

Оценка эффективности этапной симультанной эндоскопической полипэктомии и геморроидэктомии. ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Донецкое клиническое медицинское территориальное объединение.

малая проктология
устный доклад

Докладчик:

- Борота Александр Васильевич
- Полунин Г.Е.
- Борота А.А.
- Танасов И.А.
- Матчанов Д.Г.

ФГБОУ ВО Донецкий государственный медицинский университет

Введение:

Одной из наиболее распространенных и часто встречаемых хирургических патологий была и остается геморроидальная болезнь, осложнения которой служат показанием к хирургическому лечению. В комплекс необходимых обследований перед операцией пациентам после 40 лет входит исследование толстой кишки в т. ч. эндоскопическое. Одной из наиболее частых находок при фиброколоноскопии по данным мировой литературы являются (полипы толстой кишки).

В результате тщательного обследования (в том числе и фиброколоноскопии), многие пациенты узнают о наличии одного или нескольких полипов толстой кишки. Полипы толстой кишки необходимо удалять, т.к. склонны к жизнеугрожающим состояниям – озлокачествлению, кровотечениям и т.д. Подавляющее большинство исследователей предлагают разделить эндоскопическое удаление полипов толстой кишки при наличии геморроя, на два этапа. На первом этапе выполняется эндоскопическую полипэктомию, спустя несколько недель – геморроидэктомию. Все это происходит за два эпизода госпитализации.

Цель:

показать эффективность единого поэтапного способа хирургического лечения

Методы:

В колопроктологическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения, которое является клинической базой кафедры общей хирургии №1 ФГБОУ ВО ДОНГМУ им. М. Горького МЗ РФ с 2017 по 2023 годы было пролечено 41 пациентов с диагнозом геморрой и полипы толстой кишки 24 – мужчин и 17 – женщин. Возраст пациентов на момент госпитализации составил от 34 до 80 лет. Все пациенты были госпитализированы плановом порядке, во всех случаях – полипы толстой кишки были обнаружены во время прохождения диагностической фиброколоноскопии. На этапе предоперационного дообследования. При фиброколоноскопии у всех пациентов была взята биопсия для верификации процесса. Размеры полипов колебались от 0,7 до 3,2 см в диаметре.

Во всех 41 случаях пациентам проведено этапное симультанное хирургическое лечение за один эпизод госпитализации, при которой первым этапом выполняли эндоскопическую полипэктомию, затем последующую геморроидэктомию через 48-72 часа при получении убедительных данных за отсутствие осложнений после эндоскопической полипэктомии.

Результаты:

При выполнении эндоскопической полипэктомии в условиях колопроктологического отделения ДОКТМО осложнений не наблюдались. У 6 пациентов были жалобы на умеренный дискомфорт в животе, обусловленные избыточным введением воздуха в процессе выполнения эндоскопической полипэктомии. Оценка эффективности эндоскопической полипэктомии, проводилась нами по результатам контрольных фиброколоноскопий. Во всех 41 случаях для детального анализа были отобраны результаты диспансерного наблюдения за 41 пациентами – все пациенты проходили динамическое наблюдение в клинике, которым при фиброколоноскопии было выполнено эндоскопическая полипэктомия и геморроидэктомия. Осложнений в послеоперационном периоде у пациентов отмечено не было. Развития рецидивов после эндоскопической полипэктомии и геморроидэктомии не выявлено. Во всех случаях диагноз полипы толстой кишки подтверждались гистологически.

Заключение:

Симультанное оперативное лечение пациентов с диагнозом полипы толстой кишки и геморрой, можно выполнить последовательно за один эпизод госпитализации. Непосредственные и отдаленные результаты при этапной симультанной эндоскопической полипэктомии и геморроидэктомии не отличались от таковых при стандартной эндоскопической полипэктомии и геморроидэктомии.

Веб-приложение ждя удаленного контроля состояния пациентов после операции по поводу заболеваний аноректальной области.

малая проктология

устный доклад

Докладчик:

Сотников Василий Михайлович, ГБУЗ РК Сакская РБ

Введение:

В современном мире большое количество операций по поводу заболеваний аноректальной области проводится как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Чтобы обеспечить максимальное качество оказания помощи, важно оценить динамику послеоперационного периода, а так же обеспечить контроль за состоянием пациента в реальном времени. С использованием сети интернет и стационарных и мобильных устройств, которые есть у каждого человека, возможно это осуществить.

Цель:

разработать и внедрить в практику веб-приложение для удаленного контроля состояния пациентов после операции по поводу заболеваний аноректальной области.

Методы:

Разработка программ была осуществлена с использованием языков программирования python, HTML, Javascript. Особенностью приложения является возможность проведения анализа на основе субъективной оценки показателей, в виде тестирования пациента, где он отмечает: частоту дефекации, интенсивность боли по шкале ВАШ, интенсивность кровотечения, значение температуры тела.

После прохождения тестирования, программа автоматически отправляет полученные данные врачу через мессенджер Телеграм, сохраняет информацию в базе данных и проводит базовый анализ показателей. Этот анализ позволяет пациенту самостоятельно оценить необходимость экстренных мер в случае отклонения от нормы или подтвердить нормальность показателей.

Данное приложение уже было применено на практике: мы оценивали послеоперационное состояние 20 пациентов после подслизистой лазерной коагуляции внутренних геморроидальных узлов. От всех пациентов было получено согласие на обработку персональных данных.

Результаты:

Применение программы позволило нам наблюдать за пациентами в реальном времени и корректировать схему лечения в промежутке между контрольными осмотрами. У всех 18 пациентов, отмечалось постепенное снижение интенсивности болевого синдрома с 4 ± 1 балл до 0 в течение 3 ± 1 дней. У 2 пациентов снижение болевого синдрома к 4 суткам не наступило и по результатам прохождения опроса полученных врачом, пациенты были приглашены на контрольные осмотры и им было скорректировано лечение, в результате чего болевой синдром, был купирован на 6 сутки у всех пациентов. Послеоперационных осложнений не наблюдалось. Сохраненные данные были использованы для построения графика и оценки динамики изменения состояния пациентов в послеоперационном периоде.

Заключение:

Программа позволяет в реальном времени проводить наблюдение за пациентами после операций по поводу заболеваний аноректальной области, корректировать лечение и проводить

профилактику осложнений. Это существенно повышает качество оказания помощи и улучшает прогноз для пациентов.

Сосудистая анатомия при операции HAL-RAR – анатомическое исследование.

малая проктология

устный доклад

Докладчик:

Давидович Денис Леонидович, ФНКЦ ФМБА

Введение:

Операция HAL-RAR прочно заняла свою нишу в сфере лечения геморроидальной болезни. Вместе с тем, на сегодняшний день не существует единого стандарта в проведении данных операций, а частые дискуссии вызывает вопрос о количестве терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии, которые необходимо перевязать в подслизистом слое прямой кишки с целью осуществления адекватной дезартеризации геморроидальных узлов.

Цель:

Изучить анатомию ветвей верхней прямокишечной артерии.

Методы:

Нами было изучено 150 протоколов операций. С целью дальнейшей объективизации наших результатов для исследования вариантной анатомии верхней прямокишечной артерии (ВПА) и ее конечных ветвей в стенке прямой кишки были использованы методы лучевой диагностики, оценка проходила ретроспективно на основании ранее выполненных исследований с разными диагностическими задачами.

Результаты:

Средняя продолжительность операции составила 30,5 +/- 7,341844766 минут.

У 148 пациентов было выявлено 6 терминальных ветвей, у 2 (1.33%) пациентов – 5 ветвей.

Средняя глубина расположения сосудов составила по данным ультразвуковой доплер-локации составила на 1 час - 3,94 +/- 0,96 мм на 3 часах - 3,825503 +/- 1,160915 мм, на 5 часах - 4,006667 +/- 1,013312 мм, на 7 часах - 4,061224 +/- 0,952462 мм, на 9 часах - 4,060811 +/- 0,942037 мм и на 11 часах условного циферблата 3,88 +/- 1,067645 мм.

Всего было проанализировано 100 случаев. 60 МРТ и 40 КТ.

Во всех случаях определялось 6 терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии, локализованных на 1, 3, 5, 7, 9 и 11 часах условного циферблата.

При этом следует отметить большое количество выявленных анатомических вариантов ветвления ВПА и способа достижения стенки прямой кишки.

Классический вариант ветвления ВПА на 3 ветви с последующей бифуркацией каждой (2-2-2), составляет порядка 54% случаев (1, 5 и 6 варианты).

В трети случаев (34%) определялись 2 ветви ВПА с последующей трифуркацией, причем задние ветки отходили в виде дуг к задней стенке кишки (на 7 и 9 часах).

Всего в 2 наблюдениях отмечалась сосудистая аркада в виде дуги питающей почти всю окружность кишки по типу кровоснабжения тонкого кишечника (вариант 3).

Чуть более часто (6 случаев) наблюдался рассыпной тип с одновременным или последовательным отхождением от ВПА 6 отдельных ветвей к стенке кишки.

В 4% случаев наблюдалось 4 ветви ВПА, 2 из которых формировали бифуркации, а 2 шли отдельно (вариант 7).

Варианты 5 и 6 вероятно следует объединять с первым типом т.к. изначально идет 3 ветви ВПА, которые в дальнейшем имеют свои особенности (гипоплазию или трифуркацию и отдельный ствол на 1 час у вместо двух бифуркаций - 3-1 вместо 2-2).

Заключение:

Установлено, что в подавляющем большинстве случаев имеется 6 терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии, локализованные в нижеампулярном отделе прямой кишки ориентировочно на 1, 3, 5, 7, 9 и 11 часах условного циферблата. Возможны различные варианты сосудистой анатомии проксимальных ветвей, но в непосредственном кровоснабжении геморроидальных узлов участвует 6 дистальных ветвей. В ходе выполнения селективной доплер-контролируемой дезартеризации геморроидальных узлов целесообразной является перевязка 6 артериальных сосудов.

Междисциплинарный подход и применение остеопатических методик в дифференциальной диагностике и лечении хронической тазовой боли в сочетании с хроническим геморроем.

малая проктология

устный доклад

Докладчик:

Перепечаева Анна Владимировна, РостГМУ

Введение:

Болевой синдром у пациентов с хроническим геморроем встречается в 61% случаев, однако не всегда понятно, когда хроническая тазовая боль вызвана геморроем, а когда хронический геморрой не является причиной болей.

На сегодняшний день в практической деятельности проктолога нет простых и надёжных критериев дифференциально диагностики и лечения хронической тазовой боли. Остеопатические техники воздействия на диафрагму таза направленные на расслабление спазмированных мышц тазового дна могут применяться во время проктологического осмотра и являются достаточно эффективными и безопасными.

Цель:

Показать непосредственную связь между постуральными и висцеральными дисфункциями и возникновением хронических тазовых болей у пациентов с хроническим геморроем. Изучить сравнительную эффективность включения остеопатического лечения в базисное консервативное лечение хронического геморроя сопровождающегося хроническими тазовыми болями.

Методы:

Настоящее исследование основано на анализе обследования и лечения 40 пациентов с признаками хронического функционального геморроя I,II ст и признаками хронической тазовой боли. Пациенты получали амбулаторное обследование и лечение в 2021-2022 году в Федеральном Государственном Бюджетном Образовательном Учреждении Высшего Образования Ростовский Государственный Медицинский Университет в консультативно-диагностическом отделении и частном кабинете интегративной проктологии, г. Азова Ростовской области.

Критерии включения: хронический геморрой 1,2 степени, сопровождающиеся хроническими тазовыми болями

Критерии исключения: упорные ректальные кровотечения, геморрой 3-4 ст, тяжёлая сопутствующая, органическая патология органов малого таза и толстой кишки.

Все пациенты обследованы по стандартизированной программе исследований, с помощью специально разработанной формализованной истории болезни.

Использовали следующие методы исследования: клинический проктологический осмотр, клинический остеопатический осмотр и тестирование, сфинктерометрия, стабиллография.

Результаты:

Боль. Среднее значение до лечения в основной группе составило $6,50 \pm 2,59$ баллов, а в контрольной $6,10 \pm 1,77$ баллов. После лечения ($2,10 \pm 1,77$) выявлено достоверное снижение интенсивности болевого синдрома ($p=0,0000002385$).

Сфинктерометрия. В основной группе выявлено достоверное снижение интенсивности показателей при сфинктерометрии ($p=0,000908$).

В контрольной группе на фоне медикаментозной терапии без применения остеопатических методик также наступило незначительное уменьшение суммарного давления анальных сфинктеров в покое от $82,10 \pm 25,69$ мм вод. ст. до $81,15 \pm 24,20$ мм вод. ст., однако разница показателей оказалась не достоверна ($p=0,904805374$), что свидетельствует о нормализации тонуса внутреннего и наружного сфинктеров на фоне остеопатического лечения.

Стабилометрия. Выявлено достоверное снижение площади статокинезиограммы ($p=0,000945$), что свидетельствует о постуральной стабилизации и перехода пациента из мышечного позуоудержания к фасциальному позуоудержанию, что является для биомеханики тела наиболее физиологичным и менее энергозатратным.

Заключение:

Нам удалось установить, что основной вклад в формирование болевого синдрома у пациентов с геморроем в сочетании с тазовой болью вносит гипертония мышц тазового дна и постуральный дисбаланс. Остеопатические техники, направленные на расслабление мышц тазового дна уменьшают боли. Применение остеопатических техник в проктологической практике является быстрым и эффективным способом снятия боли в области заднего прохода и тазового дна.

О целесообразности окклюзии ректальных артерий при лечении рецидивов геморроидальной болезни после трансанальных хирургических вмешательств.

малая проктология
устный доклад

Докладчик:

Захарченко Александр Александрович, ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Введение:

При любом хирургическом методе лечения геморроидальной болезни, даже патогенетическом, возможны рецидивы заболевания. В связи с этим, возникает ряд вопросов: 1 – что лежит в основе рецидивов после любых трансанальных хирургических вмешательств? 2 – каким образом можно уменьшить вероятность рецидивов (когда повторные инвазии через задний проход значительно увеличивают риск стеноза анального канала / анального недержания)? 3 – целесообразно ли использовать эндоваскулярную окклюзию ректальных артерий при рецидивах – как операцию выбора?

Цель:

Определить целесообразность окклюзии ректальных артерий при рецидивах геморроидальной болезни после традиционных трансанальных хирургических вмешательств.

Методы:

За 2-летний период оценены клинические результаты эндоваскулярной окклюзии геморроидальных артерий у 11 пациентов с рецидивом заболевания после различных трансанальных вмешательств: после латексного лигирования внутренних геморроидальных узлов – у 5, трансанальной дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с мукопексией – у 4, геморроидэктомии – у 2. Средний возраст пациентов составил $44,2 \pm 12,5$ года. Мужчин – 5, женщин – 6.

Эндоваскулярное вмешательство выполняли через феморальный доступ справа по Сельдингеру. На диагностическом этапе определяли: количество геморроидальных артерий (целевых сосудов), отсутствие / наличие коллатеральной связи ветвей верхней ректальной артерии со средними ректальными артериями – I / II тип артериальной архитектоники ПК. Суперселективную окклюзию всех целевых сосудов выполняли в зависимости от рентгеноанатомического варианта деления верхней ректальной артерии и типа артериальной архитектоники ПК.

При I типе (8 пациентов) – суперселективная окклюзия всех целевых артерий в бассейне верхней ректальной артерии микроэмболами EmboGold, 500-700 мкм (Merit Medical). При II типе (3 больных) – аналогично использовали микроэмболы меньшего размера (300-500 мкм), но с более дистальным уровнем окклюзии (уровень коллатеральных анастомозов).

Непосредственные результаты оценены у всех пациентов в сроки до 1 года, отдаленные – от 1 года до 2 лет.

Результаты:

Среднее время вмешательств составило – $40,2 \pm 9,7$ мин. Системные и местные осложнения не зарегистрированы. Тазовый болевой синдром: у 8 пациентов при I типе и у 1 больного при II типе отсутствовал, как во время, так и после окклюзии геморроидальных артерий. Какой-либо фармакологической терапии не требовалось. При II типе (у 2 больных) – зарегистрированы

невыраженные боли (по визуально-аналоговой шкале – 2-3 балла) в области ануса в сроки до 3-х суток. Эффективно купировались пероральными анальгетиками.

Непосредственные результаты: прекращение кровотечений в первые сутки – у 4 пациентов, через 3 суток – у 5, через 7 суток – у 2. Сроки госпитализации – 1 сутки, нетрудоспособности – $4,3 \pm 0,7$ дня. Отдаленные результаты (от 1 года до 2 лет) прослежены у всех 11 больных. Течение – безрецидивное [7].

Заключение:

При рецидивах геморроидальной болезни после трансанальных малоинвазивных вмешательств (склеротерапии / латексного лигирования / трансанальной дезартеризации) и геморроидэктомии (когда повторные инвазии через задний проход значительно увеличивают риск развития поздних осложнений) целесообразно использовать эндоваскулярную окклюзию геморроидальных артерий.

Недоучет данных о количестве геморроидальных артерий и наличие коллатерального кровоснабжения внутренних геморроидальных узлов через средние ректальные артерии может ухудшить отдаленные результаты (обусловить рецидивы заболевания), как после традиционных трансанальных вмешательств, так и после эндоваскулярного лечения.

Новые подходы к лечению острого наружного геморроя.

малая проктология

устный доклад

Докладчик:

- Щёголев Андрей Игоревич
 - Мальцев Николай Павлович
 - Афанасьева Евгения Павловна
 - Зухраева Зарема Имрановна
- СПб ГБУЗ «Городская больница № 40»
- Трунин Евгений Михайлович
 - Татаркин Владислав Владимирович

ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова Минздрава РФ

Введение:

Острый тромбоз наружного геморроидального узла является проявлением геморроя и наиболее частой причиной болевого синдрома в перианальной области. Существующая классификация не в полной мере описывает особенности патогенеза и не дает возможности дифференцированного лечения этой группы больных

Цель:

Улучшить результаты лечения пациентов с острым тромбозом наружного геморроидального узла

Методы:

Материалом исследования послужили результаты ретроспективного анализа амбулаторного лечения 129 пациентов с острым тромбозом наружного геморроидального узла. В исследуемой группе было 82 (69,5%) пациента мужского пола и 36 (30,5%) женского. Средний возраст составил $37,3 \pm 10,7$ [19;73] лет: у мужчин - $37,5 \pm 10,2$ [21;73] лет, у женщин - $36,7 \pm 12,0$ [19;62] лет. Всем больным выполнялся клинический осмотр, пальцевое и эндоскопическое исследование (аноскопия, ректороманоскопия, видеокOLONOSКОПИЯ по показаниям), а также лабораторное обследование. Для уточнения типа тромбоза производили ультразвуковое исследование наружного геморроидального узла. Лечение осуществляли по трем протоколам: оперативное лечение в день обращения с последующей консервативной терапией, консервативная терапия с последующим оперативным лечением и только консервативная терапия. Препаратом выбора для консервативной терапии являлся Детралекстм. Оперативное лечение осуществляли с использованием местной инфильтрационной анестезии, выполняли тромбэктомию либо иссечение наружного геморроидального узла

Результаты:

Выявлено три типа морфологического строения тромбированного наружного геморроидального узла: мононуклеарный, полинуклеарный и отечный. Мононуклеарный тип представляет одиночный тромб или конгломерат ан- или изоэхогенной структуры с невыраженным отеком кожи. Полинуклеарный тип определяется скоплением тромботических масс размером 5-10 мм, располагающихся на небольшом расстоянии друг от друга с умеренным отеком кожи. Тромб отёчного типа визуализируют как множественные мелкие (до 2-3 мм) анэхогенные тромботические массы на фоне выраженного отёка кожи. Оперативное лечение применили у 72 (78,2%) пациентов, в 5 (6,9%) случаях вмешательство признано

неэффективным — болевой синдром сохранялся или становился интенсивнее. Все неудовлетворительные результаты лечения выявлены в группе с отечным типом тромбоза.

Для оценки эффективности проводимого определяли сроки лечения и интенсивность болевого синдрома в зависимости от типа тромбоза наружного геморроидального узла и протокола лечения. Время, прошедшее до полного прекращения жалоб у пациентов, которым оперативное лечение и начало консервативной терапии были осуществлены в день обращения, составило $6,06 \pm 3,54$ [2;21] суток. Оно было максимальным в группе оперированных больных с отечным типом тромбоза наружного геморроидального узла — $14,7 \pm 4,96$ [3;21] суток. Минимальное время выздоровления имело место у лиц с мононуклеарным типом тромбоза наружного геморроидального узла — $4,84 \pm 2,14$ [2;14] суток.

Выздоровление в группе больных, которым последовательно проводили консервативную терапию и хирургическое вмешательство, заняло в среднем $4,83 \pm 1,53$ [3;7] суток. У пациентов с мононуклеарным строением тромбированного узла этот срок составлял $4,75 \pm 1,16$ [3;7] суток. У больных с отечным видом тромбоза — $5 \pm 2,31$ [3;7] суток.

У пациентов, которым оперативное вмешательство было выполнено в день обращения наиболее выраженный болевой синдром отмечался в группе с отечным типом тромбоза наружного геморроидального узла — 4,6 баллов по ВАШ, наименее выраженный болевой синдром выявлен в группе с мононуклеарным типом тромбоза — 1 балл по ВАШ. В группе пациентов, получавших консервативную терапию как этап предоперационной подготовки интенсивность болевого синдрома не превышала 1 балла по ВАШ.

Применение дифференцированного подхода, основанного на предложенной клинкоморфологической классификации, при лечении острого тромбоза наружного геморроидального узла позволяет уменьшить время лечения и снизить выраженность болевого синдрома, тем самым улучшает качество лечения данной нозологии

Заключение:

Применение дифференцированного подхода, основанного на предложенной клинкоморфологической классификации, при лечении острого тромбоза наружного геморроидального узла позволяет уменьшить время лечения и снизить выраженность болевого синдрома, тем самым улучшает качество лечения данной нозологии.

Комплексное лечение пациентов с тяжелыми формами язвенного колита Андреев П.С., Давыдова О.Е., Каторкин С.Е., Николаев М.М.

общая колопроктология

постерный доклад

Докладчик:

- Андреев Павел Сергеевич
- Давыдова Ольга Евгеньевна
- Каторкин Сергей Евгеньевич
- Николаев Михаил Михайлович
- Купер Василиса Дмитриевна

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

Введение:

Язвенный колит (ЯК) является одним из труднейших заболеваний, которое несет в себе множество проблем в колопроктологии, и проявляется повышением выявляемости среди населения, а также нарастанием числа пациентов с тяжелыми формами. По данным Всемирной организации здравоохранения, заболеваемость на 100.000 колеблется от 50 до 80 человек, а распространенность – 505 случаев на 100.000 населения. Тот факт, что ЯК чаще поражает людей молодого возраста, обуславливает огромную значимость этой проблемы.

Цель:

Улучшить результаты лечения пациентов с язвенным колитом с помощью персонифицированной антибактериальной терапии, подобранной на основании микробиологического исследования биоптатов слизистой толстой кишки.

Методы:

Работа основана на анализе результатов лечения 80 пациентов, у которых была диагностирована тяжелая атака язвенного колита. В основной группе пациентов (n=40) комплексное лечение дополняли назначением антибактериальной терапии с учетом чувствительности к ней микроорганизмов, полученных из биоптатов стенки толстой кишки. В контрольной группе пациентам (n=40) назначали общепринятое лечение. Ближайшие результаты лечения у пациентов групп сравнения отслежены в течение 30 и 90 дней. Отдаленные результаты проанализированы через 6 и 12 месяцев.

Результаты:

Через 2 недели у всех пациентов основной группы стул нормализовался, у пациентов группы сравнения нормализация стула была отмечена лишь через 1 месяц от начала лечения. У 24 (60 %) пациентов основной группы на 7-е сутки лечения уровень лейкоцитов крови был в пределах нормы, тогда как в группе сравнения этот показатель нормализовался только у 4 (10 %) пациентов. На 7,5 % чаще пациенты в контрольной группе подвергались хирургическому лечению. В контрольной группе у 6 (15 %) из 7 оперированных пациентов случились осложнения в стационаре. В основной группе лишь у 1 (2,5 %) пациента зарегистрирован рецидив заболевания через 6 месяцев после проведенного лечения, тогда как в контрольной группе рецидив возникал в 4 раза чаще.

Заключение:

Использование персонифицированной антибактериальной терапии, подобранной на основании результатов микробиологического исследования биоптатов слизистой толстой кишки, улучшает результаты лечения пациентов с тяжелыми формами язвенного колита,

позволяя добиться скорой ремиссии заболевания с увеличением ее сроков, а при хирургическом лечении пациентов уменьшить количество периоперационных осложнений.

Кистозный пневматоз тонкой кишки.

общая колопроктология
постерный доклад

Докладчик:

- Хегай Валерия Евгеньевна
 - Саакян Георгий Германович
 - Данилов Михаил Александрович
 - Абрамов Константин Олегович
- ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова

Введение:

Кистозный пневматоз – редкое доброкачественное заболевание, которое характеризуется появлением кист, заполненных газом в подслизистом или субсерозном слое кишечной стенки. Заболеваемость составляет около 0,03%. В 85% случаев кистозный пневматоз имеет вторичный характер и может быть проявлением как доброкачественных, так и жизнеугрожающих заболеваний.

Кистозный пневматоз чаще всего протекает бессимптомно, либо с неспецифическими симптомами. Клиническая значимость во многом зависит от характера и тяжести первичного заболевания. Наиболее опасное состояние, мезентериальная ишемия, связано с высокой заболеваемостью и смертностью.

Наиболее чувствительным методом диагностики является КТ органов брюшной полости, которая позволяет обнаружить пузырьки газа непосредственно в стенке кишки, а также пневмоперитонеум, который часто сопровождает кистозный пневматоз.

Хирургическое лечение показано только в случаях осложненного течения (кишечная непроходимость). При вторичном кистозном пневматозе основным методом является лечение первичной патологии.

В связи с широким использованием лучевых методов диагностики увеличивается количество клинических наблюдений, особенно у пациентов с бессимптомным течением заболевания.

Цель:

Целью данной работы является повышение осведомленности специалистов о таком заболевании как кистозный пневматоз кишечника для понимания методов диагностики и подбора оптимальной тактики лечения.

Методы:

Клиническое наблюдение, проведенное на базе ГБУЗ Московского Клинического Научного Центра им. А.С. Логинова ДЗМ.

Результаты:

Пациент 46 лет с диагнозом: смешанное заболевание соединительной ткани во время очередной госпитализации в отделении ревматологии стал отмечать функциональные нарушения кишечника со склонностью к запору. Физикальный осмотр не выявил патологии, за исключением умеренного вздутия живота. Лабораторные показатели крови за время госпитализации с тенденцией к повышению маркеров воспалительного процесса.

По данным КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием определялась свободная жидкость в малом тазу и газ в брюшной полости на фоне резко дилатированных петель тонкой кишки, несколько петель тонкой кишки, вдоль своей стенки имели включения воздуха (изнутри).

В связи с подозрением на перфорацию полого органа, было принято решение о проведении диагностической лапароскопии. При ревизии были визуализированы расширенные петли тонкой кишки до 8-9 см, на расстоянии около 90-100 см от связки Трейца визуализировано мультикистозное образование, с пузырьками воздуха и жидкости, с гиперемизированными участками, диаметром около 7-8 см, при инструментальной пальпации - плотное, наиболее вероятно явившееся причиной кишечной непроходимости. Выполнена резекция участка кишки с патологическим образованием, сформирован ручной двухрядный анастомоз бок в бок. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан на 6-е сутки после операции. По данным морфологического исследования: стенка тонкой кишки с наличием в собственной пластинке слизистой оболочки, подслизистой основе и субсерозном слое многочисленных разнокалиберных кистозных полостей.

Заключение:

В связи с низкой осведомленностью врачей о кистозном пневматозе, отсутствии патогномичной клинико-инструментальной картины заболевания, пациенты часто подвергаются излишнему хирургическому вмешательству. Во избежание необоснованных рисков оперативного лечения необходимо внимательно изучать анамнез пациента, поскольку кистозный пневматоз, в большинстве случаев, возникает вторично, на фоне длительного существующего заболевания.

Способ формирования петлевой илеостомы.

общая колопроктология

постерный доклад

Докладчик:

- Хмелик Сергей Владимирович
- Половинкин В.В.

Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1
Кубанский государственный медицинский университет

Введение:

Петлевая илеостомия — один из этапов оперативных вмешательств при заболеваниях толстой кишки, требующих отключения пассажа каловых масс в нижележащие отделы кишечника. При низкой передней резекции прямой кишки с наложением колоректального анастомоза или колэктомии с формированием илеорезервуара и резервуарно-анального анастомоза петлевая илеостома создает наилучшие условия для заживления межкишечного соустья, а также снижает тяжесть последствий, если несостоятельность анастомоза произошла.

Течение периода между формированием илеостомы и ее закрытием зависит от выбранного места выведения стомы и техники ее формирования. Выбор техники наложения петлевой илеостомы может облегчить или усложнить операцию по восстановлению непрерывности тонкой кишки.

Наиболее часто применяемой техникой петлевой илеостомии является способ по Торнболлу. Недостатками методики является длительность и сложность в выполнении, существование вероятности ретракции стомы в брюшную полость в связи отсутствием фиксирующей трубки, отсутствие возможности закрыть илеостому в 3/4.

Цель:

снижение частоты осложнений после формирования петлевой илеостомы с помощью применения предложенной новой методики.

Методы:

Исследование ретроспективно-проспективное нерандомизированное. В основу работы положены результаты лечения 479 больных, которым для защиты низкого колоректального или резервуарно-анального анастомоза накладывалась петлевая илеостома. Сравнивались пациенты, у которых применялась техника по Торнболлу (n=34) и пациенты, которым петлевую илеостому формировали по новой методике (n=445) (Патент на изобретение №2745728).

Новый способ формирования петлевой илеостомы.

Через сформированный острым путем канал на поверхность передней брюшной стенки, избегая разворота на 180°, выводится выбранная петля подвздошной кишки. Перпендикулярно кишке, в бессосудистой зоне брыжейки проводится жесткая полихлорвиниловая трубка (Рис. 1, А). Далее подшивают кишку с применением 2-х швов, каждый из которых фиксирует приводящее, отводящее колено и кожу между собой с образованием «шпоры», а после завязывания концами этой же нити фиксируется трубка (Рис. 1, Б, В). Между этими швами кишку дополнительно подшивают к коже от трубки до трубки с противоположных сторон тремя горизонтальными п-образными швами для создания дополнительной герметичности между кожной раной и стенкой кишки (Рис. 1, Г, Д). Затем продольным разрезом 1-1,5 см по противобрыжечному краю вскрывают просвет кишки, при этом не выворачивают кишку и не фиксируют края разреза кишки к коже (Рис. 1, Е). Фиксирующая трубка удалялась на 8-10 послеоперационные сутки.

Результаты:

По возрасту, полу, ИМТ, первичному диагнозу статистически значимого различия в сравниваемых группах не было.

В группе применения техники Торнболла статистически значимо больше было послеоперационных осложнений (82,4% против 18,4%, $p=0,000001$). Околостомальный дерматит развился у 41,2% против 0,7%, нагноение стомальной раны у 11,8% против 6,9% ($p=0,00001$). На момент закрытия илеостомы в группе методики по Торнболлу парастомальная грыжа выявлена у 26,4% пациентов против 10,8% ($p=0,00001$).

При применении новой методики к моменту закрытия (через 6-8 нед) стома приобретала вид цилиндра, покрытого нормальной слизистой тонкой кишки, выступающего над поверхностью кожи на 1,0-1,5 см (Рис. 2). В 86(19,3%) наблюдениях во время закрытия илеостомы удалось сформировать анастомоз в 3\4, тогда как всем 34(100%) пациентам, у которых применялась техника по Торнболлу, выполнялась резекция петли тонкой кишки со стомой.

Заключение:

Новый способ формирования петлевой илеостомы прост в исполнении, сопровождается минимальной частотой развития ранних и поздних послеоперационных осложнений, создает условия для закрытия илеостомы в 3\4.

Состояние слизистой оболочки полости рта и слизистой ректосигмоидного отдела у беременных в условиях пандемии covid-19.

общая колопроктология

постерный доклад

Докладчик:

Расулова Силсила Искандаровна,

Введение:

При ряде заболеваний, например гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), воспалительных заболеваниях кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит-НЯК), наличие у пациента изменений со стороны органов и тканей полости рта вносит определенный вклад в их диагностику.

Цель:

Целью настоящего исследования является выявление частоты гастроэнтерологических нарушений у стоматологических больных. Материалы и методы. Настоящее исследование проводилось в период 2019-2022 года на 150 пациентах частной стоматологической клиники «Медико - Улыбка» города Душанбе и на 300 пациентов клинической базы стоматологической клиники при кафедре терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Все пациентки были обследованы в рамках эндоскопической диагностики проктологического отделения ГУ

«Городская клиническая больница №2 г.Душанбе»

Методы:

при обследовании женщин детородного возраста с явлениями колита и гастроэнтерита, выявлена тенденция к увеличению воспалительных процессов СОПР и усугубления состояниях СОПР при наличии хронических сопутствующих заболеваний и различного рода металлоконструкций в полости рта, а также увеличения распространение ВПЧ с клиническими проявлениями, дальнейшее изучение причин и патогенеза таких связанных состояний в слизистых ротовой полости и в слизистой ЖКТ заслуживает внимания и дальнейшего исследования.

Результаты:

Все больные были поделены на 2 группы в зависимости от уровня поражения отделов ЖКТ. Клиническим проявлением которых являлись в I группе: эзофагиты-54(12%), гастродуодениты-166(36.8%), энтериты-81(18%). А II группе : катаральные колиты-121(26.8%), антибиотик-резистентная диарея-256(56.8%), эрозивные проктосигмоидиты (НЯК)-41(9.1%). Во время обследования у обратившихся пациентов были выявлены разные виды поражения СОПР: пятно (macula) была выявлена у 3 женщин и в процентном соотношении от общего числа обратившихся составило 6% пузырь (bulla) 6-12%, гнойничок (pustula) 11-22% ,эрозия (erosio) 10-2%, афта (aphta) 7-14%, язва (ulcus) 3-6%, трещина (rhagus) 8-16%, корка (crusta) 2-4%.

Одним из распространённых клинических проявлений, вызывающих жалобу у беременных было герпетическое высыпание слизистой полости рта и красной каймы губ, обострившихся в период COVID-19. Наблюдалось у 16% обратившихся в разные сроки беременности.

Следует отметить, что наибольшее количество выявленного герпетического поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ были выявлены на всех трех триместрах почти в одинаковом количестве, у пациентов в анамнезах которых присутствовала анемия, диабет беременных и повышенный индекс массы тела.

Заключение:

В период пандемии COVID-19 при обследовании беременных на различных Сроках беременности, и ретроспективное исследование стоматологических больных показали, что имеющиеся гастроэнтерологические нарушения имеют связь со стоматологическим статусом, тяжестью патологии, возрастом, полом и длительностью антибиотикотерапии что требует дальнейшего исследования. Выявлена тенденция к увеличению воспалительных процессов СОПР и диагностированы эндоскопические проктологические изменения в слизистой оболочке ректосигмоидного отдела-эрозивно катаральные изменения,

а также увеличения распространение ВПЧ с клиническими проявлениями у беременных перенёвших инфекцию COVID-19.

Случай лечения гемангиомы прямой кишки.

общая колопроктология

постерный доклад

Докладчик:

Кочетков Виктор Сергеевич, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им И.М. Сеченова

Введение:

Гемангиомы являются относительно распространенными доброкачественными пролиферирующими венозными мальформациями, которые, встречаются у 2-3% населения. Гемангиома прямой кишки - это редкое заболевание, которое встречается гораздо реже, чем другие доброкачественные новообразования прямой кишки и/или рак. Точная частота гемангиом прямой кишки неизвестна, но частота диагностированных гемангиом составляет 0,05-0,5% от всех опухолей прямой кишки. Болеют в основном молодые люди. Наиболее частым симптомом является выделение крови из заднего прохода при отсутствии болевого синдрома. Часто симптомы появляются в младенчестве и иногда не поддаются контролю, сопровождаются развитием железодефицитной анемии. Из-за редкости гемангиом толстой и прямой кишки эти поражения обычно неправильно диагностируются в 80% случаев в пользу других более распространенных заболеваний, характеризующихся кровотечениями, включая внутренний геморрой, воспалительные заболевания кишечника и колоректальный рак, что может приводить к задержке в постановке диагноза.

Цель:

Проанализировать случай лечения пациентки с симптомной гемангиомой прямой кишки перенесшей ранее резекционное вмешательство по этому поводу.

Методы:

Клинический случай. Пациент - женщина, 34 года, обратилась в клинику с жалобами на ухудшение общего состояния и частые обильные кровотечения из прямой кишки после каждого акта дефекации, общую слабость, утомляемость, снижение толерантности к физической нагрузке.

Из анамнеза заболевания: в детстве на фоне кровотечений из прямой кишки была диагностирована кавернозная гемангиома прямой кишки. В возрасте 23 лет оперирована в объеме передней резекции прямой кишки с формированием первичного аппаратного сигморектального анастомоза. Послеоперационный период протекал без осложнений, однако, выделения крови из прямой кишки вскоре вновь возобновились. Ввиду отсутствия значимого эффекта после первой операции пациентка повторно за консультацией к колопроктологам или хирургам не обращалась длительное время. В дальнейшем, на фоне хронической кровопотери, появились признаки анемии. В течение 6 месяцев перед обращением в клинику пациентке на регулярной основе проводились гемотрансфузии для коррекции анемии тяжелой степени.

При поступлении в клинику в общем анализе крови эритроциты - $2,04 \times 10^{12}/л$, гемоглобин: 46 г/л; гематокрит: 17,4 %; гипохромия, в условиях клиники проведена коррекция анемии с переливанием 2 доз эритроцитарной взвеси. При визуальном осмотре определялся практически циркулярный геморрой с пролабирующими комплексами геморроидальных узлов больше по левой окружности, при этом, границу геморроидальной ткани и гемангиомы невозможно было определить ни пальпаторно при пальцевом ректальном исследовании, ни инструментально.

При видеоколоноскопии высокого разрешения с виртуальной хромоскопией визуализирована диффузная инфильтративная гемангиома слизистой оболочки прямой кишки (кавернозная гемангиома), функционирующий ректосигмоанастомоз после ранее перенесенной операции.

По данным МРТ органов малого таза, определялось циркулярное объемное образование, тотально оккупирующее прямую кишку (распространяясь до перитонеальной складки) и анальный канал, размерами в кранио-каудальном измерении до 130 мм приблизительно от анального края, со значительным сужением просвета кишки. Также, визуализированы небольшие флеболиты в стенке прямой кишки.

Хирургическое вмешательство:

В плановом порядке была выполнена лапароскопическая брюшно-анальная резекция прямой кишки с экстракцией препарата трансанально (технология NOSES), с формированием сигмо-анального анастомоза, превентивной трансверзостомой. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 3-и сутки после операции удален эпидуральный катетер, на 7-е сутки после оперативного вмешательства удален центральный венозный катетер и дренаж, установленный в малый таз. На 13-е сутки после операции пациентка выписана из стационара. В общем анализе крови на момент выписки эритроциты: $3,93 \times 10^{12}/л$, Гемоглобин: 99 г/л, гематокрит: 31%.

Микроскопическое описание препарата - морфология венозной гемангиомы на фоне мальформации сосудов стенки - гемангиома стенки толстой кишки.

Результаты:

Через 4 месяца после удаления гемангиомы прямой кишки выполнена реконструктивно-восстановительная операция во восстановление непрерывности кишечника. Послеоперационный период без осложнений. При контроле лабораторных показателей – анемии нет.

Заключение:

Полноценная резекция кавернозной гемангиомы - единственное лечение, которое позволяет устранить симптомы заболевания. Альтернативные методы лечения, такие как склеротерапия, криотерапия, селективная эмболизация или фульгурация аргоном, были описаны в качестве вариантов контроля кровотечения из кавернозной гемангиомы, однако, эффект от такого лечения носит лишь временный характер, и в дальнейшем вновь возникают рецидивирующие кровотечения. При лечении гемангиом толстой кишки необходимо выполнять качественную диагностику и должный радикальный объем оперативного пособия, что позволит избежать рецидива после проведенной операции.

Роботически-ассистированное удаление параганглиомы органа Цукеркандля.

общая колопроктология
постерный доклад

Докладчик:

Киценко Юрий Евгеньевич, Клиника колопроктологии и малоинвазивной хирургии Сеченовского университета

Введение:

Параганглиомы являются крайне редкими опухолями хромаффинной ткани. Их выявление и удаление являются сложной задачей, одним из путей решения которых является применение роботической хирургии.

Цель:

демонстрация клинического случая параганглиомы, расположенной в органе Цукеркандля.

Методы:

пациент 63 лет, длительный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний. При обследовании случайно выявлено внеорганное новообразование забрюшинного пространства, размером до 37x36x42 мм. Других патологических изменений не выявлено. Для прецизионного удаления принято решение о применении роботической системы DaVinci, положение пациента на правом боку. Образование было расположено парааортально на уровне нижнего полюса левой почки. При его удалении отмечена выраженная кровоточивость и резистентная артериальная гипертензия, вследствие чего выполнена конверсия доступа. Сразу после удаления новообразования отмечена артериальная гипотензия.

Результаты:

в послеоперационном периоде отмечена длительная лимфоррея. Параганглиома была верифицирована по данным иммуногистохимического исследования (экспрессия S100, Synaptophysin, Chromogranin A). Пациент выписан на 21-е сутки после операции.

Заключение:

хирургическое лечение параганглиомы возможно в специализированном стационаре роботически-ассистированным методом. Хирургическая бригада должна быть готова к интраоперационным осложнениям в виде кровотечения возможности конверсии доступа, ввиду выраженной васкуляризации опухоли, ее синтопии вблизи магистральных сосудов. Анестезиологической бригаде следует учитывать возможный подъем артериального давления в момент выделения параганглиомы, с последующим падением артериального давления, после удаления опухоли. С учетом возможного злокачественного характера роста опухоли, в послеоперационном периоде, пациентам следует рекомендовать мониторинг посредством компьютерной томографии с целью исключения местного рецидива и отдаленных метастазов.

Риск возникновения послеоперационных осложнений после восстановления кишечной непрерывности у пациентов с травматическими повреждениями толстой кишки. ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» (г.Донецк, Донецкая Народная Республика, Россия).

общая колопроктология
постерный доклад

Докладчик:

- Борота Александр Васильевич, ФГБОУ ВО Донецкий государственный медицинский университет
- Полунин Г.Е.
- Гюльмамедов В.А.
- Кухто А.П.
- Танасов И.А.

Введение:

Травма толстой кишки (ТК) является актуальной проблемой хирургии повреждений, как в военное, так и в мирное время. Частота ранений ТК в боевой обстановке достигает 60% от общего числа огнестрельных повреждений живота. В большинстве случаев первичные операции заканчиваются формированием *anus praeter naturalis*. При выполнении восстановительных операций, частота несостоятельности швов анастомоза достигает 6-25%, летальность, связанная с развитием осложнений в среднем составляет 5,2 %.

Цель:

Оценить риск возникновения послеоперационных осложнений после восстановления кишечной непрерывности у пациентов с травматическими повреждениями толстой кишки

Методы:

Оценить риск возникновения послеоперационных осложнений после восстановления кишечной непрерывности у пациентов с травматическими повреждениями толстой кишки

Результаты:

Время от первичной до восстановительной операции в среднем составило 5,1 месяц. Внутривентриальный способ ушивания стомированной кишки, по нашему мнению, является более надежным и рациональным. Преимущества его состоят в том, что при этом способе устраняется деформация или сужение кишечных концов, удается выполнить краевую или циркулярную резекцию рубцово измененной стенки стомированной кишки в пределах хорошо кровоснабжаемых отделов, ушить просвет либо сформировать анастомоз. При этом способе ТК погружается в брюшную полость, где имеются лучшие условия для подвижности. Кроме того, при данном способе одновременно с ликвидацией стомы у больных с парастомической грыжей выполняется пластика передней брюшной стенки, что невозможно при внебрюшинном способе закрытия. Общее количество послеоперационных осложнений, после восстановительных операций, составило 11 (7,5±1,9%); 9 (6,2±2,0%) случаев несостоятельности швов анастомоза и 2 (1,4±1,0%) случая спаечной кишечной непроходимости. Все пациенты были своевременно повторно прооперированы, летальных случаев не наблюдали.

Заключение:

Среди пациентов с травматическими повреждениями толстой кишки 94,5% составляют лица младше 60 лет, 28,8% это мирные граждане. Считаю более рациональным внутрибрюшной способ ушивания стомированной кишки. Общее количество послеоперационных осложнений, после восстановительных операций, составило 7,5%.

Морфологические параллели хирургического лечения хронического запора.

общая колопроктология

постерный доклад

Докладчик:

- Борота Александр Васильевич, ФГБОУ ВО Донецкий государственный медицинский университет
- Шевченко Т. И.
- Кухто А.П.
- Аль Ямани Н.Д.
- Швороб Д. С.

Введение:

Хронический медленно-транзиторный запор (ХМТЗ) является одним из наиболее распространенных желудочно-кишечных расстройств с распространенностью 14%. Данные литературы в ракурсе клинико-морфологических особенностей запоров медленного транзита, позволяют рассматривать эту патологию как следствие нарушений строения ткани стенки толстой кишки, и ее нервными сплетениями, которые недостаточно изучены. Менее 10% пациентов с ХМТЗ нуждаются в хирургическом лечении после безуспешного медикаментозного лечения. На сегодняшний день хирургическое лечение состоит из субтотальной колэктомии с илеоректальным анастомозом как стандартная операция, в конечном итоге с помощью лапароскопического подхода. Однако, основываясь на морфологическое изучение, нет единого мнения относительно объема резекции толстой кишки в случае выбора хирургического метода лечения.

Цель:

Уточнить показания к хирургическому лечению пациентов с ХМТЗ, изучая клиническую картину и морфологическую характеристику суб- и декомпенсированной стадии на основании сравнительного морфогенеза с гистологически нормальной толстой кишкой.

Методы:

За период с 2010 по 2023 годы в клинике общей хирургии №1 ФГБОУ ВО ДОНГМУ им. М. Горького МЗРФ на базе колопроктологического отделения ДОКТМО прооперировано 93 пациента с ХМТЗ, женщин 77 (82, 7%), мужчин 16 (17,2%). Средний возраст - 39, 6 лет. Субкомпенсированная стадия: у 33 (35, 4%), стадия декомпенсации – у 60 (64, 5%) пациентов. По объему: субтотальная колэктомия с формированием илеоректального анастомоза на уровне ректосигмоидного отдела прямой кишки с сохранением верхней прямокишечной артерии. – 89; в том числе: лапароскопически – 19.

При изучении морфологической картины были использованы ткани толстой кишки 30 человек, которые были разделены на три группы. Первую контрольную группу составили 10 секционных случаев морфологически нормальной стенки толстой кишки. Вторая, исследуемая группа представлена операционным материалом 10 пациентов с субкомпенсированной стадией. Третья представлена операционным материалом 10 пациентов с декомпенсированной стадией.

Результаты:

Из 93, прооперированных нами, наблюдались удовлетворительные результаты у 76 (81, 7%) пациентов. Частота стула при выписке 2-3 раз в сутки, также отсутствие болевого синдрома у всех 67 пациентов. Итог операции был благоприятным. У 19-ти (20, 4%) лапароскопически прооперированы наблюдалось значительное понижение травматического болевого синдрома,

восстановительного периода и косметического дефекта. У 10-и (10, 7%) оперированных пациентов не показала ожидаемых результатов. Летальных исходов не зафиксировано.

Морфологически наблюдались, у пациентов с субкомпенсированной стадией по сравнению с контрольной группой в 1,06 раза уменьшается толщина слизистой оболочки, в 1,55 раза увеличивается толщина подслизистой основы, в 1,16 раза увеличивается толщина мышечной оболочки, количество нервных клеток снижается в 1,59 раза, что является следствием застоя кишечного содержимого. А у пациентов с декомпенсированной стадией, уменьшается толщина слизистой и мышечной оболочек в 1,07 и 2,26 раза соответственно. Толщина подслизистой оболочки увеличивается в 1,17 раза, количество нервных клеток снижается в 2,98 раза, что свидетельствует о максимальной сглаженности стенки толстой кишки и является следствием ее функциональной недостаточности.

Заключение:

Полученные клинические и морфологические результаты, субтотальная колэктомия с формированием илеоректального анастомоза дает наиболее благоприятные результаты при лечении ХМТЗ, так как дистрофия, атрофия и склероз всех структурных элементов стенки толстой кишки начинают формироваться на субкомпенсированной стадии. Видеоэндоскопические технологии в хирургическом лечении данной патологии являются высокоэффективными и перспективными.

Лапароскопическая хирургия единого доступа при патологии ободочной кишки.

общая колопроктология
постерный доклад

Докладчик:

Борота Александр Васильевич, ФГБОУ ВО Донецкий государственный медицинский университет

Введение:

Возможность выполнения эндовидеоскопических операций посредством миниинвазивного доступа в колоректальной хирургии является преимущественным и число показаний к его использованию возрастает. Основным преимуществом лапароскопической хирургии является меньшая травматичность и для определенной группы пациентов имеется возможность применения хирургии единого доступа, что дает возможность еще в большей степени снизить травматичность оперативного вмешательства и улучшить косметический эффект.

Цель:

проанализировать и оценить результаты лечения с пациентов заболеваниями ободочной кишки, оперированных единым лапароскопическим доступом.

Методы:

представлены и изучены результаты лапароскопического хирургического лечения пациентов с заболеваниями ободочной кишки: всего 39 пациентов, 21 из которых имел опухолевую патологию, 18 воспалительные заболевания ободочной кишки и доброкачественные новообразования. Операции осуществлялись по модифицированному в клинике доступу. Его суть заключается в том, что троакары устанавливаются по срединной линии на расстоянии 3,5-4 см друг от друга над или под пупком, в зависимости от планируемого оперативного вмешательства. В последующем две троакарные раны объединялись разрезом, третья использовалась для установки дренажа. Были выполнены следующие объемы хирургических вмешательств: резекция сигмовидной кишки была выполнена 17 пациентам, левосторонняя гемиколонэктомия - 8, правосторонняя гемиколонэктомия – 7, субтотальная колонэктомия- 3, колотомия, полипэктомия-2, резекция илеоцекального угла- 2.

Результаты:

Болевой синдром, оцениваемый по шкале NRS, а также количество наркотических анальгетиков были существенно ниже, в сравнении с традиционным доступом. Длина послеоперационной раны в среднем составила 4,1 см, что было статистически значимо. Осложнений со стороны послеоперационной раны в раннем и позднем послеоперационном периоде выявлено не было. Так же не было выявлено послеоперационных грыж через год наблюдения. Время операции статистически значимо не отличалось от стандартного доступа, однако было несколько больше. Нахождение больных в стационаре в среднем составило 7,6 дней. В одном случае имела место несостоятельность кишечного анастомоза, что потребовало лапаротомии и колостомии. При оценке вмешательств по поводу злокачественных новообразований, не было выявлено различий в краях резекции и количества удаляемых лимфоузлов. Все пациенты остались довольны косметическим эффектом через 1 месяц, 6 месяцев и год после операции.

Заключение:

Видеолапароскопическая хирургия единого доступа по полученным результатам не уступает по основным параметрам выполнения операций традиционным многопортовым доступом. Более того, она позволяет снизить болевой синдром, ускорить реабилитацию пациентов, уменьшить сроки нахождения пациентов в стационаре, значительно улучшить косметический эффект.

Реконструктивно-восстановительные вмешательства после операции Гартмана у пациентов с дивертикулярной болезнью.

общая колопроктология

устный доклад

Докладчик:

- Чичерина Мария Алексеевна, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
- Гончаров А.Л.
- Асланян А.С.
- Муратов И.И.

ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации

Введение:

Реконструктивно-восстановительные операции (РВО) на толстой кишке являются сложным вмешательством.

Цель:

Провести ретроспективный анализ периоперационных результатов открытых и лапароскопических реконструктивно-восстановительных вмешательств после операции Гартмана у пациентов с дивертикулярной болезнью.

Методы:

В моноцентровое ретроспективное нерандомизированное исследование были включены 35 пациентов с осложнённой формой дивертикулярной болезни, находившихся на лечении с 2018 по 2023 год в ЦКБ с поликлиникой УД Президента РФ, которым было выполнено реконструктивное вмешательство: 20 из них операция была проведена лапароскопически, 15 при помощи лапаротомного доступа. Все пациенты были обследованы по единому протоколу. Оценка эффективности проведенного лечения основывалась на анализе интра- и послеоперационных результатов.

Результаты:

Послеоперационный койко день в группе лапароскопических РВО составил $7,2 \pm 2$, в группе открытых $9,4 \pm 4,5$. Интраоперационные осложнения отсутствовали в обеих группах. Конверсий при выполнении лапароскопических реконструктивно-восстановительных операций не было. Превентивные стомы не формировались. Частота послеоперационных осложнений группе малоинвазивных РВО составила 15%, в группе открытых операций 47% ($p=0,24$). Нагноение послеоперационной раны парастомальной области было самым распространенным из них - 14% от общего количества. Несостоятельность анастомоза возникла у одного пациента (2,8%) в группе реконструктивно-восстановительных операций, выполненных при помощи лапаротомного доступа.

Заключение:

Выполнение реконструктивного этапа лечения дивертикулярной болезни с помощью лапароскопического доступа сравнимо по своим результатам с классической открытой методикой и приводит к снижению уровня послеоперационных осложнений и послеоперационного койко-дня.

Непосредственные результаты выполнения расширенной резекции брыжейки у пациентов с болезнью Крона.

общая колопроктология

устный доклад

Докладчик:

- Демидова Анастасия Александровна
 - Данилов Михаил Александрович
 - Чудных Сергей Михайлович
- ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова

Введение:

Болезнь Крона (БК) - воспалительное заболевание кишечника, сегментарно поражающее весь желудочно-кишечный тракт от полости рта до ануса. Самая распространенная форма заболевания - терминальный илеит, при котором поражается терминальный отдел подвздошной кишки и/или илеоцекальный угол. Распространенность болезни Крона по зарубежным данным достигает 322 человека на 100 000 населения. Пик заболеваемости приходится на молодых, работоспособных людей 20-30 лет. Несмотря на высокую эффективность медикаментозной терапии БК, большей части пациентов в течение жизни требуется хирургическое вмешательство в связи с развитием осложнений. Резекционные вмешательства, как правило, приводят к развитию рецидива заболевания в течение первых двух лет после операции, а повторные вмешательства имеют повышенный риск развития синдрома короткой кишки. Что в свою очередь приводит к снижению эффективности лекарственного лечения и ухудшению качества жизни пациентов. В последние несколько лет появляются данные, что резекция пораженного участка кишки с расширенной резекцией брыжейки приводит к снижению частоты эндоскопического и клинического рецидивов после оперативного лечения, так как именно брыжейка играет важную роль в патогенезе развития воспалительного процесса при болезни Крона.

Цель:

Оценить непосредственные результаты выполнения расширенной резекции брыжейки у пациентов с болезнью Крона.

Методы:

Исследование носило проспективный характер. В основную группу включены 78 пациентов, оперированных по поводу стриктурирующей формы болезни Крона в отделении колопроктологии МКНЦ им. А. С. Логинова с января 2020 года по декабрь 2022 года в объеме илеоцекальной резекции с расширенной резекцией брыжейки (при котором пересечение подвздошно-ободочных сосудов осуществляется у их устья и впадения соответственно). В группу сравнения включены пациенты, оперированные до января 2020 года в стандартном объеме (пересечение брыжейки осуществляется в непосредственной близости от кишечной стенки) - 52. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, ИМТ, времени, прошедшему от постановки диагноза до операции, сопутствующим заболеваниям. Оценивалось время оперативного вмешательства, кровопотеря, количество конверсий в лапаротомию, формирование илеостомы, послеоперационный койко-день, нагноение послеоперационной раны, послеоперационные кровотечения, наличие абсцессов брюшной полости. Первичной конечной точкой исследования явилось наличие эндоскопического рецидива в области анастомоза через 6 месяцев после вмешательства.

Результаты:

В основной группе было 42 женщины (53,8%) и 36 мужчин (46,2%), во группе сравнения – 29 женщин (55,8%) и 23 мужчины (44,2%). Группы не значительно различались по возрасту, средний возраст в первой группе составил 36,2 (± 14) лет, во второй 32,2 ($\pm 13,1$) лет, и ИМТ. Время от начала заболевания до операции в группах не различалось (таб.1)

Таблица 1. Клинические данные

1 группа 2 группа p

Пол жен (%) 53,8% 55,8% p>0,05

Возраст 36,2 (± 14) лет 32,2 ($\pm 13,1$) лет p>0,05

ИМТ 20,6 ($\pm 3,1$) 20,3 (± 3) p>0,05

Время от постановки диагноза до операции 8,2 ($\pm 3,8$) лет 9,1 ($\pm 3,6$) лет p>0,05

Среднее время операции в основной группе составило 132 \pm 32 мин, во группе сравнения - 144 \pm 38 минуты. Частота конверсии в лапаротомию в основной группе составила 14,1%, во группе сравнения 17,3%. Послеоперационный койко-день в группе с расширенной резекцией брыжейки составил 6,4 \pm 2,1, в группе со стандартным объемом резекции - 7,1. Нагноение послеоперационной раны развилось у 15 пациентов основной группы и 10 пациентов группы сравнения. Послеоперационные кровотечения, требующие повторной операции по ургентным показаниям, встречались в 2,6% и 3,4% случаев соответственно. Летальных исходов в группах зафиксировано не было (таб. 2)

Таблица 2. Результаты

1 группа 2 группа p

Время операции 132 \pm 32 мин 144 \pm 38 мин p>0,05

Кровопотеря 75 \pm 15 мл 75 \pm 15 мл p>0,05

Конверсия в лапаротомию 11 (14,1%) 9 (17,3%) p=0,622

Послеоперационный койко-день 6,4 \pm 2,1 дней 7,1 \pm 2,6 дней p=1

Нагноение послеоперационной раны 15 (19,2%) 10 (19,2%) p=1

Кровотечение 2 (2,6%) 2 (3,4%) p=0,682

Абсцесс 1 (1,3%) 2 (3,4%) p=0,346

Наличие эндоскопического рецидива через 6 месяцев после операции 14 (17,9%) 18 (34,6%) p=0,031

Через 6 месяцев после оперативного лечения всем пациентам, включенных в данное исследование, был выполнен эндоскопический контроль на предмет рецидива в области анастомоза. Наличие эндоскопического рецидива оценивалось по шкале Rutgeerts, при оценке ≥ 2 и выше считалось, что у пациента наблюдается эндоскопический рецидив, в связи с чем ему была показана эскалация лекарственной терапии – подключение к терапии иммуносупрессоров у пациентов, ранее их не получавших или индукция биологической терапии. У пациентов основной группы, эндоскопический рецидив был зафиксирован в 17,9% случаев, во группе сравнения - в 34,6%, что явилось статистически значимым различием (p=0,031).

Заключение:

Илеоцекальная резекция с расширенной резекцией брыжейки не различается от стандартной техники операции при болезни Крона по времени вмешательства, объему кровопотери, частоте конверсии и частоте послеоперационных осложнений, а также значительно снижает риск развития рецидива. Однако для получения высокой убедительности доказательств и требуется проведение крупных рандомизированных исследований.

Оценка жизнеспособности толстой кишки при ишемии с применением метода гиперспектральной визуализации.

общая колопроктология

устный доклад

Докладчик:

- Адаменков Никита Алексеевич, ФГБОУ ВО «ОГУ имени И.С. Тургенева», БУЗ ОО БСМП им. Н.А. Семашко
 - Шуплецов В.В.
 - Горюнов И.А.
 - Палалов А.А.
 - Дрёмин В.В.
 - Потапова Е.В.,
 - Дунаев А.В.
 - Мамошин А.В.
- ФГБОУ ВО ОГУ имени И.С. Тургенева

Введение:

Ишемия толстой кишки является потенциально опасной патологией в плане развития осложнений и летального исхода, сопровождающей ряд заболеваний нижнего отдела желудочно-кишечного тракта. К основным механизмам развития нарушения микроциркуляции кишечной стенки относится атеросклеротическое поражение сосудов брюшного отдела аорты, артериальная гипертензия, сахарный диабет и ожирение. В этих случаях локальная гипоперфузия и реперфузионное повреждение вносят свой вклад в процесс заболевания, который проявляется широким спектром повреждений, представленных обратимой колопатией (субэпителиальное кровоизлияние и отек), транзиторным колитом, хроническим колитом, стриктурой и гангреной. К инфаркту толстой кишки может привести острая артериальная или венозная недостаточность, летальность при котором достигает 100%. Подавляющее большинство случаев некроза толстого кишечника диагностируется только во время эксплоративной лапаротомии или лапароскопии. Достоверное прогнозирование ишемии толстой кишки зависит от большого количества факторов, в том числе и от того, насколько своевременно проведена соответствующая интраоперационная диагностика. Оценка жизнеспособности толстой кишки во время оперативного вмешательства является одной из самых сложных задач и играет основную роль в определении объема оперативного пособия, прогнозе течения послеоперационного периода, развитии осложнений и исходе заболевания. Во время различных видов оперативного лечения регулярно возникает необходимость достоверно оценить жизнеспособность толстого кишечника для определения границы резецируемых тканей, чтобы сохранить максимальный объем жизнеспособного кишечника. Более того, если не выявить ишемизированный участок, это может привести к некрозу кишечной стенки, сепсису, шоку или перитониту. Тогда как удаление большого объема жизнеспособного толстого кишечника без необходимости может привести к нарушению формирования нормальной консистенции каловых масс, диарее, раздражению и воспалительному процессу в перианальной области, инконтиненции. Из-за отсутствия надежных способов интраоперационного определения ишемии толстого кишечника, определение границ резекции в клинической практике имеет субъективный характер и зависит от опыта хирурга и результатов зрительного осмотра. Визуальная оценка толстого кишечника при подозрении на ишемию основывается на таких факторах как артериальные пульсации, присутствие перистальтики и оценка цвета кишечной стенки. Эти признаки имеют субъективный характер оценки жизнеспособности толстого кишечника. Современный же подход ко многим хирургическим вмешательствам требует наличия более широкого спектра интраоперационной диагностической информации о перфузии органа, чем просто визуальная

оценка. Однако такой универсальный диагностический инструмент в настоящее время отсутствует.

При поиске новых решений к определению состояния стенки толстой кишки закономерно рассмотрение в качестве объекта исследования мезентериального кровотока, нарушения которого напрямую связаны с патологическими изменениями кишечной стенки. В этом ключе перспективным является использование таких методов оптической диагностики, как гиперспектральная визуализация (ГВ), которая представляет собой пространственную регистрацию диффузно отраженного оптического излучения в широком диапазоне длин волн и уже показавшая свою эффективность для анализа ишемии кишечной стенки. Результативность ГВ продемонстрирована в ряде исследований, результаты которых свидетельствуют о высокой чувствительности метода к изменению параметров микроциркуляции крови. Перспективы внедрения ГВ в клиническую практику, в первую очередь, продиктованы возможностью количественной оценки параметров кровенаполнения и кислородонасыщения исследуемой области ткани.

Цель:

Улучшение результатов лечения пациентов с хирургической патологией органов брюшной полости, сопровождающейся нарушением кровоснабжения толстой кишки, путем разработки методики объективной интраоперационной оценки жизнеспособности кишечной стенки на основе применения метода ГВ.

Методы:

Экспериментальные исследования проводились в лабораторных условиях на базе НТЦ биомедицинской фотоники ФГБОУ ВО «ОГУ им. И.С. Тургенева» (г. Орел, Россия) в период с сентября по декабрь 2022 г. Эксперимент был выполнен на 15 клинически здоровых половозрелых лабораторных крысах линии Wistar (самцы). Возраст животных составил 3 мес., средняя масса – $194,0 \pm 5,7$ г. Работа выполнена с соблюдением правил надлежащей лабораторной практики (Good Laboratory Practice, GLP). Содержание животных и экспериментальные работы соответствовали ГОСТ 33216-2014 «Руководство по содержанию и уходу за лабораторными животными» и этическим нормам по гуманному обращению с животными. Все проведенные манипуляции были одобрены Этическим комитетом Орловского государственного университета имени И.С. Тургенева разработанным в соответствии с принципами надлежащей лабораторной практики GLP. Специальной предоперационной подготовки животным не проводилось.

Для достижения поставленной цели была разработана система ГВ, состоящая из широкополосного источника излучения с волоконно-кольцевым осветителем FRI61F50 (Thorlabs, Inc.) и гиперспектральной камеры Specim IQ со спектральным диапазоном 400-1000 нм (Specim, Spectral Imaging Ltd.).

В качестве объекта исследования рассматривалась модель ишемии толстой кишки у 15 лабораторных животных путем нарушения мезентериального кровотока лигированием сосудов.

Оперативное пособие проводилось с применением ингаляционной анестезии на основе изофлурана 1,5% в стандартных дозировках. Моделирование ишемии толстой кишки производилось следующим способом. После введения животного в состояние наркоза его размещали на специальной фиксирующей платформе в положении на спине и подготавливали операционное поле путем выбривания передней брюшной стенки и обработки растворами антисептиков. В качестве операционного доступа использовалась срединная лапаротомия. Из брюшной полости извлекалась толстая кишка и выполнялась перевязка сосудов, кровоснабжающих участок кишки. После чего кишечник погружался в брюшную полость. Закрывание лапаротомной раны выполнялось непрерывным швом.

Для определения пограничных состояний толстой кишки и патологических изменений в ней при моделировании ишемии с позиции оценки возможностей ГВ проводилось морфологическое исследование в различные временные интервалы после наложения лигатуры на магистральные сосуды кишечника: интактная ткань и через 1, 6, 12 часов. Каждому животному через соответствующий временной интервал выполнялась релапаротомия. Из брюшной полости извлекался кишечник и проводился его визуальный осмотр и оценка методом ГВ. После определения визуальных признаков ишемии и некроза кишечной стенки производилась резекция кишки с последующей фиксацией в 10% забуференном формалине в течение суток. Осуществлялась вырезка репрезентативных участков кишки, которые подвергались гистологической проводке по стандартной методике. Оценивались патоморфологические изменения в кишечной стенке в условиях смоделированной ишемии различной длительности. Выраженность морфологической картины ишемии оценивали по классификации Park Chiu. Исследования завершались выводением животных из эксперимента в соответствии с протоколом, одобренным этическим комитетом.

В результате проведения исследования были получены гиперспектральные массивы изображений состояния толстой кишки для каждого временного интервала моделирования ишемии соответственно. Расчет сатурации был осуществлен в каждой точке (пикселе) гиперспектральных изображений, на двух длинах волн 750 нм и 795 нм, соответствующих поглощению излучения кровью в изобестической и неизобестической точках. Для стандартизации измеренных данных производилась регистрация спектров от эталона диффузного отражения для каждого измерения.

На всех этапах исследования проводили фото- и видеофиксацию результатов.&

Результаты:

Результаты измерений ишемии кишечной стенки были рассчитаны с использованием двухволнового подхода в ближней инфракрасной области. Результатом явились рассчитанные двумерные цветовые карты тканевой сатурации кишечника, репрезентативные примеры. Интактная кишечная стенка на рассчитанной карте параметров сатурации имела светло-зеленый цвет и соответствовала 70 отн. ед. значения сатурации. Через 1 час после наложения лигатуры на магистральные сосуды кишечника значение сатурации в отн. ед. было равно 45, а на гиперспектральной карте кишечная стенка имела светло-коричневый цвет. Значение сатурации через 6 часов от момента моделирования ишемии кишечника составляло 30 отн. ед., и кишечная стенка имела темно-коричневый цвет на гиперспектральной карте. При измерении значение сатурации через 12 часов после наложения лигатуры на магистральные сосуды кишечника составляло 20 отн. ед. и на гиперспектральной карте кишечная стенка имела черный цвет. На картах сатурации, рассчитанных для всех стадий моделирования ишемии кишечника прослеживалось визуальное уменьшение контрастности в области ишемии кишечной стенки по сравнению с интактными участками.

По результатам морфологического исследования было установлено, что значимые изменения, с точки зрения жизнеспособности стенки кишки, имели место от момента наложения лигатуры через 1, 6 и 12 часов. Через 1 час от момента создания ишемии, при морфологическом исследовании во фрагментах кишки обнаружена фокальная десквамация эпителия и выраженный отек ворсин. В собственной пластинке наблюдалась умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация, в подслизистой – отек и инъецированные сосуды. Описанные изменения соответствовали интестинальной ишемии Grade 2 по классификации Park Chiu. Морфологические изменения стенки кишки через 6 часов от момента моделирования ишемии были представлены диффузным коагуляционным некрозом ворсин с геморрагическим компонентом и фокальной деструкцией крипт. Подслизистая оболочка с признаками выраженного отека, с полиморфноклеточной инфильтрацией, расширенными сосудами с наличием сладжа. Описанные изменения соответствовали интестинальной ишемии Grade 5-6 по классификации Park Chiu. Спустя 12 часов от момента создания ишемии стенка толстой кишки была представлена некротизированной тканью с примесью крови.

Полученные результаты обработаны с использованием вышеописанного двухволнового подхода для расчета параметра тканевой сатурации в ближней инфракрасной области. Как результат, в работе представлены карты сатурации кишечной стенки для каждого этапа моделирования ишемии толстой кишки соответственно. На рассчитанных картах сатурации для всех этапов моделирования ишемии было выявлено уменьшение контраста в области ишемизированной части толстой кишки в сравнении с интактной тканью, что связано с уменьшением уровня сатурации вследствие недостаточного локального притока крови в области наложения лигатур.

Заключение:

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что ГВ может стать перспективным методом объективной интраоперационной оценки ишемического повреждения кишечной стенки без дополнительного применения контрастных препаратов. В качестве дальнейших планов рассматривается технологическая доработка реализованной системы ГВ, а также адаптация ранее разработанной нейросетевой обработки гиперспектральных массивов для получения ряда количественных диагностических параметров.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 21-15-00325.

Плановые лапароскопические резекции кишечника у детей с болезнью Крона.

общая колопроктология
устный доклад

Докладчик:

- Сытьков Валентин Вячеславович
- Мешков Михаил Викторович
- Поддубный Игорь Витальевич,
- Цаца Максим Васильевич,

МГМСУ имени А.И. Евдокимова ФНКЦ детей и подростков ФМБА России

- Щербакова Ольга Вячеславовна, РДКБ Минздрава России
 - Козлов Михаил Юрьевич, ГБУЗ Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ
 - Рехвиашвили Михаил Георгиевич, МГМСУ имени А.И.Евдокимова, ГБУЗ МО МОЦОМД
- Городничева Юлия Михайловна

Введение:

Отмечается тенденция к росту заболеваемости и распространенности болезни Крона у детей. В 30-50% наблюдений дебют заболевания происходит в детском возрасте, а в течение жизни 90% больных переносят одно или несколько оперативных вмешательств. Продолжаются поиски оптимального хирургического подхода к лечению детей с БК. Лапароскопические операции получают все большее распространение, однако процент осложнений сохраняется на высоком уровне.

Цель:

Демонстрация собственного опыта плановых лапароскопических резекций у детей с болезнью Крона

Методы:

За период с 2005 по 2023 годы 64 детям с БК были выполнены плановые лапароскопические вмешательства. Средний возраст детей на момент операции составил 15 лет. Показаниями к операции были стриктуры тонкой и толстой кишки с наличием симптомов хронической частичной кишечной обструкции, межкишечными свищами и задержкой физического развития на фоне проводимой терапии. Выполнены различные варианты лапароскопических операций: илеоцекальная резекция, резекции тонкой и толстой кишки с аппаратным анастомозом «бок-в-бок», резекция прямой кишки с наложением ручного низкого колоректального анастомоза, субтотальная колэктомия с наложением аппаратного илеоректального анастомоза «конец-в-конец».

Результаты:

Среднее время операции составило 150 минут. Конверсий не было. В послеоперационном периоде осложнения развились у 6 детей (9,4%) – раневая инфекция 3; формирование свища с последующим закрытием на фоне специфической терапии - 1; несостоятельность анастомоза – 1; рубцовый стеноз колоректального анастомоза – 1. После операции всем детям проводилась специфическая противорецидивная терапия. Длительность послеоперационной госпитализации составила от 6 до 17 суток, в среднем – 7 койко-дней.

Заключение:

Лечение детей с осложненными формами БК должно проводиться в специализированных центрах с участием мультидисциплинарной бригады специалистов (гастроэнтеролог,

колоректальный хирург, нутрициолог, анестезиолог-реаниматолог) на всех этапах лечения. При правильном отборе пациентов и определении сроков для оперативного вмешательства лапароскопическая методика позволяет эффективно и безопасно проводить резекцию и восстановление непрерывности кишечника при любых локализациях и протяженности стриктур. Наложение интракорпорального аппаратного анастомоза «бок-в-бок» обеспечивает профилактику непроходимости в ранние и поздние сроки после операции.

К вопросу о первичном анастомозе при колорезикальных свищах и абсцессах таза дивертикулярного происхождения Шакиров Р.Р., Панкратова Ю.С., Шакуров А.Ф., Зиганшин М.И., Карпухин О.Ю.

общая колопроктология

устный доклад

Докладчик:

- Шакиров Раис Рафисович
- Панкратова Юлия Сергеевна
- Шакуров Айдар Фаритович
- Карпухин Олег Юрьевич

ГАУЗ Республиканская клиническая больница г Казани, ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

- Зиганшин Марат Исмагилович, ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ

Введение:

в XXI веке отмечен повсеместный рост заболеваемости дивертикулярной болезнью (ДБ) более чем в 10 раз (Tånase I., et al., 2015) с ростом частоты её осложнений в диапазоне от 5 до 25% (Gordon P.H., 2007). Согласно литературным данным, частота формирования свищей ободочной кишки составляет 5–30% (Тимербулатов М.В. с соавт., 2013; Шельгин Ю.А. с соавт., 2013), притом больше половины наблюдений приходится на колорезикальные свищи (Tursi A., Elisei W., 2019). Причина формирования свищей – воспалительная деструкция дивертикула с формированием локального абсцесса, рядом со стенкой мочевого пузыря. Вопрос о хирургической тактике при гнойно-воспалительных осложнениях ДБ далек от разрешения. Подлежит обсуждению вопрос о формировании колоректального анастомоза при локализованном абсцессе в качестве альтернативы операции типа Гартмана, либо илео- или колостомии, как предварительных этапов, выполняемых для облегчения симптомов заболевания и борьбы с воспалением (Gilshtein H., Yellinek S. et al., 2020).

Цель:

анализ результатов лечения пациентов с колорезикальными свищами и абсцессами малого таза с использованием первичного анастомоза после резекции пораженного дивертикулами сегмента толстой кишки.

Методы:

проведено ретро- и проспективное исследование результатов лечения 295 пациентов с осложнениями ДБ, находившихся на лечении в клинике с 2015 по 2022 г.г. Колорезикальные свищи диагностированы в 17 наблюдениях, абсцессы малого таза – в 7.

Результаты:

мы являемся сторонниками хирургического лечения с наложением первичного анастомоза у пациентов со свищами и абсцессами таза дивертикулярного происхождения. В группе пациентов с кишечно-мочепузырными свищами операцией выбора была одномоментная комбинированная резекция толстой кишки с резекцией стенки мочевого пузыря -14 (82,4%), либо с простым ушиванием её дефекта - 3 (17,6%). Притом, у 9 (52,9 %) пациентов со свищами и 4 (57,1%) с паравезикальными абсцессами резекция кишки была расширена до передней резекции прямой кишки из-за частичного вовлечения её стенки в воспаление. Лишь у 2 (8,3 %) пациентов с большими паравезикальными абсцессами из-за стойкого воспаления кишечника, мочевого пузыря и малого таза выполнены операции типа Гартмана. Вмешательства на мочевом пузыре завершали наложением эпицистостомы в 15 (88,2 %) случаях. Непрерывность

кишечника восстанавливали наложением ручного и аппаратного анастомозов. Ручной анастомоз формировали в двух вариантах: классический двурядный по типу конец в конец – 11 (45,9 %) пациентов и инвагинационный анастомоз Сигала-Рамазанова – 9 (37,5 %). Последнему отдавали предпочтение при наличии в ходе формирования площадок резидуальных мелких или формирующихся дивертикулов. При низких передних резекциях использовали циркулярные сшивающие аппараты с формированием превентивной стомы в 2 (8,3%) наблюдениях. Перед внебрюшинным её закрытием проводим эндоскопическую ревизию зоны анастомоза, а при обнаружении стриктуры - баллонную дилатацию.

Заключение:

Применение первичного анастомоза у пациентов с ДБ возможно при локальном тазовом абсцессе, начальных стадиях перитонита, отсутствии выраженной коморбидной патологии, что позволяет избежать длительного лечения с реконструктивными вмешательствами в условиях рубцово-спаечного процесса.

Ссылка на видеобращение: <https://cloud.mail.ru/public/KAnm/tkFg1seH1>

Колоректальные резекции при глубоком инфильтративном эндометриозе.

общая колопроктология

устный доклад

Докладчик:

- Чичерина Мария Алексеевна, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
- Гончаров А.Л.
- Асланян А.С.
- Муратов И.И.

ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации.

Введение:

Эндометриоз встречается у 15% женщин репродуктивного периода, при этом поражение кишечника выявляется у 3%-37% из них. Лапароскопические операции являются методом выбора при наличии клинической симптоматики и неэффективности медикаментозного лечения.

Цель:

Оценить периоперационные результаты у пациенток с колоректальным эндометриозом, подвергшихся хирургическому лечению в объеме сегментарных резекций кишечника.

Методы:

В исследуемую группу была включена 71 пациентка с диагнозом колоректальный эндометриоз, находившиеся на лечении с 2016 по 2023 год в ЦКБ с поликлиникой УД Президента РФ и в клинике Фомина в г. Москве. Всем пациенткам выполнена сегментарная резекция кишечника. В качестве предоперационной характеристики оценивали такие показатели, как пол, возраст, индекс массы тела, физиологический статус пациентов по классификации ASA.

Результаты:

Все операции выполнены мультидисциплинарными бригадами с большим опытом лечения глубокого эндометриоза в экспертных центрах. Среднее время операции составило $258,1 \pm 80,1$ мин, кровопотеря 128,6 мл (10-400 мл). Конверсий при выполнении лапароскопических операций не было. Разгрузочная стома не потребовалась ни у одной пациентки. Послеоперационный койко-день составил $7,5 \pm 4,2$ дня. Функция кишечника восстанавливалась в среднем на $4,3 \pm 3,1$ день. Ранние послеоперационные осложнения оценивали по классификации Clavien—Dindo, частота составила 11,2%. Несостоятельность анастомоза была у одной пациентки (1,4%). Частота дизурических расстройств, требующих повторной катетеризации мочевого пузыря составила 2,8%.

Заключение:

Данный ретроспективный анализ показал, что применение стандартизированного мультидисциплинарного подхода позволяет выполнить адекватный объем операции с низким уровнем осложнений и отсутствием необходимости в формировании превентивной кишечной стомы.

Экспериментальное обоснование хирургического способа лигирования культи червеобразного отростка.

общая колопроктология

устный доклад

Докладчик:

Быстрицкая Алина Станиславовна, ФГБОУ ВО Тихоокеанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение:

В России выполняется 2600 аппендэктомий в год, как у взрослых пациентов, так и у детей (В.К. Земсков, В.И. Горбунов, М.В. Яшков. Динамика и прогноз заболеваемости и послеоперационной летальности от острого аппендицита в Ульяновской области за 43 года// 2014.). Процент осложнённого течения послеоперационного периода относительно невелик (4,2-16,2%), однако абсолютное число пациентов с осложнениями после аппендэктомии составляет значительное число, в том числе это касается летальных исходов (0,14-0,5%). Постоянно совершенствуются способы аппендэктомии, их число превышает десяток, в настоящее время приоритет отдается лапароскопическому подходу к аппендэктомии, который имеет значительные преимущества перед открытой операцией. Наиболее ответственным этапом операции аппендэктомии является хирургическая обработка культи червеобразного отростка. При недостаточности культи возникает крайне тяжёлое послеоперационное осложнение – перитонит. Вследствие этого возникает необходимость в совершенствовании методов обработки червеобразного отростка. Кроме этого есть потребность в отработке навыков удаления червеобразного отростка при аппендэктомии по поводу его заболеваний, а также для сравнительного изучения способов обработки культи червеобразного отростка во время лапароскопической аппендэктомии, вследствие чего возникает необходимость в разработке доступного и легко воспроизводимого способа формирования аппендикса.

Цель:

Первой целью является создание возможности моделирования червеобразного отростка у свиней, как наиболее благоприятного объекта для отработки лапароскопических навыков при аппендэктомии, поскольку их кишечник наиболее приближен к человеческому, и микробиота его просвета на 96% приближена к людской. Другая же задача заключается в необходимости разработать эффективный способ перевязки культи червеобразного отростка, который не будет уступать по надежности другим методам, однако будет прост в выполнении, не будет требовать больших временных и материальных затрат.

Методы:

В эксперименте участвовало 10 свиных объектов, на слепой кишке которых формировался червеобразный отросток. Сперва была выделена слепая кишка. Верхушку конуса слепой кишки захватили атравматичным зажимом и расправили для формирования конуса. Отступив от верхушки конуса слепой кишки 6,0 см., наложили первый кисетный шов. Отступив от него 2,0 см. был наложен второй кисетный шов таким образом, чтобы стежки располагались в шахматном порядке. Швы затягиваются не до конца, таким образом формируется просвет основания червеобразного отростка. На нем была отработана аппендэктомия традиционным лигатурным способом, с использованием петли Редера. В другом эксперименте, направленном на сравнение петли Редера и узла-констриктора, участвовали две группы пациентов, перенёсших аппендэктомию в экстренном порядке, путем лапароскопической операции, на базе ККБ №1. В контрольной группе было выполнено лигирование червеобразного отростка при помощи петли Редера у 30 пациентов. В опытной группе было выполнено лигирование

червеобразного отростка при помощи узла-констриктора у 20 пациентов (9 мужчин и 11 женщин). Полученные данные были проанализированы, статистически обработаны.

Результаты:

Заявляемое изобретение позволяет результативно провести моделирование червеобразного отростка на куполе слепой кишки свиньи, у которой червеобразный отросток отсутствует, по стандартизированной методике, что поможет улучшить объективизацию и проводить сравнительное изучение способов обработки культи червеобразного отростка в эксперименте. Также данное изобретение может помочь в отработке навыков аппендэктомии при обучении хирургов, и для экспериментального изучения различных способов обработки культи червеобразного отростка в опыте на живых свиньях и у свиного трупа.

Заключение:

Заявленный метод перевязки культи червеобразного отростка может стать полноценной альтернативой уже известных методов обработки культи червеобразного отростка, являясь более экономически эффективным, простым и доступным в исполнении. Использование метода пневмопрессии в эксперименте для определения надежности перевязки культи отростка позволило провести сравнительную характеристику прочности лигирования по традиционной методике и по предлагаемому способу «двойным узлом-констриктором», что позволило внедрить предлагаемую методику в клиническую практику.

К вопросу о показаниях к плановой резекции левой половины ободочной кишки при остром неосложненном дивертикулите.

общая колопроктология

устный доклад

Докладчик:

Матийцев Александр Богданович, ФГБОУ ВО ДОНГМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО МЗ РФ

Введение:

В последнее десятилетие отмечается рост заболеваемости острым дивертикулитом (ОД) в популяции, что обусловлено как увеличением средней продолжительности жизни, так и тенденцией к более ранней манифестации заболевания.

В настоящее время в литературе продолжается дискуссия, посвященная обоснованию плановых резекций ободочной кишки, пораженной дивертикулезом. Показания к вмешательству индивидуальны, зависят от тяжести, частоты рецидивов, стойкой симптоматики и иммунного статуса. Недавние исследования поставили под сомнение целесообразность выполнения плановых оперативных вмешательств у больных с клиническими проявлениями рецидива заболевания два раза в год и более. Общеизвестно, что нейтрофилы и лимфоциты более полно характеризуют иммунный ответ и применяются для оценки системного воспаления при ряде заболеваний.

Цель:

Цель: изучить морфологию стенки псевдивертикула сигмовидной кишки и проанализировать показатели соотношения нейтрофилов к лимфоцитам (СНЛ) у больных, перенесших острый неосложненный дивертикулит.

Методы:

Материалы и методы. Повторно изучены морфологические изменения в удаленном участке ободочной кишки, пораженной дивертикулезом (59 препаратов). В зависимости от морфологических изменений в стенке, больные были разделены на две группы: I – 28 пациентов – с очагами острого и хронического воспалительного процесса, II – 31 – с характерными только лишь для хронического воспаления склеротическими изменениями. Средний возраст пациентов составил $62,1 \pm 10,4$ года (от 49 до 76 лет). У всех больных по данным КТ-исследования имели место рентгенологические признаки острого неосложненного дивертикулеза левой половины ободочной кишки. Несмотря на успехи консервативного лечения у всех больных в течение года (два раза в год и более) имел место рецидив заболевания, что явилось показанием к оперативному лечению.

Результаты:

Результаты и их обсуждения. Ретроспективно проанализированы результаты морфологических изменений в 59 резецированных участках ободочной кишки, пораженной дивертикулезом. Перед плановым оперативным вмешательством у больных I группы отмечался в клиническом анализе крови сдвиг влево, а СНЛ составляло $3,7 \pm 0,21$, тогда как во II – лейкоцитарная формула соответствовала норме, а величина последнего находилась в пределах $2,6 \pm 0,12$. Только лишь у трех больных I группы уровень лейкоцитов был выше нормы, но не превышал $11,0 \times 10^9$, причем этот показатель у всех больных II – соответствовал норме.

Повторная морфологическая оценка стенки удаленного дивертикула свидетельствовала, что в I группе имела место острая воспалительная реакция в слизистой, которая чередовалась с эрозиями, дном которых являлся подслизистый слой с выраженной лимфогистиоцитарной инфильтрации собственной пластинки, отеком и полнокровием сосудов. Отек сопровождался

резким расширением лимфатических сосудов и гипертрофией мышечного слоя. Вместе с тем, в препаратах II группы патоморфология была представлена склеротическими изменениями в слизистой.

Полученные результаты свидетельствуют, что болевой синдром в левой подвздошной области у больных с ОД не всегда обусловлен воспалительными изменениями в стенке. Такая же парадигма изложена в последних клинических рекомендациях американского общества хирургии толстой и прямой кишки, где зафиксировано «количество приступов неосложненного дивертикулита не является определяющим фактором при принятии решения о целесообразности оперативного пособия».

Заключение:

Выводы. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что соотношение нейтрофилов к лимфоцитам у больных с рецидивирующим течением дивертикулита левой половины ободочной кишки возможно использовать как один из показаний к плановому оперативному вмешательству.

Обзор темы Синхронный рак прямой кишки и предстательной желез.

онкология

постерный доклад

Докладчик:

Воскресенский Андрей Андреевич, Вологодский областной онкологический диспансер

Введение:

Особую группу пациентов в практике колоректального хирурга представляют больные с синхронным раком прямой кишки и предстательной железы. Возникает множество вопросов в диагностике, тактике лечения, коррекции осложнений.

Становится ясно, что понимания эпидемиологии подобных состояний, чётких алгоритмов диагностики, особенностей лечения нет. Статьи по данной теме включают в себя ограниченную выборку пациентов (не более 12 больных) с описанием конкретной детали столь обширного вопроса.

Цель:

отразить сложность лечения пациентов с синхронным раком

Методы:

клинический случай

Результаты:

Пациент С., 62 года. Обратился в онкологу-колопроктологу в октябре 2021 года с жалобами на выделение крови из прямой кишки при дефекации.

При аноскопии определено образование н/а отдела прямой кишки размерами 3*4 см мягкоэластической консистенции на широком основании.

По результатам колоноскопии выявлено образование в/а отдела прямой кишки и ворсинчатая опухоль н/а отдела прямой кишки.

ПГИ - у/д аденокарцинома верхнеампулярного отдела прямой кишки, аденома н/а отдела прямой кишки с дисплазией высокой степени.

По данным МСКТ ОГК, ОБП отдаленных метастазов не определяется. При МРТ опухоль верхнеампулярного отдела T3N0, в образовании нижнеампулярного отдела признаки злокачественного процесса. В предстательной железе определяются изменения в обеих долях Pi Rads 5.

01.2022 выполнена трепан-биопсия предстательной железы, данных за атипичные клетки не получено. Через две недели выполнена повторная биопсия-выявлены клетки аденокарциномы (глисон 7(3+4)).

Учитывая прогноз заболевания рака предстательной железы предложено два варианта лечения:

- передняя резекция прямой кишки с формированием превентивной колостомы с проведением ДЛТ на предстательную железу.

- симультанная (сочетанная) операция – передняя резекция прямой кишки с формированием превентивной колостомы, простатвезикулэктомия.

Пациент выбрал второй вариант. 17 марта 2022 года выполнена передняя резекция прямой кишки с формированием превентивной трансверзстомы, простатвезикулэктомия.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Выписан на десятые сутки после операции.

Послеоперационный диагноз – ПМСЗ

1 Рак нижнеампулярного отдела прямой кишки T1sm1N0M0

2 Рак верхнеампулярного отдела прямой кишки T3N0M0

3 Рак предстательной железы T2cN0M0 – ацинарная у/д аденокарцинома пёж, Глисон 7(3+4), с ростом в обеих долях с положительным краем резекции.

На 28 сутки п/о выявлена несостоятельность колоректального анастомоза с формированием пресакрального абсцесса. Пациент госпитализирован в хирургическое отделение. Ректально выявлен дефект по задней полуокружности. Пресакрально через дефект установлен дренаж, получено 300 мл гноя. На фоне проводимого лечения отмечалась положительная динамика. Пациент выписан на 14 сутки.

Назначена АПХТ по схеме XELOX, проведено 3 курса.

Третий курс осложнился явлениями энтерита, нарушениями водно-электролитного баланса, потребовавших коррекции. 4 курс не проводился.

В связи с положительным краем резекции препарата п/ж назначена ДЛТ на ложе п/ж.

При контрольных исследованиях данных за прогрессирование заболевания нет, уменьшение пресакральной полости. Ректально- рубцевание дефекта задней стенки прямой кишки.

22.12.22г – ликвидация трансверзостомы. Послеоперационный период без особенностей.

В 02.2023 года при осмотре мочеиспускание не нарушено, отмечается периодическое недержание газов.

При контрольных МСКТ и МРТ от 05.23 прогрессирования нет. Продолжается наблюдение пациента.

Заключение:

Описанный пример показывает сложность лечения данных пациентов. Необходим мультидисциплинарный подход как на этапе диагностики заболеваний, так и для принятия решения о тактике лечения.

Лечение пациентов с ПМСЗ прямой кишки и п/ж не имеет единой парадигмы и заслуживает пристального внимания со стороны сообщества колоректальных хирургов и онкологов-урологов.

Колостомия при опухолевой толстокишечной непроходимости: яблоко раздора.

онкология

постерный доклад

Докладчик:

- Фесюн Алексей Витальевич
 - Алексей Витальевич Фесюн
 - Евгений Анатольевич Корымасов
- ГБУЗ СОКБ им В.Д. Середавина

Введение:

Частота развития кишечной непроходимости у пациентов с локализацией опухоли в левой половине ободочной кишки составляет 81 - 86%, частота выявления IV стадии заболевания у пациентов с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью – 53 - 60%, послеоперационная летальность достигает 16-23%. В соответствии с клиническими рекомендациями, проблема лечения острой опухолевой толстокишечной непроходимости как будто бы решена: необходимо формирование разгрузочной колостомии для ликвидации непроходимости и спасения жизни пациента.

Цель:

Изучение результатов оказания помощи пациентам с острой кишечной непроходимостью (ОКН) опухолевого генеза, которым в дежурном хирургическом стационаре была выполнена разгрузочная колостомия.

Методы:

Дизайн исследования – ретроспективный многоцентровой анализ. В исследование включено 552 пациента с обтурационной ОКН, у которых опухоль была локализована в нисходящей ободочной и сигмовидной кишке. Пациенты были госпитализированы в дежурные хирургические стационары Самарской области в период с 2015 по 2020 годы. Критерий включения: пациенты, которым была выполнена разгрузочная двухствольная колостомия проксимальнее от опухоли.

Были выделены 2 группы пациентов. Первую группу составили 117 пациентов с операбельной и резектабельной опухолью, которым проксимальная колостомия была выполнена ввиду тяжести состояния, невладения хирургом первичной резекцией кишки по онкологическим принципам, либо в связи с четким следованием Клиническим рекомендациям. Во вторую группу вошли 435 пациентов, которым операция колостомии была выполнена в связи с наличием известных отдаленных метастазов, местно-распространенным процессом, перитонеальным карциноматозом, выявленным во время экстренной операции по поводу ОКН.

Результаты:

В первой группе летальность 15 человек (12,6%). Во второй группе умерло 102 человека (23,8%). Различия в послеоперационной летальности оказались статистически значимыми ($\chi^2=6,23$, p

Заключение:

1. Задержка с маршрутизацией пациентов на специализированный этап оказания онкологической помощи связана как с медицинскими и организационными аспектами, так и

социально-бытовыми аспектами немедицинского характера и влияет на последующий результат радикальной операции.

2. Разгрузочная проксимальная колостомия остается ведущим вмешательством, направленным на разрешение кишечной непроходимости у пациентов с опухолью нисходящей ободочной и сигмовидной кишки, даже в условиях операбельности пациента.

3. Требуют пересмотра принципы организации специализированной онкологической помощи пациентам, выписанным с колостомой из дежурного хирургического стационара и направленным на радикальную операцию, в плане ускорения госпитализации.

Резекция прямой кишки с частичной мезоректумэктомией как альтернатива ТЭМ . ГУЗ ЛООД г. Липецк Сорокин С.В. Латышев Ю.П Мотин А.С.

онкология
постерный доклад

Докладчик:

Сорокин Сергей Викторович, ГУЗ ЛООД

Введение:

В настоящее время «золотым стандартом» лечения распространенных форм доброкачественных опухолей, и микроинвазивных злокачественных опухолей прямой кишки является ТЭМ. Однако, метод не нашел широкого применения в регионарных клиниках. С учетом сложившейся эпидемиологической и геополитической обстановки направление пациентов в центры с возможностью ТЭМ бывает ограниченной. При выполнении ТЭМ существуют факторы повышающие вероятность местных рецидивов и ухудшающих отдаленные результаты. Нами предложена методика резекции прямой кишки с лапароскопической тотальной мезоректальной мобилизацией (ТММ) с частичной мезоректумэктомией.

Цель:

Оценка результатов лечения больных, и безопасности метода после выполнения резекция прямой кишки с лапароскопической ТММ, частичной мезоректумэктомией. сравнение метода с ТЭМ.

Методы:

Мы используем три модификации метода в зависимости от локализации опухоли. При опухолях нижеампулярного отдела используется методика с трансанальной мобилизацией прямой кишки. Ход операции: трансанально прямая кишка циркулярно пересекается на уровне, или чуть выше, зубчатой линии, максимально выделяется в пределах мезоректальной фасции, без ее повреждения, в проксимальном направлении (как правило на протяжении 6-7см). Со стороны брюшной полости производится лапароскопическая мобилизация дистальной трети сигмовидной кишки и ТММ без перевязки нижней брыжеечной артерии. Со стороны ануса мобилизованная прямая кишка максимально выводится наружу и пересекается после частичной мезоректумэктомии на 3-4 см выше проксимального края опухоли. Формируется ручной двухрядный ректо-анальный анастомоз.

При второй модификации вначале производится лапароскопическая мобилизация дистальной трети сигмовидной кишки и ТММ без перевязки нижней брыжеечной артерии до мышц тазового дна, затем производится трансанальная мобилизация прямой кишки вышеописанным способом.

При опухолях средне и вышеампулярного отдела используется модификация без трансанальной мобилизации прямой кишки. Со стороны брюшной полости производится лапароскопическая мобилизация дистальной трети сигмовидной кишки и ТММ без перевязки нижней брыжеечной артерии до уровня «кишечной шеи». На этом уровне кишка пересекается сшивающим аппаратом. Мобилизованная прямая кишки выводится на переднюю брюшную стенку через разрез по Пфаненштилю. Производится резекция прямой кишки с мезоректальной клетчаткой проксимальнее опухоли. Формируется интракорпоральный аппаратный анастомоз.

В ГУЗ «ЛООД» операция выполнена 22 больным. У восьми больных по предоперационным морфологическим данным имелись тубулярно-ворсинчатые аденомы прямой кишки с подозрением на малигнизацию. У 10 - тубулярно ворсинчатая аденома, у

четырёх микроинвазивные злокачественные опухоли. По данным МРТ ОМТ и ТРУЗИ прямой кишки опухоли располагались в пределах слизистого слоя и собственной пластинки слизистой, без признаков лимфаденопатии мезоректальной клетчатки. Ворсинчатые опухоли начинались в 1 - 1,5 см от зубчатой линии и циркулярно или на $\frac{3}{4}$ просвета прямой кишки распространялась от 6 до 12 см выше ануса. Микроинвазивные злокачественные опухоли располагались в 1,5 и 3 см от зубчатой линии и имели наибольший размер до 2 см. 18 пациентам операция выполнена с трансанальной мобилизацией прямой кишки. Четырем пациентам выполнена резекция прямой кишки без трансанальной мобилизации.

Результаты:

Инфекционные осложнения со стороны п/о раны не встречались. Всем больным удалось обеспечить негативный дистальный край резекции. Фрагментации опухоли не наблюдалось. По данным патоморфологического заключения у пациентов имелись тубулярно ворсинчатые аденомы 18 случаев, у одного пациента с тяжелой дисплазией, микроинвазивные опухоли с ростом в собственную пластинку слизистой T1sm 1-2 у четырех пациентов. Во всех случаях полностью удалена часть мезоректум соответствующая удаляемой части прямой кишки. У большинства пациентов отмечена удовлетворительная функция держания.

Заключение:

1. Выполнение резекции прямой кишки с лапароскопической тотальной мезоректальной мобилизацией с частичной мезоректумэктомией, возможно у больных с доброкачественными опухолями в том числе с подозрением на малигнизацию, и с микроинвазивными злокачественными опухолями.

2. Несколько модификаций данной методики позволяют выполнять операцию с опухолями расположенными от зубчатой линии до верхнеампулярного отдела прямой кишки.

3. Выполнение резекции прямой кишки с лапароскопической тотальной мезоректальной мобилизацией с частичной мезоректумэктомией позволяет достичь удовлетворительных онкологических и функциональных результатов лечения.

4. Сохранение нижней брыжеечной артерии с выполнением ТММ значительно повышает надежность ректоанального и ректо-ректального анастомоза, что позволяет отказаться от превентивной колостомии.

5. Практически полностью исключено фрагментирование опухоли так не происходит внутрипросветных манипуляций рядом с опухолью.

6. Полное удаление мезоректум соответствующей части удаленной кишки позволяет избежать повторных операций при наличии опухолей Tsm3 и T2.

Результаты лечения больных с нейроэндокринными опухолями прямой кишки.

онкология
постерный доклад

Докладчик:

- Мамедов Ильгар Ясим оглы
 - Фейдоров Илья Юрьевич
- ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С.Логина ДЗМ»

Введение:

Нейроэндокринные опухоли (НЭО) прямой кишки – редкие новообразования, развивающиеся из нейроэндокринных клеток эмбриональной ткани – апудоцитов, продуцирующие глюкагон-подобный пептид. По данным международной литературы НЭО прямой кишки составляют 0,4% от всех колоректальных опухолей. Ежегодно выявляемость НЭО прямой кишки составляет 0,76 случаев на 100.000 населения.

Цель:

Продемонстрировать результаты лечения больных с нейроэндокринными опухолями прямой кишки на примере регистра Московского клинического научного центра им. А.С.Логина

Методы:

Проведен анализ пациентов с нейроэндокринными опухолями прямой кишки за период с 2015 по 2023 год, находившихся на лечении в Московском клиническом научном центре им. А.С.Логина. Всего проанализировано 25 пациентов с верифицированной нейроэндокринной опухолью прямой кишки и получившие лечение за указанный период. Изучены возраст, анамнез, анатомическая локализация опухоли, ее морфологическая структура, как основные прогностические факторы. При подозрении на опухолевую патологию выполнялся стандартный алгоритм диагностических мероприятий, включающий в себя ФКС с биопсией очага поражения. При неинформативности полученного биоптата проводилось Эндо-УЗИ, которое обладает высокой чувствительностью при НЭО прямой кишки и позволяет оценить размер опухоли, установить наличие инвазии и метастазов в периректальных лимфатических узлах. Для определения метастатического поражения использовалось КТ и/или МРТ в сочетании с ПЭТ-КТ. Лабораторная диагностика заключалась в определении маркеров НЭО (хромогранин А, серотонин, нейронспецифическая энолаза). Оценка прогностически неблагоприятного течения заболевания оценивалась по системе CaRRs – carcinoid of the rectum risk stratification)

Результаты:

По результатам проведенного анализа 65 пациентов было установлено, что причиной обращения за медицинской помощью у 24 (36,9%) больных явились различного характера боли в животе. Проявление карциноидного синдрома в виде приливов и диареи диагностировано у 9 пациентов (13,8%), среди которых метастатическое поражение печени установлено у 6 пациентов, поражение лимфатических узлов у 3 пациентов. Развитие осложнений опухолевого процесса привело к выявлению НЭО ТК у 10 (15,4%) пациентов в виде острой кишечной непроходимости. У 21 (32,3%) пациентов заболевание протекало бессимптомно и было диагностировано случайно при профилактическом осмотре. Изучение результатов исследования маркеров НЭО позволило установить менее чем 3-кратное повышение уровня ХГА, серотонина и 5-ГИУК. Осмотр терминального отдела тонкой кишки при проведении ФКС обеспечил визуализацию НЭО у 13 пациентов. Применение ПЭТ-КТ с ⁶⁸Ga-DOТА-

ТАТЕ/ТАТЕ позволило локализовать НЭО в тонкой кишке у 23 пациентов, а также позволило определить метастатические очаги и уточнить распространенность процесса. Чувствительность методов лучевой диагностики в выявлении опухолевого конгломерата была минимальной для УЗИ. В зависимости от объема замещения печеночной паренхимы метастазами поражение печени I типа (единичные метастазы в одной доле) установлено у 7 пациентов, II типа (множественные метастазы в одной доле и единичные в другой) – у 6 пациентов, III типа (множественные метастазы в обеих долях) – у 12 пациентов. Хирургическое лечение проведено 34 пациентам (52,3%) из 65 пациентов, в том числе в 10 случаях по поводу тонкокишечной непроходимости. Послеоперационные осложнения, которые повлекли за собой повторного хирургического вмешательства было у 1 пациента. Эндоскопическое удаление опухоли выполнено у 2 пациентов, резекцию тонкой кишки у 28 пациентов, правостороннюю гемиколэктомию у 4 пациентов. Средний размер удаленных новообразований составил 31 мм (от 7 до 130 мм). В настоящее время 27 пациентов (41,5%) получают системную противоопухолевую терапию АСС, в том числе в 6 случаях эверолимус по поводу прогрессирования на первой линии лечения. За время наблюдения зафиксирован 1 летальный исход у больного с тонкокишечной непроходимостью в связи с поздним обращением за экстренной помощью <https://conf.siterscs.com/scientific.html&zakluchenie=Заболеваемость НЭО растет>. Нейроэндокринные опухоли тонкой кишки чаще всего диагностируют как метастатическую или местно-распространенную опухоль. Основной причиной поздней диагностики является длительное бессимптомное течение заболевания, а также наличие неспецифических клинических проявлений. Наибольшую информативность в диагностике НЭО ТК демонстрирует МСКТ и ПЭТ-КТ. Хирургический метод является основным в лечении больных НЭО ТК, в свою очередь ранняя диагностика позволяет проводить радикальное хирургическое лечение.

Заключение:

Нейроэндокринные опухоли прямой кишки редкая патология, которая требует мультидисциплинарного подхода. В структуре заболеваемости НЭО прямой кишки по данным регистра МКНЦ им А.С.Логинава чаще всего встречаются женщины. Чаще всего НЭО прямой кишки протекает асимптомно. Большинство НЭО прямой кишки представляют собой локализованные опухоли небольших размеров. При размере опухоли менее 1 см прогноз благоприятный. Выбор метода лечения зависит локализации, размера образования, степенью и глубиной инвазии, наличие или отсутствие метастазов. На сегодняшний день золотым стандартом лечения НЭО прямой кишки является хирургический, однако требуется более длительный период наблюдения и большая величина когорты для формирования окончательной позиции

Эндоскопическая резекция полиповидных образований на «ножке» в практике колопроктологического стационара: собственный опыт.

онкология

устный доклад

Докладчик:

- Багирова Айша Амирхановна
- Павлов П.В,
- Федоренко А.А.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)
УКБ № 2

Введение:

Парижская эндоскопическая классификация поверхностных опухолевых поражений желудочно-кишечного тракта является всемирно признанной и, пожалуй, одной из самых используемых классификацией в практике врача-эндоскописта. Тип образования, в совокупности с его размером и ямочным рисунком, играет важную роль в принятии решения о возможности и способе эндоскопического удаления.

Эпителиальные полиповидные новообразования (ЭПН) на «ножке» (тип 0-1p) отличаются от «сидячих» наличием узкого удлиненного основания - ножки, что определяет особенности их удаления, так как зачастую в ней проходит один или несколько крупных сосудов, питающих вершину [1].

Существуют различные точки зрения на методики удаления данных образований. При просмотре публикаций отечественной и зарубежной литературы обращает на себя внимание отсутствие четких рекомендаций относительно возможности безопасного удаления ЭПН тип 0-1p методом «холодной» петлевой резекции, а также необходимости предварительного выполнения инфильтрации подслизистого слоя, лигирования или последующего клипирования ложа удаленного полипа. Несмотря на это, есть четкие рекомендации относительно предварительного использования адреналина при удалении полиповидных образований на «ножке» (тип 0-1p) размером более 20 мм и ножкой диаметром более 10 мм [2].

Цель:

Провести сопоставление методов анализ результатов удаления полиповидных образований на «ножке» (тип 0-1p) толстой кишки с формированием выводов по оптимальной тактике для различных размеров новообразований, эффективной профилактике ранних и поздних осложнений

Методы:

Проведен анализ результатов удаления ЭПН тип 0-1p толстой кишки в отделении диагностической и лечебной эндоскопии УКБ №2 университета им. И.М. Сеченова, г. Москвы в период с января 2021 по декабрь 2022. Оценивались методики удаления, размеры образований, частота развития осложнений и их структура, а так же результаты патоморфологического исследования. В случае гистологической верификации поверхностного или глубокого озлокачествления - оценивалась дифференцировка, глубина инвазии в ножку полипа (по Haggitt), наличие лимфоваскулярной инвазии, отсутствие опухоли в краях резекции. В работе использовались эндоскопы с высоким разрешением и возможностью осмотра слизистой оболочки в узком спектре и с увеличением. Для резекции образований использовались моно- и полифиламентные петли различных производителей. Для профилактики осложнений использовались одноразовые гемостатические клипсы и эндоскопические пластиковые лигатуры. Для проведения инфильтрации подслизистого слоя

использовался физиологический раствор, подкрашенный красителем индигокармином, либо раствор адреналина (1:100000) вводимый при помощи эндоскопического инъектора.

Результаты:

За период 2021-2022 выполнено 314 петлевых резекций ЭПН тип 0-1p у 255 пациентов в отделении диагностической и лечебной эндоскопии УКБ №2 университета им. И.М. Сеченова, г. Москвы. Таким образом, каждый шестой пациент - 16,5% (42) имел более чем 1 полиповидное образование на «ножке», максимальное их количество одновременно у одного пациента составило 5. Стоит отметить, что 69,4% (177) пациентов имели также «сидячие» эпителиальные новообразования (тип 0-Is) других отделов толстой кишки. Средний возраст пациентов составил 59 ± 12 лет.

В прямой кишке располагались -9,2% (29) полипов, в сигмовидной - 66,2% (208), в нисходящей 13,4% (42), в поперечной - 5,7% (18), в восходящей - 5,4% (17) полипов, в слепой не было обнаружено ни одного ЭПН на «ножке».

Удаление новообразований методом «холодной» петлевой резекции выполнено в 24,5% (77), стандартной «горячей» петлевой электроэксцизии - 74,2% (233), методом эндоскопической подслизистой диссекции - в 1,27% (4) случаев. Средний размер вершины удаленных новообразований составил 12 ± 7 мм (макс - 35 мм, мин - 3 мм), длина ножки составила 8 ± 7 мм (макс - 40 мм, мин - 2 мм).

Нами был проанализирован размер новообразования и метод его удаления. Средний размер вершины образований удаленных «холодным» методом составил 7 ± 3 мм, ножки - 4 ± 2 мм, в то время как средний размер вершины образований удаленных «горячим» методом составил 15 ± 7 мм, ножки - 10 ± 6 мм.

Так как при удалении образований методом «холодной» петлевой резекции минимальное кровотечение из ложа новообразования является естественным событием, нами было принято решение относить к значимым кровотечениям только те, которые потребовали применения дополнительных методов достижения гемостаза (термокоагуляционный гемостаз посредством кончика петли или с использованием «горячих» щипцов). Таким образом, суммарное количество интраоперационных кровотечений составило 10,8% (34), из которых 20,6% (7) - после удаления «холодным», 79,4% (27) - после удаления «горячим» методом. Отсроченное кровотечение констатировано в 0,3% (1) случаев - после удаления «горячим» методом у пациента на фоне приема антикоагулянтной терапии. Все кровотечения были остановлены посредством эндоскопического гемостаза без хирургического вмешательства.

Ни одного случая интраоперационной или отсроченной перфорации стенки кишки зафиксировано не было.

Предварительное введение адреналина использовалось в случае удаления 43 образований (13,7%). После отсечения новообразования в 51,2% (22) в завершающем этапе стало клипирование ложа удаленного ЭПН, в 48,8% (21) - лигирование культи ножки полипа. Средний размер вершины удаленных образований с предварительным использованием адреналина составлял 18 ± 8 мм, длина ножки - 14 ± 9 мм.

Профилактическое клипирование ложа выполнено в 57,6% (181) случаев ЭПН тип 0-1p. В 90,6% (164) причиной послужила профилактика кровотечения или перфорации после «горячей» петлевой резекции, в 9,4% (17) - после «холодной» петлевой резекции. Суммарно использовано 265 клипс ($M=2 \pm 1$). Средний размер вершины удаленных образований с последующим клипированием составлял 13 ± 7 мм, длина ножки - 9 ± 6 мм.

Лигирование применялось до или после удаления 10,2 % (32) полипов, выполненного исключительно методом «горячей» петлевой резекции. Этой группе соответствовали наиболее крупные новообразования - со средним размером вершины 18 ± 6 мм, длиной ножки - 18 ± 8 мм.

Местных рецидивов аденом или прогрессирования заболевания в случае малигнизации выявлено не было. Послеоперационной летальности также не отмечено.

После удаления новообразований, как методом «холодной», так и методом «горячей» петлевой резекции, пациенты не нуждались в назначении антибактериальной, либо гемостатической терапии. Не было отмечено повышение температуры после выполнения эндоскопического удаления.

Продолжительность нахождения пациентов в стационаре не превысила установленную нормативами и составила в среднем 2,5 сут.

Четырем пациентам (1,3%) с риском метастазирования в лимфатические узлы были выполнены дополнительные радикальные операции.

Заключение:

Как мы видим, в нашем отделении, для удаления эпителиальных полиповидных новообразований на «ножках» (тип 0-1p) предпочтение отдается методу петлевой электроэксцизии (74,2%), однако, мы оставили место «холодной» петлевой резекции для малых ЭПН (с диаметром вершины до 7 ± 3 мм и длиной ножки – до 4 ± 2 мм.), выполняя резекцию не по ножке, а вокруг ее основания – аналогично «сидячим» аденомам и данная тактика показала себя вполне безопасной.

При крупных ЭПН с толстыми и длинными ножками мы предпочитаем ее лигирование для профилактики отсроченного кровотечения, что просто технически и экономически более целесообразно, так как для ушивания крупной ножки требуется 2 и более клипс. Единственное (0,3%) отсроченное кровотечение возникло, после профилактического клипирования у пациента на антикоагулянтной терапии.

Избранная нами тактика завершать «горячие» петлевые резекции крупных ЭПН дополнительным методом профилактического гемостаза привела к «околонулевой» встречаемости отсроченного кровотечения, что благоприятно сказалось на продолжительности нахождения в стационаре – а значит также экономически целесообразно.

Размеры новообразований, при которых в нашем отделении рутинно применяются подслизистые инъекции с раствором адреналина, совпадает с рекомендациями ESGE и составляет в среднем 18 ± 8 мм вершина, 14 ± 9 мм – ножка.

Наличие в 13,3% случаев той или иной степени малигнизации по результатам финального патоморфологического исследования, лимфоваскулярной инвазии (1,2%) и глубокой инвазии в ножку полипа (1%) еще раз свидетельствует о том, что полное представление о гистологической структуре и необходимости дальнейшего радикального лечения образования можно получить только после его тотального морфологического исследования.

Также следует отметить, что наиболее часто ЭПН «на ножке» наблюдались в левой половине кишки (88,8%), что соответствует нормальной физиологии человека.

Неoadьювантная химиотерапия как альтернатива лучевой терапии в лечении больных прогностически неблагоприятным раком прямой кишки.

онкология

устный доклад

Докладчик:

- Белохвостова Анна Сергеевна
- Невольских Алексей Алексеевич
- Авдеевко Виолетта Андреевна
- Михалева Юлия Юрьевна
- Почуев Тарас Петрович
- Иванов Сергей Анатольевич

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.

Введение:

Проведение неoadьювантной химиолучевой терапии (ХЛТ) с дальнейшим хирургическим вмешательством является стандартом лечения больных местно-распространенным РПК. Однако, при таком подходе увеличивается интервал между лучевой терапией и началом системной лекарственной терапии. Проведение неoadьювантной химиотерапии (НАХТ) вместо ХЛТ при РПК позволяет избежать лучевых реакций и повреждений, а также раньше начать системное лечение.

Цель:

Анализ эффективности НАХТ в режиме FOLFOX6 у больных раком средне- и верхнеампулярного отделов прямой кишки с неблагоприятными факторами прогноза.

Методы:

В исследование вошло 70 пациентов (мужчины – 47,1%, женщины – 52,9%), которым в период 2017-2023 годов была проведена НАХТ с последующим хирургическим лечением. У 90,0% больных имелась III и у 10,0% – II клиническая стадия. По данным МРТ экстрамуральная сосудистая инвазия имелась у 42 (60,0%) пациентов, расстояние от опухоли до мезоректальной фасции в 32,9% случаев составило ≤ 2 мм. Всем больным проводили 4 цикла НАХТ в режиме FOLFOX6 с последующим хирургическим вмешательством.

Результаты:

НАХТ в полном объеме (≥ 4 циклов) была завершена у 61 пациентов (87,1%). Токсические реакции в процессе НАХТ были зарегистрированы у 32,8% больных. Сфинктеросохраняющие хирургические вмешательства выявлены у 69 (98,6%) больных. Послеоперационные осложнения имелись у 19 (27,1%) пациентов. По данным патоморфологического исследования III стадия была зарегистрирована у 38 больных (54,3%), 0 – II стадия – у 32 (45,7%). При оценке степени патоморфоза (CAP, 2019) у 17 (24,3%) пациентов получен частичный ответ или почти полный ответ. У трех больных (4,3%) признаков остаточной опухоли выявлено не было. Уменьшение категории Т по сравнению с данными МРТ до НАХТ отмечено у 33 (47,1%) пациентов, категории N – у 38 (54,3%). При медиане наблюдения 26 (1-62,5) месяцев местные рецидивы выявлены у 7 (10,0%), отдаленные метастазы – также у 7 (10,0%) пациентов. Кумулятивная трехлетняя частота местных рецидивов составила $14,2 \pm 5,1\%$. Общая и безрецидивная трехлетняя выживаемость составили $90,2 \pm 4,8\%$ и $73,6 \pm 6,8\%$ соответственно.

Заключение:

Комбинированное лечение больных РПК с неблагоприятными факторами прогноза с использованием НАХТ в режиме FOLFOX6 удовлетворительно переносится больными, сопровождается небольшим количеством токсических реакций и послеоперационных осложнений, и является перспективным и многообещающим методом. Необходима разработка новых патоморфологических критериев ответа опухоли на неoadъювантную лекарственную терапию.

Роботическая или лапароскопическая тотальная мезоректумэктомия у пациентов больных раком прямой кишки.

онкология

устный доклад

Докладчик:

- Чичерина Мария Алексеевна, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
- Гончаров А.Л.
- Асланян А.С.
- Муратов И.И.

ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации.

Введение:

Роботические технологии являются логическим продолжением развития лапароскопического доступа и позволяют использовать артикуляционные инструменты и 3D-визуализацию в труднодоступных областях. Однако клинические преимущества роботической хирургии остаются неясными и требуют уточнения.

Цель:

Провести сравнительный анализ периоперационных результатов пациентов больных раком прямой кишки, подвергшихся хирургическому этапу лечения с применением лапароскопических или роботических технологий.

Методы:

В исследуемую группу были включены 104 пациента с гистологически верифицированной аденокарциномой прямой кишки, локализованной в среднем и нижеампулярном отделе. Всем пациентам выполнена низкая передняя резекция прямой кишки в объеме тотальной мезоректумэктомии с формированием колоректального или колоанального анастомоза. 65 (62,5%) пациентам выполнены роботические операции с применением установки DaVinci Si (pTMЭ) и 39 (37,5%) пациентам - лапароскопически-е операции (лTMЭ). Средняя высота расположения опухоли от зубчатой линии в группе pTMЭ составила 4,7±2 см, в группе лTMЭ 6±1,8 (p=0.003). В группе роботических операций было 46 (70%) пациентов, а в группе лапароскопических операций 17 (44%) после неoadьювантной ХЛТ (p=0.001).

Результаты:

Среднее время операции составило в группе роботических 269±53мин, лапароскопических 253±51мин, кровопотеря в группе pTMЭ – 61,9 (5-150) мл, в группе лTMЭ – 66,4 (10-200) мл. Во всех случаях формировалась коло (52,8%) или илеостома (33,8%). В 14 (13,4%) случаях стома была сформирована на дооперационном этапе. Конверсий в группе лTMЭ было 2 (5,1%), в группе pTMЭ – 2 (3,1%). Редокинг потребовался в 17 (26,1%) случаях. Послеоперационный койко-день в группе роботических операций – 9±3,4, лапароскопических операций – 8,6±2,9. Послеоперационные осложнения были выявлены у 18 (27,7%) в группе роботических операций и у 10 (25,6%) пациентов в группе лапароскопических операций. Качество мезоректумэктомии было сходным в обеих группах (Grade3 в 87% pTMЭ и 92% лTMЭ). Дистальный клиренс в группе роботических операций составил 2,6±2 см, в группе лапароскопических 2,5±1,9 см. Положительный циркулярный край резекции (R1) отмечен при выполнении роботических операций у 1 (1,5%) пациента, а в группе лапароскопических операций все операции были R0.

Заключение:

Результаты роботических технологий и лапароскопических операций сопоставимы. При выборе оперативного доступа у пациентов с более низким раком прямой кишки и после неoadьювантного лечения предпочтение отдавалось DaVinci.

Лапароскопическая d3 лимфодиссекция при раке правой половины ободочной кишки – современные возможности.

онкология

устный доклад

Докладчик:

- Авдеенко Виолетта Андреевна
- Невольских Алексей Алексеевич
- Михалева Юлия Юрьевна
- Почуев Тарас Петрович
- Синяев Петр Валентинович
- Евтехов Илья Алексеевич
- Банщикова Ольга Владимировна
- Иванов Сергей Анатольевич

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. Калужская область

Введение:

Современным стандартом хирургического лечения пациентов со злокачественными новообразованиями правой половины ободочной кишки является выполнение мезоколонэктомии с высоким лигированием магистральных сосудов. При этом оптимальный объем удаляемых групп лимфатических узлов (ЛУ) не определен. Классический европейский подход предполагает выполнение D2 лимфодиссекции, при этом достаточным считается лигирование сосудов на расстоянии 1 см от основания. В азиатских странах всем пациентам со II-III стадией, а также на усмотрение хирурга при I стадии, рекомендуется выполнение D3 лимфодиссекции, под которой подразумевается удаление апикальных ЛУ, расположенных по передней поверхности верхней брыжеечной вены.

Цель:

Изучить непосредственные результаты лапароскопических правосторонних гемиколэктомий при раке ободочной кишки с D3 лимфодиссекцией.

Методы:

В исследование включены 69 пациентов (мужчины – 43,5%, женщины – 56,5%) с аденокарциномами правой половины ободочной кишки I-III стадии, которым в период 2018-2023 годов выполнены хирургические вмешательства в объеме лапароскопической правосторонней гемиколэктомии с D3 лимфодиссекцией. Медиана возраста больных составила 68 лет (40-88). У 24 (34,8%) больных опухоли располагались в слепой кишке, у 28 (40,6%) – в восходящей ободочной кишке, у 12 (17,4%) – в печеночном изгибе и у 5 (7,2%) – в поперечной ободочной кишке. У 7 (10,1%) больных имелась I, у 28 (40,6%) – II и у 34 (49,3%) – III стадия заболевания. Объем хирургического вмешательства включал выполнение тотальной мезоколонэктомии с удалением ЛУ 203 и 213 групп в соответствии с Японской классификацией. У пациентов с локализацией опухоли в области печеночного изгиба и правой половины поперечной ободочной кишки выполняли дополнительно удаление 223 группы ЛУ. У 14 пациентов в интервале от 3 до 48 (медиана – 22,5) часов с целью картирования ЛУ в подслизистый слой толстой кишки паратуморально вводили индоцианин зеленый (ICG). Для ICG навигации в процессе хирургического вмешательства использовали лапароскопическую систему STORZ IMAGE1 Rubina (видеоэндоскоп 4K-3D-NIR/ICG), позволяющую одновременно наблюдать в режиме реального времени изображение в белом свете и флюоресцентное изображение.

Результаты:

У 28 из 69 (40,6%) при выполнении лапароскопической правосторонней гемиколэктомии использован медиальный, у 41 из 66 пациентов (59,4%) – каудокраниальный способ мобилизации. В 5 (7,2%) случаях были выполнены комбинированные хирургические вмешательства, в 2 (2,9%) – симультанные. Конверсии лапароскопического доступа в открытый потребовались в 1 (1,4%) случае. Медиана длительности хирургического вмешательства составила 210 минут (70-390), а медиана кровопотери – 100 мл (10-200). Послеоперационные осложнения по классификации Clavien-Dindo отмечены в 15 случаях (21,7%): в 11 (15,9%) – I степени, в 2 (2,9%) – II, в 2 (2,9%) – осложнения III степени. Послеоперационный койко-день составил 6 (3-22) дней. Картирование апикальных ЛУ с помощью подслизистого введения ICG у 14 пациентов позволило скорректировать план лимфодиссекции в 12 (85,7%) случаях.

Заключение:

Правосторонняя гемиколэктомия с лимфодиссекцией D3 – технически сложная операция, требующая большого количества времени для выполнения, а также значительного хирургического опыта. Методика флюоресцентного картирования лимфатического коллектора при раке правой половины ободочной кишки с помощью ICG позволяет улучшить интраоперационную навигацию и выполнить прецизионное удаление потенциально измененных апикальных ЛУ. Необходимо дальнейшее изучение данного метода в рамках проспективных клинических исследований.

D3 лимфодиссекция, сохранение левой ободочной артерии при лапароскопической резекции сигмовидной кишки с извлечением препарата по методике NOSE.

онкология

устный доклад

Докладчик:

- Мутык Михаил Георгиевич
- Иванов Владимир Васильевич
- Герасименко Александр Юрьевич
- Мищенко Иван Сергеевич

Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря

- Ключков Михаил Михайлович, Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря, ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России имени М. Горького
- Балабан Владимир Владимирович, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова» Минздрава России

Введение:

Лапароскопические операции на ободочной кишке заняли свое место в современной хирургической практике. Многочисленные рандомизированные исследования и мета-анализы доказывают, что результаты выполненных лапароскопических операций на ободочной и прямой кишке с точки зрения онкологического радикализма соответствуют результатам «открытой» хирургии. Стандартным способом извлечения резецированного препарата толстой кишки с опухолью является минилапаротомия, которая в свою очередь, может привести к увеличению уровня послеоперационной боли, возможности развития раневой инфекции, послеоперационной грыже. Стандартными вариантами минилапаротомии при резекции сигмовидной кишки являются: срединный доступ, поперечный доступ справа, анти-Мак Бурнея и Пфанненштиля. С целью достижения лучшего косметического эффекта и уменьшения травматичности была предложена методика NOSE (natural orifice specimen extraction) для извлечения резецированного препарата через естественные отверстия организма (прямая кишка, влагалище). В настоящее время данная методика привлекает большое внимание со стороны колопроктологического сообщества. Преимуществами данного метода служат снижение уровня послеоперационной боли, ускорение периода послеоперационного восстановления и улучшение качества жизни, без увеличения числа интра- и послеоперационных осложнений

Цель:

Провести оценку непосредственных результатов хирургического лечения рака сигмовидной кишки на примере клинического случая с выполнением D3 лимфодиссекции и сохранением левой ободочной артерии извлекая резецированный препарат по методике NOSE VI типа.

Методы:

Рассматривается клинический случай выполнения NOSES VI типа с D3 лимфодиссекцией и сохранением левой ободочной артерии у пациентки с аденокарциномой нижней трети сигмовидной кишки. Выполнена лапароскопическая резекция сигмовидной кишки с извлечением резецированного препарата трансректально, с формированием интракорпорального анастомоза.

Результаты:

Возраст пациентки 42 года. ИМТ – 18,2. Клинический диагноз рак сигмовидной кишки cT3N0M0 IIa st. 2 кл.гр. Продолжительность операции составила 140 мин. Интраоперационная кровопотеря не превышала 90-100 мл. Нижняя брыжеечная артерия (НБА) делилась на левую ободочную артерию (ЛОА), от которой отходила первая сигмовидная артерия, вторая сигмовидная артерия отходила от верхней прямокишечной артерии (ВПА). Нижняя брыжеечная вена (НБВ) проходила сзади НБА. Выполнена низкая перевязка НБА дистальнее места отхождения ЛОА. Мобилизация селезеночного изгиба не производилась. Всего удалено 20 лимфатических узлов: №241-11 шт., №242-6 шт., №253- 3 шт., размер л/у от 3 до 7 мм. Целостность мезоколической фасции не нарушена. Резецированный препарат удален через просвет прямой кишки соответственно NOSE VI типа, с погружением anvil за пределами брюшной полости. Непрерывность толстой кишки

восстановлена интракорпоральным аппаратным анастомозом конец в конец. Не было отмечено ни одного интраоперационного и послеоперационного осложнения. Гистологическое заключение: Аденокарцинома G2 с признаками начальной инвазии в мышечный слой. В лимфатических узлах и краях препарата опухолевого роста не выявлено. Пациентка выписана на 5 сутки.

Заключение:

Выполнение D3 лимфодиссекции с сохранением левой ободочной артерии позволяет сохранить достаточную длину сигмовидной кишки, не прибегая к мобилизации селезеночного изгиба даже для низведения кишки на промежность. Трансректальный доступ является хорошим способом извлечения резецированного препарата при операциях на сигмовидной кишке у пациентов обоих полов с низким индексом массы тела и небольшим размером опухоли.

Непосредственные результаты применения интракорпорального анастомоза при лапароскопической правосторонней гемиколэктомии у пациентов с колоректальным раком.

онкология

устный доклад

Докладчик:

- Хамидуллина Лейсан Форвазовна
- Аюпов Рустем Талгатович
- Феоктистов Дмитрий Владимирович
- Попов Максим Николаевич

ГАУЗ республиканский клинический онкологический диспансер МЗ республики Башкортостан

Введение:

На выбор метода формирования анастомоза при правосторонней лапароскопической гемиколэктомии оказывают влияние субъективные факторы: опыт клиники или предпочтения хирурга. Вопросы оценки преимуществ и безопасности различных видов анастомозов остаются актуальными.

Цель:

Оценить непосредственные результаты лечения больных с колоректальным раком, перенесших лапароскопическую правостороннюю гемиколэктомию с формированием интракорпорального анастомоза.

Методы:

В период с января 2022 года по июнь 2023 года (18 месяцев) в отделении абдоминальной онкологии №2 ГАУЗ РКОД Минздрава РБ лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия по поводу злокачественной опухоли правой половины ободочной кишки выполнена 231 пациенту. Проведен ретроспективный анализ собственных данных.

Результаты:

Интракорпоральный анастомоз был применен в 184 случаях (79,6%). Из них 112 женщин (60,8%) и 72 мужчин (39,2%) в возрасте от 34 до 88 лет. Средний возраст составил 68,3 лет. Все анастомозы сформированы изоперистальтически. Время оперативного вмешательства в среднем составило 169,7 минут (от 80 до 320 минут). Лимфодиссекция в объеме D2 выполнена у 80% пациентов, в объеме D3 – у 20%. Дренирование брюшной полости выполнено в 26% случаях. Конверсий доступа не наблюдалось. Для извлечения макропрепарата в 95% случаях использован минилапаротомный доступ по Пфаненштилю. В послеоперационном периоде пребывание в отделении реанимации и интенсивной терапии потребовалось в 18,5% случаев, преимущественно пациентам старше 80 лет. Послеоперационный койко-день составил в 7,8 дней (от 5 до 47 дней). Послеоперационные хирургические осложнения отмечены в 9,2% случаев, из них Clavien-Dindo III степени - 3,8% (несостоятельность анастомоза – в 1 случае (0,5%), кровотечения из зоны анастомоза, купированные консервативно – 2 (1%)). Релапароскопия потребовалась в 5 случаях (2,7%). Летальных исходов не было, 30-суточная летальность также составила 0%.

Заключение:

Непосредственные результаты применения интракорпорального анастомоза при лапароскопической правосторонней гемиколэктомии свидетельствуют в пользу его безопасности.

Оптимизация хирургического лечение острой обтурационной непроходимости.

онкология

устный доклад

Докладчик:

- Алиев Вагиф Фуадович, МКМЦ Медицинский город
- Алиев Ф.Ш., Тюменский ГМУ
- Алиев Р.Ф., ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина»

Введение:

Наиболее частым ургентным осложнением колоректального рака (КРР) является острая кишечная непроходимость (ОКН), регистрируемая у 20–40 % больных со злокачественными новообразованиями толстой кишки . Одним из независимых негативных прогностических факторов, влияющих на результат хирургического лечения у пациентов с ОКН опухолевой этиологии является уровень первичного соматического статуса .

Несмотря, на значительные успехи в колоректальной хирургии, результаты лечения опухолевой толстокишечной ОКН нельзя признать удовлетворительными и требует оптимизированного подхода, путем объективизации факторов риска, показаний и объема оперативного вмешательства. В рекомендациях всемирного общества экстренных хирургов от 2017 года с целью стратификации пациентов с опухолевой ОКН рекомендовано применении концепции «контроля повреждения». Некоторые триггерные точки, определяющие концепцию «контроля повреждения» в неотложной общей хирургии, например, гипотермия (внутренняя температура ниже 35 ° С), метаболический ацидоз (рН 8) и клинические или лабораторные доказательства коагулопатии могут быть использованы для стандартизации при опухолевой ОКН . Одной из чувствительных и специфичных шкал коррелирующей с летальностью и послеоперационными осложнениями при опухолевой ОКН является SAPS2, что может быть использовано для стратификации пациентов

Цель:

Оценка результатов оптимизированного хирургического лечения пациентов с опухолевой толстокишечной непроходимостью.

Методы:

Проведен когортный ретроспективный анализ хирургического лечения колоректального рака осложненного острой обтурационной толстокишечной непроходимостью у 108 пациентов. В основную группу включены пациенты, которым выполнялись первично-резекционные операции при значении шкалы SAPS2 ≤ 35 . При значении шкалы SAPS2 ≥ 36 баллов выполнялось формирование двустольных энтеростом или колостом. Всем пациентам с обструктивными резекциями толстой кишки формировалась резервуарно-клапанная колостома. В контрольную группу включены пациенты, которые получали лечение по стандартному алгоритму. Статистически значимый уровень считался $p \leq 0,05$.

Результаты:

Послеоперационные осложнения в основной группе отсутствовали у 61 (80,3%), пациента, у 15 пациентов отмечены послеоперационные осложнения. У 9 (11,8%) пациентов отмечены раневые осложнения, у 4 (5,3%) пациентов зафиксированы интраабдоминальные осложнения, экстраабдоминальные осложнения отмечены у 2 (2,6%) пациентов. Раневые осложнения в основной группе представлены в виде парастомальных мацераций 5 случаев и серомы послеоперационной раны в 4 случаях (Clavien-Dindo 2).

Интраабдоминальные осложнения представлены в виде острой паралитической послеоперационной непроходимости в 4 (5,3%) случаях (Clavien-Dindo 2), купированной комплексной медикаментозной терапией. Острая паралитическая непроходимость отмечена у пациентов после обструктивных резекций толстой кишки при левосторонней локализации. Экстраабдоминальные осложнения отмечены 2 (2,6%) пациентов в виде острой сердечно-легочной недостаточности (Clavien-Dindo 5), которые послужили причиной летального исхода у пациентов со сформированными кишечными свищами согласно лечебно-диагностической тактики.

Послеоперационные осложнения в контрольной группе отсутствовали у 15 (46,9%) пациентов, у 15 пациентов отмечены послеоперационные осложнения. У 4 (12,5%) пациентов отмечены раневые осложнения, у 7 (21,9%) пациентов зафиксированы интраабдоминальные осложнения, экстраабдоминальные осложнения отмечены у 6 (18,8%) пациентов. Раневые осложнения в основной группе представлены в виде парастомальных мацераций в 3 случаях (Clavien-Dindo 2), в 1 случае отмечен абсцесс послеоперационной раны случаях (Clavien-Dindo 3a).

Интраабдоминальные осложнения отмечены в 7 (21,9%) случаях. В 5 случаях в виде острой паралитической послеоперационной непроходимости (Clavien-Dindo 2), купированной комплексной медикаментозной терапией. В одном случае отмечена послеоперационная ранняя спаечная непроходимость и абсцесс брюшной полости отмечены у пациентов после обструктивных резекций толстой кишки при правосторонней локализации потребовавшая хирургической интервенции под эндотрахеальным наркозом Clavien-Dindo 3b). Экстраабдоминальные осложнения отмечены у 6 (18,8%) пациентов в виде острой сердечно-легочной недостаточности (Clavien-Dindo 5), которые послужили причиной летального исхода у пациентов, экстраабдоминальные осложнения отмечены у пациентов с первично-резекционной тактикой в 3 случаях после правосторонней гемиколэктомией с илеотрансверзоанастомозом, в 3 случаях после левосторонних обструктивных резекций. Исходя из полученных данных при оценке зависимости количества послеоперационных осложнений и группы пациентов установлены статистически значимые различия ($p < 0,001$) (используемый метод: Хи-квадрат Пирсона),

Исходя из полученных данных при сопоставлении частоты послеоперационной летальности и исследуемых групп были установлены существенные различия ($p = 0,008$) (используемый метод: Точный критерий Фишера). Шансы смертей в группе Контрольной группы были выше в 8,538 раза, по сравнению с группой Основной группы, различия шансов были статистически значимыми (95% ДИ: 1,621 – 44,975).

Заключение:

В ходе клинико-аналитического анализа разработанного алгоритма хирургического лечения опухолевой толстокишечной непроходимости получено достоверно значимое снижение послеоперационных осложнений и летальности. Вопрос улучшения результатов лечения с опухолевой ОКН требует дальнейшего изучения, учитывающий не только локализацию обструкции, степень органной дисфункции, что может быть достигнуто путем использования различных интегральных балльных шкал органной дисфункции, но качество жизни стомоносителей, что может быть достигнуто путем формирования резервуарно-клапанных стом.

Способ реконструкции промежностной раны после экстралеваторной экстирпации прямой кишки.

онкология

устный доклад

Докладчик:

- Доронин Николай Владимирович
- Ширалиев Руслан Магомет-Аминович
ГБУЗ КОД №1 г.Краснодар
- Каушанский Валерий Борисович, Краевой онкологический диспансер № 1, Кубанский государственный медицинский университет.
- Половинкин Вадим Владимирович, Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского, Кубанский государственный медицинский университет

Введение:

Несмотря на развитие малоинвазивных способов лечения и сфинктеросохраняющих операций, брюшно-промежностная экстирпация (БПЭ) прямой кишки является операцией выбора при хирургическом лечении пациентов с раком нижнеампулярного отдела прямой кишки и анального канала. Экстралеваторная брюшно-промежностная экстирпация (ЭлБПЭ) прямой кишки, предложенная Т. Holt и соавт. в 2007 году, в сравнении с традиционной БПЭ характеризуется меньшей частотой местных рецидивов, положительного края резекции и непреднамеренной перфорации кишки. Однако основной проблемой данной операции является обширный дефект промежности и выбор метода его пластики.

К наиболее частым ранним и поздним осложнениям после ЭлБПЭ, связанным с промежностной раной, относят нагноение, серомы, промежностные грыжи, длительно незаживающие раны с формированием свищей, что приводит к повторным хирургическим вмешательствам, увеличению сроков нахождения в стационаре, несвоевременному продолжению комбинированного лечения, ухудшению качества жизни пациентов.

Описаны различные способы пластики промежностной раны: простое закрытие местными тканями, глутеопластика, пластика сетчатым эндопротезом, пластика VRAM-лоскутом, грацилопластика, V-Y пластика кожно-мышечным лоскутом, оментопластика и другие. Большинство из них сложны в исполнении и не исключают развития осложнений.

Цель:

Целью представленной статьи является ознакомление онкологов и колопроктологов с новым способом пластики промежностной раны после ЭлБПЭ прямой кишки по поводу рака нижнеампулярного отдела прямой кишки, который позволит уменьшить частоту ранних и поздних послеоперационных осложнений.

Методы:

На кадаверном материале разработан и внедрен в клиническую практику новый способ пластики промежностной раны. Суть нового способа заключается в том, что с одной из сторон промежностной раны выкраивают и деэпителизируют кожно-подкожно-фасциальный лоскут на ножке, формируя ромбовидную форму промежностной раны (Рис.1, А, Б, В). Выкроенный лоскут погружают в апертуру малого таза и фиксируют единичными швами к остаткам леваторов (Рис.1, Г). Ширина лоскута должна быть 3-4 см, достаточная для заполнения апертуры малого таза. С противоположной стороны раны выкраивают кожно-подкожно-фасциальный лоскут на ножке треугольной формы, равной ширине ранее образованной ромбовидной раны (Рис. 1, Д). Стороны треугольного лоскута должны быть равны половине

длины края ромбовидной раны. Лоскут перемещают в центр раны, дополнительно заполняя им ее полость, совмещая вершину треугольника с вершиной ромба. Фиксируют лоскут отдельными узловыми швами (Рис. 1, Е).

В сентябре 2023 года запланировано начало набора пациентов в рандомизированное контролируемое исследование, в котором будут сравниваться ближайшие и отдаленные результаты пластики промежностной раны простым ушиванием, сетчатым эндопротезом и новым способом.

В исследование будут включены пациенты с раком нижеампулярного отдела прямой кишки cT1-T4N0-2M0, которым выполнена ЭлБПЭ прямой кишки.

Результаты:

В настоящее время пластика промежностной раны новым способом выполнена пяти пациентам. У одного из четырех пациентов в раннем периоде развилась гематома, которая потребовала выполнения в условиях операционной ревизии послеоперационной раны. После устранения источника гематомы рана ушита и в дальнейшем зажила первичным натяжением. Других осложнений не было.

Заключение:

Предложенный новый способ пластики промежностной раны после ЭлБПЭ прямой кишки прост в выполнении.

Необходимы контролируемые исследования для получения доказательной базы о снижении частоты ранних и поздних послеоперационных осложнений.

Картирование образцов при морфологическом исследовании LST-толстой кишки после эндоскопической подслизистой диссекции.

онкология

устный доклад

Докладчик:

- Сетдикова Галия
- Вербовский А.Н.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского», ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Введение:

Неоплазии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются серьезной и распространенной проблемой здравоохранения с относительно высокой частотой встречаемости и смертности. С активным применением эндоскопических методов исследования выявляемость неопластических процессов толстой кишки значительно увеличилась. Резекция единым блоком при раннем колоректальном раке и предраковых новообразований ассоциирована со значительным снижением риска локорегионарного рецидива опухоли. С точки зрения морфологии образцы после эндоскопической резекции трудны для оценки по сравнению с образцами после обширных резекций. Согласно существующим рекомендациям, гистологическое исследование имеет решающее значение для лечения больных инвазивным раком.

Цель:

применение картирования образцов при морфологическом исследовании LST-толстой кишки после эндоскопической подслизистой диссекции, для достижения максимально объективных данных по pTNM-стадированию и R-статусу

Методы:

работа основана на материале после различных видов ESD. Исследовано 100 образцов после проведенного хирургического лечения. Подробное макро- и микроскопическое исследование приводится в разделе результаты.

Результаты:

Начальным этапом макроскопического исследования является правильная ориентация резецированного образца, что невозможно без участия эндоскопического хирурга. Описывается макроскопическая целостность удаленного образца. Для удобства оценки вертикального края образец окрашивается со стороны подслизистого слоя специальными чернилами. Разрез производят так, чтобы в срез попали разноокрашенные стороны. Затем описывают макроскопические параметры опухоли: отношение к раям резекции, размер, наличие полиповидных участков. Для дальнейшего микроскопического исследования забирается все новообразование целиком. Именно поэтому, а также для дальнейшего клинкоморфологического сопоставления использовали картирование. Для этого на первом этапе фотографировали образец целиком. Далее отдельно забрались горизонтальные края резекции. При очень близком расположении образования к горизонтальному краю резекции, разрез должен обязательно проходить через образец таким образом, чтобы в один фрагмент попал данный край резекции и образование. Т.е. отдельно такой край резекции не срезается. После этого производятся параллельные разрезы от одного края резекции до другого с шагом - 2-3 мм. При укладке образцов в кассеты, забираются все фрагменты. Каждый фрагмент

помещается в отдельную кассету, на ребро. При этом первый фрагмент должен сопоставляться ко всем остальным. После этого производят повторная фотофиксация. При больших образованиях, когда образец полностью не помещался в кассету производили разметку на фотоснимке, с маркировкой каждого образца, далее при микроскопическом исследовании сопоставляли макро-микрофото. При описании микроскопических данных первый вопрос, на который должен ответить морфолог – это доброкачественный или злокачественный процесс. При наличии дисплазии указать степень выраженности диспластических изменений. При злокачественных процессах морфологу необходимо ответить согласно опроснику: Гистологический тип; Степень дифференцировки/дисплазии; Размер (мм); Глубина инвазии; Оценка краев резекции; Лимфоваскулярная и периневральная инвазия; Опухолевые почки

Заключение:

Картирование в повседневной патологоанатомической практике при неопластических новообразованиях толстой кишки позволит достоверно оценить все прогностические факторы и выработать объективный междисциплинарный консенсус дальнейшего лечения. Предложенная методология легко воспроизводима, не требует дополнительных излишних затрат, и полностью отражает практико-ориентированный подход при морфологическом исследовании

Эндоскопическая мукозэктомия с диссекцией в подслизистом слое в практике колопроктологического стационара.

онкология

устный доклад

Докладчик:

- Федоренко Александр Алексеевич
- Павлов П.В.
- Кирюхин А.П.
- Тертычный А.С.
- Феоктистова К.В.
- Багирова А.А.
- Босчаева Д.С.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)
УКБ № 2

Введение:

Эндоскопическая мукозэктомия с диссекцией в подслизистом слое (ESD) была разработана в 2000-х годах для расширения возможностей EMR, особенно в части удаления обширных плоских новообразований единым блоком. Данная эндоскопическая операция к настоящему времени все чаще принимается за «золотой стандарт» во всех развитых странах.

Цель:

Целью работы оценка полученных результатов ESD в лечении пациентов с доброкачественными и ранними злокачественными эпителиальными новообразованиями толстой кишки.

Методы:

Проанализированы клинические случаи 245 пациентов, которым в отделении диагностической и лечебной эндоскопии УКБ №2 Сеченовского университета г. Москвы в период с начала 2019 г. по июль 2023 г. была выполнено 250 диссекций в подслизистом слое в толстой кишке.

Результаты:

Удаленные нами эпителиальные новообразования имели размер от 10 до 160 мм. (рис 1, 2.) Средний размер составил $43,7 \pm 2,9$ мм ($M \pm SD$); 38,9-50,3 (95% ДИ). Среднее время, операции, составило $141,5 \pm 11,8$ ($M \pm SD$); 118,1-163,8 (95% ДИ). Частота удаления единым блоком - 90% (250); гистологическая полнота резекции (R0) - 84,4% (250); онкологическая радикальность резекции - 82% (205/250). Таб. №1.

Таблица №1 Результаты ESD

Значения Количество операции (n=250)

Среднее затраченное время, мин $141,5 \pm 11,8$ ($M \pm SD$); 118,1-163,8 (95% ДИ)

Частота удаления единым блоком, n (%) 226 (90)

Гистологическая полнота резекции (R0), n (%) 211 (84,4)

Радикальность резекции (отс. SM2-3; Lv-;Bd1

Заключение:

Метод ESD позволяет наиболее точно стадировать пограничные по глубине инвазии ранние раки, дает возможность удалять новообразования единым блоком вне зависимости от размеров, давая шанс избегать обширных хирургических вмешательств. Онкологические консилиумы с привлечением профильных специалистов позволяют более сбалансированно и

объективно подходить к выбору тактики лечения, что может привести к очень низкой частоте абдоминальной хирургии при доброкачественных крупных эпителиальных новообразований.

Анализ результатов хирургического лечения пациентов старческого возраста с колоректальным раком.

онкология

устный доклад

Докладчик:

- Акопян Арташес Арамович
 - Атрощенко Андрей Олегович
 - Лебедев Игорь Сергеевич
 - Далгатов Камиль Далгатович
- ММКЦ «Коммунарка
- Сажин Александр Вячеславович, РНИМУ им. Н.И. Пирогова
 - Переходов Сергей Николаевич, МГМСУ им. А.И. Евдокимова
 - Базиян Юрий Каренович, РУДН

Введение:

В связи с ростом уровня средней продолжительности жизни в РФ до 73,5 лет по данным на 2020 г. вопрос хирургического лечения больных колоректальным раком старческого возраста приобретает всё большую актуальность. Согласно литературным данным выявляемость пациентов с колоректальным раком увеличилась на 28% за последние 40 лет, при этом до 43% случаев выявления заболевания диагностируют у лиц старше 75 лет.

Проведение радикальных онкологических операций в адекватном объеме пациентам старческого возраста становится возможным благодаря интегрированному подходу к оптимизации пациентов с привлечением специалистов смежных специальностей и, в особенности, благодаря возможности проведения комбинированного, безопасного анестезиологического пособия современного уровня с соблюдением принципов ERAS-протокола

Цель:

Целью настоящего исследования явился анализ непосредственных результатов радикального хирургического лечения пациентов старческого возраста с колоректальным раком

Методы:

Был проведен анализ результатов планового хирургического лечения пациентов с колоректальным раком старческого возраста в условиях высокопоточного онкологического центра за период с января по июль 2023г. Всего за данный период было радикально прооперировано 426 пациентов, из них 79 пациентов в возрасте от 75 до 90 лет составили группу исследования, средний возраст $79,5 \pm 6,8$ лет, 42 пациента были старше 80 лет. 33 (43,9%) пациента имели II стадию заболевания, у 25 (31,6%) пациентов была III стадия, у 21 (26,6%) пациента имелась I стадия, с IV стадией пациенты в исследование не включались. Профиль коморбидной патологии включал в себя наличие ХСН 2-3 ст. по NYHA (19,5%), постинфарктный кардиосклероз (7,3%), хроническую почечную недостаточность 1-3 ст. (7,3%). Показатель индекса Charlson составил в 9 случаях (12,1%) 5 б, в 19 случаях (24,3%) - 6 б, в 51 случае (63,4%) ≥ 7 б. Пациентам по показаниям проводилась предоперационная подготовка, включающая в себя при необходимости коррекцию нутритивного статуса, анемии, коагулопатии и других параметров. Анестезиологическое пособие проводилось с соблюдением принципов мультимодальной анальгезии, контроля гипотонии и гипотермии. Объемы хирургического вмешательства включали в себя выполнение резекций прямой кишки с тотальной либо парциальной мезоректумэктомией с лимфодиссекцией D2 (19,5%), резекций сигмовидной кишки с лимфодиссекцией D2 (17%), левосторонних гемиколэктомий с

лимфодиссекцией D2 (12,1%), правосторонних и, по показаниям, расширенных правосторонних гемиколэктомий (46,3%). Послеоперационный период проводился с соблюдением принципов ранней активизации, раннего удаления катетеров и дренажей либо отказа от них и раннего энтерального питания.

Результаты:

Осложненное течение послеоперационного периода было у 8 пациентов (10,2%). Характер осложнений по критериям Clavien-Dindo: II степень — 1 наблюдение (тромбоз глубоких вен голени), IIIa степень — 2 наблюдения (несостоятельность анастомоза), IIIb степень — 3 наблюдения (травма левого мочеточника, ущемленная п/о вентральная грыжа и внутрибрюшное кровотечение), V степень (смерть) — 2 наблюдения (в 1 случае несостоятельность анастомоза с развитием перитонита и в 1 случае пневмония с развитием пульмонального сепсиса и полиорганной недостаточности). Летальность составила 2,53%. Средний койко-день — $10,0 \pm 1,03$

Заключение:

Выполнение радикальных онкологических операций в адекватном объеме у лиц старческого возраста достоверно не привело к увеличению частоты послеоперационных осложнений, летальности и длительности стационарного лечения по сравнению с литературными данными, и может проводиться при условии обеспечения адекватного и безопасного анестезиологического пособия, соблюдения мультидисциплинарного подхода и принципов ранней реабилитации.

Пероральная антибиотикопрофилактика с использованием ванкомицина в онкоколопроктологии.

онкология

устный доклад

Докладчик:

Клычева Олеся Николаевна, ГУЗ ЛООД

Введение:

В последние годы активно обсуждается вопрос использования новых схем антибиотикопрофилактики у больных с колоректальным раком. Для толстой кишки рассматриваются схемы приема антибиотика per os (селективная деконтаминация). Применяются антибиотики различных групп. Основное требование - действие в просвете ЖКТ. Важной проблемой применения антибиотиков является возникновение у больных псевдомембранозного колита (ПМК).

Цель:

оптимизация использования антибактериальных препаратов; уменьшение количества больных с ПМК.

Методы:

С 1.06.2018 по 1.06.2019 года в хирургическом отделении №1 ГУЗ ЛООД оперировано 899 больных. 579 больных оперировано по поводу колоректального рака, 126 реконструктивно-восстановительных операций. При лечении больных применялась следующая схема антибиотикопрофилактики: при раке ободочной кишки введение антибактериальных препаратов в течение 3-х суток, при раке прямой — в течение 5 суток. Частота встречаемости антибиотикоассоциированного колита отражена в схеме 1.

В 1 случае зафиксирован летальный исход от фульминантной формы ПМК.

Для диагностики ПМК использовались тесты для определения токсинов А и В (тесты были положительными) и данные эндоскопической картины (РРС). С 1.06.2019 по настоящее время в хирургическом отделении №1 внедрена новая схема антибиотикопрофилактики. Пациентам, у которых в анамнезе применение антибиотиков, оперативные вмешательства в течение менее, чем 6 месяцев, назначается ванкомицин по 500 мг и метронидазол по 500 мг x 3 p\д per os). У «первичных» пациентов без факторов риска используется рифаксимин (альфа-нормикс) по 2 т x 3 p\д, метронидазол по 500 мг x 3 p\д per os в течение 3-х дней перед операцией. В послеоперационном периоде антибиотикопрофилактика не проводится. Показаниями к проведению антибиотикотерапии является: предполагаемая бактериальная инфекция, наличие симптомов системной воспалительной реакции, повышение биохимических маркеров бактериального воспаления.

Результаты:

Результаты, полученные при внедрении новых схем антибиотикопрофилактики в отделении отражены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты лечения больных

Название операции

Кол-во операций

Антибиотикотерапия

Антибиотикоассоциированный колит

Несостоятельность анастомоза

РВО

120

14 (12%)

8 (6.7%)

68(54%)

1 (0.8%)

0

С 18

171

12 (7%)

2 (1.2%)

25(9.3%)

3 (1.8%)

4(1.5%)

С 20

243

56 (23%)

8 (3.3%)

47(15.3%)

22 (9.1%)

29(9.3%)

При внедрении дифференцированного подхода к проведению антибиотикопрофилактики частота встречаемости ПМК при реконструктивно-восстановительных операциях снизилась с 54 % до 6.7%, при раке ободочной кишки с 9.3% до 1.2%, при раке прямой кишки с 15.3% до 3.3%. Роста количества инфекции области хирургического вмешательства и увеличения количества несостоятельности анастомоза не отмечено. Тяжелых форм течения ПМК и летальных исходов не было.

Заключение:

Выводы: 1.Резервуаром инфекции в отделении являются больные, оперированные повторно. 2. Данная схема антибиотикопрофилактики может быть использована при лечении больных с колоректальным раком. 3. Применение ванкомицина для селективной деконтаминации ЖКТ позволяет снизить число больных с ПМК. 4. Экономическая эффективность.

Эффективность предоперационной химиоэмболизации ректальных артерий при комбинированном лечении больных с резектабельным раком прямой кишки.

онкология

устный доклад

Докладчик:

- Захарченко Александр Александрович
- Попов А.В.
- Винник Ю.С.

ФГБОУ ВО “Красноярский Государственный Медицинский Университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого” Минздрава России

Введение:

В зависимости от стадии заболевания лечение больных с резектабельным раком прямой кишки (РПК) может быть только хирургическим или комбинированным. В настоящее время в России рекомендованным предоперационным стандартом является системная химиотерапия в сочетании с лучевой терапией (ХЛТ). Однако, проведение ХЛТ перед операцией лимитировано осложнениями заболевания, токсичностью химиопрепаратов, лучевыми реакциями и осложнениями, высоким уровнем послеоперационных гнойных осложнений.

Особенности ангиогенеза злокачественных новообразований, обильная периферическая васкуляризация и хорошая оксигенация опухолевых клеток, приводящая к экспрессии пролиферации, послужили толчком к разработке методов предоперационного эндоваскулярного воздействия на их сосудистую сеть – региональной химиотерапии.

Цель:

Оценить эффективность предоперационной химиоэмболизации ректальных артерий (ХЭ РА) при комбинированном лечении больных с резектабельным РПК IIА-В – IIIА-В стадии.

Методы:

Анализированы результаты лечения 40 пациентов с резектабельным РПК IIА (Т3N0M0) – IIВ (Т4aN0M0) и IIIА (Т1-2N1M0 / Т1N2aM0) – IIIВ (Т3-4aN1M0 / Т2-3N2aM0), которым проведено комбинированное лечение: неoadьювантная ХЭ РА + радикальная операция (через 72 часа после эндоваскулярной процедуры). Для ХЭ РА использовали 5-FU, в качестве носителя и создания его депо в опухоли – Липиодол. Эндоваскулярный доступ – по Сельдингеру справа. Все оперативные вмешательства по поводу РПК – открытые по технологии ТМЕ.

В послеоперационных препаратах макроскопически оценивали стенки ПК вне опухолевого процесса и самой опухоли, течение постэмболизационного периода.

Морфологически определяли степень лечебного “патоморфоза” в опухолях – химиотерапевтической биологической реакции (ХТБР), иммуногистохимически – процессы апоптоза и пролиферации. Визуализацию 5-FU в опухоли проводили методом флюоресцентной микроскопии, концентрацию определяли методом спектрофотометрии. Внутривнутрибрюшная и тазовая микроскопическая диссеминация изучена цитологически.

Непосредственные результаты оценены клинически – по частоте и характеру послеоперационных гнойных осложнений, показателям летальности. Отдаленные результаты прослежены у 39 больных (97,5%) за 5-летний период.

Результаты:

После ХЭ РА системных сосудистых и местных осложнений со стороны ПК не зарегистрировано. Выраженные явления постэмболизационного болевого синдрома отсутствовали. Клинически незначимые пункционные гематомы – в 7,5% случаях.

Через 72 часа после ХЭ РА выявлена достаточно высокая средняя концентрация 5-FU в ткани опухоли ($218,7 \pm 5,2$ мкг/г), зарегистрировано его активное включение в структуры ядра – признак разрушения структуры ДНК и летального повреждения клеток опухоли.

Макроскопически выраженность некротических изменений в опухолях в зависела от дозы 5-FU и объема эндоваскулярного вмешательства. Частота интраоперационной микроскопической диссеминации – 15,0%. При этом клетки свободных раковых комплексов были с летальными повреждениями.

ХТБР III степени выявлена в 82,5% случаев, II степени – в 17,5%. Показатель апоптоза (ИМ TdT) составил $7,02 \pm 0,2$ (предоперационный – $0,78 \pm 0,12$) (увеличение в 9 раз). Показатель экспрессии пролиферации (ИМ PCNA) – $39,15 \pm 0,27$ (снижение в 2,1 раза).

Частота послеоперационных гнойных осложнений – 10,0%. Послеоперационная летальность – 2,5%.

Частота местного рецидивирования (вне зависимости от стадии) – 2,6%. Общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость, соответственно – 89,7% и 84,6%.

Выводы

Предоперационная ХЭ РА является современным высокотехнологичным эндоваскулярным вмешательством в комбинированном лечении РПК ПА-В и ША-В стадии – методом региональной химиотерапии, обладает высокой противоопухолевой эффективностью, выгодно отличается от ЛТ отсутствием лучевых реакций и осложнений, в сочетании с технологией ТМЕ, обеспечивает достаточно низкую частоту местного рецидивирования и высокую 5-летнюю общую и безрецидивную выживаемость.

Заключение:

Предоперационная ХЭ РА является современным высокотехнологичным эндоваскулярным вмешательством в комбинированном лечении РПК ПА-В и ША-В стадии – методом региональной химиотерапии, обладает высокой противоопухолевой эффективностью, выгодно отличается от ЛТ отсутствием лучевых реакций и осложнений, в сочетании с технологией ТМЕ, обеспечивает достаточно низкую частоту местного рецидивирования и высокую 5-летнюю общую и безрецидивную выживаемость.

Осложнённый рак сигмовидной кишки в общехирургическом стационаре.

онкология

устный доклад

Докладчик:

Оленев Евгений Андреевич, ГБУЗ НСО ГКБ №1

Введение:

Колоректальный рак является одной из частых локализаций среди впервые выявленных случаев злокачественных новообразований (Завражнов А.А., Соловьёв И.А., Павелец К.В., Бахар С.М., Глебова А.В., Табунова М.Н., 2022). Одним из грозных осложнений опухоли сигмовидной кишки является острая обтурационная толстокишечная непроходимость. Такие пациенты попадают в urgentные общехирургические стационары, поэтому хирургическое лечение их требует особого подхода.

Цель:

Оценить эффективность диагностики и тактики лечения пациентов с опухолью сигмовидной кишки, осложнённой острой обтурационной толстокишечной непроходимостью.

Методы:

Данные 58 истории болезни пациентов с осложнённым раком сигмовидной кишки за время 2019-2022 гг. в Отделении неотложной хирургии одной из городской клинической больницы г.Новосибирска. Возраст пациентов – от 47 до 84 лет. Мужчин 34 человека (58,62%), женщин 24 человек (41,38%). В исследовании применялись клинический, и статистический методы исследования.

Результаты:

Все пациенты были экстренно госпитализированы в хирургический стационар бригадами «Станции Скорой медицинской помощи». У 49 пациентов (84,48%) при поступлении была клиника острой обтурационной толстокишечной непроходимости. 9 пациентов (15,58%) поступали с перитонеальными симптомами. Срок заболевания – от 3 до 10 дней. Всем пациентам проведена краткосрочная предоперационная подготовка в условиях ОРИТ, после которой они были экстренно оперированы. В данном исследовании, у всех пациентов интраоперационно диагностирована опухоль сигмовидной кишки на различных её уровнях с явлениями эктазии тонкой и приводящих отделов толстой кишки. У 28 пациента (48,28%) были вторичные очаги в печени, брюшине, и, по данным рентгенологического исследования, в лёгких. В 47 случаях (81,03%), учитывая деструкцию и распад опухоли, выполнена операция по типу Гартмана с наложением одноствольной колостомы. При опухолях, растущих в забрюшинное пространство, без признаков распада, (11 случаев – 18,97%) выполнялась двухствольная колостома. В послеоперационном периоде пациенты проходили лечение в ОРИТ и профильном отделении. Неблагоприятный исход был в 17 случаях (29,31%), что было обусловлено развитием синдрома полиорганной недостаточности, на фоне декомпенсации соматического фона. При патоморфологическом исследовании операционного материала, в 44 случаях (75,86%) диагностирована разной степени аденокарцинома. Далее, все выписанные пациенты были направлены в Областной клинический онкодиспансер для дальнейшего лечения.

Заключение:

Все пациенты поступили в экстренном порядке с клиникой острой обтурационной непроходимости или перитонита. Прооперированы в экстренном порядке после предоперационной подготовки. Учитывая наличие у всех пациентов деструкцию или не

операбельность процесса, выполнены резекционные или дренирующие оперативные вмешательства. Неблагоприятные исходы связаны с поздними обращениями, развитием полиорганной недостаточности и декомпенсацией по сопутствующей патологии.

Отдаленные результаты лечения КРР у больных с ВЗК.

онкология

устный доклад

Докладчик:

Оздоев Аслан Магомедович, ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова отделение колопроктологии.

Введение:

Одними из ведущих факторов развития колоректального рака (КРР) являются воспалительные заболевания кишечника (ВЗК). По данным мета-анализа было показано, что риск развития КРР у пациентов с ВЗК составляет 2% через 10 лет, 8% через 20 лет и 18% через 30 лет после начала заболевания. Больные с ВЗК относятся к группе оппортунистического скрининга с колоноскопией, а данные одного из популяционных исследований продемонстрировали снижение смертности и более высокую 5-летнюю безрецидивную выживаемость у пациентов в скрининговой группе по сравнению с нескрининговой.

Цель:

сравнение общей и безрецидивной выживаемости среди пациентов с КРР ассоциированным с ВЗК, по сравнению с пациентами со спорадическим КРР.

Методы:

были сформированы две группы пациентов: группа “случай”, в которую включено 17 пациентов с КРР и ВЗК и группа «контроль» - индивидуально подобранная группа из 17 пациентов со спорадическим КРР. Первичной конечной точкой исследования явились показатели общей и безрецидивной выживаемости; вторичной конечной точкой - периоперационные параметры (частота и вид послеоперационных осложнений, количество удаленных, пораженных лимфоузлов и послеоперационный койко-день).

Результаты:

Группы не различались по средней продолжительности вмешательств ($p=0,090$), а также частоте использования лапароскопических технологий ($p=0,419$). У 7 пациентов основной группы (41,18%) выполнялась колэктомия/колпроктэктомия, в контрольной группе в 17 случаях (100%) выполнялись только сегментарные резекции ($p=0,003$). Группы не различались по среднему объему интраоперационной кровопотери ($p=1,000$), частоте значимых осложнений в послеоперационном периоде (Clavien-Dindo \geq IIIb) ($p=0,253$) и продолжительности пребывания в стационаре ($p=0,254$). Не отмечалось существенной разницы в среднем количестве удаленных и исследованных ($p=0,195$), а также пораженных ($p=0,323$) лимфоузлов. Десяти пациентам основной группы (58,82%) и 12 пациентам контрольной группы (70,59%) проведена адьювантная химиотерапия в послеоперационном периоде ($p=0,473$).

Группы не различались по количеству пациентов с прогрессированием онкологического процесса (23,53% и 17,65%, $p=0,671$). Местный рецидив развился у 2-х пациентов основной группы (11,76%), в контрольной группе рецидивов не выявлено (0%). По частоте отдаленного метастазирования группы не различались (11,76% и 11,76%). Сочетание местного рецидива и появление отдаленных метастазов зафиксировано у одного пациента контрольной группы (5,88%). Однако значимой разницы в показателях прогрессирования онкологического процесса в группах не отмечалось ($p=0,155$).

Истинная 1-летняя общая выживаемость составила 100% в основной и 94,2% в контрольной, безрецидивная – 71% и 79% соответственно, $p=0,700$). Канцер-специфическая выживаемость в обеих группах составила 100%.

Прогнозируемые 3-х летние показатели для основной и контрольной групп составили соответственно: 68% и 94,2% для общей выживаемости; 75% и 79% для безрецидивной выживаемости; 68% и 100% для канцер-специфической выживаемости. Согласно кривым Каплана-Майера и лог-ранговому тесту ВЗК не является неблагоприятным прогностическим фактором, как для общей ($p=0,945$), так и для канцер-специфической ($p=0,414$) выживаемости, у больных с КРР.

Заключение:

Вопрос о влиянии ВЗК на отдаленные онкологические результаты остается открытым. Необходимо проведение многоцентровых исследований и дальнейшее накопление клинических данных лечения пациентов с ВЗК-КРР.

Результаты лучевой терапии в сочетании с капецитабином и оксалиплатином в лечении больных плоскоклеточным раком анального канала: непосредственные и отдаленные результаты.

онкология

устный доклад

Докладчик:

- Михалёва Юлия Юрьевна
- Невольских Алексей Алексеевич
- Авдеенко Виолетта Андреевна
- Титова Людмила Николаевна
- Гулидов Игорь Александрович
- Петров Леонид Олегович
- Иванов Сергей Анатольевич

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.

Введение:

Плоскоклеточный рак анального канала (ПРАК) является редкой формой злокачественных новообразований, составляя во всем мире 1-3% от всех впервые установленных новообразований желудочно-кишечного тракта. Стандартным подходом к лечению этих больных является сочетание лучевой терапии (ЛТ) с химиотерапией митомицином или цисплатином с препаратами фторпиримидинового ряда. Одним из эффективных лекарственных режимов с меньшим профилем токсичности является сочетание оксалиплатина и капецитабина в комбинации с ЛТ.

Цель:

Провести ретроспективную оценку результатов комбинированного лечения пациентов с ПРАК с использованием препаратов оксалиплатин и капецитабин.

Методы:

Всего 74 пациента (мужчины – 12,2%, женщины – 87,8%) с ПРАК I-III стадии были включены в исследование. Всем больным проводили мегавольтную конвенциональную ЛТ до СОД 50 Гр (2×25) и бустом 10 Гр на зону анального канала в сочетании с химиотерапией капецитабином 825 мг/м² дважды в день в 1-14 и 22-36 дни облучения) и оксалиплатином (50 мг/м² в/в в 1, 8, 22, 29 дни ЛТ). Хирургическое лечение проводили через 6 месяцев после завершения ХЛТ при наличии остаточной опухоли.

Результаты:

Всем пациентам ЛТ была завершена в полном объеме, завершенность химиотерапии составила 78,4% больных. Лучевые реакции зарегистрированы у всех пациентов, однако реакции 3-4 степени – у 11 (14,9%) больных, при этом у 2 больных зарегистрировано сразу 2 реакции 3 степени. Больные с полным клиническим ответом были включены в группу динамического наблюдения – 64 (86,5%) пациента. У 49 пациентов была проведена оценка поздних лучевых повреждений по шкале RTOG (LENT SOMA). В 48 (98,0%) случаях было отмечено как минимум одно лучевое повреждение, в том числе осложнения 3–4 степени зарегистрированы у 12 (24,5%) больных. Постлучевые изменения костной ткани зафиксированы у 19 (38,8%) пациентов, эндопротезирование тазобедренных суставов потребовалось 7 больным. При медиане наблюдения за больными 40 месяцев (3-82) выживаемость без неблагоприятных исходов (продолженный рост, рецидив, смерть пациента) составила 74,1±5,3%. Показатели

общей и безрецидивной трехлетней выживаемости составили соответственно $73,7\pm 5,7\%$ и $53,5\pm 6,4\%$.

Заключение:

Комбинированное лечение ПРАК, основанное на сочетании ЛТ с химиотерапией препаратами оксалиплатин и капецитабин, удовлетворительно переносится пациентами. Необходимы дополнительные клинические исследования с использованием данного режима химиотерапии в сочетании с современными методиками ЛТ.

Непосредственные результаты комбинированного лечения больных местно-распространенным раком прямой кишки в период пандемии COVID 19.

онкология

устный доклад

Докладчик:

- Трищенко Сергей Юрьевич
- Ерыгин Дмитрий Валерьевич
- Сидоров Дмитрий Владимирович
- Галкин Всеволод Николаевич
- Нековаль Валерий Михайлович
- Шломина Александра Михайловна
- Балабан Владимир Владимирович

Введение:

Современные технологии лучевой терапии как отдельно, так и в комбинации с различными режимами консолидирующей химиотерапии (ХТ) в ряде случаев позволяют достичь полного (22% - 31%) или частичного патоморфологического ответа опухоли. Химиолучевое лечение в предоперационном периоде способствует увеличению числа сфинктеросохраняющих операций. В период пандемии COVID 19 проведение интенсивного курса ХТ (СОД 25 Гр) позволяет снизить сроки пребывания пациента в клинике и тем самым снизить риск заражения коронавирусной инфекцией.

Цель:

Оценить эффективность комбинированного лечения пациентов с местно-распространенным раком прямой кишки по степени лечебного патоморфоза в период пандемии COVID 19.

Методы:

Ретроспективный анализ результатов лечения 44 пациентов в возрасте от 42 до 83 лет с местно-распространенным раком средне и ниже- ампулярного отдела прямой кишки со стадией mT3(CRM+)/T4N0-N2M0 за период 2019-2021гг. В зависимости от режима лучевой терапии, сформированы 2 группы сравнения. Пациентам 1-й группы (28 пациентов) проведено комбинированное лечение (продолжительный курс нХЛТ – РОД 2 Гр до СОД до 56 Гр и последующим оперативным вмешательством через 6-12 недель. Во 2-й группе (16 человек) также проведено комбинированное лечение (интенсивный курс неоадьювантной ЛТ – РОД 5 Гр до СОД 25 Гр) с отсроченным оперативным вмешательством через 10-12 недель. Лечение пациентов 2-й группы пришлось на период разгара коронавирусной инфекции в связи с чем возникла необходимость в снижении сроков пребывания пациента в клинике и тем самым уменьшить риск заражения.

Результаты:

Во 2 группе, для усиления неоадьювантного компонента, пациентам чаще проводилась консолидирующая полихимиотерапия. Интервал между окончанием лучевой терапии и операцией в группе интенсивного курса оказался выше, чем в группе продолжительного курса, 148 (51-224) день и 91 (51-231), различие является статистически значимым($p=0,01$). Помимо стандартного режима ХЛТ до оперативного вмешательства, 64% пациентам из 1-й группы проводилась консолидирующая химиотерапия (режимы FOLFOX 6 и Сарох) и у 94% во 2-й группе ($p=0,001$). Число пациентов перенесших коронавирусную инфекцию во время неоадьювантного лечения в 1 группе оказалось выше чем во 2-й (32% и 6,25%, $p=0,005$).

Хирургические вмешательства в обеих группах выполнялись преимущественно лапароскопическим доступом (82% и 88%, $p=0,134$). Частота сфинктеросохраняющих операций в обеих группах была сходной (75% и 62,5%, $p=0,527$).

Общее число осложнений составило 18% в 1-й группе и 25% во 2-й группе. Оценка тяжести послеоперационных осложнений проводилась по классификации Clavien-Dindo. Осложнения III степени возникли у 3,6% пациентов группы пролонгированного курса и у 12% пациентов группы интенсивного курса, $p=0,706$. Достоверных различий по частоте несостоятельности колоректальных анастомозов в обеих группах не получено (7,3% и 12,5%, $p=0,55$).

Оценка степени лечебного патоморфоза проведена по классификации Mandard. Полный клинический ответ (TRG 1) был достигнут у 28,5% пациентов из 1-й группы и у 18,8% во 2-й, $p=0,47$; TRG 2-3 степени у 64,3% из группы пролонгированного и у 56,3% интенсивного курса, $p=0,60$. Стабилизация процесса (отсутствие ответа опухоли – TRG 4) отмечен у 7,2% в 1-й группе и у 25% во второй, $p=0,10$. Несмотря на тот факт, что между группами не было достигнуто статистически значимой разницы по степени лечебного патоморфоза опухоли после предоперационной химиолучевой терапии, была отмечена явная тенденция в сторону увеличения этого показателя для группы 25 Гр по сравнению с 50 Гр – 28,5% против 18,8% соответственно.

Заключение:

Интенсивный курс ДЛТ СОД 25 Гр с консолидирующей ПХТ демонстрирует положительную тенденцию в степени выраженности лечебного патоморфоза и степени регрессии опухоли в сравнении с пролонгированным курсом ХЛТ. Проведение интенсивного курса ХТ привело к достоверному уменьшению числа случаев инфицирования коронавирусной инфекции за счет уменьшения времени пребывания в клинике, в связи с чем данная методика лечения может быть рекомендована для лечения больных местно-распространенным раком прямой кишки, особенно в период пандемии.

Анализ объема лимфодиссекции при колоректальном раке в зависимости от возраста гериатрических пациентов.

онкология

устный доклад

Докладчик:

Нековаль Валерий, УКБ 2 , Сеченовский Университет

Введение:

Необходимый объем лимфодиссекции при колоректальном раке (КРР) II-III стадий у пациентов старческого возраста до настоящего времени не определен. Пациенты старше 80 лет в большинстве случаев исключаются из клинических исследований по причине высоких рисков тяжелых осложнений и неблагоприятного исхода.

Цель:

изучить влияние возраста на выбор объема лимфодиссекции хирургом у гериатрических пациентов с колоректальным раком

Методы:

ретроспективное многоцентровое исследование, анализирующее данные пациентов старше 75 лет, оперированных по поводу КРР II-III стадий с лимфодиссекцией D2 и D3. Исключены случаи КРР средне и нижеампулярного отделов прямой кишки в виду иного подхода в лечении. Контрольную группу составили пациенты в возрасте 75-79 лет (Middle old), исследуемую группу – от 80 лет и старше (Very old).

Результаты:

средний возраст пациентов в контрольной группе составил 77, в исследуемой 81,5 лет. Группы сравнимы по гендерному составу, локализации и стадии КРР. Возраст Very old характеризовался большей полиморбидностью, и как следствие, тенденцией к худшим показателями операционно-анестезиологического риска, (р

Заключение:

возраст может оказывать влияние на выбор хирургом объема лимфодиссекции пациентам старческого возраста.

Тактические решения urgentной хирургии рака ободочной кишки в специализированном отделении.

онкология

устный доклад

Докладчик:

• Щерба Сергей Николаевич

• Ивановский С.О.

ГБУЗ НИИ - ККБ №1 МЗ Краснодарского края

• Половинкин В.В

• Прынь П.С.

ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ России

ГБУЗ НИИ - ККБ №1 МЗ Краснодарского края

Введение:

Учитывая распространённость осложнённой онкоколопроктологической патологии, от правильно выбранной хирургической тактики в каждом индивидуальном случае зависит исход лечения пациентов, а также частота осложнений раннего и позднего послеоперационных периодов.

Цель:

определить хирургическую тактику, выполненных хирургических вмешательств в специализированном колопроктологическом отделении при острой суб- или декомпенсированной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза и проанализировать результаты лечения пациентов в раннем послеоперационном периоде

Методы:

В электронную базу данных заносились сведения обо всех пациентах, оперированных в колопроктологическом отделении ГБУЗ НИИ-ККБ №1 г. Краснодара в 2020 - 2022 годах по поводу рака ободочной кишки. За указанный период накопились сведения о 808 больных. Согласно критерию включения (рак ободочной кишки, осложнённый острой суб- или декомпенсированной толстокишечной непроходимостью) в исследовании участвовал 201 (100%) пациент. Мужчин было 91 (45,3%) (средний возраст $61 \pm 4,7$), женщин – 110 (54,7%) (средний возраст $66 \pm 5,6$). Все хирургические вмешательства выполнены в экстренном порядке после срочного дообследования, коррекции сопутствующей патологии, предоперационной подготовки, тромбопрофилактики, под эндотрахеальным наркозом через срединный лапаротомный доступ.

Большинству больных - 146 (72,6%) человек, с учётом расположения опухолевого очага, прилежащих к нему часто дилатированных, а иногда имеющих выраженные по длине и глубине линейные разрывы проксимальных отделов кишки участки, сделаны различные радикальные резекции ободочной кишки с формированием концевых коло- либо илеостом. У 33 (16,4%) пациентов, с явлениями субкомпенсированной толстокишечной непроходимости, сформирован первичный межкишечный анастомоз. В одном (0,5%) случае он был обходным ввиду местно распространённого онкологического процесса и невозможности одномоментного удаления опухолевого конгломерата, а также наличия множественных отдалённых метастазов в печень и брюшину. По этим же причинам 21 (10,4%) больному произведено симптоматическое стомирование в виде наложения различных разгрузочных коло- либо илеостом.

Комбинированных было 13 (6,5%) операций. Вследствие инвазии опухоли ободочной кишки в тонкую кишку трём (1,5%) пациентам едиными блоками удалены толстокишечные опухолевые очаги с сегментами тонкой кишки. Также трём (1,5%) больным одномоментно иссечены опухолевые конгломераты с фрагментами передней брюшной стенки и ещё трём (1,5%) – со стенкой мочевого пузыря. Четырём пациентам (по одному в каждом случае) опухоль ободочной кишки резецировали с участком ДПК (0,5%), левым мочеточником (0,5%), левыми придатками матки (0,5%) и большим сальником (0,5%). Помимо этого, в нашем наблюдении выполнено две (1%) симультанных холецистэктомии.

Результаты:

В раннем послеоперационном периоде возникло 15 (7,5%) осложнений. Из них 11 (5,5%) были экстраабдоминальными, четыре (2%) – интраабдоминальными. Экстраабдоминальные осложнения включали: локальное нагноение лапаротомной раны – 8 пациентов (4%); парастомальные гнойные воспаления – 2 пациента (1%); катетер-ассоциированный сепсис – 1 пациент (0,5%). Интраабдоминальные осложнения составили: несостоятельность швов культи прямой кишки – 1 пациент (0,5%); абсцесс брюшной полости – 1 пациент (0,5%); повреждение мочеточника – 1 пациент (0,5%); несостоятельность швов мочевого пузыря – 1 пациент (0,5%). Зафиксирован один (0,5%) летальный исход у больного с прогрессирующим полиорганной недостаточности на фоне распространённого паранеопластического процесса и наличием отдалённых метастазов.

Заключение:

Ряд хирургических вмешательств при острой субкомпенсированной толстокишечной непроходимости, выполненных по поводу рака ободочной кишки в специализированном отделении, может завершаться формированием первичного межкишечного анастомоза при определённых условиях. Нередко операции по поводу данной патологии являются комбинированными и симультанными. Большинство осложнений раннего послеоперационного периода в нашем исследовании имели гнойно-септический характер. Причиной единственного летального исхода стало прогрессирующее опухолевое процесса.

Одномоментные резекции печени и толстой кишки при метастатическом колоректальном раке.

онкология

устный доклад

Докладчик:

Борота Александр Васильевич, ФГБОУ ВО Донецкий государственный медицинский университет

Введение:

На протяжении последнего времени отмечается рост показателей заболеваемости и смертности больных злокачественными новообразованиями толстой кишки практически повсеместно. Во время первичного установления диагноза метастазы в печень диагностируются у 15-25 % больных и еще в 20-45 % случаев вторичные очаги в печени выявляются в последующие годы.

Цель:

Показать результаты одномоментного хирургического лечения метастатического колоректального рака при выполнении различных вариантов резекций печени и толстой кишки.

Методы:

Проведен анализ лечения 74 пациентов с распространенным раком толстой кишки, условно радикально оперированных одновременно с выполнением резекции печени вместе с метастазами в клинике общей хирургии №1 ФГБОУ ВО «ДонГМУ им. М. Горького на базе проктологического отделения ДОКТМО за период с 2012-2022гг. Среди них 31(42%) женщина и 43 (58%) мужчины. Возраст больных колебался в пределах 42 – 83 лет. У 58 (78,3%) из них диагноз колоректального рака с наличием метастазов в печень подтвержден на основании данных компьютерной томографии органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием или УЗИ органов брюшной полости. У 16 (21,7%) пациентов метастатическое поражение установлено интраоперационно при ревизии печени.

Результаты:

В 57 (77%) случаях при обследовании и интраоперационно установлено наличие солитарного поражения печени, в остальных 17 (23%) случаях определялись множественные метастатические узлы в пределах одной (12 пациентов), либо обеих (5 случаев) долей, с поражением не более 40% площади паренхимы, что позволило нам выполнить относительно радикальный объем вмешательства.

Всем больным данной группы, после тщательной ревизии органов брюшной полости и выработки плана хирургического вмешательства, первым этапом проведена резекция печени в пределах здоровых тканей с использованием высокочастотных биполярных инструментов, позволяющих достичь надежную коагуляцию всех типов сосудов печени, ушиванием дефекта печени отдельными Z-образными швами, по показаниям. Затем выполнялась резекция сегмента толстой кишки в необходимом объеме. Серьезных послеоперационных осложнений и летальности у данной группы пациентов не отмечено. Во всех случаях диагноз был подтвержден гистологически.

Заключение:

При хирургическом лечении пациентов с распространенным операбельным колоректальным раком и наличием метастатического поражения печени предпочтительно выполнение

одновременного удаления опухоли толстой кишки с выполнением адекватной резекции печени.

Первичные результаты пластики промежностной раны ягодичной мышцей при выполнении брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки: опыт одной клиники.

онкология

устный доклад

Докладчик:

- Игнатов Иван Сергеевич, Рязанская Областная клиническая больница
- Хубезов Д.А.
- Зайцев О.В.
- Огорельцев А.Ю.
- Пучков Д.К.
- Ли Ю.Б.
- Юдин М.А.
- Евсюкова М.А.

Введение:

При выполнении брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки (БПЭПК) промежностная рана зачастую ушивается без какой-либо пластики. Однако при таком закрытии раны высок риск послеоперационных раневых осложнений, число которых достигает 60%. В связи с этим предложено несколько методик пластического закрытия промежностной раны: аллопластика, пластика VRAM лоскутом, глутеопластика. Особенно важна пластика тазового дна при экстралеваторной БПЭ прямой кишки (ЭЛБПЭПК).

Цель:

Сравнить результаты БПЭПК с глутеопластикой и традиционным закрытием промежностной раны.

Методы:

. До 2020 года в ГБУ РО «ОКБ» г. Рязани БПЭПК, даже экстралеваторные, практически всегда заканчивались простым ушиванием промежностной раны без какой-либо пластики. В двух случаях выполнялась пластика биологическим имплантом Regmasol, однако, данная методика не получила широкого распространения. В январе 2020 года была успешно выполнена первая в нашей клинике ЭЛБПЭПК с пластикой ягодичной мышцей. С этого момента в отделении онкологии ГБУ РО «ОКБ» выполнено 16 БПЭПК, из них 4 с пластикой ягодичной мышцей (основная группа) и 12 с простым ушиванием промежностной раны (контрольная группа). Основные характеристики пациентов не отличались в сравниваемых группах. Средний возраст составил 64,7 лет. Средний ИМТ составил 29,36 кг/м². Соотношение мужчин и женщин – 1:1. У 15 пациентов (93,7%) была проведена неoadъювантная химиолучевая терапия. У 8 пациентов (50%) перед началом ХЛТ была выведена петлевая колостома.

Результаты:

Лапароскопическим доступом в основной группе оперированы 4 пациента (100%), в контрольной – 6 пациентов (50%), $p=0,23$. Средняя продолжительность операции составила в основной группе 275,0±39,0 мин, в контрольной – 240,9±49,4 мин, $p=0,29$. Было отмечено одно интраоперационное осложнение в основной группе (кровотечение из простаты), одно осложнение (перфорация опухоли) в контрольной группе, $p=0,45$. Общее число послеоперационных осложнений составило 1 (25%) в основной группе и 5 (41,7%) в контрольной группе, $p=0,6$. Малые раневые осложнения со стороны промежностной раны (Clavien-Dindo I-II): 1 (25%) в основной группе, 3 (25%) в контрольной группе, $p=1,0$. Отмечено

подтекание серозной жидкости из промежностной раны к моменту выписки у 7 пациентов из 12 в контрольной группе (58%), что связано с замедленным заживлением раны. В основной группе такого явления отмечено не было, $p=0,09$. Продолжительность нахождения в стационаре после операции составила $12,7\pm 2,7$ к/д в основной группе и $12,4\pm 7,0$ к/д в контрольной группе, $p=0,92$. Также оценивались и отдаленные результаты. Средний период наблюдения составил 14 месяцев. Летальный исход был отмечен в одном случае у пациента 82 лет в основной группе из-за прогрессирования заболевания через 19 месяцев после операции. У одного пациента в контрольной группе возникла промежностная грыжа на фоне длительно незаживающей раны промежности, в связи с чем была выполнена пластика местными тканями через 6 месяцев после первой операции.

Заключение:

Глютеопластика является эффективным и безопасным способом закрытия промежностной раны. Пластика ягодичной мышцей не приводит к уменьшению ранних послеоперационных раневых осложнений, однако, способствует ускорению заживления раны и уменьшению вероятности развития промежностной грыжи. Данные выводы носят предварительный характер из-за малого размера сравниваемых групп и ретроспективного характера исследования.

Клиническое значение определения экспрессии мРНК сурвивин (BIRC5) в ЦОК у пациентов страдающих колоректальным раком.

онкология

устный доклад

Докладчик:

- Орехва Андрей Владимирович
- Сезеневский А. М.
- Денисюк И. П.

Витебский областной клинический онкологический диспансер

- Шляхтунов Е. А.
- Шаппо Г. М.
- Лесничая А. В.
- Ткачёва А. М.
- Лобацевич Н. Н.

Введение:

Колоректальный рак (КРР) является одним из наиболее часто встречающихся онкологических заболеваний человека, и одной из основных причин смерти от злокачественных новообразований. Несмотря на современные методы диагностики и лечения, КРР остается третьим, наиболее часто диагностируемым раком у мужчин и вторым, наиболее часто диагностируемым раком у женщин, с 1,65 миллиона новых случаев и приблизительно 835 000 смертей в год во всем мире [1]. Его заболеваемость растет и, как ожидается, увеличится на 60%, причем к 2030 году будет зарегистрировано более 2,2 миллиона новых случаев заболевания и 1,1 миллиона случаев смерти [2]. Прогрессирование опухолевого процесса возникает у 30-50% пролеченных пациентов, и может быть выражено как в местных локорегионарных рецидивах, так и в появлении отдаленных метастазов [3–5].

Это говорит о наличии у пациентов минимальной остаточной болезни (МОБ), потенциальных метастатических клеток, которые не могут быть обнаружены используемыми в настоящее время диагностическими методами.

На этапе эпителиально-мезенхимального перехода в опухолевой клетке происходит инверсия антигенов, а потеря цитокератинов и эктопическая экспрессия виментина может оказаться недостаточной для иммунной маркировки и обнаружения циркулирующих опухолевых клеток (ЦОК), в состоянии эпителиально-мезенхимальной трансформации. При этом могут наблюдаться как ложно-положительные, так и ложно-отрицательные заключения, а также смещения интерпретации, обусловленные инверсией фенотипа опухолевой клетки.

Принимая во внимание эту проблему, такие гены, как ген антиапоптотического белка сурвивин BIRC5 можно рассматривать как потенциальные маркеры для идентификации ЦОК.

Цель:

Оценить клиническую значимость экспрессии гена BIRC5 в циркулирующих опухолевых клетках в качестве маркеров минимального остаточного заболевания на этапе хирургического лечения колоректального рака.

Методы:

В 2019-2021г проводилось проспективное исследование, в котором приняло участие 51 человек (46 пациента с верифицированным первичным КРР и 5 пациентов с предопухолевыми образованиями толстой кишки).

Результаты:

Положительная экспрессия мРНК BIRC5 до операции была обнаружена у 33 (71,7%) из 46 пациентов с подтвержденным первичным колоректальным раком, а так же у 3 (60%) из 5 пациента с предопухолевыми заболеваниями толстой кишки. В ЦОК-положительных образцах определялась экспрессия гена со средним значением ($M \pm m$) $1,0329 \pm 0,1933$ ($\min - 0,02064$; $\max - 5,401$). Через 3 месяца после операции ЦОК экспрессирующие BIRC5 были выявлены у 20 (43,5%) из 46 пациентов с КРР. Причем ЦОК через 3 месяца после оперативного лечения исчезли у 16 (34,8%) пациентов, у которых они были первоначально идентифицированы. У 18 (39,1%) пациентов идентифицированные ЦОК сохранялись в сыворотке крови. Через 3 месяца у 2 (4,3%) пациентов были выявлены BIRC5 положительные ЦОК, ранее не обнаруженные до операции. Разница в частоте выявления ЦОК до оперативного вмешательства и через 3 месяца после него статистически высокозначима (sign rank test – ранговый знаковый тест, $p=0,0037$).

При количественном анализе установлено, у пациентов с 1-2 стадией КРР перед оперативным вмешательством преобладают нулевые или околонулевые значения экспрессии (средний уровень экспрессии сурвивина $<0,5$), а при 3-4 стадии преобладает гиперэкспрессия сурвивина $>0,5$. Обратная картина наблюдается в динамике, так через 3 месяца после оперативного лечения наблюдается количественное снижения уровня экспрессии сурвивина при всех стадиях заболевания, преобладают нулевые значения 0, при 4 стадии нулевые и околонулевые $<0,5$. В нашем исследовании ЦОК-положительные опухолевые клетки были выявлены до оперативного вмешательства у 71,7% пациентов. В течении периода наблюдения у пациентов не наступило прогрессирования заболевания. Также установлено, что в динамике имеется как количественное снижения уровня антиапоптотического белка сурвивина в сыворотке крови, так и количества ЦОК-положительных опухолевых клеток.

Заключение:

Определение экспрессии гена сурвивина BIRC5 в периферической крови методом RT-ПЦР является достоверным способом выявления ЦОК.

Уровень нормализованной экспрессии гена может отражать функциональную активность ЦОК, а именно их агрессивный фенотип, метастатический потенциал.

Идентификация функционально активных ЦОК может рассматриваться как один из перспективных маркеров опухолевой прогрессии и мониторинга терапии КРР и указывает на плохой прогноз заболевания.

Сравнительная оценка эффективности применения двухрядных и трёхрядных циркулярных сшивающих аппаратов для формирования колоректального анастомоза при низкой передней резекции прямой кишки.

онкология

устный доклад

Докладчик:

- Клюев Олег Владиславович
- Цугуля П.Б.
- Тулина И.А.
- Царьков П.В.

Клиника колопроктологии и малоинвазивной хирургии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова» Минздрава РФ (Сеченовский университет)

Введение:

Использование циркулярных сшивающих аппаратов в колоректальной хирургии является золотым стандартом при оперативном лечении рака прямой кишки. В настоящее время наиболее широко используются двухрядные сшивающие аппараты, но недавно в практику были введены трехрядные степлеры, в связи с чем появилась необходимость в изучении влияния дополнительного ряда швов на прочность анастомоза.

Цель:

Сравнить частоту возникновения несостоятельности колоректального анастомоза и оценить ее степень при применении трёхрядных и двухрядных циркулярных сшивающих аппаратов для формирования коло-ректального анастомоза при выполнении низкой передней резекции прямой кишки.

Методы:

В рандомизированное проспективное уницентровое исследование вошло 132 пациента, которым выполнена низкая передняя резекция прямой кишки с тотальной мезоректумэктомией по поводу рака средне и нижеампулярного отдела прямой кишки. Рандомизация проводилась интраоперационно. Сравнивались трехрядный сшивающий аппарат компании Meril производства Индии (MIRUS, 29) с “золотым стандартом” двухрядных сшивающих аппаратов компаний Medtronic (Covidien DST28) и Johnson & Jonson (ILS 29) по 66 человек в каждой группе. Анастомоз формировали по типу конец в конец. После выполнения скелетизации нижней брыжеечной артерии уровень пересечения ее был после отхождения от нее левой ободочной артерии для сохранения адекватности кровоснабжения. Мобилизация селезеночного изгиба проводилась селективно.

Результаты:

Во время исследования был выявлен 21 случай несостоятельности анастомоза (15.9% от всех хирургических вмешательств). В группе двухрядных аппаратов 12 случаев из 66 (18,18%), а в группе трехрядных 9 из 66 случаев (13,6%). Статистическая разница незначительна ($p=0,7$). В основном эти несостоятельности анастомоза не требовали повторных операций. Кровотечений из зоны анастомоза не было отмечено. По одному случаю стриктуры анастомоза отмечено как у 2-х и трехрядного аппарата. Проанализировав факторы, влияющие на несостоятельность анастомоза - к основным факторам относились более 2-х прошиваний линейным швов при пересечении дистальной культи и анастомоз высотой ниже 4 см от края анауса.

Заключение:

По данным проведенного проспективного рандомизированного исследования можно сделать вывод о том, что 3-х рядный циркулярный сшивающий аппарат компании Meril производства Индии (MIRUS, 29) не уступает по эффективности 2-х рядным “золотым стандартам” сшивающих аппаратов компаний Medtronic (Covidien DST28) и Johnson & Jonson (ILS 29).

Stromal vascular adipocyte fraction in the treatment of complex anorectal fistulas.

устный доклад

Докладчик:

- Кузина Елизавета Александровна
- Чурина Ю.А.
- Медкова Ю.С.
- Цугуля П.Б.
- Тулина И.А.
- Царьков П.В.

Кафедра хирургии ИКМ им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский Университет)

Введение:

Effective treatment of anorectal fistulas is still an unsolved problem. According to several studies, the use of stromal vascular fraction (SVF) adipocytes is very promising method; however, the use of this technique in patients with complex anorectal fistulas is not assessed.

Цель:

To evaluate the effectiveness of SVF for complex anorectal fistulas.

Методы:

A prospective single-center study (ethical committee protocol No. 12-23) includes 28 patients who underwent the injection of autologous SVF of adipocytes into the fistulous tract. The study included patients with extrasphincteric, suprasphincteric, recurrent, high transsphincteric fistulas involving more than 1/3 of the sphincter complex, as well as women with anterior fistulas. Recurrence rate, incontinence (according to the Wexner scale), wound healing and disability period, postoperative complications were assessed.

Under subarachnoid anesthesia, 30 ml of lipoaspirate was taken from the subcutaneous fat of the anterior abdominal wall after the preliminary injection of Kleins solution. The aspirate was centrifuged twice in a specialized double syringe with the release of SVF. The fistulous tract and cavities were brushed and washed with saline. The internal opening was Z-shaped sutured, the external one was excised. The SVF was injected into the internal opening and along the entire length of the fistulous tract to 1-2 mm depth.

Paracetamol was used as painkiller postoperatively.

Результаты:

In 28 patients: 11 male (39%), 17 female (61%), mean age is 45 years [25–66]. Recurrent fistulas were in 15 people (54%), 2 (7%) of them previously had incontinence. Transsphincteric tract was determined in 21 patients (75%), extrasphincteric - in 5 (18%), suprasphincteric - in 2 (7%). Additional cavities were detected in 12 cases (43%).

The SVF injection was supplemented by the introduction of a platelet-rich fibrin mass into the fistula tract in 3 patients (11%), excision of the cavity in 5 (18%), and temporary stoma formation in three patients (11%).

The average duration of postoperative follow-up was 5 months [1-10], while a repeat procedure was required in 8 patients with average interval between injections of 4 months [1-7]. Healing was observed in 9 patients (32%), one of whom underwent a repeat SVF injection after 2 months. The average healing time was 2.5 months [0.5-5] with none postoperative incontinence worsening. The

average disability period was 4 days [1-7]. One patient had a hematoma up to 10 ml in the lipoaspiration area.

Заклучение:

SVF insertion is a sphincter-preserving, low-traumatic procedure for complex rectal fistulas' treatment allowing returning to regular life in a short period. The preliminary results of anorectal fistula healing are comparable to other minimally invasive procedures; however, a short follow-up period and a small sample do not allow forming a conclusion about the true effectiveness of this technique.

Posterior sagittal mesh rectopexy (psmr) and anal encirclement for correction of procidentia – a new application.

устный доклад

Докладчик:

- Maiti Sukumar , Dr B C Roy Hospital, Haldia, West Bengal, India, HOD of Surgery, Kolkata Medical College
- Pearl RH
- Ein SH
- Churchill B J
- S Maiti

Введение:

Posterior Sagittal Route described by Pena and Devries (1982) for Anorectoplasty in pediatric patients can be applied effectively and successfully in adult and children for correction of surgical illness other than anorectal malformation. Pediatric surgeons are well versed with the anatomy and exploration of that region, and they are very frequently invited to the general surgical units for correction of different defects in that region

Цель:

Pearl et al (1989) performed posterior sagittal anorectoplasty successfully in a 1yr old girl for recurrent rectal prolapse (previous two attempts with Thiersch's subcutaneous ligature failed). The girl also had recurrent bladder extrophy 1 .

More than 50 different operations are described for the correction of complete rectal prolapse in adult. Either of the two routes (Abdominal or Perineal) is used for the correction of rectal prolapse. Posterior Sagittal route route, a relatively unexplored route may be utilized as the new route for the operation of rectal prolapse as a direct approach to the site of the defect.

Методы:

Eighteen patients(Male - 13, Female 5) were operated between 2010-2023. Age varied between 18yrs and 56yrs.

Two cases of recurrent prolapse were included for the new application. After exposure of the anorectum and dissection of the presacral space, a polypropylene mesh is placed behind the rectum; half of the mesh remaining

above in front of the sacrum and the lower half is split into two halves is below the sacrum and fixed to posterior

and lateral rectal walls. The mesh is fixed above to the margins of the sacrum and coccyx .The repair is

supplemented with a polypropylene anal encirclement band around the anorectal junction.

In 1-12 yr follow up, all the patients(except one) did well without any recurrence. There was no complication in the

form of erosion of the mesh into rectum or any sexual dysfunction.

Результаты:

The principles of presacral dissection, placement of a nonabsorbable mesh between rectum and sacrum, rectal sling, repair of levator sling and anal encirclement with mesh, are not new. All these principles are combined and contemplated easily, safely and satisfactorily through posterior sagittal route – a new application. Some merits of PSMR with Anal encirclement are (1) it can be applied as primary procedure or for recurrence in young, middle aged or elderly patients. (2) presacral dissection is made possible avoiding abdomen (3) minimum dissection inside the pelvis and around the proximal rectum protects the pelvic splanchnic nerves. (4) the mesh promotes fibrosis and serves as rectal sling (5) the posterior part of the levator sling is easily accessed and repaired below the sacrum (6) the anal encircling band can be suitably and securely placed around the proximal anus well outside from the mucous membrane of rectum.

Заклучение:

By adopting the PSARP route, direct access to the site of lead point of rectal prolapse is made possible, complications of abdominal exploration is avoided and inadequacy of the perineal route for correction of rectal prolapse is overcome.

Experience of natural orifice specimen extraction surgery (NOSES) for rectal cancer.

устный доклад

Докладчик:

- Ли Юлия Борисовна, ГБУ РО Областная клиническая больница
- Хубезов Д.А.
- Пучков Д.К.
- Зайцев О.В.
- Игнатов И.С.
- Огорельцев А.Ю.
- Евсюкова М.А.
- Юдин М.А.

Рязанский государственный медицинский университет им.акад. И.П.Павлова Минздрава России

Введение:

Actuality. According to the Globocan registry in 2020, colorectal cancer ranked 3rd in terms of new cases reported for both sexes and 2nd in terms of deaths. Surgical treatment of colorectal cancer involves operations on the abdominal organs. The development of modern technologies allows surgeons around the world to perform colorectal resections laparoscopically. Numerous randomized studies have proven that the laparoscopic technique is significantly superior to the traditional one in terms of the speed of postoperative rehabilitation with comparable oncological results.

However, when performing any laparoscopic resection for CRC, it is necessary to perform a minilaparotomy to extract the drug, which is accompanied by pain, the development of wound complications and, as a result, an increase in the duration of postoperative rehabilitation. The solution to this problem was the introduction of natural orifice specimen extraction surgery (NOSES) into colorectal surgery. In this case, all the main stages of the operation are performed by laparoscopic access, and the drug is extracted transanally or transvaginally.

Цель:

To demonstrate the primary experience of natural orifice specimen extraction surgery (NOSES) for rectal cancer in our clinic.

Методы:

In the period from June 2019 to October 2022 ten NOSES for rectal cancer were performed in our clinic. The following factors were evaluated: age, gender, BMI, ASA, operation time, intraoperative blood loss, intraoperative and postoperative complications, duration of postoperative rehabilitation, need for narcotic analgesics. For the classification of surgeries the classification by X.Wang in 2018 was used. According to this classification we performed two NOSES II, four NOSES III, two NOSES IV and two NOSES V operations. In one case a simultaneous operation was performed - anterior resection was combined with laparoscopic cholecystectomy. All operations were performed by 2 surgeons with experience of more than 200 laparoscopic resections for colorectal cancer.

Результаты:

Mean age of patients was 58,5 years. There were 9 women and 1 man in our study. Mean BMI was 25,35 kg/m². Mean ASA score was 2. Mean operative time was 206,5 minutes. Mean blood loss was 41,5 ml. Two intraoperative complications were recognized: in the first case - defect of anastomosis in the point of crossing of 3 stapler sutures and in the second case-damage of sigmoid colon during

transanal extraction of the specimen. Both complications were resolved intraoperatively. One postoperative complication was recognized - paresis of small bowel which was treated by conservative therapy.

Narcotic analgesics were used in one case for 2 days. Mean duration of postoperative rehabilitation was 8,8 days.

Заклучение:

Our primary results demonstrate feasibility of NOSES for rectal cancer with sufficient experience of colorectal surgeon. It is very necessary to select patients for such operations. It is recommended to perform such operations in female patients with small tumors and low BMI. However, the accumulation of experience and further large randomized trials are required.

Setting up Robotic Surgical program with Indigenous Surgical Robot in a Multispecialty Hospital in India.

устный доклад

Докладчик:

- Gorthi Ganesh
- Dr Sai Sri Harsha P - Robotic Urological Surgeon, Department of Urology, Continental Hospitals

Введение:

Robotic assisted surgery, being one of the most technologically sophisticated method of minimal access surgery, had been in practice for more than two decades and in recent times being in usage across more countries, more surgical sub-specialties and more varieties of procedures having withstood the test of times because of its advantages of accuracy, precision, better vision, endowristed instruments etc. But it is still a daunting task to establish a new successful Robotic Surgical program because of the requirement of significant Institutional resources and specialized personnel. In India, there are very few centers which offer Robotic Surgical services, even less are those with Indigenously developed Surgical Robot.

Цель:

To establish a successful Robotic Surgical program with Indian made Surgical Robot in a Multispecialty Hospital in India

Методы:

The administrative work was done by Hospital management. The clinical side was lead by two surgeons – a General, Gastrointestinal and Bariatric Surgeon with training and experience with three different Surgical Robots – Intuitive - Da Vinci (USA), Versius – CMR (UK) and SSI Mantra (India) in different countries – USA, UK, Middle East and India and a Urological Surgeon with experience in busy centers in USA and India after completion of Fellowship in Robotic Surgery. The program was developed in a phased manner with Initial design and Implementation involving - acquiring suitable Surgical Robot, training and orientation for surgeons, scrub nurses, technicians, anesthetic team, adaptation of operation theatre complex, Co-ordination between clinical and management teams, Insurance / financial planning, running awareness programs for doctors and public etc. The next phases involved Maintenance and Growth involving– sequential involvement of other surgical subspecialties, training for relevant teams, developing troubleshooting methods etc.

Результаты:

Within 8 months of starting the program, we had achieved satisfactory patient outcomes paving way for being recognized as Centre of Excellence by National level - Association of Robotic and Innovative Surgeons which in effect made us one of the training centers for Royal College of Surgeons of Edinburgh, UK -accredited annual Robotic Surgery Fellowship program in India.

Заключение:

With appropriate planning and phased approach, it is possible to establish a successful Robotic Surgical program with Indigenous Surgical Robot in a suitable Hospital in India with the main goal of better Patient safety and outcomes.

Rectal resection for cancer with mechanical bowel preparation and oral antibiotics or mechanical bowel preparation alone: analysis of the first 100 patients in a multicenter randomized clinical trial REPCA.

устный доклад

Докладчик:

- Олькина Александра , ФГБУ НМИЦ Онкологии им. Н.Н. Петрова Минздрава России
- Aleksei Karachun, N.N. Petrov National Medical Research Center of Oncology
- Evgeniy Drozdov, Tomsk Regional Oncology Hospital
- Ivan Ignatov, Ryazan State Clinical Hospital
- Fedor Vetshev, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
- Mikhail Postolov, Volgograd State Medical University, Ministry of Health of Russia; Volgograd Regional Clinical Oncologic Dispensary
- Mikhail Danilov, GBUZ Moscow Clinical Scientific Center named after Loginov MHD
- Aleksei Petrov, University Hospitals Dorset NHS Foundation Trust

Введение:

There is still lack of randomized trials assessing clinical value of mechanical bowel preparation (MBP) with oral antibiotics (OA) before rectal cancer surgery. Existing studies are inconsistent regarding OA agents.

Цель:

We aim to conduct a trial to investigate the impact of MBP with or without OA (using Alfa Normix®) on postoperative complications in patients undergoing rectal resections for cancer.

Методы:

REPCA trial is a multicenter randomized parallel-group superiority trial with randomization in 1:1 allocation ratio to MBP+OA or MBP bowel preparation before rectal cancer resection with incisional surgical site infection (SSI) as a primary endpoint (ClinicalTrials.gov: NCT04592289). This study was conducted to analyze first 100 randomized patients enrolled in 6 registered centers to assess safety and feasibility of combined preoperative preparation with MBP and OA.

Результаты:

58 patients in MBP+OA group and 42 patients in MBP group were analyzed. 1 patient in MBP+OA group with T4b tumor and carcinomatosis was excluded from the analysis due to error on the enrollment step. There were no OA complications. MBP complication rate was 21.1% in MBP+OA and 28.6% in MBP group. Postoperative complications rates in MBP+OA and MBP respectively were as follows: 3.5% vs 21.4% anastomotic leak, 7.0% vs 7.1% incisional surgical site infection, 1.8% vs 2.4% pelvic abscesses. Postoperative length of stay was 8.5+/-3.5 days vs 10.3+/-6.0 days, intensive care unit readmission rate was 5.3% vs 9.5%, readmission after discharge rate was 3.5% vs 11.9% in MBP+OA and MBP groups respectively. Specimen features in MBP+OA and MBP groups were: distal clearance 3.32+/-1.56 cm and 3.31+/-1.72 cm, proximal clearance 14.33+/-8.27 cm and 16.06+/-8.37 cm.

Заключение:

Based on obtained results combined MBP+OA bowel preparation seems to be safe and have no negative impact on short-term outcomes in rectal cancer surgery. A trend toward lower anastomotic leak rate and readmission rate in MBP+OA was found. Final conclusions regarding statistical significance of primary and secondary endpoints differences will be assessed in interim and final analyses of REPCA trial when statistical tests will be performed.

A succesful management of a rare case of ‘pilonidal sinus and high anal fistula together’ with an integrated approach of ksharasutra-a single case report.

устный доклад

Докладчик:

Bhaskar Rao, Ministry of Ayush, Govt of India

Введение:

A rare entity of Pilonidal sinus and High anal fistula with the co-existence of both was documented in our Sumana Ano-Rectal Hospital, Tirupathi AP and the MRI fistulogram confirmed the entity in a patient Mrs. Lalithamma 81/F was after proper surgical evaluation operated with an integrated approach of “extrusion of Pilonidal sinus and Partial fistulectomy with Ksharasutra application. A one year post operative evaluation found to be successful with no recurrences are noticed.

Цель:

Методы:

Since, considering her age and being the rarest of the rare entity taking the surgical fitness evaluation assessment and then was posted for surgery with ‘extrusion of Pilonidal sinus and Partial fistulectomy with Ksharasutra application’ was planned and executed under spinal anaesthesia.

Результаты:

Here in this patient having selected an integrated approach with ‘extrusion of pilonidal sinus and partial fistulectomy with Ksharasutra application proved to be successful with one year post operative evaluation with no recurrences.

Заклучение:

Hence this procedure is found to be a better alternative for surgery, a smaller number of postoperative stay, minimal ravages like pain and discomfort. A complete healing at this geriatric age proves this integrated approach is unique & successful at all ages provided with surgical fitness.