



РШКХ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**КОНКУРСА НАУЧНЫХ РАБОТ
XIV МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
РОССИЙСКАЯ ШКОЛА КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ
ХИРУРГИИ 2024**



Эндолимфатическая терапия колоректального рака

Авторский состав:

З.Т. Захидов, И.Т. Ахундов

Актуальность:

Колоректальный рак - один из самых распространенных видов рака во всем мире, занимающий 3-е место по частоте, и 2-е – по причинам смертности от рака. Так в 2020 г. во всем мире наблюдалось около 2 млн. новых случаев колоректального рака и около 1 млн. случаев смерти от него.

В связи с лимфопатогенезом онкологического процесса и недостаточной эффективностью общепринятой химиотерапии, не позволяющей создать длительные терапевтические концентрации цитостатиков в лимфатической системе и самой опухоли из-за отсутствия лимфотропных свойств у них и др. лекарственных препаратов применяемых при лечении раковых заболеваний, является актуальной разработка новых методов лечения колоректального рака путем введения в лимфатическую систему лекарственных препаратов, воздействующих на различные звенья его этиопатогенеза через лимфатическое его звено.

Цель:

Разработать и изучить клиническую эффективность применения в клинике у больных колоректальным раком метода эндолимфатической лекарственной терапии (ЭЛТ), включающего в себя эндолимфатическую цитостатическую (ЗЦСТ), иммуномодулирующую (ЭИТ) и антибактериальную терапию (ЭАТ), для улучшения результатов его оперативного и химиотерапевтического лечения.

Методы:

Исследования проведены у 37 больных колоректальным раком (22 - ободочной и 15 – прямой кишки), разделенных на 2 группы: I - контрольной группе (19 больных) проводился комплекс общепринятой послеоперационной интенсивной терапии, включающий химио- (5-фторурацил), иммуномодулирующую (тактивин и галавит) и антибактериальную (цефалоспорины 3-4 поколения, карбапенемы, тиенам, метронидазол) терапию. II - основной группе (18 больных) проводилась ЭЛТ, включающая в себя эндолимфатическую химио-, иммуномодулирующую и антибактериальную терапию теми же препаратами в одинаковых разовых и суточных дозах. Для э/л инфузий производилась катетеризация лимфососуда на тыле стопы или голени. Скорость эндолимфатического введения препаратов при помощи инъекторов «Линеомат» (Германия) варьировала в пределах 40-60 мл/час. Продолжительность проведения ЭЛТ колебалась в широких пределах: 7-15 суток, в зависимости от стадии онкопроцесса, соматического статуса больного перед операцией, объема выполненного оперативного вмешательства, наличия и вида осложнений, тяжести сопутствующих заболеваний. Общее число эндолимфатических инфузий у 18 больных колоректальным раком II основной лечебной группы составило 163 суточных сеанса.

Изучение иммунного статуса включало исследование иммунокомпетентных клеток (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD20+, CD25+ и CD71+) методом проточной лазерной цитофлюориметрии на лазерном цитометре FACScan фирмы «Becton Dickinson», Ig M,

G, А, ЦИК, интерлейкинов (ІІ-1а, TNF-а) и исследование фагоцитоза со стафилококком

Для статистической обработки полученных результатов применяли параметрические (Стьюдента) и непараметрические (Вилкоксона, Манна-Уитни) методы, с обработкой материала на компьютере. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты:

У всех больных отмечены в той или иной степени выраженные нарушения антиинфекционного иммунитета. Как показал анализ иммунного статуса, подавляющее большинство (34 - 94,6%) больных исходно пребывали в состоянии вторичного иммунодефицита по причине основного заболевания и алиментарного истощения. Для исследуемой группы больных в целом была характерна иммунодепрессия со снижением показателей Т-клеточного иммунитета (Т-лимфоцитов и его субпопуляций). Характерным для этих больных являлись существенные изменения иммунорегуляторного индекса за счет значительного уменьшения фракции Т-киллеров (CD8). Этот факт объясняется дефицитом Т-хелперов, основной функцией которых является индукция Т-киллеров, устраняющих, в свою очередь, чужеродные антигены – клетки опухоли. Количество В-лимфоцитов оказалось также сниженным. При сравнении средних показателей иммунограммы в исследуемых группах достоверных различий не получено ($p > 0,05$).

После применения ЭЛТ установлены статистически достоверные положительные сдвиги 11 иммунологических показателей

В основной группе не зафиксировано случаев гнойно-септических осложнений зоны хирургического вмешательства и летальных исходов. Непереносимости, побочных эффектов и осложнений при применении ЭЛТ не выявлено. Средний срок пребывания больных в стационаре после реконструктивной операции в основной лечебной группе был короче на 3 дня.

Заключение:

ЭЛТ - это высокоэффективный и перспективный способ лечения достоверно улучшающий результаты хирургического лечения тяжелого контингента больных колоректальным раком, который может быть рекомендован для применения в онкологической практике.

ЭАТ в составе ЭЛТ способствовала достоверному снижению сроков пребывания в стационаре и частоты (в 1,5 раза) развития послеоперационных инфекционно-гнойных осложнений у больных колоректальным раком.

ЭИТ тактивинотом и галавитом в составе ЭЛТ оказывает достоверное положительное влияние на состояние иммунного статуса у этой категории онкобольных в послеоперационном периоде.

В послеоперационном периоде после завершения применения ЭЛТ у больных колоректальным раком отмечалась положительная динамика показателей различных биохимических и иммунологических опухолевых маркеров в крови.

Илеоцекальная резекция с расширенной лимфаденэктомией при локализованной форме рака слепой кишки

Авторский состав:

Матвеев И.В., Данилов М.А., Климашевич А.В., Алиев В.А., Максименко А.В., Валиева А.М., Круглова О.В.

Актуальность:

На сегодняшний день стандартом хирургического лечения рака правых отделов ободочной кишки является правосторонняя или расширенная правосторонняя гемиколэктомия, несмотря на то, что с каждым годом в клинической практике возрастает доля новых органосохраняющих хирургических методик - сегментарных резекций. Суть данных операций заключается в уменьшении объема резецируемого участка кишки и лимфоваскулярного аппарата без нарушения главных онкологических принципов лечения.

Цель:

Оценить непосредственные результаты лечения и клиническую целесообразность выполнения илеоцекальной резекции с ДЗ у пациентов с локализованным раком слепой кишки.

Методы:

Проанализированы результаты лечения 20 пациентов с локализованной формой рака слепой кишки, которым была выполнена илеоцекальная резекция (ИЦР), в группу сравнения вошли 20 пациентов, которым выполнялась правосторонняя гемиколэктомия. Всем пациентам выполняли операции с применением эндовидеохирургической техники. Все вмешательства производила одна хирургическая бригада, врачи которой обладали необходимым уровнем подготовки. Всем пациентам перед оперативным вмешательством проводились стандартные лабораторные и инструментальные исследования. Во всех случаях опухоль локализовалась в области слепой кишки, границей перехода на восходящую кишку являлась верхняя губа илеоцекального клапана. Пациент не был включен в исследование, если на предоперационном этапе обследования выявлены: синхронный рак, отдаленное метастазирование, местно-распространенный характер первичной опухоли (сT > 3).

Результаты:

Показатели возраста, гендерной принадлежности, ИМТ, функциональное состояние и физический статус статистически значимой разницы не имели. Достоверно значимая разница была выявлена в продолжительности ($p = 0,009$) операции и объеме ($p = 0,001$) интраоперационной кровопотери. Конверсия в ходе операции потребовалась в 20% среди всех случаев правосторонней гемиколэктомии и в 5% — при выполнении илеоцекальной резекции, однако с учетом небольшой выборки различия данных показателя не являются статистически значимыми ($p = 0,342$).

Заключение:

По данным проведенного анализа, применение илеоцекальной резекции при локализованных формам рака слепой кишки позволяет улучшить непосредственные

результаты лечения и может рассматриваться в качестве альтернативы общепринятой методике правосторонней гемиколэктомии. Безусловно, широкое применение и выбор данного объема операции в качестве оптимального требует более полной оценки, как непосредственных, так и отдаленных результатов лечения с включением большего числа наблюдаемых случаев.

Оценка эффективности краткосрочной предоперационной подготовки больных с злокачественными новообразованиями толстой кишки

Авторский состав:

Завгородняя М.В., Тен О.А., Потапчук А.А., Захаренко А.А., Багненко С.Ф., Филатова И.А.

Актуальность:

Ввиду особенностей профиля пациента с колоректальным раком значительное их количество к моменту постановки диагноза имеет высокие риски послеоперационных осложнений. Коррекция предоперационного функционального статуса может стать убедительной стратегией для оптимизации модифицируемых факторов риска, которые влияют на результаты восстановления и лечения. Доказано, что преабилитация снижает послеоперационные осложнения, сокращает сроки стационарного лечения и ускоряет начало адьювантной химиотерапии. Однако оптимальная продолжительность и интенсивность тренировок так и не определены. Не была оценена и приверженность к преабилитации пациентов отечественной популяции.

Цель:

Оценить эффективность 14-дневной физической нагрузки на функциональный статус пациента, послеоперационные осложнения, продолжительность стационарного лечения и качество жизни.

Методы:

Исследование завершили 46 пациентов – по 23 человека основной и контрольной групп. Все пациенты стратифицированы по возрасту, ИМТ и анестезиологическому риску ASA. Периоперационное ведение всех пациентов соответствовало протоколу ERAS с коррекцией анемии, нутритивной недостаточности и психологической поддержкой. Пациенты основной группы 2 недели до операции дополнительно занимались по индивидуальной программе тренировок. Часы-акселерометр для оценки физической активности (количества пройденных шагов и потраченных ккал) были выданы пациентам обеих групп.

Первичной конечной точкой исследования является динамика теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) от исходного результата к результату перед операцией, на 30 и 90 день после операции. Как вторичные конечные точки оценены послеоперационные осложнения (по Clavien-Dindo); послеоперационная летальность; срок стационарного лечения; динамика ИМТ, степени анемии и нутритивного статуса (анализы крови); динамика показателей субъективной переносимости нагрузки (шкалы Борга); приверженность к тренировкам (данные дневника и браслета-акселерометра).

Результаты:

За день до операции не было выявлено статистически значимых различий в динамике ТШХ по отношению к исходной оценке, медианы показателей одинаковы в обеих группах +10м (-12 – +24) в основной и +10м (-17 – +16) в контрольной (p=0,564).

На 30 день по сравнению с исходным уровнем у пациентов группы преабилитации определялось меньшее снижение результата ТШХ -22м (-42 – +7), чем в группе без тренировок -36м (-41 – -16) ($p=0,211$).

На 90 день у пациентов основной группы результаты ТШХ становятся несколько лучше исходных +15м (-21 – +48), а у пациентов контрольной группы остаются ниже дооперационного уровня -2м (-30 – +24) ($p=0,229$).

Пациенты основной группы оценили переносимость ТШХ по шкале Борга значительно лучше контрольной группы до и после операции ($p<0,05$). 22 пациента (96%) выбрали оффлайн режим тренировок. 21 пациент (92%) выполнили весь комплекс упражнений. Коррекция анемии, дефицита железа и нутритивной недостаточности были равноэффективны в группах. Послеоперационные осложнения и сроки госпитализации в группах были сопоставимы. Летальность отсутствовала.

Физическая активность за 2 недели перед операцией была оценена по пройденным шагам и потраченной энергии и показала значительный перевес в сторону основной группы 64152 (54945-76213) против 29763 (24519-54219) шагов в контрольной $p<0,000$ и 1380 (1219-1979) против 670 (511-895) ккал соответственно, $p<0,000$.

Заключение:

Промежуточные результаты отражают эффективность краткосрочной преабилитации в субъективном облегчении переносимости нагрузок. Исследование показало высокую комплаентность пациентов к комплексу преабилитации, а так же безопасность двухнедельной физической нагрузки для состояния пациентов. Для поиска значимой разницы между группами по всем контрольным точкам необходимо продолжить набор пациентов.

Тактические решения urgentной хирургии рака ободочной кишки в специализированном отделении

Авторский состав:

Щерба С.Н. (1,2), Половинкин В.В. (1,2), Прынь П.С. (1,2), Ивановский С.О. (2)

Актуальность:

Патология рака ободочной кишки, как правило, прогрессирует постепенно без выраженных клинических симптомов. Такое течение заболевания приводит в 8 - 12% случаев к развитию на определённом этапе острой суб- или декомпенсированной толстокишечной непроходимости, требующей экстренного хирургического вмешательства. В этой стадии в основном лишь хирургическое лечение является эффективным способом купирования данной патологии, предотвращая развитие летального исхода и различных осложнений, частота которых на разных этапах заболевания достигает 22 - 28%.

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 единичными блоками

удалены толстокишечные опухолевые очаги с сегментами тонкой кишки. Также трём (1,5%) больным одновременно 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 прогрессированием 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 прогрессирование опухолевого процесса.

Опыт симультанных операций при синхронном раке прямой кишки и предстательной железы

Авторский состав:

Воскресенский А.А., Герасимовский Н.В.

Актуальность:

Злокачественные заболевания прямой кишки и предстательной железы являются лидирующими по количеству вновь выявленных случаев в мире среди мужского населения, занимающие второе и третье места.

Сочетание данных патологий достаточно редкое – 0,45% при вновь выявленном случае рака (ссылка).

Единого подхода в лечении сочетания рака прямой кишки и предстательной железы нет. Это может быть связано не только с редкостью подобных случаев, но и, в первую очередь, со сложностью проблемы, которую предстоит решить клиницисту.

Материалы, представленные в отдельно взятых статьях, носят описательный характер клинических случаев с небольшой выборкой пациентов и не дают прямых показаний к действию.

Отсутствие опыта одномоментных вмешательств, сложности самой операции и коррекции возможных осложнений, говорят о неоднозначности подобного подхода в лечении.

Цель:

Представить опыт выполнения одномоментных операций при раке прямой кишки и предстательной железы

Методы:

В Вологодском областном онкологическом диспансере с 2020 по 2023 годы выявлены 6 пациентов с синхронным раком прямой кишки и предстательной железы. Двум из них выполнялись одномоментные оперативные вмешательства.

Клинический случай № 1

Пациент 62 года, обратился к онкологу с жалобами на выделение крови из прямой кишки. Выполнен стандартный перечень исследований – колоноскопия, при которой выявлены образования верхнеампулярного отдела прямой кишки, ворсинчатая опухоль нижнеампулярного отдела прямой кишки. На основании ПГИ – умереннодифференцированная аденокарцинома верхнеампулярного отдела прямой кишки, тубулярная аденома нижнеампулярного отдела прямой кишки с дисплазией высокой степени. По данным МРТ – опухоль верхнеампулярного отдела расценена как T3N0, в образовании нижнеампулярного отдела есть признаки злокачественного процесса. В предстательной железе отмечены изменения в обеих долях, расценены, как Pi Rads 5.

По данным МСКТ ОГК, ОБП – отдаленных метастазов нет.

Предоперационный диагноз:

- 1) Рак верхнеампулярного отдела прямой кишки T3N0M0 II стадии.
- 2) Ворсинчатая опухоль нижнеампулярного отдела прямой кишки с дисплазией высокой степени.
- 3) Рак предстательной железы T2aN0M0 Глисон (3+4) IIa стадия.

Лечение

Была выполнена резекция прямой кишки с формированием колоанального анастомоза, простатвезикулэктомия с тазовой лимфодиссекцией.

Послеоперационный диагноз

ПМСЗ:

- 1) Рак нижеампулярного отдела прямой кишки T1sm1N0M0 ПГИ – высокодифференцированная аденокарцинома.
- 2) Рак вышеампулярного отдела прямой кишки T3N0M0-умереннодифференцированная аденокарцинома.
- 3) Рак предстательной железы T2cN0M0-ацинарная аденокарцинома предстательной железы, Глисон 7(3+4), умереннодифференцированная с ростом в обеих долях, с очагами положительного края в области края и перинеуральной инвазией. ПВ стадия.

Пациент выписан на 10-е сутки послеоперационного периода. Обратился к онкологу на прием на 28-е сутки послеоперационного периода в связи жалобами на периодические ознобы, сопровождающиеся подъемом температуры до 38С, выявлен дефект задней стенки анастомоза с пресакральным абсцессом. Через дефект анастомоза дренирован абсцесс, назначена антибактериальная терапия. Положительная динамика, нормализация температуры. В дальнейшем пациент прошел АПХТ по схеме XELOX.

Клинический случай № 2

Мужчина 62 лет, проходил лечение по поводу рака выше/ среднеампулярных отделов прямой кишки T3N1M, проведено 8 курсов НАПХТ по схеме FOLFOX. При контрольном МРТ ОМТ отмечены изменения в предстательной железе, выполнена трепан биопсия. По результатам которой выявлена аденокарцинома предстательной железы Глисон 7 баллов(4+3).

Предоперационный диагноз

- 1) Рак выше/среднеампулярного отдела прямой кишки T3N1M0 III st НАПХТ по схеме FOLFOX 8 курсов.
- 2) Рак предстательной железы T2aN0M0 II st - аденокарцинома предстательной железы Глисон 7(4+3).

Лечение

Выполнена симультанная операция – низкая передняя резекция прямой кишки с формированием разгрузочной илеостомы, простатвезикулэктомия с тазовой лимфодиссекцией.

В послеоперационный период отмечен явлением пареза кишечника, купированные на фоне консервативной терапии.

Послеоперационный диагноз:

- 1) Рак выше/среднеампулярного отдела прямой кишки T2N1M0 III стадии НАПХТ по схеме FOLFOX 8 курсов.
- 2) Рак предстательной железы T2cN0M0 II стадии – аденокарцинома предстательной железы Глисон 7(4+3).

Состояние после симультанной операции – низкая передняя резекция прямой кишки с формированием превентивной илеостомы, радикальная простатэктомия с тазовой лимфодиссекцией.

Пациент выписан на 10-е сутки после операции, катетер Фоллея удален на 14-е сутки после операции в амбулаторных условиях.

Результаты:

Пациенты находятся под наблюдением, настоящий момент данных за прогрессирование нет. Функциональные результаты оцениваются, как удовлетворительные.

Заключение:

Общее количество пациентов с раком прямой кишки и предстательной железы увеличивается, соответственно, синхронное сочетание данных заболеваний будет встречаться чаще.

Отсутствие парадигмы единого подхода позволяет рассматривать все возможные варианты лечения.

При раке прямой кишки основным методом остается хирургический, кардинальные изменения данного подхода в ближайшем будущем маловероятно.

При раке предстательной железы пациенту возможно предложить больше вариантов лечения: дистанционная лучевая терапия, брахитерапия, хирургическое лечение являются радикальным, онкологические результаты схожи, но различны по функциональным результатам. Сексуальная функция спустя год после радикальной простатэктомии лучше в сравнении с результатами лечения при дистанционной лучевой терапии. Это стать приоритетным в выборе тактики лечения у молодых пациентов.

Оперативное лечение можно рассматривать в два этапа – передняя резекция прямой кишки, затем радикальная простатэктомия, но в этом случае вторая операция может сопряжена с техническими сложностями оперирования в ранее компрометированной зоне.

Одномоментная операция сопряжена с осложнениями в виде уретрокишечных фистул, лечение которых также является тяжелой задачей.

По нашему мнению проведение симультанных операций возможно при достаточной подготовке хирургических бригад и возможности создания «сухого» мочевого пузыря при несостоятельности уретроцистоанастомоза. Безусловно, данный вопрос нуждается в дальнейшем изучении и коммуникации центров, имеющих опыт лечения синхронного рака прямой кишки и предстательной железы.

Опыт сохранения верхней прямокишечной артерии при хирургическом лечении рака сигмовидной и нисходящей ободочной кишки

Авторский состав:

Ли Ю.Б., Нековаль В.М., Балабан В.В., Горская В.В.

Актуальность:

В настоящее время колоректальный рак (КРР) можно считать маркером социально-экономического развития. Современные исследования показывают, что заболеваемость КРР увеличивается в большинстве стран с низким и средним уровнем дохода, возможно, в результате урбанизации и увеличения распространенности факторов риска, связанных с западным образом жизни. Согласно данным онкологического регистра Globocan за 2022 год КРР занимает третье место по заболеваемости и второе место по смертности среди обоих полов. Данные показатели разнятся в зависимости от региона проживания, но все равно находятся на лидирующих позициях. 5-10% от всех случаев заболеваемости КРР приходится на рак сигмовидной кишки. Основным методом лечения рака сигмовидной кишки является хирургическое лечение, однако стандартизированных объемов операции при этом не существует.

Цель:

Продемонстрировать опыт хирургического лечения рака сигмовидной и нисходящей ободочной кишки с сохранением верхней прямокишечной артерии.

Методы:

В период с февраля 2021 года по май 2024 года в Клинике колопроктологии и малоинвазивной хирургии было выполнено 35 оперативных вмешательств с сохранением верхней прямокишечной артерии по поводу рака сигмовидной или нисходящей ободочной кишки. Были оценены следующие показатели: пол, возраст, индекс ASA, длительность операции, объем кровопотери во время операции, необходимость мобилизации селезеночного изгиба ободочной кишки, послеоперационные осложнения. Также у части пациентов были взяты перитонеальные смывы до и после скелетизации верхней прямокишечной артерии с целью оценки наличия/отсутствия злокачественных клеток.

Результаты:

Средний возраст пациентов составил 59,7 лет. Распределение по полу: 20 пациентов – мужчины, 15 – женщины. Среднее значение индекса ASA – II. Средняя продолжительность операции – 220 минут. Объем кровопотери в среднем составил 60 мл. В четырех случаях (11,4%) были зарегистрированы послеоперационные осложнения: у двоих пациентов (5,7%) наблюдалось нагноение послеоперационной раны, у одной пациентки (2,86%) был подтвержден кластридиальный колит и у одного пациента (2,86%) – несостоятельность колоректального анастомоза, что потребовало проведения экстренного оперативного вмешательства. В четырех случаях при выполнении оперативного вмешательства потребовалась мобилизация селезеночного изгиба ободочной кишки. При цитологической оценке перитонеальных смывов с брыжейки сигмовидной кишки до и после скелетизации верхней прямокишечной артерии злокачественных клеток не было обнаружено.

Заключение:

Наш опыт показывает техническую возможность сохранения верхней прямокишечной артерии при хирургическом лечении опухолей, локализованных в проксимальной, средней, в некоторых случаях и в дистальной трети сигмовидной кишки, а также в дистальной трети нисходящей ободочной кишки. Учитывая отрицательные перитонеальные смывы с брыжейки сигмовидной кишки, рассеченной после скелетизации верхней прямокишечной артерии, можно предположить, что метастазирования в ходе скелетизации не происходит, однако для полноценной оценки онкологической безопасности данной манипуляции требуются дальнейшие исследования.

Морфологические изменения в геморроидальной ткани после воздействия диодного лазера

Авторский состав:

Созонов Д.М., Засорин А.А., Бируля Н.И.

Актуальность:

Изучение оперативных методов лечения геморроидальной болезни представляет интерес до настоящего времени. Актуальной и современной малоинвазивной методикой является лазерная геморроидопластика. При изучении данной методики в публикациях, большое внимание уделяется вопросам эффективности данного метода в ближайшем послеоперационном периоде лечения геморроидальной болезни. Однако не приводятся данных, описывающих, морфологические изменения в ткани геморроидальных узлов при воздействии лазерного излучения. Так же необходимо отметить, что в различных источниках используют различные параметры аппаратуры – длина волны и мощность.

Цель:

изучение макро и микроскопических изменений в геморроидальной ткани при воздействии различных параметров диодного лазера

Методы:

Нами было проанализировано 15 групп геморроидальных узлов, взятых после геморроидэктомии. В исследовании использовался аппарат «ИРЭ-Полус», длина волны 1470 нм. В каждой группе на узлы воздействовали лазерным излучением 8, 9 и 10 Вт. Для приближения исследования к реальной методике, воздействие выполнялось аналогичным путем как и при выполнении лазерной геморроидопластики – импульсный режим, шаг 3 мм, «веерообразный ход», потраченная энергия на узел от 120 до 150 кДж. Помимо изучения микроскопических изменений мы оценивали и макроскопические показатели – размеры и вес узлов до и после воздействия.

Результаты:

Средний вес узла составил 2,49 гр, размеры 2,3 см. После воздействия лазерного излучения вес геморроидальных узлов снизился на 12,02% при мощности 8 Вт и 9 Вт, на мощности 10 Вт вес уменьшился на 12,86%, средние показатели составляют 2,19 гр. Уменьшение размеров узлов на мощности 8 Вт составляет 14,35%, при 9 Вт 8,33%, а при 10 Вт 5,67%. Средняя длина узлов после воздействия составляет 2,08 см. При микроскопическом исследовании имеющиеся изменения касаются только глубины зоны коагуляции. При воздействии лазерного излучения 8, 9 и 10 Вт глубина коагуляции 3, 2 и 1 мм соответственно. Других значимых изменений не выявлено.

Заключение:

При воздействии диодного лазера мощностью 8 Вт отмечается увеличение глубины воздействия лазерного излучения, а также отмечается большее уменьшение размеров узлов. С увеличением мощности снижается эффективность методики до 66%.

Проводниковая анестезия, как способ профилактики развития послеоперационного илеуса

Авторский состав:

Леухина Т.И., Хубезов Д.А., Зайцев О.В, Игнатов И.С., Огорельцев А.Ю., Ли Ю. Б., Бурмистрова С.С.

Актуальность:

Послеоперационный илеус является одним из частых осложнений послеоперационного периода в хирургии колоректального рака. Так, частота развития послеоперационного илеуса после резекции толстой кишки составляет от 4 до 75% по данным разных авторов.

Последние зарубежные исследования доказывают, что наличие петлевой илеостомы или трансверзостомы является весомым фактором риска развития послеоперационного илеуса. Данная закономерность подтверждена и в нашем исследовании от 2021 года. В следующем нашем экспериментальном исследовании от 2022 года мы смоделировали развитие послеоперационного илеуса у стомированных крыс, где доказали, что имеется связь между формированием петлевой колостомы и угнетением моторики ЖКТ. Причины угнетения моторики ЖКТ у стомированных пациентов не ясны.

В своих недавних работах от 2020 года японские ученые показали, что чем толще прямая мышца живота, через которую выводится илеостома, тем выше риск развития послеоперационного илеуса.

Цель:

Исходя из этих данных, мы выдвинули собственную гипотезу - стомированная кишка сдавливается прямой мышцей живота, которая утолщается непосредственно в ответ на хирургическое вмешательство.

Поэтому, по нашему мнению, представляется целесообразным поиск манипуляций, направленных на снижение тонуса прямых мышц живота, через которые выводится стома.

Методы:

На базе вивария Рязанского государственного университета имени академика И.П. Павлова было проведено экспериментальное исследование на 30 крысах линии Wistar с массой тела 200-250 г, сопоставимых по возрасту, разделённых на 3 группы:

Первая группа (контрольная) – 10 крыс, которым выводилась стома

Вторая группа – 10 крыс, которым выводилась стома и проводилась односторонняя паравертебральная блокада

Третья группа – 10 крысы, которым выводилась стома и проводилась двусторонняя паравертебральная блокада.

В качестве манипуляции, направленной на снижение тонуса прямых мышц живота, нами выбрана паравертебральная блокада. Это связано с невозможностью выполнения местной блокады мышц в области выведения стомы, связанной с малой толщиной передней брюшной стенки у крыс.

Через 24 часа после оперативного вмешательства с помощью металлической орогастральной канюли крысам перорально вводилось 0,5 мл раствора

метиленового синего. Через 20 минут от введения метиленового синего животное под наркозом выводилось из эксперимента.

Для оценки функционального состояния ЖКТ мы оценивали общую длину тонкой кишки, общую длину прокрашенной кишки после введения метиленового синего, индекс гастроинтестинального транзита (отношение окрашенного участка кишки к общей длине кишки *100%), количество прокрашенных участков тонкой кишки, количество каловых масс.

Результаты:

1. Сравнивая контрольную группы с группой с односторонней блокадой нами обнаружено, что индекс гастроинтестинального транзита и количество прокрашенных участков тонкой кишки достоверно выше в группе с односторонней блокадой, чем у контрольной группы ($p=0,024$);
2. Сравнивая контрольную группу с двусторонней блокадой ни одного достоверного различия не было обнаружено.
3. Сравнивая группу с односторонней блокадой и двусторонней блокадой достоверные различий также получено не было.

Заключение:

Более быстрая эвакуация красителя по тонкой кишке у стомированных крыс наблюдалась в группе с односторонней блокадой. Это позволяет предположить, что снижение тонуса прямой мышцы живота вследствие паравертебральной блокады снижает риск развития послеоперационного илеуса у стомированных крыс в послеоперационном периоде, уменьшая угнетающее воздействие на кишку при выведении стомы. Данные результаты могут свидетельствовать о целесообразности выполнения блокад передней брюшной стенки у пациентов с выведенной стомой, для чего необходимы дальнейшие клинические исследования.

Гибридный способ удаления редкого инородного тела сигмовидной кишки (клиническое наблюдение)

Авторский состав:

Рамазанова М.Л., Игнатов И.С., Федоренко А.А., Деринов А.А., Павлов П.В.

Актуальность:

В 1,9-4,9 из 1000 случаев при введении внутриматочной спирали (ВМС) происходит ее миграция в свободную брюшную полость, полость малого таза, в сигмовидную кишку или в мочевой пузырь. Чаще всего данное осложнение происходит именно в момент ее установки при перфорации стенки матки, что может не диагностироваться во время операции или послеоперационном периоде. В литературе описано около 10 случаев миграции ВМС в просвет толстой кишки. В данной публикации представлен редкий случай бессимптомной миграции ВМС в просвет сигмовидной кишки, который был пролечен на базе Клиники колопроктологии и малоинвазивной хирургии Первого Московского Медицинского Государственного университета им И.М. Сеченова с помощью малоинвазивных методик.

Цель:

Продемонстрировать эффективность и безопасность проведения гибридных операций по поводу удаления инородного тела сигмовидной кишки.

Методы:

Пациентке Х. 34 года в 2016 году в целях контрацепции была установлена ВМС. Несмотря на это в 2016 году наступила беременность, закончившаяся аборт по решению женщины. При проведении УЗИ ВМС в полости матки не обнаружена. Выполнена диагностическая лапароскопия - ВМС в полости малого таза и брюшной полости также не обнаружена.

В августе 2023 года пациентка была госпитализирована по поводу апоплексии правого яичника в экстренном порядке - выполнена лапароскопия и резекция правого яичника (г. Краснодар). Интраоперационно обнаружен инфильтрат в проекции проксимальной трети сигмовидной кишки, причина которого была не ясна. Выписана в удовлетворительном состоянии. Обследована.

По данным КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием от 06.09.2023 в области перехода нисходящей кишки в сигмовидную - по передней и задней стенки сигмовидной кишки - отдельные металлические скрепки. КТ-признаков патологических образований сигмовидной кишки не выявлено.

Видеоколоноскопия от 07.09.2023: Эндоскопическая картина инородного тела в сигмовидной кишке.

Ирригоскопия 07.09.2023: Рентгенологическая картина двух инородных тел в стенке ободочной кишки на уровне перехода нисходящей ободочной в сигмовидную кишку. Признаков кишечной непроходимости или несостоятельности кишечной трубки не выявлено.

27.09.2023 г. на базе ККМХ было проведено гибридное эндоскопическое удаление инородного тела (ВМС) сигмовидной кишки под контролем лапароскопии. При ревизии брюшной полости в области перехода нисходящей ободочной кишки в сигмовидную контурируется фрагмент ВМС, пролабирующий в брюшную полость без нарушения целостности кишки. Инородное тело удалено эндоскопически путем

захвата петли ВМС биопсийными щипцами. Перфорации сигмовидной кишки отмечено не было, что было подтверждено при лапароскопии. В полость малого таза установлен трубчатый дренаж.

Результаты:

Пациентка активизирована в день операции. Газы отошли через несколько часов после операции, стул – на следующий день. Дренаж удален на 3 сутки после операции. Заживление послеоперационных ран первичным натяжением. Осложнений в послеоперационном периоде не было. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 5 сутки после операции.

Заключение:

Миграция ВМС в просвет проксимального отдела сигмовидной кишки является редким осложнением данной манипуляции. При отсутствии ВМС в полости матки после ее установки необходимо обследовать толстую кишку. При плотной фиксации инородного тела к стенкам кишки целесообразно удалять его с использованием малоинвазивных методик. Метод выбора – гибридное вмешательство, а именно, эндоскопическое удаление под контролем лапароскопии, что позволяет контролировать состояние стенки кишки со стороны брюшной полости, своевременно выявлять и устранять ее повреждения.

Эндоскопическое стентирование в лечении острой обтурационной толстокишечной непроходимости

Авторский состав:

Магомедова Ф.М., Алиев М.А., Гереева З.К.

Актуальность:

Колоректальный рак, осложненный острой кишечной непроходимостью, занимает 3-4 место онкологических заболеваний и возникает у 5,7-30 % хирургических больных. Оперативные вмешательства, выполняемые у этой группы больных, отмечаются высокими показателями летальности и осложнений от 7,6 до 35 %. Консервативные мероприятия (очистительные и сифонные клизмы) не эффективны, а хирургическое лечение- выведение колостомы или операция Гартмана сопряжено с послеоперационными неудобствами, ростом числа осложнений и летальности. Эндоскопическое стентирование колоректального рака, осложненного острой кишечной непроходимостью, позволяет разрешить кишечную непроходимость и является подготовительным этапом на пути радикального хирургического лечения.

Цель:

Цель работы: улучшение результатов лечения колоректального рака, осложненного острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза, путем использования малоинвазивного эндоскопического метода, направленного на разрешение непроходимости.

Методы:

Анализируются результаты лечения 41 больного с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью различной локализации, поступивших в экстренном порядке в 1 городскую клиническую больницу за последние 2 года. Основная группа составила 15 пациентов, которым для разрешения кишечной непроходимости выполнено эндоскопическое стентирование опухолевой стриктуры. В контрольную группу вошли 26 пациентов, которым с этой целью были сформированы декомпрессионные кишечные стомы. Возраст больных колебался от 52 до 84 лет, практически у всех из них были тяжелые сопутствующие заболевания. Колоректальное стентирование выполнялось при видеоэндоскопической колоноскопии под контролем рентгенустановки- аппарата С-дуги. Процедура выполнялась с применением внутривенной седации. Колоноскоп подвели к месту сужения, контрастировали зону сужения жидким водорастворимым контрастом определяли ее протяженность. После этого по каналу колоноскопа под контролем зрения и рентгеноскопии за зону сужения проводили металлический проводник и по нему устанавливалась система доставки колоректального стента. Раскрытие стента контролировалось с помощью рентгеноскопии.

Результаты:

У всех пациентов, которым было проведено эндоскопическое стентирование зону сужения при обтурационной кишечной непроходимости, удалось достигнуть восстановления пассажа по кишечнику. Осложнений и летальных случаев не было. Всем им в последующем выполнены радикальные хирургические лечения в плановом порядке.

В контрольной группе которым было выполнено хирургическое лечение с выведением колостомы результаты оказались значительно хуже: летальные случаи 2(7,6%), а в 7 случаях (26,9%) отмечены послеоперационные осложнения: ретракция стомы у 2-х пациентов, стеноз стомы в одном случае, перистомальный дерматит у 4 пациентов.

Заключение:

1. Применение малоинвазивного метода, эндоскопическое стентирование зону стеноза при обтурационной кишечной непроходимости позволяет в короткие сроки восстановить пассаж по кишечнику и улучшить состояние пациента.

2. Установка колоректального стента при непроходимости, вызванной опухолями толстой и прямой кишки, позволяет в плановом порядке подготовить пациента к радикальному хирургическому лечению, корректировать сопутствующие заболевания и значительно улучшить результаты лечения, по сравнению с контрольной группой.

Опыт эндоскопических диссекций в подслизистом слое при гигантских (≥ 90 мм) новообразованиях толстой кишки

Авторский состав:

Даххаев Г.А., Федоренко А. А., Павлов П. В., Кирюхин А. П., Тертычный А.С.

Актуальность:

Эндоскопическая мукозэктомия с диссекцией в подслизистом слое (ESD) — это метод удаления новообразований, подразумевающий наличие продвинутых технических навыков в оперативной внутрипросветной эндоскопии, часто требующий значительных временных затрат. Многочисленные исследования показали убедительное превосходство ESD по достижению R0 резекции, а значит - и минимальной встречаемости местных рецидивов опухоли в сравнении с другими эндоскопическими методами. Для любого эндоскопического метода не характерна высокая частота таких тяжелых осложнений как: перфорация стенки кишки и интенсивное внутрибрюшное или кишечное кровотечение, что благоприятно сказывается на сокращении сроков госпитализации и стоимости лечения. ESD относится к органосохраняющим вмешательствам, и потому качество жизни пациента чаще всего не страдает, при сохранении высоких клинических результатов.

Цель:

Представление и анализ клинических результатов лечения пациентов с гигантскими эпителиальными новообразованиями толстой кишки в колопроктологическом стационаре УКБ№2 Сеченовского Университета.

Методы:

Проанализированы клинические случаи лечения пациентов с 25 эпителиальными новообразованиями толстой кишки методом эндоскопической мукозэктомии с диссекцией в подслизистом слое.

Результаты:

Средний возраст пациентов $67,12 \pm 10,109$ (M \pm SD); Средний размер новообразования составил $119,04 \pm 23,41$ мм (M \pm SD); Среднее время операции составило $381,04 \pm 176,743$ мин (M \pm SD); Полнота резекции единым блоком (гистологическая) составила 88% (22/25), радикальность резекции (R0) составила 80% (20/25); Интраоперационная перфорация толстой кишки у 5 (20%) пациентов, частота интраоперационных кровотечений у 16 (64%) пациентов.

Заключение:

Эндоскопическая мукозэктомия с диссекцией в подслизистом слое гигантских новообразований толстой кишки (размером более 90 мм) технически трудна, занимает значительное количество времени, но при наличии опыта и подготовленности хирургической службы позволяет избегать больших полостных хирургических вмешательств. Полученные результаты нашего исследования позволяют утверждать, что ESD является методом выбора в лечении крупных эпителиальных новообразований толстой кишки вследствие своей высокой безопасности, надежности и сохранения функции оперируемого органа.

Программа ускоренного выздоровления при расширенно-комбинированных операциях на органах малого таза

Авторский состав:

Гарипов М.Р., Лядов В.К., Москаленко А.Н.

Актуальность:

Проведение расширенно-комбинированных операций при опухолях органов малого таза сопровождается высоким уровнем послеоперационной летальности (до 3-7%) и развития послеоперационных осложнений (35-75%). Важным способом профилактики развития осложнений в современной хирургии является разработка унифицированного протокола ускоренного выздоровления (ПУВ) для ведения пациентов на основе данных исследований с высокой степенью доказательности.

Цель:

Целью нашего исследования было формирование единого ПУВ для пациентов при расширенно-комбинированных операциях на органах малого таза, его внедрение в практику и оценка непосредственных результатов.

Методы:

Адаптированный ПУВ при расширенно-комбинированных операциях на органах малого таза был сформирован на основе стандартных протоколов для пациентов гинекологического, урологического и колопроктологического профилей. Основами ПУВ были отказ от рутинной механической подготовки кишечника, премедикации, установки назо-гастральных зондов, прецизионная хирургическая техника с использованием увеличительной оптики, активизация на 1 сутки после операции, раннее начало питания через рот, минимальное применение опиатных анальгетиков. В исследование были включены 111 пациентов с опухолями органов малого таза, которым была выполнена расширенно-комбинированная операция. В контрольную группу вошли 59 пациентов, периоперационное ведение которых осуществлялось на основе традиционных подходов (2018-2019 гг.). В основную группу исследования включены 52 пациента, периоперационный период которых был охвачен разработанным в отделении ПУВ (2020-2021 гг.). Группы были сопоставимы по возрасту, ИМТ, статусу ECOG. В группе исследования преобладали пациенты женского пола (90,4 против 74,6%; $p=0,046$), пациенты с рецидивными (46,2 против 22,0%; $p=0,009$) и осложненными опухолями (26,9 против 11,9%; $p=0,054$). Также в группе исследования операции реже завершались обструктивной резекцией прямой кишки без формирования анастомоза (28,8 против 47,5%; $p=0,068$).

Результаты:

В группе ПУВ была выше длительность операции (319 ± 125 против 236 ± 79 мин, p

Заключение:

Применение ПУВ в группе пациентов с местно-распространенными, в т.ч. рецидивными злокачественными опухолями органов малого таза возможно, безопасно для пациента и способствует снижению кровопотери, числа гемотрансфузий, риска развития инфекций области хирургического вмешательства.

Клинические проявления сифилиса аноректальной области: что важно знать колопроктологу

Авторский состав:

Титов И.С., Гуцин А.Е., Фриго Н.В., Жукова О.В.

Актуальность:

Одной из самых частых причин обращения к врачу-колопроктологу среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), являются воспалительные заболевания прямой кишки и анального канала (ВЗПА), вызванные инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), в том числе, *Treponema pallidum*. Наиболее часто встречающимися симптомами ВЗПА являются: боль в прямой кишке и боль во время дефекации, ложные позывы на дефекацию, появление слизи, гноя и примеси крови в кале, метеоризм и чувство переполнения кишечника, мокнутие в перианальной области и выделения из анального канала, что также требует проведения дифференциального диагноза с общепроктологическими заболеваниями, воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), аденокарциномой или лимфомой прямой кишки. В период с 2020 по 2030 год ВОЗ прогнозирует снижение случаев заражения сифилисом с 7,1 миллиона человек на 90%. Однако данные из США и Западной Европы говорят об обратной динамике, особенно среди пациентов из групп риска, в том числе МСМ. В РФ в период с 2014 по 2020 годы по данным Росстата число случаев заражения сифилисом снизилось более чем на 72%. Несмотря на это в Москве, по сообщениям Росздравнадзора, число впервые выявленных случаев заболевания в 2022 году по сравнению с 2021 выросло в 2 раза. Такой бурный рост заболеваемости связан с внедрением рутинного обследования мигрантов, но сложная эпидемиологическая обстановка в этой группе населения может сказаться и на общей популяции. По опубликованным в 2022 году данным ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ, полученных с помощью математических и статистических моделей, в нашей стране учреждениям по оказанию медицинской помощи необходимо быть готовыми к возможной волне роста сифилиса. С ухудшением эпидемиологической обстановки будет оставаться на высоком уровне число экстрагенитальных форм заболевания, в том числе и аноректальной области. В связи с особенностями клинических проявлений пациенты первично будут обращаться на приём к врачам-колопроктологам, что накладывает на последних ответственность в умении заподозрить предварительный диагноз сифилиса и направить диагностический поиск в правильное русло, что, в свою очередь, будет способствовать снижению материальных затрат на обследование и лечение данных пациентов, а в глобальном смысле, снижать возможные эпидемиологические риски по дальнейшему распространению заболевания.

Цель:

Изучить частоту выявления и оценить особенности клинических проявлений сифилиса аноректальной области среди пациентов-МСМ, обращающихся за колопроктологической помощью. Обосновать алгоритмы диагностики заболевания у пациентов данной группы.

Методы:

Обследовано 855 пациентов старше 18 лет с ВЗПА, а также с общепроктологическими заболеваниями. Всем им был проведен осмотр, пальцевое исследование анального канала и прямой кишки, ректороманоскопия, и выполнена ПЦР-диагностика слизистого отделяемого прямой кишки и анального канала на наличие ДНК *S.trachomatis* (LGV), *S.trachomatis* (URO) *N.gonorrhoeae*, *M.genitalium*, HSVI, HCVII, *T.pallidum* с использованием набора реагентов АмплиПрайм (производство ООО «НекстБио»). Всем пациентам, которым ранее диагноз сифилиса не был установлен, проводился скрининг на заболевание с помощью исследования в сыворотке крови суммарных антител к возбудителю *T.pallidum* с помощью стандартного иммуноферментного анализа (ИФА), а при положительном результате подтверждающие серологические тесты: реакция микропреципитации с кардиолипидным антигеном (РМП), реакция прямой геммагглютинации (РПГА), качественное определение IgM к *T.pallidum* с помощью ИФА или иммунного блоттинга (ИБ). У пациентов, в анамнезе которых уже было установлено заболевание сифилисом, скрининговые тесты не проводились. Также пациентам с ранее неподтвержденной ВИЧ-инфекцией проводился скрининг на наличие антител к ВИЧ - 1, 2 путём исследования на основе ИФА. Статистическую обработку данных проводили в программе GraphPad Prism 8 с использованием критерия Fisher exacttest и расчетом доверительных интервалов.

Результаты:

ВЗПА, ассоциированные с ИППП обнаружены у 566 человек (66,2%) (95% ДИ 0,66 (0,63 - 0,69)). Среди них проктит диагностировали у 489/566 (85,9%) (95% ДИ 0,85 (0,83 - 0,89)), при этом у 126/489 (25,8%) (95% ДИ 0,25 (0,22 - 0,30)) пациентов он сочетался с поражениями анального канала и перианальной кожи, а у 13,4% (76/566) (95% ДИ 0,13 (0,11 - 0,17)) были выявлены только поражения ануса или дерматит. ВИЧ-положительными (ВИЧ+) были 429/855 (50,2%) (95% ДИ 0,50 (0,47 - 0,54)), отрицательный ВИЧ-статус (ВИЧ-) имели 426/855 (49,8%) (95% ДИ 0,49 (0,46 - 0,53)). Сифилис в анамнезе достоверно чаще встречался у пациентов первой группы: 135/279 (48,4%) и 28/92 (30,4%) соответственно (p

Заключение:

В представленной выборке пациентов-МСМ, обратившихся за помощью к колопроктологу, различные формы раннего сифилиса аноректальной области были выявлены в 9,6% случаев, что говорит о высокой распространенности заболевания в данной группе. В группе ВИЧ+ частота встречаемости сифилиса аноректальной области достоверно выше, чем среди пациентов ВИЧ-, что также должно обращать на себя внимание лечащего врача. ПЦР, как прямой метод, занимает важную нишу в диагностике первичного (в большей степени) и вторичного сифилиса среди пациентов-МСМ и может служить методом диагностического скрининга у пациентов с эрозивно-язвенными поражениями аноректальной области. Метод ПЦР-диагностики даёт возможность установить диагноз в серонегативный период заболевания, позволяет провести дифференциальную диагностику с другими ВЗПА и ИППП, а также выявить коинфекцию. У пациентов-МСМ с ВЗПА с отрицательными ПЦР-тестами на *T. pallidum* следует исключительно во всех случаях проводить лабораторный скрининг сифилиса серологическими методами, учитывая данные анамнеза (сифилис в прошлом). По нашим данным, примерно в 13% случаев проявлением первичного сифилиса аноректальной области может быть только катаральный или катарально-фибринозный проктит, без формирования

эрозивно-язвенных элементов. Но этот вопрос требует дальнейшего изучения. Вероятно, что первичный сифилитический аффект мог находиться в орофарингеальной области и не был замечен. Примерно в 40,2% случаев сифилис аноректальной области может сочетаться в венерической лимфогранулёмой прямой кишки, что требует от лечащего врача выбора схемы этиотропной терапии и очередности лечения двух заболеваний. Данный вопрос дискуссионен и требует дополнительного накопления научного материала.

Влияние неоадьювантной химиотерапии на непосредственные результаты лечения пациентов с раком ободочной кишки II-с и III стадии

Авторский состав:

Горшкова М.А., Семенов Н.Н., Данилов М.А., Гогенова Т.Ю., Васнев О.С.

Актуальность:

Обоснованность неоадьювантной химиотерапии продемонстрировала свою эффективность при опухолях различных локализаций. Однако значимость неоадьювантной химиотерапии при опухолях ободочной кишки по-прежнему до конца не изучена.

Цель:

Оценить непосредственные результаты хирургического лечения больных колоректальным раком клинической II-с и III стадии (3-5 баллов по шкале Node-RADS) после проведенной неоадьювантной химиотерапии в сравнении с больными, которым оперативным вмешательство выполнялось на первом этапе.

Методы:

В проспективное исследование включено 60 пациентов, рандомизированных на две группы (1:1): 1 – контрольная группа, оперативное вмешательство на первом этапе; 2 группа – неоадьювантная химиотерапия по схеме FOLFOX или XELOX (3 месяца) с последующим оперативным вмешательством. Первичной конечной точкой исследования явилось изучение влияния неоадьювантной химиотерапии на непосредственные результаты хирургического вмешательства. Вторичная конечная точка – частота конверсии химиотерапии из адьювантной терапии в неоадьювантную.

Результаты:

Не было выявлено достоверных различий в частоте послеоперационных осложнений между группами (частота несостоятельности анастомоза, длительность стационарного лечения, длительность оперативного вмешательства, 30-дневная летальность ($p=0,18$)). Частота патоморфоза 2 степени после проведения неоадьювантной химиотерапии составила 60%. При оценке морфологических факторов неблагоприятного прогноза в группе неоадьювантной химиотерапии и первичного хирургического лечения N+ установлен 43% и 87% ($p=0,009$); наличие лимфоваскулярной инвазии выявлено у 53% и 80% ($p=0,01$); периневральной инвазии 23% и 63% ($p=0,12$), соответственно. Соответственно, после проведенной неоадьювантной химиотерапии продолжение адьювантной терапии до 6 мес. потребовалось у 43%, а в группе первичного хирургического лечения у 60% ($p=0,3$).

Заключение:

Проведение неоадьювантной химиотерапии представляется как безопасный метод лечения больных раком ободочной кишки II-с и III стадии, не влияющий на непосредственные результаты хирургического лечения. Показано, что проведение неоадьювантной химиотерапии ведет к развитию лекарственного патоморфоза у 60% больных, что ведет к значительно более редкому выявлению факторов негативного прогноза, и, соответственно, уменьшению длительности химиотерапии.

Патоморфологическая оценка качества тотальной мезоколонэктомии при раке правой половины ободочной кишки

Авторский состав:

Резник И.П., Невольских А.А., Авдеенко В.А.

Актуальность:

На сегодняшний день единственным общепринятым критерием оценки качества выполнения тотальной мезоколонэктомии (ТМКЭ) при раке ободочной кишки является оценка плоскости резекции параколической клетчатки, предложенная в 2008 году West N. В то же время этого недостаточно, чтобы оценивать уровень перевязки магистральных сосудов и объем лимфодиссекции. Таким образом, разработка критериев оценки зоны D3-лимфодиссекции с исследованием апикальных лимфатических узлов и стандартизация патоморфологической оценки качества ТМКЭ с учетом всех параметров является актуальной и важной задачей.

Цель:

Разработка системы комплексной оценки качества ТМКЭ при раке правой половины ободочной кишки (РППОК) на основе универсальных критериев.

Методы:

Работа основана на патоморфологическом исследовании удаленных при правосторонней гемиколэктомии (ПГКЭ) препаратов. Макроскопическое исследование включало оценку плоскости резекции параколической клетчатки по West N. [2008], качества выполнения ТМКЭ по Benz S. [2019], картирование и выделение лимфатических узлов по группам согласно японской клинической классификации (JSCCR), а также оценку основных и дополнительных параметров, таких как длина тонкой и толстой кишки, размер и локализация опухоли, расстояние от опухоли до краев резекции, до уровня перевязки магистральной артерии, а также расстояние от уровня перевязки магистральной артерии до ближайшей кишечной стенки, площадь брыжейки ободочной кишки. Фотодокументация основных этапов макроскопического исследования стала основным критерием включения пациентов в исследование. После фиксации в 10% растворе нейтрального формалина с последующей проводкой и изготовлением гистологических препаратов выполняли стандартное микроскопическое исследование с применением светового микроскопа Nikon Eclipse Ci (Япония).

Результаты:

В исследование включено 119 пациентов (49 мужчин, 70 женщин), оперированных в период с ноября 2022 по июнь 2024 года. Медиана возраста составила 65 лет (37 – 88). У 5 (4,2%) пациентов была установлена I стадия заболевания, у 14 (11,8%) – II, у 73 (61,3%) – III и у 27 (22,7%) – IV. Хорошее качество выделения мезоколической фасции (Grade 3) по West N. обнаружено в 69 случаях (58%), удовлетворительное (Grade 2) в 37 случаях (31%), плохое (Grade 1) в 2 случаях (1,6%) и оценить качество не представилось возможным (вследствие прорастания опухоли в другие органы или брюшную стенку) в 11 случаях (9,3%). Истинная ТМКЭ (Тип 0 по Benz S.) была выполнена в 54 случаях (45,4%), тип 1 в 31 случае (26%), тип 2 в 32 случаях (26,9%) и тип 3 в 2 случаях (1,7%).

Медиана исследованных лимфатических узлов составила 44 (9-225), пораженных – 4 (1-51) лимфатических узла. Поражение лимфатических узлов выявлено у 67

пациентов (56,3%). Поражение апикальных лимфатических узлов установлено в 8 (6,7%) случаях, при этом в 5 случаях опухоли локализовались в слепой кишке с поражением 203 группы, у одного пациента в восходящей ободочной кишке с поражением 213 и 223 групп, у одного в восходящей ободочной кишке с поражением 203 группы и у одного пациента в области печеночного изгиба поперечной ободочной кишки с поражением 223 группы. Факторы неблагоприятного прогноза, такие как наличие периневрального роста, лимфо- и ангиоваскулярной инвазии, наличие опухолевых депозитов и метастазов в лимфатические узлы были выявлены у 75 (63%) пациентов.

Заключение:

Применение комплексной оценки качества удаленных препаратов после ПГКЭ необходимо для оценки качества хирургического лечения, и позволяет выявить факторы неблагоприятного прогноза, что необходимо для своевременного и адекватного назначения лекарственной терапии у данной категории пациентов.

Два редких клинических случая метастазирования рака предстательной железы в лимфатические узлы брыжейки сигмовидной кишки при первично-множественном раке

Авторский состав:

Никишина А.В., Игнатов И.С., Балабан В.В., Кретьева Н.В., Лернер Ю.В., Шломина А.М.

Актуальность:

Рак предстательной железы (РПЖ) наиболее часто метастазирует в кости (84%), отдаленные лимфатические узлы (ЛУ) (10,6%), печень (10,2%), и легкие (9,1%). В 18,4% отмечается поражение нескольких органов. В литературе так же описано 10 случаев поражения мезоректальных ЛУ раком ПЖ, что объясняется наличием путей лимфооттока от ПЖ в мезоректум и пресакральное пространство. Особенно часто такой путь лимфогенного метастазирования отмечен при рецидиве РПЖ и местнораспространенном процессе. Лишь в одной Японской публикации от 2019 года описан случай поражения раком ПЖ ЛУ брыжейки сигмовидной кишки. За последний год в Клинике колопроктологии и малоинвазивной хирургии Первого Московского Государственного Медицинского университета им. И.М. Сеченова было пролечено два таких пациента.

Цель:

Продемонстрировать трудности диагностики и результаты лечения двух пациентов с ПМР ПЖ и сигмовидной кишки (СК)

Методы:

Случай №1. У Пациента Х. 84 лет в 2012 году выявлен РПЖ pT3N0M0. Стадия по Глиссону не известна. 04.06.2012 выполнена нерадикальная простатэктомия с тазовой лимфаденэктомией. Проводилась гормональная терапия (ГТ), на фоне которой отмечено появление метастазов в кости скелета и легкие. Проведено 8 курсов химиотерапии Доцетакселом, после чего прогрессирование в виде роста очагов. Проведено 7 курсов ХТ кабазитакселом с бифосфонатами на фоне ГТ, после чего в марте 2023 года повторное прогрессирование. По данным ПСМА ПЭТ-КТ от 20.03.2023: местный рецидив в ложе ПЖ, метастатическое поражение костей, множественные метастазы в правом легком. В мае 2023 года госпитализирован в хирургический стационар с клинической картиной кишечного кровотечения – остановлено консервативно. При видеоколоноскопии – опухоль дистальной трети сигмовидной кишки, верифицированная как колоректальная карцинома. КТ органов брюшной полости (ОБП) с в/в контрастированием: В дистальной трети сигмовидной кишки определяется неравномерное утолщение стенки до 11мм, протяженностью около 30мм, параколическая клетчатка не изменена, в структуре определяются единичные лимфатические узлы, размерами до 6х9мм. Остальные изменения согласуются с данными ПЭТ КТ. В связи с рецидивирующими кишечными кровотечениями оперирован в срочном порядке в ККМХ 01.06.2023 в объеме: Лапароскопическая обструктивная резекция сигмовидной кишки с D2 лимфодиссекцией формированием концевой сигмостомы.

Случай №2. Пациент П. 76 лет отметил примесь крови к калу, в связи с чем выполнена видеоколоноскопия, при которой обнаружена опухоль дистальной трети сигмовидной кишки, верифицированная как высокодифференцированная

аденокарцинома. При МРТ органов малого таза с в/в контрастированием от 22.01.2024, опухоль дистальной трети сигмовидной кишки протяженностью до 80 мм с прорастанием в мезоректальную клетчатку на глубину 4 мм с признаками инфильтрации прилежащей брюшины, отмечаются параколические ЛУ 9x11 мм, наружные подвздошные ЛУ справа 8x14 мм, слева 6x21 мм, определяется экстрамуральная венозная инвазия, в левой доле простаты опухоль 14x15 мм. По данным РКТ ОБП с в/в контрастированием от 23.01.2024, отмечается забрюшинная лимфаденопатия (множественные парааортальные и аортокавальные ЛУ до 11 мм по короткой оси), брыжеечной лимфаденопатии нет, отдаленных метастазов нет. 27.02.2024 выполнена трансректальная трепанобиопсия ПЖ: ацинарная аденокарцинома (Глиссон 5+3) с периваскулярной и периневральной инвазией. 28.02.2024 оперирован в плановом порядке: Лапароскопически-ассистированная передняя резекция прямой кишки с ДЗ-лимфодиссекцией, формированием аппаратного сигмо-ректального анастомоза конец-в-конец.

Результаты:

Случай №1.

Заключение патоморфологического исследования:

умереннодифференцированная колоректальная аденокарцинома с инвазией в толщу жировой клетчатки, фокусами лимфо-сосудистой инвазии в пределах стенки кишки. Участков опухолевого почкования не обнаружено. В краях резекции роста опухоли не обнаружено. В 3 лимфатических узлах 252 группы (из 34 исследованных) обнаружены метастазы аденокарциномы толстой кишки (подтвержденные ИГХ-исследованием на основании экспрессии СК 20 и отсутствия экспрессии НКх 3.1). Определяются небольшие фокусы экстракапсулярного распространения. pT3 N 1 bMx L 1, V 0, Pn 0, R 0. Так же отмечено распространение опухоли предстательной железы в жировую клетчатку 252 и 242 групп, метастазы в лимфатических узлах 252 и 242 групп (подтвержденные ИГХ-исследованием на основании ядерной экспрессии НКх 3.1 и отсутствия экспрессии СК20). Определяются очаги периневрального и периваскулярного роста, а также фокусы сосудистой инвазии. Рак предстательной железы уpTx N 1 Mx V 1, Pn 1.

У пациента в послеоперационном периоде отмечалась выраженная белково-энергетическая недостаточность, экссудативный плеврит справа. 05.06.2023 выполнялось дренирование правой плевральной полости. В течение 9 суток пациент находился в реанимации, где проводилась комплексная интенсивная терапия с положительным эффектом. Выписан в тяжелом состоянии на 14 сутки после операции в центр паллиативной помощи.

Случай №2.

Заключение патоморфологического исследования:

высокодифференцированная аденокарцинома сигмовидной кишки с прорастанием в мышечный слой. Лимфоваскулярная инвазия. Сосудистой, периневральной инвазии достоверно не обнаружено. Края резекции интактны. Суммарно исследован 51 лимфоузел, в одном 241 группы – рост опухоли, по строению не соответствующей аденокарциноме кишечного типа в стенке кишки. Морфология более характерна для карциномы предстательной железы.

p T2 pN0 L1 V0 Pn0 R0. Выполнено ИГХ-исследование: в клетках метастаза карциномы отмечается ядерная экспрессия НКх3, экспрессия CDх 2 негативная, при позитивном внешнем контроле. Таким образом, иммунофенотип метастаза в лимфоузле соответствует карциноме предстательной железы.

В послеоперационном периоде отмечалась лимфорейка до 100 мл в сутки, которая прекратилась на фоне консервативной терапии. Дренаж удален на 14 сутки после операции. Также на 7 сутки после операции вскрыта серома послеоперационной раны, которая зажила на фоне перевязок с антисептиками. Выписан в удовлетворительном состоянии на 18 сутки после операции.

Заключение:

Описано два редких случая поражения ЛУ брыжейки сигмовидной кишки раком ПЖ: в одном случае при метастатическом ПМР, во втором – при синхронном. Стоит отметить, что в первом случае данная лимфаденопатия не была выявлена при ПСМА ПЭТ КТ. Установка правильного диагноза после операции стала возможной благодаря мультидисциплинарному подходу и грамотной работе врачей-патоморфологов, которые учли данные анамнеза заболевания и своевременно выполнили ИГХ-исследование, что позволило правильно стадировать оба ЗНО и корректировать дальнейшую тактику лечения.

Первый опыт применения VRAM лоскута для закрытия раны промежности в РОЦ им.проф.Г.В.Бондаря

Авторский состав:

Мищенко И.С.

Актуальность:

Закрытие раны промежности после экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации по поводу местнораспространенного рака анального канала представляют собой серьезную сложность для хирурга. Первым этапом для лечения данной локализации служит неоадьювантная химиолучевая терапия, которая создает дополнительные риски возникновения осложнений для заживления послеоперационной раны [1,2]. Считается, что реконструкция мягких тканей промежности с помощью кожно-мышечно-фасциального лоскута снижает частоту осложнений при заживлении раны. Популярным вариантом закрытия больших дефектов промежности является вертикальный кожно-мышечно-фасциальный лоскут прямой мышцы живота (VRAM). Вышеуказанный метод применяется с целью уменьшить эти осложнения путем заполнения неколлапсируемого мертвого пространства васкуляризированной тканью и закрытия дефекта кожи промежности необлученным лоскутом кожи.

В приведенном клиническом случае представлен непосредственный результат лечения местнораспространенного плоскоклеточного рака анального канала с инвазией заднего свода влагалища на большом протяжении с формированием ректовагинального свища. В связи с чем выполнена комбинированная экстралеваторная экстирпация прямой кишки с резекцией задней стенки влагалища. Преимуществом выбора VRAM лоскута в данном случае является возможность пластики задней стенки влагалища.

Цель:

Оценить непосредственный результат применения VRAM лоскута для закрытия раны промежности после экстралеваторной экстирпации прямой кишки по поводу местнораспространенного рака анального канала.

Методы:

В статье подробно рассматривается клинический случай применения вертикального кожно-мышечного лоскута прямой мышцы живота (VRAM) для реконструкции промежности после комбинированной экстралеваторной экстирпации прямой кишки по поводу рака анального канала с инвазией в заднюю стенку влагалища.

Результаты:

Возраст пациентки 54 года. ИМТ – 31.2. Клинический диагноз рак анального канала уcT4N0M0 IIIb ст. 2кл.гр. состояние после комбинированного лечения. продолженный рост опухоли. Осложнение: ректовагинальный свищ.

Продолжительность операции составила 270 мин. Интраоперационная кровопотеря не превышала 200 мл. Абдоминальный этап заключался в стандартной мобилизации левой половины ободочной и прямой кишки. Выполнена высокая перевязка нижней брыжеечной артерии. При промежностном этапе выполнена экстралеваторная комбинированная экстирпация прямой кишки с резекцией задней стенки влагалища, без переверота пациентки на живот. После выделения кожно-мышечно-

фасциального-лоскута правой прямой мышцы живота с сохранением нижней надчревной артерии лоскут низведен в малый таз. При передних дефектах промежности мы ротируем лоскут на 270° в сагиттальной плоскости. Таким образом, краниальная часть лоскута перекрывает переднюю часть дефекта, оптимизируя дугу вращения лоскута. Лоскут фиксирован кожными одиночными швами начиная со стороны влагалища. Дефект передней брюшной стенки закрыт проленовым сетчатым имплантатом. Гистологическое заключение: Плоскоклеточная неороговевающая карцинома G3 с изъязвлением, прорастающая все слои стенки кишки и врастанием в стенку влагалища. IV степень регрессии опухоли по Мандард. В краях резекции опухолевого роста нет. Л/у замещены жировой тканью.

Послеоперационный период осложнился кровотечением из ветви влагалищной вены. Кровотечение купировано консервативно. Объем кровопотери составил 300 мл. Clavien-Dindo II. Рана зажила первичным натяжением. Инфекции операционной раны не отмечено.

Заключение:

Применения VRAM лоскута является вариантом выбора закрытия больших промежностных дефектов при лечении рака анального канала. Так как первым этапом предшествует химиолучевая терапия. Преимуществами данного лоскута является его высокая жизнеспособность при сохранении целостности нижней надчревной артерии, а также заполнения мертвого пространства малого таза.

TROPIS совместно с липографтингом в клинической практике

Авторский состав:

Лёвкин О.Ю., Рабцун А.А.

Актуальность:

Угроза развития инконтиненции останавливает проктологов от хирургического лечения рецидивных свищей прямой кишки.

Цель:

Оценить метод TROPIS при рецидивных свищах прямой кишки в сочетании со стимуляцией регенерации липографтингом.

Методы:

В свищевой ход устанавливается seton. Назначается терапия МОФФ. Основная операция выполняется через два месяца. Подкожная клетчатка по задней поверхности бёдер инфильтрируется раствором Кляйна. Внутреннее свищевое отверстие обрабатывается электрохирургически в режиме коагуляции. Тщательно кюретируется межсфинктерное пространство с целью удаления грануляций и полной деструкции поражённой крипты. Активно применяется вакуумная аспирация. Свищевой ход расширяется и выпрямляется расширителями Гегара. Производится дренирование до мышечного слоя с фиксацией дренажа к коже. Жировая ткань подкожной клетчатки бёдер аспирируется в объёме 15-20 мл. Изготавливается NanoFat путём канюлирования. Жировая эмульсия вводится в подслизистый слой через иглу в зоне обработанного внутреннего отверстия.

Результаты:

Дренажная трубка создаёт для пациента значительный дискомфорт. Проблема решается применением нестандартного дренажа.

Заключение:

Несмотря на рецидивный характер свищей заднего прохода инконтиненции в послеоперационном периоде не развивается.

Роль дооперационной КТ-оценки сосудов мезентериального бассейна перед лапароскопической правосторонней гемиколэктомией с лимфаденэктомией D3

Авторский состав:

Холева А.А., Агабабян Т.А., Невольских А.А., Авдеенко В.А.

Актуальность:

Лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия (ПГКЭ) – одна из наиболее распространенных операций в хирургии колоректального рака, которая выполняется при раке правых отделов ободочной кишки. Однако идентификация сосудистой анатомии при лапароскопических операциях часто затруднена вследствие ограниченного поля обзора, что может приводить к увеличению времени операции, увеличению риска висцеральных и сосудистых повреждений. В связи с этим необходимость в предоперационном понимании сосудистой анатомии возрастает параллельно с внедрением лапароскопических методов в хирургии.

Цель:

Определение роли КТ с идентификацией сосудов мезентериального бассейна перед лапароскопической правосторонней гемиколэктомией с лимфаденэктомией D3

Методы:

Проанализированы данные 40 пациентов (22 женщин и 18 мужчин) в возрасте от 50 до 80 лет (средний возраст 69 лет) с верифицированными опухолями правой половины ободочной кишки, которым было выполнено хирургическое лечение в объеме ПГКЭ с D3-лимфодиссекцией. Пациенты были разделены на 2 группы: в первой группе (n=28) пациентам перед операцией в рамках рутинного КТ-исследования с целью стадирования опухолевого процесса была выполнена идентификация сосудов мезентериального бассейна, во второй группе (n=12) анализ КТ-данных выполнен в стандартном объеме. Все операции были выполнены одним хирургом в составе разных хирургических бригад. В исследуемой группе распределение опухолей по локализациям было следующим: рак слепой кишки – 17 пациентов, рак восходящего отдела ободочной кишки – 19 пациентов, рак печеночного изгиба ободочной кишки – 1 пациент, рак поперечно-ободочной кишки – 3 пациента.

Результаты:

Медиана длительности операции в первой группе пациентов составила 260 мин (236-318), во второй группе – 265 мин (242-298) ($p>0,05$). Медиана продолжительности этапа работы на магистральных сосудах в первой группе составила – 60 мин (50-70), во второй группе – 60 мин (56,2-80) ($p>0,05$). Медиана объема кровопотери в первой группе составила 100 мл (50-100), во второй группе – 100 мл (62-100) ($p>0,05$). Медиана количества койко-дней была одинакова в обеих группах была одинакова и составила 7 дней (6-8) ($p>0,05$). В обеих группах пациентов не было зафиксировано интраоперационных повреждений сосудов.

Заключение:

По результатам нашего исследования отмечено некоторое уменьшение длительности операции и продолжительности работы на магистральных сосудах в группе пациентов, которым была выполнена идентификация сосудов мезентериального бассейна по данным КТ на дооперационном этапе, хотя полученные результаты не были статистически значимы. Несмотря на незначительную разницу в результатах, компьютерная томография позволяет повысить уверенность хирурга в выполняемых маневрах и сделать диссекцию вдоль магистральных сосудов более безопасной. Однако для окончательной оценки роли КТ при планировании ПГКЭ нужны исследования с большим объемом наблюдений.

Оптимальная доза индоцианина зеленого для картирования лимфатического коллектора при выполнении D3-лимфодиссекции под флюоресцентным контролем у пациентов с новообразованиями правой половины ободочной кишки

Авторский состав:

Авдеенко В.А., Невольских А.А., Резник И.А., Кукарская В.А.

Актуальность:

Тотальная мезоколонэктомия (ТМКЭ) является современным стандартом лечения больных раком ободочной кишки. Вместе с тем нет общепринятых стандартов выполнения D3-лимфодиссекции и особенно при раке правой половины ободочной кишки (РППОК). Отсутствие точных ориентиров и недостаточная визуализация лимфатической системы не позволяют хирургу без специализированных красителей достоверно судить о радикальности резекции зоны лимфатического оттока.

Цель:

Целью исследования была оценка непосредственных результатов картирования регионарного лимфатического коллектора у больных РППОК с использованием индивидуального расчета дозы индоцианина зеленого (ICG).

Методы:

Исследование проведено у 48 пациента со злокачественными новообразованиями правой половины ободочной кишки I-IV стадии, которым в период с января 2023 по апрель 2024 года были выполнены хирургические вмешательства в объеме лапароскопической правосторонней гемиколэктомии с ТМКЭ и D3-лимфодиссекцией. Всем пациентам накануне операции или в день операции не менее, чем за 3 часа, осуществляли паратуморальное введение индоцианина зеленого (ICG) при колоноскопии. Препарат вводили в подслизистый слой стенки кишки в двух точках – в 1 см проксимальнее и дистальнее опухоли. У 25 пациентов (группа 1) дозу ICG определяли эмпирически, доза вводимого препарата была разной и варьировала от 0,5 до 7,5 мг (медиана – 2,0 мг). У 23 пациентов (группа 2) дозу рассчитывали индивидуально, исходя из площади висцерального жира (ПВЖ), определяемой по данным компьютерной томографии брюшной полости. Общая доза ICG составляла 1 мг препарата на 100 см². Все случаи оценивали по пятиуровневой шкале, в которой 1 и 5 уровень расценивали как неудавшееся картирование, а 2-4 уровни как положительный результат (удавшееся картирование).

Результаты:

Удавшиеся картирования были зарегистрированы у 20 (80,0%) из 25 пациентов в группе 1 и у всех 23 (100%) пациентов в группе 2. При этом оптимальное картирование (хорошая визуализация регионарного лимфоколлектора в режиме NIR) было получено у 11 (44,0%) из 25 и 19 (82,6%) из 23 пациентов соответственно ($p=0,008$). Частота осложнений составила соответственно 40,0% и 26,1% ($p=0,368$), большинство осложнений были представлены I-II степенью по Clavien-Dindo. Медиана длительности послеоперационного периода в обеих группах составила 7 дней ($p=0,962$). При патоморфологической оценке удаленного препарата медиана

количества исследованных лимфатических узлов (ЛУ) составила 43 (12-107) и 52 (33-103) ($p=0,025$), а медиана пораженных ЛУ – 3 и 4 узлов соответственно ($p=0,523$).

Заключение:

Картирование регионального лимфатического коллектора с помощью ICG при РППОК позволяет оптимизировать объем D3-лимфодиссекции. Однако применение стандартных дозировок препарата не позволяет получить окрашивание зоны лимфатического оттока у всех пациентов. Индивидуальный расчет дозы ICG на основании ПВЖ пациента позволяет достичь максимальной частоты удавшихся картирований (100%) и оптимальных картирований в 82,6% случаев.

Диагностическая ценность интерлейкина-6 для ранней диагностики несостоятельности кишечного анастомоза

Авторский состав:

Черных М.А.

Актуальность:

Несмотря на технологические достижения, несостоятельность толстокишечного анастомоза (НА) остается одним из наиболее серьезных осложнений колоректальной хирургии, в том числе онкохирургии. Ее частота колеблется от 1% до 30%, и чаще развивается при “низких” анастомозах. Ранняя диагностика несостоятельности необходима для снижения смертности, продолжительности госпитализации и вероятности рецидива опухоли. Одним из широко применяемых биохимических маркеров НА является С-реактивный белок, с пороговым значением в 180 мг/л на 4 послеоперационный день (ПОД).

Цель:

Оценить возможность применения интерлейкина-6 (ИЛ-6) как раннего маркера развития несостоятельности межкишечного анастомоза у пациентов, перенесших резекционное хирургическое вмешательство по поводу колоректального рака.

Методы:

В ретроспективное когортное исследование включены пациенты, которым в период с 2021 по 2024 год проведено хирургическое вмешательство по поводу колоректального рака с формированием первичного анастомоза. В группу без осложнений послеоперационного периода вошли 227 пациентов, в группу с несостоятельностью анастомоза – 26 пациентов. У всех пациентов до операции и с 1-го по 5-й ПОД исследованы уровни ИЛ-6 плазмы. Затем проведен анализ посуточной динамики маркера в норме и при развитии НА.

Результаты:

Среди 253 включенных в исследование пациентов было 114 (45 %) мужчин и 139 женщин (55 %). Средний возраст пациентов составил $63,8 \pm 10,9$ лет. Индекс массы тела пациентов в среднем составил $27,1 \pm 4,5$. 63 (25 %) пациентам выполнена правосторонняя гемиколэктомия, 2 (1 %) – резекция поперечной ободочной кишки, 13 (5 %) – левосторонняя гемиколэктомия, 98 (39 %) – резекция сигмовидной кишки и резекция прямой кишки – 77 (30 %). При этом лишь 6 (2,4 %) пациентам выполнена лапаротомная операция, остальным 247 (97,6 %) пациентам выполнено лапароскопическое вмешательство. При неосложненном течении послеоперационного периода наблюдалось пиковое повышение ИЛ-6 на 1 ПОД (медиана $25,4 [16,82; 36,29]$ пг/мл), затем его уровень с каждым днем снижался. НА развилась на 2 ПОД у 6 (23 %) пациентов, на 3 ПОД – у 7 (27 %) пациентов, на 4 ПОД – у 9 (34,6 %) и на 5 ПОД – у 4 (15,4 %) пациентов. При этом наблюдалось ежедневное повышение значений ИЛ-6 с пиковым его значением на 3 ПОД (медиана $131,31 [79,99; 453]$ пг/мл). Уровень ИЛ-6 в 70 пг/мл и более на 3 ПОД свидетельствовал о развитии НА (чувствительность 80,8 %, специфичность 98,6 %, AUC=0,974).

Заключение:

По данным проведенного исследования можно сделать вывод о том, что ИЛ-6 плазмы крови может быть использован как ранний биохимический маркер развития несостоятельности межкишечного анастомоза.

Результаты лечения геморроидальных кровотечений методом склерозирования узлов у пациентов высокого хирургического риска

Авторский состав:

Гаврилов В.А., Самарцев В.А.

Актуальность:

Склеротерапия геморроидальных узлов может применяться в симптоматическом лечении геморроидальных кровотечений, особенно у пожилых пациентов с кардиологическим анамнезом, принимающих антикоагулянты или антиагреганты, которым противопоказано традиционное хирургическое лечение (Gallo et al., 2021). Однако, доказательная база применения недостаточная (Moser et al., 2013; Фролов, Благодарный, Костарев, 2011).

Цель:

Оценить результаты применения склеротерапии геморроя у пациентов высокого кардиологического риска, принимающих антикоагулянтные и антиагрегантные препараты.

Методы:

В исследование включены 15 пациентов, лечившиеся в клинике Весна Медикал Групп (Пермь) с декабря 2022 по май 2024 года. Медиана возраста пациентов составила 76 лет (64; 80) лет. У всех пациентов был длительный анамнез геморроя – более 10 лет. Основной жалобой были кровотечения из прямой кишки. У всех пациентов имелась четкая связь между появлением кровотечения из прямой кишки и твердым стулом на фоне его задержки до 3 дней. По основному диагнозу пациенты были разделены следующим образом: 1 стадия геморроя обнаружена у 2 (13,3%), 2 стадия - у 9 (60,0%), 3 стадия – у 4 (26,7%) пациентов. Среди сопутствующих заболеваний преобладала артериальная гипертензия 14 (93,3%) пациентов, ИБС - у 9 (60,0%), нарушение ритма сердца у 7 (46,7%), протезирование клапанов сердца в анамнезе - у 3 (20,0%), перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе - у 6 (40,0%), ожирение у 3 (20,0%) пациентов. Все из 15 пациентов принимали не прямые оральные антикоагулянты на постоянной основе. Всем пациентам была проведена склеротерапия 3% этоксисклеролом, при этом 12 пациентам препарат вводился в виде раствора по 0,7 мл в каждый узел, а 3 пациентам - в форме пены. Пациенты наблюдались в течение 10 дней, а также через 3, 6 месяцев после манипуляции. В качестве послеоперационного лечения использовалась МОФФ в режиме обострения геморроя по схеме в течение 1 недели, а затем по 1 таблетке до 2 месяцев. использовалось сочетание пищевых волокон с осмотическими слабительными в течение 1 месяца, нестероидные противовоспалительные препараты для обезболивания в течение 3-5 дней.

Результаты:

Одной процедуры склерозирования было достаточно 12 (80,0%) пациентам, среди которых 2 препарат вводился в виде пены. Рецидив кровотечения через 3 недели произошел у 2 (13,3%) пациентов, которым этоксисклерол вводился в жидкой форме. А также у 1 пациента с введением пенной формы этоксисклерола через 6 месяцев наблюдения. Данным пациентам проведена повторная процедура

склеротерапии. За период дальнейшего наблюдения в течение 6 месяцев рецидива кровотечений не выявлено.

Заключение:

Применение склерозирования геморроидальных узлов у пациентов с высоким риском выполнения других методов лечения геморроидальных кровотечений позволило добиться исчезновения кровотечения в 80,0% после первой процедуры. Данный метод имеет преимущество перед другими, так как не нарушает режим приема препаратов по основному заболеванию.

Лазер, как золотой стандарт малоинвазивной хирургии эпителиального копчикового хода

Авторский состав:

Клоков И.А., Есин В.И., Халов В.Ю., Юнусов Л.Ш., Мартынов В.В.

Актуальность:

Эпителиальный копчиковый ход – одно распространенных заболеваний в колопроктологии, который требует использования технологичных малоинвазивных методов лечения. Лазерная деструкция ЭКХ в настоящее время является одним из перспективных малоинвазивных видов в лечении пилонидальных кист с низким уровнем рецидивов, отсутствием послеоперационного болевого синдрома, осложнений и возможностью проведения данной операции в стационарах одного дня.

Цель:

Оценка результатов малоинвазивного лечения ЭКХ при помощи лазерной деструкции в сравнении с традиционными методами.

Методы:

Настоящее исследование основано на анализе лечения 75 пациентов с хроническим воспалением эпителиального копчикового хода в стадии гнойного свища. Пациенты получали малоинвазивное лечение ЭКХ в 2022-2023 годах. Все пациенты были обследованы по единому протоколу. Оценка эффективности проводилась на анализе послеоперационных результатов.

Критериями включения являлись: Короткий линейных ход до 10 см. Отсутствие по ходу кисты затеков. Отсутствие воспаления в крестцово-копчиковой области.

Результаты:

Применение лазерной деструкции ЭКХ в малоинвазивной хирургии ЭКХ указывает на высокий результат при лечении пилонидальной кисты с небольшим количеством рецидивов - 4%, не уступающий в эффективности при лечении традиционными хирургическими методами и имеющий превосходства в отсутствии болевого синдрома, коротком сроке госпитализации, быстром восстановлении в послеоперационном периоде и хорошем косметическом эффекте. Описаны итоги выполнения лазерной деструкции эпителиального копчикового хода, результаты лечения 75 пациентов и их послеоперационное ведение.

Послеоперационное наблюдение пациентов после выписки велось 1 раз в неделю в течение 30 дней.

Из 75 пациентов, среди которых 63 мужчин (84%) и 12 женщины (16%) средняя скорость заживления составляла (10-14 дней).

Средний возраст пациентов составлял – 26,9 лет (в диапазоне от 19 до 58 лет).

Среднее количество дней госпитализации - 3 дня ± 1 день.

Средняя длительность операции – 15,3 мин ± 1 минута.

Средний балл по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в день операции составил 0. Средний балл по ВАШ на первый, третий после операции составил 0(0,0) и 0(0,0) соответственно.

Среднее время до нормальной работы/обычной жизни 5-7 дней.

Частота рецидивов среди больных составила 4% - 3 пациента, им снова была выполнена лазерная деструкция, после чего рецидива заболевания в течении 5 мес. не отмечено.

В послеоперационном периоде ни у одного из 75 пациентов не было выявлено ни раневой инфекции, ни кровотечения.

Заключение:

Хирургическая техника лазерной деструкции ЭКХ минимально инвазивна и проста в исполнении; возможность выполнять данную операцию в стационарах одного дня добавляет преимущества лазерной деструкции эпителиального копчикового хода, что в свою очередь говорит о том, что методика может стать золотым стандартом в малоинвазивной хирургии ЭКХ. В случае рецидива, повторное выполнение такого малоинвазивного метода с огромной долей вероятности обеспечит полное излечение пациента, не меняя косметический эффект от первого вмешательства.

Интракорпоральный изоперистальтический линейный колоректальный «overlap» анастомоз в хирургии КРР

Авторский состав:

Сажин А.В., Ивахов Г.Б., Лебедев И.С., Далгатов К.Д., Ермаков И.В., Шихин И.С., Тимошенко Н.А., Морозов И.А.

Актуальность:

Колоректальный рак (КРР) занимает 3-е место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями и 2-е – по летальности в мире. У 54-60% пациентов КРР локализуется дистальнее селезеночного изгиба ободочной кишки. Основным методом лечения пациентов с КРР является хирургический. Формирование колоректального анастомоза традиционно выполняется с применением циркулярного сшивающего аппарата – двустеплерной методике (DST). Частота несостоятельности и стриктуры колоректального анастомоза при двустеплерной методике (DST) достигают 11,2% и 13,0% соответственно. Использование линейных сшивающих аппаратов для формирования колоректального анастомоза не регламентировано клиническими рекомендациями, но есть исследования, подтверждающие безопасность и эффективность их применения.

Цель:

Оценить результаты хирургического лечения больных КРР с применением интракорпорального изоперистальтического линейного колоректального «overlap» анастомоза.

Методы:

В период с декабря 2023 г. по июнь 2024 г. в ММКЦ «Коммунарка», который является базой кафедры факультетской хирургии № 1 ЛФ ФГАОУ ВО им. Н.И. Пирогова, проведено наблюдательное исследование среди пациентов с аденокарциномой дистальной трети сигмовидной кишки, ректосигмоидного перехода и верхнеампулярного отделов прямой кишки. У 30 пациентов сформирован интракорпоральный «overlap» анастомоз при помощи линейного сшивающего аппарата с кассетой 45 мм с высотой закрытия скобки 2,5-3,6 мм. Безопасность нового анастомоза оценивали по частоте интраоперационных осложнений, а также объему кровопотери. Техническая сложность оценивалась по длительности операции, частоте конверсий. Непосредственные хирургические результаты лечения оценивались по частоте и тяжести послеоперационных осложнений по классификации Clavien-Dindo, срокам восстановления функции кишечника, продолжительности послеоперационного койко-дня.

Результаты:

Среднее значение возраста оперированных больных составило 66,8±9,63 лет, ИМТ – 28,8±6,38 кг/м². ASA II ст. – у 24 пациентов (80%), ASA III ст. – у 6 пациентов (20%). Согласно классификации TNM (8 пересмотр, 2017 г.), пациенты соответствовали следующим стадиям: I – у 11 пациентов, II – у 10 пациентов, IIIA – у 2 пациента, IIIB – у 3 пациентов, IIIC – у 4 пациентов, IV – 0 пациентов. Медиана количества удаленных лимфатических узлов составила 13 [11-18]. Интраоперационных осложнений и случаев конверсии доступа в анализируемой

группе пациентов не отмечено. Средний объем кровопотери составил 30,0 [20-50] мл. Продолжительность операции – 248 ± 52 мин. Сроки восстановления функций желудочно-кишечного тракта, в частности первый стул отмечен через 48 [24-72] ч. Среди анализированных пациентов интраабдоминальных абсцессов, несостоятельности анастомоза отмечено не было. Осложнений Clavien III-V не выявлено. В 1 случае отмечена серома послеоперационной раны. Медиана послеоперационного койко-дня составила 5 [4-7] дней.

Заключение:

Интракорпоральный изоперистальтический линейный колоректальный «overlap» анастомоз не сопровождается увеличением частоты интра- и послеоперационных осложнений, что позволяет рассматривать данный анастомоз как безопасную альтернативу циркулярному колоректальному анастомозу. Для подтверждения полученных результатов требуется проведение рандомизированных исследований.

Особенности хирургического лечения первично-множественного рака толстой кишки и предстательной железы

Авторский состав:

Игнатов И.С., Балабан В.В., Деринов А.А., Бархатов С.И., Шлык Д.Д., Безруков Е.А., Никишина А.В.

Актуальность:

По данным Международного агентства по изучению рака (International Agency for Research on Cancer, IARC) за 2022 год, рак предстательной железы (РПЖ) занимает 2-е место по встречаемости и 5-е место по смертности среди мужчин во всем мире. В то же время, колоректальный рак (КРР) стоит на 3-м месте по встречаемости и смертности в мужской популяции. Несмотря на лидирующие позиции этих двух онкологических заболеваний в мировой статистике, встречаемость первично-множественного рака (ПМР) толстой кишки и ПЖ невелика – до 0,45% от всех пациентов с КРР и ПЖ. Тем не менее, разработка общей стратегии хирургического лечения ПМР толстой кишки (ТК) и ПЖ является актуальной проблемой по ряду причин. Во-первых, лечение рака ТК и ПЖ по-отдельности регламентировано достаточно качественными отечественными и зарубежными клиническими рекомендациями, в то время как стандарты лечения ПМР любых локализаций в настоящее время не разработаны. Во-вторых, в случае синхронного рака (ПМСР) ТК и ПЖ, неясна очередность лечения двух нозологий. В-третьих, безопасность и онкологическая эффективность симультанного хирургического лечения ПМСР является предметом дискуссий. В-четвертых, неясна роль малоинвазивных технологий в хирургическом лечении ПМР ТК и ПЖ. В-пятых, интересным представляется вопрос о необходимости и объеме ЛЛД при ПМСР ТК и ПЖ. Перечисленные спорные вопросы в хирургическом лечении ПМР ТК и ПЖ послужили поводом для проведения данного исследования.

Цель:

Разработка стратегии хирургического лечения пациентов с ПМР ТК и ПЖ на основании опыта Клиники колопроктологии и малоинвазивной хирургии им. И.М. Сеченова

Методы:

На базе ККМХ ПМГМУ им. И.М. Сеченова проведено обсервационное ретроспективное исследование. Изучено 3640 протоколов предоперационных онкологических консилиумов с июля 2018 года по апрель 2024 года с целью поиска пациентов с ПМР ТК и ПЖ, которые включались в исследование. Далее производился анализ медицинской документации пациентов, включенных в исследование, с занесением полученной информации в базу данных. В исследование включались пациенты только с гистологически верифицированным раком ТК и ПЖ. Материал для гистологического исследования при КРР забирался во время видеокколоноскопии, при раке ПЖ – путем трансректальной или трансперинеальной трепанобиопсии под ультразвуковым контролем. Составлена база данных в программе Microsoft Excel 2020. Отдаленные результаты оценивались путем собеседования с пациентом или его родственниками по телефону. Оценка общей и безрецидивной выживаемости осуществлялась методом Каплана-Мейера.

Результаты:

В период с февраля 2018 года по апрель 2024 года в ККМХ ПМГМУ им. И.М. Сеченова было пролечено 39 пациентов с ПМР ТК и ПЖ: 24 пациента с метастатическим вариантом и 15 пациентов с синхронным вариантом заболевания.

ПММР. Средний возраст пациентов составил 73 года. Первым ЗНО в 95,8% выявлялся РПЖ. КРР выявлялся в среднем через 84 месяца (7 лет) после РПЖ. У единственного пациента с первичным РПК срок до выявления РПЖ составил 33 года. В 18 случаях (75%) первичным методом лечения РПЖ было хирургическое вмешательство – в одном случае ТУР ПЖ, в 17 случаях – простатэктомия. У остальных 6 пациентов применялась гормональная терапия (ГТ), дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) или брахитерапия (БТ). Среди 18 оперированных пациентов у 3 пациентов отмечено прогрессирование заболевания, что требовало дальнейшего назначения ГТ или ДЛТ. Основным методом лечения КРР был хирургический. Резекция толстой кишки в том или ином объеме была выполнена у 22 пациентов (91,7%). В 2 случаях (8,3%) принято решение воздержаться от хирургического лечения. Среди 17 пациентов с РПЖ, которым была выполнена простатэктомия, у 10 пациентов использовался лапаротомный доступ (58,8%), у 6 пациентов – роботический (35,3%), у 1 пациента (5,9%) – лапароскопический. Среди 22 пациентов, оперированных по поводу КРР, 13 пациентов (59,1%) были оперированы лапароскопическим доступом, у 19 пациентов была выполнена лапаротомия (40,9%). В двух случаях (15,4%) потребовалась конверсия до лапаротомии. Послеоперационные осложнения той или иной степени тяжести после хирургического лечения КРР были отмечены у 8 пациентов (36,4%). Осложнение, потребовавшее повторной операции Clavien-Dindo III, было отмечено только в одном случае (4,5%) в связи с ранней спаечной кишечной непроходимостью.

ПМСР. Средний возраст пациентов составил 69 лет. В 60% случаев (9 из 15) первым ЗНО манифестировал КРР. Интервал между верификацией двух ЗНО составил 59 дней. У 10 пациентов (67%) лечение ПМСР начиналось с лечения КРР. У одного пациента (6,5%) было выполнено симультанное хирургическое лечение обоих ЗНО, а именно, симультанная БАРПК с радикальной простатэктомией (РПЭ). У одного пациента (6,5%) было проведено одновременное лекарственное лечение ЗНО обеих локализаций – полихимиотерапия (ПХТ) КРР и ГТ РПЖ. В трех остальных случаях (20%) лечение было начато с терапии РПЖ: в одном случае первым этапом была проведена ДЛТ, в двух других – РПЭ. Главенствующим методом лечения КРР был хирургический – 14 из 15 пациентам (93,3%) была выполнена резекция ТК в том или ином объеме. Основным методом лечения РПЖ была самостоятельная ГТ – у 6 пациентов (40%). Хирургическое лечение в объеме РПЭ было предпринято у 5 пациентов (33,3%). Резекция ТК по поводу КРР в 8 случаях (57,1%) была выполнена лапароскопическим доступом, в 5 случаях (35,7%) потребовалась лапаротомия, в одном случае (7,2%) использовались роботические технологии. Все 5 пациентов, которым была выполнена РПЭ, оперированы малоинвазивно: 4 пациента (80%) – лапароскопическим доступом, 1 пациент (20%) – роботически. Послеоперационные осложнения в хирургическом лечении КРР были отмечены в 46,7% случаев.

Заключение:

За последние годы отмечается рост количества пациентов с ПМР ТК и ПЖ. Несмотря на улучшение возможностей диагностической службы, онколог должен быть насторожен в отношении синхронных и метасинхронных ЗНО ТК и ПЖ, проводя скрининговые исследования. Первым этапом терапии ПМР ТК и ПЖ следует выбрать хирургическое лечение КРР, хотя могут быть и исключения. Наличие в анамнезе хирургического лечения одной из опухолей не является противопоказанием для применения малоинвазивных методик. РПЖ может быть еще одним фактором в пользу выполнения ЛЛД у пациента с синхронным РПК.

Клинические варианты течения воспалительных заболеваний кишечника: региональный опыт

Авторский состав:

Соловьев Е.И.

Актуальность:

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) относятся к группе нозологий, имеющих неуклонный рост заболеваемости во всем мире. Клинические варианты течения ВЗК раз-нообразнообразны. Так, наиболее частым вариантом течения болезни Крона является илеоколит, который встречается в 50% случаев. [1] Язвенный колит в виде левосторонне-го колита отмечается в 80% наблюдений. [2] Однако имеются региональные особенности вариантов течения данных заболеваний – что послужило целью для нашего исследования.

Цель:

Изучение клинических вариантов течения воспалительных заболеваний кишечника.

Методы:

Проведен ретроспективный анализ данных о пациентах, наблюдавшихся и получавших медицинскую помощь по поводу болезни Крона и язвенного колита в Центре диагности-ки и лечения больных с ВЗК Окружного центра колопроктологии Сургутской окружной клинической больницы г. Сургута за период. В исследование включено 947 пациентов из регионального регистра больных с ВЗК за 2023 год. Из них мужчин- 423 (44,7%), женщин 524 (55,3%) Среди всех пациентов с ВЗК диагноз Язвенный колит – у 731 (77.2%), бо-лезнь Крона – у 216 (22.8%). В ходе исследования были использованы следующие методы диагностики пациентов: сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование, развернутый общий (клинический), биохимический (общетерапевтический) анализ крови; иммуно-хроматографическое экспресс-исследование кала на токсины А и В клостридии, колоно-скопия с биопсией толстой кишки. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, компьютерная томография органов брюшной полости с контрастированием кишечника выполнялась по показаниям. В ходе эндоскопического исследования использовалась классификация язвенного колита в зависимости от эндоскопической активности (по Schroeder, 1987) и упрощенная шкала эндоскопической оценки активности болезни Крона (SES-CD).

Результаты:

Среди 947 пациентов с ВЗК, в ходе обследования, наблюдения и лечения, у пациентов 731 (77,2%) с язвенным колитом выявлен: проктит – у 112 (15,3%), левосторонний колит – у 290 (39,7%), тотальный колит – у 329 (45%). Среди 216 (22,8%) больных с болезнью Крона: терминальный илеит – у 58 (26,8%), колит – у 49 (22,6%), колит + поражение ано-ректальной зоны – у 12 (5,55%), илеоколит – у 109(50,4%), илеоколит + поражение верх-них отделов ЖКТ – у 2 (0,92%), илеоколит + поражение аноректальной зоны – у 6 (2,77%).

Заключение:

Среди пациентов с язвенным колитом чаще встречаются пациенты с тотальным колитом - в 45% наблюдений. Наиболее частым клиническим вариантом поражения ЖКТ при бо-лезни Крона в нашем наблюдении стал илеоколит – у 50,4% больных.

Возможно ли улучшить косметический эффект после иссечения эпителиального копчикового хода?

Авторский состав:

Лукашевич М.И.

Актуальность:

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) встречается у лиц молодого и трудоспособного возраста в 3-5% случаев. Частота рецидивов после хирургического лечения этого заболевания колеблется от 2% до 40%, что делает проблему актуальной. Операциями выбора с целью закрытия раневого дефекта после иссечения ЭКХ остаются так называемые «off-midline procedures» (техника смещения межъягодичной борозды и уплощение складки). Но они, к сожалению, не дают хорошего эстетического результата. Латерализация раны на одну из ягодиц приводит к грубой деформации крестцово-копчиковой области. Для лиц женского пола эта ситуация может привести к психологической травме. Логично, что сохранение межъягодичной борозды при срединном доступе обеспечивает лучший косметический эффект. К сожалению, на сегодняшний день множество применяемых способов закрытия раневого дефекта после иссечения ЭКХ не обеспечивают хороший косметический результат, что требует поиска новых подходов в лечении данного заболевания

Цель:

улучшить косметический эффект послеоперационного рубца после иссечения ЭКХ

Методы:

Исследование многоцентровое, ретроспективное, когортное. Все пациенты с первичным ЭКХ, оперированные в двух центрах, были распределены в 2 группы: основную (n=31), в которой применялся новый способ и группу сравнения (n=70), где для хирургического лечения использовали метод Каридакиса.

Сущность нового способа заключается в ушивании раневого дефекта путем последовательного интрадермального наложения шва (патент РФ на изобретение «Способ хирургического лечения эпителиального копчикового хода» № 2776559 от 07.10.2021).

Сформированность послеоперационного рубца и его косметический эффект оценивали с помощью Ванкуверской шкалы спустя 6 месяцев после операции.

Результаты:

при изучении косметического эффекта мы получили статистически значимые различия в сравниваемых группах: они были в пользу группы применения нового способа. Согласно Ванкуверской шкале при оценке цвета послеоперационного рубца 0 баллов было у 12(41,4%) пациентов основной группы и 11(16,9%) группы сравнения (p=0,02). Изучая пигментацию рубца установлено, что у 8(28%) пациентов основной группы она была нормальной (0 баллов), тогда как в группе применения метода Каридакиса нормальная пигментация была лишь в 5(8%) наблюдениях (p=0,02). Плотность рубца, поддающаяся надавливанию (2 балла), была у 17(59%) больных основной группы и у 22(34%) пациентов группы сравнения (p=0,04). Ширина рубца в группе применения нового способа составляла

1-2 мм (1 балл) в 20(69%) наблюдениях, тогда как в группе применения метода Каридакиса такая ширина рубца была у 18(28%) пациентов (р

Заключение:

Применение нового способа хирургического лечения ЭКХ позволило добиться лучшего косметического эффекта в сравнении с традиционным методом Каридакиса.

ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Авторский состав:

Шемеровский К.А.

Актуальность:

Профилактика рака толстой кишки – есть профилактика запоров.

Н.Н. Петров

Колоректальный рак является лидером онкологической заболеваемости в Санкт-Петербурге поскольку его заболеваемость превысила 3500 новых случаев в год. Ежегодный прирост заболеваемости раком толстой кишки свидетельствует о необходимости не только вторичной, но и первичной профилактики колоректального рака.

Цель:

Целью данной работы было сравнение эффективности первичной и вторичной профилактики рака толстой кишки.

Методы:

Использовали метод «Хроноэнтерография» - недельный мониторинг частоты и акрофазы энтерального ритма. Протестировано более 3000 анкет медицинских работников. Выявляли наличие закономерной зависимости между частотой и акрофазой циркадианного ритма дефекации. Проведен анализ эффективности вторичной профилактики колоректального рака путём эндоскопической резекции полипов и аденом толстой кишки. Сравнивали эффективность первичной и вторичной профилактики колоректального рака.

Результаты:

Выявлена закономерная зависимость регулярности циркадианного ритма дефекации от положения акрофазы этого ритма в суточном цикле. Доминирование утренней акрофазы (78%) по сравнению с вечерней (22%) ассоциировано с регулярным (ежедневным) ритмом дефекации (не менее 7 раз/неделю). Доминирование вечерней акрофазы (76%) над утренней (24%), наоборот, было ассоциировано с констипацией (3-4 раза/неделю). Выявлено три стадии тяжести констипации: Лёгкая – при частоте стула 5-6 раз/неделю - (встречаемость 61%); Умеренная – при частоте стула 3-4 раза/неделю (30%); Тяжелая – при частоте стула 1-2 раза/неделю (9%). Установлена зависимость приёма слабительных от стадии тяжести констипации: при Лёгкой стадии – слабительные принимали 13% пациентов, при Умеренной – 30%, при Тяжелой – 64% пациентов.

Применение у пациентов с Лёгкой и Умеренной стадией констипации минеральной воды Билинска Киселка (по 300 мл 3 раза в день в течение 7 дней) с целью восстановления ежедневного ритма дефекации приводило к устранению запоров в 67% случаев.

Приём пациентами с Лёгкой и Умеренной стадией запора биологически активной добавки Прупносилакс, (содержащей чернослив, яблоко, ананас, аскорбиновую кислоту и псиллиум) в виде батончиков (по 25 г 3 раза в день в течение 14 дней) приводило к восстановлению регулярного ежедневного стула у 72% пациентов.

По данным Jacobs, White запор повышал риск колоректального рака в 4,4 раза, а по данным Kojima – в 2,5 раза.

Первичная профилактика колоректального рака направлена на устранение ключевого фактора риска – констипации, то есть на восстановление ежедневного ритма дефекации.

Поданным Luning Y.H. при вторичной эндоскопической профилактике рака толстой кишки на 30366 колоноскопий было 35 перфораций и 3 смертельных случая. По данным Rabeneck L на 97091 колоноскопию было 82 перфорации и 7 смертельных случаев.

Заключение:

Выводы:

1. Первичная профилактика колоректального рака состоит в устранении его основного фактора риска (констипации) путём восстановления циркадианного ритма дефекации с помощью дополнительной гидратации, а также при приёме дополнительных пищевых волокон с псиллиумом.
2. Вторичная профилактика колоректального рака направлена на инвазивное эндоскопическое устранение полипов и аденом (предшественников рака), что в редких случаях может сопровождаться перфорацией толстой кишки и даже смертельным исходом.
3. Первичная профилактика колоректального рака имеет три основных преимущества по сравнению с его вторичной профилактикой: функциональность, неинвазивность, безопасность.

Экзофитные новообразования толстой кишки и результаты их удаления.

Авторский состав:

Шишкина А.Д., Федоренко А.А., Павлов П.В., Тертычный А.С., Кирюхин А.П.

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

Актуальность:

В последние годы значительно увеличился показатель встречаемости эпителиальных новообразований толстой кишки с большим экзофитным компонентом, что может быть связано с отсроченной диагностикой и отсутствием приверженности пациентов к скринингу. Для эндоскопического удаления крупных новообразований используется много методов, однако наиболее часто применяют эндоскопическую диссекцию в подслизистом слое (ESD). По нашему мнению, недостаточно исследований, оценивающих результаты удаления данного вида новообразований. Мы бы хотели структурировать информацию, поделиться опытом удаления сложных случаев крупных новообразований с большим экзофитным компонентом толстой кишки.

Цель:

Представление и оценка полученных результатов удаления эпителиальных новообразований, преимущественно с выраженным экзофитным компонентом.

Методы:

Нами проведен ретроспективный анализ удаления крупных экзофитных новообразований толстой кишки в отделении диагностической и лечебной эндоскопии УКБ № 2 университета им. И. М. Сеченова, г. Москвы в период с 2019 г. по 2024 г. (5 лет). В исследование было включено 264 случая, 134 из которых являлись экзофитными новообразованиями.

Результаты:

Средний возраст пациентов составил $64,8 \pm 11,4$. Удаленные нами эпителиальные новообразования имели размер от 25 мм до 160 мм. Средний размер новообразования составил $58,36 \text{ мм} \pm 30,2 \text{ мм}$ ($M \pm SD$). Среднее затраченное время $183,35 \pm 142,03$ ($M \pm SD$); Максимальное время операции составило 810 минут, минимальное – 29 минут. Частота удаления единым блоком 85,1% Гистологическая полнота резекции (R0)- 84,3% (113) Лечебная (R0)-81,3% (109). Лимфоваскулярная инвазия -2,2% (3). Выполненная хирургическая операция после эндоскопического вмешательства -6,0% (8). Распределение по гистологическому типу новообразований: тубуловорсинчатая аденома (TVA- 22 случая (16,4%); тубуловорсинчатая аденома высокой степени дисплазии (TVA HG) – в 74 (55,2%), тубулярная аденома высокой степени дисплазии – 1 (0,7%); традиционная зубчатая аденома высокой степени дисплазии (TSA (HG))-4 (3%); традиционная зубчатая аденома (TSA)- 7 (5,2%). Среди злокачественных новообразований выявили аденокарциному высокой степени дифференцировки (AC G1) в 10 (7,5%) случаях; аденокарциному умеренной степени дифференцировки (AC G2)-2 (1,5%).

Отсроченные осложнения, такие как кровотечения в отдаленном периоде –(2-1,5%), перфорации-(2-1,5%) и стриктуры -5 (3,7%). У 25 пациентов была выявлена перфорация толстой кишки интраоперационно. Средний размер перфорации составил $7,20 \pm 3,96$.

Заключение:

.Удаление экзофитных новообразований, преимущественно методом ESD продемонстрировало высокую эффективность, однако были технические сложности, на которые мы хотели обратить внимание для дальнейшего совершенствования оперативной эндоскопии.

Анализ результатов хирургического лечения больных раком ободочной кишки, отягощенных по факторам риска послеоперационных интраабдоминальных осложнений.

Авторский состав:

Акопян А.А., Атрощенко А.О., Лебедев И.С., Сажин А.В., Далгатов К.Д., Базиян Ю.К., Верижникова А.П., Кабина Д.К.

Актуальность:

Совершенствование оснащенности и уровня хирургической помощи в стационарах, а также повышение частоты ранней выявляемости опухолей ободочной и прямой кишки на амбулаторном этапе ведут к ежегодному росту оперативной активности и, соответственно, к росту числа послеоперационных осложнений. Наиболее распространенными осложнениями после колоректальных операций являются раневые осложнения, послеоперационный парез и несостоятельность анастомоза. Несостоятельность толстокишечных анастомозов (НКА) является наиболее серьезным осложнением и составляет по данным литературы от 2,9% до 15,3%. Треть летальных исходов после колоректальных операций обусловлена НКА. В случае наличия у пациентов тяжелой сопутствующей патологии риски осложнений и летальности после колоректальных операций существенно возрастают.

Цель:

Целью настоящего исследования явилась оценка частоты и характера несостоятельности толстокишечных анастомозов после хирургического лечения у больных раком ободочной кишки, отягощенных коморбидной патологией и факторами риска послеоперационных интраабдоминальных осложнений.

Методы:

Был проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения пациентов с неосложненным течением опухолей ободочной кишки, отягощенных по факторам риска (ФР) послеоперационных интраабдоминальных осложнений за период с ноября 2023 г. по май 2024 г. Всего за данный период по поводу злокачественных новообразований ободочной кишки было радикально прооперировано 259 пациентов. В настоящее исследование вошли 88 пациентов, которым формирование анастомозов производилось аппаратным как экстрара-, так и интракорпоральными способами. Объемы хирургических вмешательств включали в себя у 28 пациентов (31,8%) выполнение резекций сигмовидной кишки с лимфаденэктомией D2, у 16 (18,2%) пациентов левосторонних гемиколэктомий с лимфаденэктомией D2, у 44 пациентов (50%) - выполнение правосторонних и расширенных правосторонних гемиколэктомий. Формирование анастомозов выполнялось при помощи линейных и эндоскопических сшивающих аппаратов с высотой скобок 3,8 мм (синие кассеты) с ушиванием технологического отверстия либо дополнительной перитонизацией линии шва нитью полидиоксанон 3/0. Коррекция витальных функций при необходимости проводилась на догоспитальном этапе. Анестезиологическое пособие проводилось с соблюдением принципов управляемой гипотонии и гипотермии, базовая антибиотикопрофилактика по показаниям могла быть пролонгирована до 24-48 часов, также соблюдались принципы ERAS-протокола - ранняя активизация, раннее удаление дренажей и зондов, либо отказ от них, энтеральное питание к концу 1-х суток, оксигенотерапия.

В исследуемой когорте 38 (44,3%) пациентов имели II стадию заболевания, у 27 (30,7%) пациентов была III стадия, у 23 (26,1%) пациентов имелась I стадия, с IV стадией пациенты в исследование не включались. Профиль коморбидной патологии в изучаемой группе 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 10 случаях (11,3%) 5 б, в 22 случаях (25 %) - 6 б, и в 56 случаях (63,6%) ≥ 7 б. Более половины пациентов имели III степень анестезиолого-операционного риска по ASA.

К независимыми факторами риска, способным привести к развитию несостоятельности колоректального анастомоза, отнесли: возраст ≥ 75 л, наличие тяжелых хронических сосудистых заболеваний (стентирование коронарных артерий, ОИМ либо ОНМК с наличием неврологического дефицита в анамнезе, гипертоническая болезнь III стадии с целевыми показателями артериального давления 130 - 139/< 80 мм рт. ст.), мужской пол, сахарный диабет 2 типа, наличие исходной анемии (уровень гемоглобина 90 г/л и ниже), оперативные вмешательства на органах брюшной полости в анамнезе, наличие местнораспространенного, а также метастатического/синхронного опухолевого процесса, ожирение (ИМТ 30 кг/м² и более), гипоальбуминемию (снижение уровня сывороточного альбумина менее 35 г/л) (Tekkis PP et al, 2003).

По данным факторам риска пациенты распределились на 3 группы: в 1-ю группу (имевшие до 2 факторов риска) — вошли 46 (52,3%) пациентов, во 2-ю группу (имевшие до 4 факторов риска) - вошли 32 (36,3%) пациента, и в 3-ю группу (имевшую 5 и более факторов риска) вошли 10 (11,3%) пациентов.

Были изучены непосредственные результаты хирургического лечения, такие как - частота и вид несостоятельности анастомоза, длительность стационарного лечения, летальность. Анализ осложнений проводили по критериям Clavien-Dindo (2004). Тяжесть клинического течения НКА классифицировали согласно консенсусу International Study Group of Rectal Cancer (2010)

Результаты:

В 1 группе (до 2 ФР, n- 46) послеоперационные осложнения возникли у 2 пациентов (4,3%). Характер осложнений во всех случаях серома операционной раны (II степень по Clavien-Dindo). Летальность - 0. Средний койко-день – $6,4 \pm 1,03$.

Во 2-й группе (до 4 ФР, n-32) осложнения II степени развились у 2 пациентов (6,25%) (серомы операционной раны, $p > 0,05$), IIIb степени (несостоятельность анастомоза, степень C по ISGRC) - у 1 пациента (3,12%). Летальность - 0. Средний койко-день – $8,6 \pm 1,01$ ($p > 0,05$).

В 3 группе (5 и более ФР, n- 10) осложнения II степени в виде сером развились у 4 пациентов (40%, $p > 0,05$), IIIb (несостоятельность анастомоза, степень C по ISGRC) - у 1 пациента (10%). Летальность 10% (1 пациент). Средний койко-день – $10,0 \pm 1,03$ (p

Заключение:

Вывод. Выполнение радикальных онкологических операций в адекватном объеме у коморбидных пациентов, отягощенных по факторам риска послеоперационных интраабдоминальных осложнений может проводиться при условии соблюдения мультидисциплинарного подхода (эффективной и безопасной анестезии, коррекции витальных функций на догоспитальном этапе), аргументированной антибиотикопрофилактики и принципов ранней реабилитации.

Сравнительные результаты методов дезартеризации внутренних геморроидальных узлов в лечении хронической геморроидальной болезни

Авторский состав:

Полежаев Л.А., Захарченко А.А.

Актуальность:

Данная работа посвящен современному подходу к патогенезу геморроидальной болезни (ГБ) и методам лечения, основанным на дезартеризации внутренних геморроидальных узлов (ВГУ) (Эндоваскулярная дезартеризация и HAL-RAR), а также сравнению их эффективности при различных стадиях геморроидальной болезни.

Цель:

Сравнить результаты лечения больных с ГБ в зависимости от метода дезартеризации ВГУ с учетом варианта их кровоснабжения и стадии заболевания.

Методы:

Всем пациентам выполнялось исследование вариантной артериальной ахрикектоники прямой кишки (ПК), которая впоследствии использовалась для оценки клинических результатов дезартеризации ВГУ различными методиками.

Всего исследовано 82 пациента ($n = 82$), средний возраст $43,2 \pm 4,4$ года (от 23 до 65), соотношение полов мужчины - 46 (56,1%), женщины 36 (43,9%), 1,3:1 соответственно, длительность заболевания $9,7 \pm 2,5$ (от 2 до 20 лет). Пациенты были разделены на 2 группы: Группа 1 – Эндоваскулярная дезартеризация (43 пациента) стадии ГБ I-III, группа 2 – HAL-RAR (39 пациентов) стадии ГБ II-IV.

Оценивались в раннем послеоперационном периоде такие показатели, как анальный болевой синдром (по шкале ВАШ), наличие кровоточивости в зоне вмешательства, воспалительные процессы в зоне вмешательства, рефлекторная задержка мочеиспускания, время полной активизации пациента, длительность госпитализации, сроки нетрудоспособности.

Результаты:

В исследуемой группе 1 (эндоваскулярная дезартеризация) не было зарегистрировано ни у одного пациента анального болевого синдрома, кровоточивости в зоне вмешательства, воспалительных явлений или раневой экссудации, рефлекторной задержки мочеиспускания, не требовалось приема анальгезирующих препаратов после вмешательства. Полная активизация пациентов после вмешательства достигалась через $9,2 \pm 1,4$ часа, длительность госпитализации составляла $1,6 \pm 0,4$ дня, сроки нетрудоспособности $5,3 \pm 0,7$ дня.

В исследуемой группе 2 (HAL-RAR) были зарегистрированы: анальный болевой синдром слабый в 20,8%, средний в 47,9%, выраженный в 31,3% случаев, прием анальгетиков требовался в 100% случаев до 5 дней, в 27,1% случаев до 10 дней, кровоточивость в зоне вмешательства: мажущее в 100%, каплями в 58,3% случаев, воспалительные реакции в зоне вмешательства: отек наружных геморроидальных узлов (НГУ) в 33,3%, тромбоз НГУ в 10,4%, раневая экссудация в 66,7% случаев, задержка мочеиспускания в 6,3% случаев, полная активизация составила $7,4 \pm 2,5$

часов, длительность госпитализации $3,8 \pm 1,1$ дня, срок нетрудоспособности $18,5 \pm 4,6$ дней.

Заключение:

Метод эндоваскулярной дезартеризации ВГУ является патогенетически обоснованным, в то же время показывает высокую эффективность и безопасность в отношении осложнений раннего послеоперационного периода. Основным преимуществом данного метода является возможность интраоперационного обнаружения сосудистых анастомозов, клинически значимых в патогенезе геморроидальной болезни, что позволяет более эффективно и безопасно выполнять дезартеризацию ВГУ, при этом снижая риск рецидива. В то же время морфологические изменения III и IV стадий геморроидальной болезни могут требовать трансанальных вмешательств для фиксации выпадающих ВГУ.

Наш опыт применения ультразвукового скальпеля при хроническом комбинированном геморрое 3-4 ст.

Авторский состав:

Мытник Н.Н., Корик В.Е., Высоцкий Ф.М., Махмудов А.М., Павлюкевич Г.А., Кравченко А.П., Кудло И.О., Мельников Г.Н.

Актуальность:

В структуре колопроктологических заболеваний геморрой занимает одно из первых мест. Распространённость заболевания составляет 140 человек на 1000 взрослого населения. Актуальность проблемы высока, потому что чаще всего страдает молодое, трудоспособное население. Современный темп жизни сопровождается усилением гиподинамии. Это, в свою очередь, приводит к росту заболеваемости геморроем.

У 70% людей старше 30 лет, обратившихся к колопроктологу, обнаруживаются симптомы геморроя. На долю геморроя в структуре колопроктологических заболеваний приходится около 40%.

Существуют различные хирургические методы лечения геморроя, и у каждого есть свои преимущества и недостатки.

Цель:

Оценка эффективности метода оперативного лечения хронического комбинированного геморроя 3-4 ст. с применением ультразвукового скальпеля.

Методы:

В городском центре колопроктологии на базе УЗ «2-ая ГКБ» г. Минск с января 2022 по январь 2024 г. нами было прооперировано 1061 пациентов с хроническим комбинированным геморроем 3-4 ст. 279 (26,3%) пациентов в возрасте от 24 до 69 лет (основная группа), которым геморроидэктомия была выполнена с использованием ультразвукового скальпеля и 782 (73,7%) пациентов в возрасте от 27 до 68 лет, которым проводилась открытая геморроидэктомия по Миллигану—Моргану с использованием электрокоагуляции (контрольная группа).

Продолжительность заболевания пациентов варьировала от 5-ти до 20 лет.

Количество пациентов мужского пола 541 (51%), женского пола 520 (49%). Всем пациентам до операции проводилось обследование: пальцевое исследование, аноскопия, ректоскопия, колоноскопия. После операции проводилось анкетирование пациентов по ВАШ.

Результаты:

Средняя продолжительность оперативного вмешательства в основной группе составила 25 минут, в контрольной - 40 минут. Выраженность болевого синдрома по ВАШ в основной группе составила 3 балла, в контрольной группе - 5-6 баллов. Наркотические анальгетики назначались в первые сутки после операции в основной группе 10 (3,6%) пациентам, в контрольной группе 50 (6,4%) пациентам. Частота дизурических расстройств в основной группе составила 8,2 % (23 пациентов) и 12,9% (101 пациент). Интраоперационных осложнений диагностировано не было. В раннем послеоперационном периоде в сроки до 10 дней, у 5 (1,8%) пациентов в основной группе и у 15 (1,9%) развилось кровотечение из послеоперационных ран, что потребовало прошивания. Длительно незаживающие раны диагностированы у

15 (5,4%) пациентов в основной группе в сроки от 2 до 3 месяцев и у 20 (2,6%) пациентов в контрольной группе. Средние сроки полного заживления послеоперационных ран в основной группе составило 34 ± 2 дня и 25 ± 3 дня в контрольной группе. Средняя продолжительность нетрудоспособности составила в основной группе 20 ± 2 дня и в контрольной группе 25 ± 3 дня.

Заключение:

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о высокой эффективности и малой травматичности геморроидэктомии с применением ультразвукового скальпеля. Геморроидэктомия ультразвуковым скальпелем - радикальный метод хирургического лечения геморроя. Использование ультразвукового скальпеля в лечении хронического комбинированного геморроя позволяет проводить оперативное вмешательство «бескровно». Благодаря внедрению данного метода удалось почти в 2 раза сократить продолжительность оперативного вмешательства, снизить выраженность послеоперационного болевого синдрома. Метод геморроидэктомии ультразвуковым скальпелем можно рекомендовать к внедрению в широкую практику.

Опыт оперативного лечения пилонидальной кисты с применением методики лазерной деструкции в сочетании с методикой Pit-Picking

Авторский состав:

Мытник Н.Н., Корик В.Е., Логаш Е.И., Махахей А.В., Ляшко О.И., Василевич Р.М., Бородинец А.Л., Высоцкий Э.Ф.

Актуальность:

Пилонидальная киста в практике врача-колопроктолога встречается у пациентов в 14-20% случаев. Данному заболеванию преимущественно подвержены лица мужского пола в возрасте от пятнадцати до тридцати пяти лет. Мужчины страдают пилонидальной кистой в 2-4 раза чаще в сравнении с женщинами. Встречаемость этой хирургической патологии составляет 5-7% от всего взрослого населения. Актуальность данной проблемы высокая: чаще всего страдает молодое, трудоспособное население.

Выбор способа оперативного лечения пилонидальной кисты является спорным вопросом. Большинству из применяемых классических хирургических способов присущи травматичность, длительный период заживления раны, выраженный послеоперационный болевой синдром и длительная нетрудоспособность. Поэтому всё большую популярность приобретают малоинвазивные методики хирургического лечения пилонидальной кисты с локальным иссечением отверстий и ходов, в том числе с использованием лазерных технологий, с последующим заживлением ран вторичным натяжением.

Цель:

Оценка эффективности метода оперативного лечения пилонидальной кисты с применением методики лазерной деструкции в сочетании с методикой Pit-Picking

Методы:

В городском центре колопроктологии УЗ «2-ая ГКБ» г. Минск с января 2022 год по январь 2024 г. было прооперировано 252 пациента с пилонидальной кистой в стадии хронического воспаления с использованием «открытых методик». Всем пациентам перед операцией выполнялось УЗИ крестцово-копчиковой области для определения длины хода, наличие затеков и глубины хода. 119 пациентам (47,2%) выполнялась лазерная деструкция пилонидальной кисты в сочетании с методикой Pit-Picking. 80 (31,7%) пациентам была проведена методика LOCULA. 53 (21,1%) пациентам выполнялась синусэктомия. Средний возраст наблюдаемых пациентов был 25 ± 7 лет, из них 89% - мужчины и 11% - женщины.

Результаты:

Средняя длительность нетрудоспособности у пациентов, прооперированных путём лазерной деструкции пилонидальной кисты в сочетании с методикой Pit-Picking, составила 7-10 дней. В послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения: кровотечения — у 6 (5%), серома п/о раны — у 7 (5,9%) пациентов. Послеоперационный болевой синдром по ВАШ составил не более 1–2 баллов. Полное заживление ран от 14 до 60 дней. Рецидив отмечался у 15 (12,6 %) больных. Средняя продолжительность нетрудоспособности у пациентов прооперированных по методике LOCULA составила 30 ± 5 дней, нагноений и сером не отмечалось. Послеоперационный болевой синдром по ВАШ составил не более 6-7 баллов.

Кровотечения в послеоперационном периоде в 10 % (8 пациентов) случаев. Рецидив отмечался у 10 (12,5 %) пациентов. Средний срок заживления п/о раны составил 45 ± 15 дней.

Средняя продолжительность нетрудоспособности у пациентов прооперированных с применением методики синусэктомии составила 20 ± 5 дней. Послеоперационный болевой синдром по ВАШ составил не более 6-7 баллов, кровотечения в послеоперационном периоде в 7,5 % (4 пациента) случаев, образование сером отмечалось в 7,5% (4 пациента) случаев, рецидив в 13% (7 пациентов) случаев. Средний срок заживления п/о раны составил 30 ± 9 дней.

Заключение:

Метод оперативного лечения пионидальной кисты с использованием методики лазерной деструкции в сочетании с методикой Pit-Picking эффективен, сопровождается коротким сроком нетрудоспособности, хорошим косметическим эффектом, коротким периодом реабилитации и удовлетворительными отдаленными функциональными результатами.

Интраоперационное использование эндоректального 3D-датчика для ультразвуковой навигации трансфинктерных свищей заднего прохода

Авторский состав:

Волков А.В., Половинкин В.В., Шевченко А.А., Хмелик С.В.

Актуальность:

Диагностика и лечение свищей прямой кишки занимает значимое место в клинической практике колопроктолога, поскольку заболеваемость составляет 2 случая на 10 тысяч населения в год, а распространенность — 9 случаев на 100 тыс. населения.

Лечение сложных свищей с вовлечением глубоких порций сфинктера, экстрасфинктерных, рецидивных или множественных, а также передних свищей у женщин является вызовом для хирурга и испытанием для пациента из-за высокой вероятности рецидива заболевания и возможного развития недержания кишечного содержимого. Примерно 95% свищей заднего прохода связаны с перенесенным острым парапроктитом, который при недостаточно хорошем дренировании может привести к формированию гнойных затеков.

Выполнение УЗИ на догоспитальном этапе и контрастное прокрашивание свищевых ходов интраоперационно далеко не всегда способствует формированию полной картины анатомических особенностей свищевых ходов. МРТ диагностика имеет большую диагностическую ценность, но отличается высокой стоимостью, а интерпретация полученных изображений зависит от уровня подготовленности лучевого диагноста. Неправильная оценка распространенности гнойных полостей относительно прямой кишки приводит к рецидивам и повторным оперативным вмешательствам.

Цель:

оценить эффективность интраоперационного эндоректального 3D УЗИ для визуализации свищевого хода и гнойных затеков при трансфинктерных свищах.

Методы:

Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с хроническим трансфинктерным свищем за 2023 г.

За данный период в отделение поступило 223 пациента с трансфинктерным свищем заднего прохода, из которых 159 мужчин (71,3%) и 64 женщины (28,7%).

Всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование с применением УЗИ аппарата «BK Medical Flex Focus 800» с эндоректальным 3D датчиком (угол обзора – 360 градусов, частота сканирования - 10 МГц) с целью визуализации свищевых ходов.

При обнаружении у пациентов гнойных затеков, либо сложной конфигурации свищей, дополнительно в операционной, непосредственно перед началом операции повторно выполнялось УЗИ эндоректальный датчик с контрастированием свищевого хода через его наружное отверстие с помощью перекиси водорода 3%, при этом на поверхности перианальной кожи выполняли разметку в проекции свищевого хода и затеков. Таких наблюдений было 50 (22,4%). Из них 41 мужчин и 9 женщин.

Применение ультразвукового исследования с использованием эндоректального 3D датчика позволяло выполнять высокодетализированную ультразвуковую

визуализацию с формирования трехмерного изображения, что давало возможность выявить разветвления свищевых ходов, гнойные затеки. В результате выполнялось экономное, целевое иссечение тканей.

Результаты:

У всех 50 пациентов послеоперационный период протекал гладко. Средний койко-день составил $5,2 \pm 3$. Критерием выписки было наличие незначительной инфильтрации мягких тканей вокруг раны. Появление грануляционной ткани на раневой поверхности, отсутствие на дне раны фибрина. Всем пациентам через 2 месяца при контрольном осмотре выполнено эндоректальное УЗИ: рецидива не выявлено.

Заключение:

Интраоперационное использование эндоректального 3D ультразвукового исследования с контрастированием и разметкой перианальной кожи при трансфинктерных свищах заднего прохода обеспечивает высокую эффективность оперативного вмешательства и снижение частоты рецидивов.

Опыт применения аблятивного фракционного фототермолиза CO₂ лазером в лечении хронической анальной трещины.

Авторский состав:

Родин П.В., Коротков С.А., Евтодий О.С., Потемкина Е.Ю.

Актуальность:

Хроническая анальная трещина является одним из наиболее часто встречающихся в общей проктологии заболеваний. В настоящее время предложено много методов лечения этого заболевания, направленных на устранение спазма сфинктера, иссечение фиброзно-измененных тканей и стимуляцию заживления раны, в том числе с использованием лазерного излучения.

Цель:

Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с хронической анальной трещиной, используя принцип лазерного аблятивного фракционного фототермолиза с использованием CO₂ лазерной установки Hooba Fraxis (Корея) с длиной волны генерируемого излучения 10600 нм и системой роботизированного управления лучом.

Методы:

В 2024 году в клинике «Медси» на Солянке г. Москва выполнено 30 операций у пациентов с хронической анальной трещиной. Длительность заболевания составляла от 3 месяцев, до 3 лет. Все операции выполнялись под местной анестезией и внутривенной седацией в плановом порядке в условиях дневного стационара.

Суть операции заключалась в воздействии на фиброзно-измененные ткани трещины лазерного излучения в режиме аблятивного фракционного фототермолиза длиной волны 10600 нм.

При хронической анальной трещине рубцовый процесс, наряду со спазмом сфинктера, является одним из важнейших факторов, препятствующих успешному заживлению трещин. Устранение рубцового процесса в краях трещины создает условия для заживления и является оправданным воздействием.

Принцип фракционности означает воздействие ультратонкими до 0,2 мм и ультракороткими импульсами до 1,0 мсек, на микрофракции тканей, которые покрывают выбранную площадь с определенной частотой и заключается в создании микротермальных зон повреждения, окруженных зонами неповрежденной ткани. Сохранение таких зон резко сокращает время реэпителизации за счет содержащихся в них фибробластов, а контролируемый температурный стресс при лазерном повреждении стимулирует регенерацию и репарацию тканей.

Длина волны, которая используется для абляции имеет очень высокий коэффициент экстинкции водой, поэтому такие микролучи вызывают мгновенный разогрев воды в клетках до 150 °С и выше, что приводит к их быстрому разрушению и vaporизации тканей без значительной зоны коагуляции из-за кратковременности воздействия микролуча. Глубина фототермолиза регулируется количеством приложенной энергии и длительностью воздействия микролуча. Современные лазерные устройства позволяют осуществлять точный контроль над временным и пространственным распределением энергии и мощности излучения в тканях.

После предварительной разметки площади воздействия, расчета количества энергии одного микролуча (10,2-10,8 мДж), длительности одного микролуча (0,34-0,38 мсек), длительности паузы между воздействиями (0,3-0,4 мсек), расстояния между зонами воздействия (0,1-0,2 мм), на выбранной площади выполнялся аблятивный фракционный фототермолиз, который позволял добиться вапоризации рубцово-измененных тканей трещины по плоскости. Управление лучом с заданными параметрами осуществлялось автоматически.

Результаты:

Пациенты находились в условиях дневного стационара 3 часа. Болевой синдром в течение первых суток наблюдения был выражен до 2 баллов ВАШ в момент первой дефекации, в дальнейшем не превышал 1 балла по ВАШ. Во всех наблюдениях осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечалось. Сроки эпителизации раневой поверхности не превышали 20 дней. Пациенты наблюдались в сроки от 3 до 9 месяцев. Рецидив заболевания не выявлен.

Заключение:

СО₂ лазерный аблятивный фракционный фототермолиз хронической анальной трещины на аппарате Pooda Fraxis (Корея) является безопасным, малоинвазивным, эффективным и перспективным методом, который может использоваться в амбулаторных условиях и имеет минимальные сроки реабилитации после выполненной процедуры.

Роботическая или лапароскопическая хирургия рака прямой кишки у пожилых пациентов. есть ли различия?

Авторский состав:

Ширалиев Р.М.-А., Половинкин В.В., Воронцов А.О., Доронин Н.В., Такаш З.Ш., Кармасёва В.С.

Актуальность:

Несмотря на комплексный подход в лечении рака прямой кишки, хирургическое вмешательство является основным методом. Однако в реальности у пожилых (60–74 лет) радикальная операция выполняется значительно реже, чем у пациентов более молодых возрастных групп, и предпочтения отдаются менее агрессивным хирургическим вмешательствам. Связано это с выраженной коморбидностью этой категории пациентов, что в итоге становится причиной повышения частоты послеоперационных осложнений, менее благоприятных функциональных и онкологических результатов. Оптимальный объем хирургического вмешательства для этой группы пациентов остается спорным, поскольку нет достаточной доказательной базы, а возможность применения малоинвазивных операций (лапароскопических и робот-ассистированных) продолжает широко обсуждаться.

Цель:

Оценить влияния хирургического доступа (роботического или лапароскопического) на послеоперационные осложнения и онкологическую безопасность у пожилых пациентов с раком прямой кишки.

Методы:

Исследование включает 117 пациентов в возрасте 60-74 лет с раком средне- и нижеампулярного отдела прямой кишки (T1-3N0-N2bM0), оперированных в период с 2021 по 2023 гг. Пациенты распределены на две группы: роботические операции (РОБ) n=62 и лапароскопические операции (ЛАП) n=55. Оценивались показатели предоперационного, интраоперационного и послеоперационного периодов, а также результаты патогистологического исследования.

Результаты:

Статистически значимо больше времени уходило на выполнение операций с применением роботической технологии ($264 \pm 76,4$ мин (РОБ) и $205,6 \pm 69,4$ (ЛАП)), р

Заключение:

1. Роботические и лапароскопические операции, применяемые у пожилых пациентов по поводу рака прямой кишки, являются безопасными и эффективными технологиями, но роботические вмешательства более продолжительные, сопровождаются большей кровопотерей и более частым развитием послеоперационных осложнений.
2. Частота конверсии в открытый доступ статистически значимо меньше при применении роботической технологии оперирования в сравнении с лапароскопической.
3. Оценка результатов патогистологического исследования удаленных препаратов позволяет утверждать, что применение роботической и лапароскопической

технологий в одинаковой мере обеспечивает соблюдение онкологических принципов оперирования пациентов, страдающих раком средне- и нижеампулярного отделов прямой кишки.

Создание и внедрение устройства для ретракции прямой кишки при выполнении робот-ассистированных и лапароскопических операций

Авторский состав:

Ширалиев Р.М., Половинкин В.В., Воронцов А.О., Доронин Н.В., Такаш З.Ш.

Актуальность:

Одной из ведущих проблем современной колопроктологии остается колоректальный рак, который по частоте занимает III место среди злокачественных опухолей различных локализаций. Малоинвазивная, а именно лапароскопическая, хирургия была введена в колоректальную хирургию в 1990-х годах, но изначально исключала прямую кишку. Результаты опубликованных высококачественных исследований показали ряд преимуществ лапароскопической хирургии рака прямой кишки по сравнению с открытой хирургией.

Сложности мобилизации дистальных отделов прямой кишки заставляют хирургов искать новые решения. Одним из обязательных условий для успешного проведения операций, с учетом онкологических принципов, является оптимальная визуализация операционного поля, особенно в лапароскопической колоректальной хирургии.

Разработка и внедрение в клиническую практику нового устройства для ретракции прямой кишки при выполнении робот-ассистированных и лапароскопических операций у онкобольных пациентов позволит улучшить ретракцию и визуализацию операционного поля при выполнении тазового этапа мобилизации прямой кишки.

Известные в мировой практике устройства являются лапароскопические зажимы: анатомический атравматический, зажим типа BABKOK, ретракторы по LEROY. Недостатками этих инструментов является то, что они не способны осуществить достаточную тракцию и обеспечить необходимую визуализацию при выполнении низкой резекции прямой кишки, возможна травматизация мезоректальной клетчатки, что нарушает принципы хирургического лечения злокачественных новообразований прямой кишки и будет являться фактором негативного прогноза в отдаленных онкологических результатах.

Предлагаемое нами устройство для ретракции прямой кишки при выполнении робот-ассистированных и лапароскопических операций основано на принципе «тракция-контртракция». Путем применения предложенного устройства улучшится визуализация оперируемой зоны, снизится риск нарушения целостности мезоректальной фасции и сократится время оперативного вмешательства, а именно этапа мобилизации прямой кишки (рис. 1). В настоящее время устройство проходит клинические испытания.

Цель:

ЦЕЛЬЮ исследования является оценка эффективности и безопасности нового ретрактора при выполнении передней и низкой передней резекции прямой кишки по поводу рака.

Методы:

Для проведения исследования сформированы две группы пациентов, по 10 человек в каждой группе, не различающиеся по среднему значению возраста и индекса массы тела. В ходе оперативного вмешательства первой группе пациентов был применён новый ретрактор. Вторая группа подверглась хирургическому вмешательству с применением традиционных инструментов. В обеих группах была проведена низкая передняя резекция прямой кишки лапароскопическим доступом. Сравнивали длительность этапа мобилизации прямой кишки и частоту повреждения мезоректальной фасции.

Результаты:

В группе, где применялся предлагаемый ретрактор, наблюдалось уменьшение длительности этапа мобилизации прямой кишки на 20% — в среднем он составил 22 минут (минимальное значение — 20,7 минут). В то же время во второй сравнительной группе этот этап занял в среднем 25 минут (минимально — 23 минут). В двух случаях во второй сравнительной группе произошло повреждение мезоректальной фасции. В первой группе подобных инцидентов не было.

Заключение:

Предлагаемый ретрактор для прямой кишки потенциально способен уменьшить количество интраоперационных осложнений и снизить вероятность конверсий. Дальнейшее тестирование устройства позволит внести необходимые модификации и усовершенствовать его.

Свободный (дренирующий) сетон в лечении свищей прямой кишки

Авторский состав:

Файзуллин И.Р., Евтушенко Е.Г., Ярков С.В., Карташев А.А.

Актуальность:

Существует большое количество методов хирургического лечения свищевых ходов как сфинктер сохраняющих, так и эксцизионных. Но результаты оперативных вмешательств и по сей день остаются не удовлетворительными.

Проведение свободного дренирующего сетона в настоящее время редко рассматривается как отдельная методика лечения свищевого хода, так как по данным актуальных научных исследований в подавляющем большинстве случаев не позволяет пациентам избавиться от свищевого хода.

Методика активно предлагается рядом авторов и указана в актуальных клинических рекомендациях для контроля воспалительного процесса в свищевом ходе, купирования клинических проявления заболевания, формирования фиброзных стенок и используется как первый этап для подготовки свищевого хода к сфинктер сохраняющим операциям.

Одной из проблем методики является малотравматическое проведение лигатуры через свищевой ход. К сожалению в большинстве случаев авторами не указывается способ проведения лигатуры или используется общехирургический инструментарий который имеет ряд недостатков.

В хирургическом отделении № 7 ГУЗ УОКЦСВМП разработано устройство для зондирования свищевых ходов и проведения лигатуры. Заявка на полезную модель № 2023129402 от 13.11.2023

Цель:

Цель доклада: Рассказать про методику, Проанализировать существующие научные данные, показать преимущества разработанного устройства для зондирования свищевых ходов и проведения лигатуры в сравнении с традиционными методами проведения лигатуры.

Методы:

Анализ научных работ из свободных источников PubMed, сравнение частоты удачного проведения лигатуры при острых парапроктитах и свищах прямой кишки с использованием разработанного устройства и без него.

Результаты:

В хирургическом отделении №7 ГУЗ УОКЦСВМП за 2022 год пролечено 227 пациентов с диагнозом парапроктит, свищ прямой кишки из них успешное проведение дренирующей лигатуры с использованием традиционного способа было выполнено в 8.37% случаев (19 человек). За 2023 год пролечено 238 пациентов с диагнозом парапроктит, свищ прямой кишки из них успешное проведение дренирующей лигатуры с использованием традиционного способа было выполнено в 16.8% случаев (40 человек).

Заключение:

Метод свободного дренирующего сетона позволяет уменьшить клинические проявления заболевания и подготовить свищ к оперативному лечению. Использование разработанного устройства для зондирования свищевых ходов и проведения лигатуры значительно повышает шанс успешного проведения дренирующей лигатуры.

Выбор стомы при резекциях прямой кишки и риск инфекций в области стомы у пациентов с колоректальным раком

Авторский состав:

Попов М.Н., Аюпов Р.Т., Феоктистов Д.В., Хамидуллина Л.Ф.

Актуальность:

Частота несостоятельности анастомоза после низкой передней резекции составляет до 25%. Стома не уменьшает частоту несостоятельности, но уменьшает тяжесть клинических проявлений. Среди доступных опций возможно формирование петлевой илеостомы или трансверзостомы. В настоящее время нет однозначного ответа, какой из методов является приоритетным.

Цель:

Сравнение вариантов формирования стомы в отношении частоты инфекций в области стомы

Методы:

Пациенты с диагнозом рак прямой кишки рандомизированы в соотношении 1:1.

Пациентам выполняется низкая передняя резекция с формированием трансверзостомы или илеостомы. Период наблюдения - 60 суток после операции.

Критерии включения: 1-3 стадия; возраст от 18 до 79 лет; ECOG 0-2; ASA \leq 3; подписанное информированное согласие.

Критерии исключения: пациенты, прооперированные по экстренным показаниям; с ранее сформированной стомой; перенёвшие обструктивную резекцию.

Первичная точка: Частота инфекции в области стомы.

Вторичные точки: Частота дегидратации; регоспитализаций; длительность пребывания в стационаре; время до проведения химиотерапии; несостоятельность анастомоза; качество жизни.

Все рандомизированные пациенты включены в анализ (intent-to-treat). Сравнение групп по первичным и вторичным исходам проводится с помощью теста - X² Пирсона и t-теста (для оценки качества жизни).

Исследование зарегистрировано на сайте clinicaltrials.gov. Регистрационный номер NCT05745909.

Результаты:

С марта 2023 г. по декабрь 2023 г. включено в исследование 100 человек: 47 в группе трансверзостомы и 53 илеостомы. Группы не отличались по полу, возрасту, ИМТ, степени анестезиологического риска, продолжительности операции, частоте осложнений, регоспитализаций, дисфункции стомы, частоты несостоятельности анастомоза, времени до начала адъювантной химиотерапии ($p > 0,05$). В отношении инфекционных осложнений в области стомы, что являлось первичной конечной точкой, статистически значимой разницы получено не было (OR 1,7, 95%CI, $p = 0,42$). Нами было отмечена более высокая частота послеоперационной тошноты и рвоты и илеуса в группе илеостом ($p = 0,03$).

Заключение:

Формирование илеостомы и трансверзостомы не отличается в отношении частоты инфекционных осложнений в области стомы. При обучении больного правилам ухода и контроля за илеостомой, частота дегидратации и дисфункции илеостомы не отличается от больных с трансверзостомой.

Стратегия «наблюдай и жди». что получилось у нас

Авторский состав:

Шапо Г. М., Ерушевич А.В., Орехва А.В., Немцова Д.Н., Обухов А.Л., Касьянов А.В., Третьяков В.А., Лях Я.Н.

Актуальность:

Рак прямой кишки (РПК) является распространенным заболеванием, по данным GLOBOCAN в 2020г. выявлено 732 210 новых случаев. Средний уровень заболеваемости РПК в мире составляет 9,4% и занимает седьмое место среди злокачественных новообразований. По данным Белорусского канцер-регистра в Витебской области в 2023г. зарегистрировано 186 новых случаев рака прямой кишки, в I – II стадии 69,3%. И даже эти пациенты имеют ТМЕ, которая может привести к временной или постоянной колостоме, сопряжена со значительными потенциальными осложнениями – риском периоперационной летальности (2%), риском повторных операций (5%), синдромом низкой передней резекции.

В настоящее время акцент в лечении рака прямой кишки сместился в сторону более персонализированного подхода, направленного на улучшение долгосрочного качества жизни и улучшения функциональных результатов. В международном многоцентровом исследовании А.Н. Gama, R. Perez et al., проведенном в 2018 – 2023гг. было показано, что пациентов с возможным полным клиническим и патоморфологическим ответом можно распознать клинически, эндоскопически и рентгенологически (МРТ). Акцент в лечении Т2-Т3 опухолей прямой кишки постепенно сместился в сторону органосохранного лечения.

Цель:

Целью нашего исследования является дополнение доказательств роли тактики «Наблюдай и жди» в лечении низкого рака прямой кишки.

Методы:

Изучены отдаленные результаты лечения 26 пациентов по тактике «Наблюдай и жди» с 2015 г. по 2024 г. Результаты оценены рентгенологически (МРТ), эндоскопически (RRS) и клинически (пальцевое исследование), режим наблюдения – каждые 3 месяца первые 3 года. Проведено анкетирование SF-36 у 72,3% пациентов. В исследовании принимало участие 11 мужчин и 15 женщин, средний возраст составил 68 и 60 лет соответственно. Клиническими критериями включения пациентов в исследование, с учетом прогностических факторов, являлись – аденокарцинома прямой кишки, локализация опухоли на расстоянии 4 – 7 см, расстояние от зубчатой линии сохранено, опухоль не переходит на анальный канал, диаметр опухоли < 5 см, занимает не более ½ окружности прямой кишки. Критериями МРТ являлись – Т2 – Т3, N0 – 1, отсутствие вовлечения мезоректальной фасции, отсутствие экстрамуральной венозной инвазии, обсуждение на мультидисциплинарном консилиуме.

Результаты:

Полный клинический и патоморфологический ответ получен у 23 пациентов. Рецидив заболевания через 1 год был выявлен у 1 пациента с муцинозной карциномой (3,9%) – выполнена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Токсический ректит легкой степени отмечен у 3 пациентов, средней степени

тяжести у – 7. По данным проведенного анкетирования все пациенты отметили свое состояние как хорошее, меняется настроение и отмечает усталость – 1 пациент, ограничение подъема тяжести и спорт – отметили все. Умеренные физические нагрузки (работа с пылесосом) – выполняют все. Поменял работу 1 пациент. За время исследования умерло 2 пациента от инфекции COVID-19.

Заключение:

Стратегия «Наблюдай и жди» является воспроизводимым методом лечения у тщательно подобранных пациентов, анкетирование SF-36 показало хорошие отдаленные результаты.

Решить проблему несостоятельности колоректального анастомоза - миф или реальность

Авторский состав:

Мадьяров Ж.М.

Актуальность:

несостоятельность межкишечного анастомоза до сих пор остается самым грозным хирургическим осложнением при лечении колоректального рака (КРР). На сегодняшний день в литературе описано много различных методов профилактики данного осложнения, однако, наилучшего результата можно достичь лишь при использовании комплекса мероприятий в периоперационном периоде вкпе с селекцией пациентов и надежной техникой хирургических вмешательств.

Цель:

минимизировать риски несостоятельности кылоректального анастомоза при помощи комплексного подхода в пери и послеоперационном периоде.

Методы:

проанализированы результаты хирургического лечения 352 пациентов от 18 до 80 лет, с гистологически подтвержденным КРР. Средний возраст составил 64 года, 54% составили мужчины. Распределение пациентов по локализации опухоли: ободочная кишка 222 (61.5%), прямая кишка 132 (36.5%), анальный канал 3 (0.8%), тонкая кишка 3 (0.8%). В качестве предоперационной профилактики использовались пероральные селективные антибиотики за 3 дня до операции. В периоперационном периоде (7-10 дней до и 21 дней после операции) назначались пробиотики. У пациентов старше 80 лет, а также при наличии сахарного диабета, мультифокального атеросклероза выполнялась низкая перевязка НБА с сохранением левой ободочной артерии (ЛОА). При парциальной мезоректумэктомии выполнялось укрепление межкишечного соустья серозно-мышечными швами, с последующим трансанальным дренированием прямой кишки. Ведение послеоперационного периода осуществлялось в соответствии с протоколом ускоренного восстановления (ранняя активизация, питание с 1-го дня)

Результаты:

Лапароскопическим доступом операции выполнены у 309 (84,2%) пациентов лапаротомным - у 44 (12%) больных и в 8 (2.2%) случаях выполнена конверсия. У 32 (9%) сохранена ЛОА. Ручной сигмоанальный анастомоз после брюшно-анальной резекции выполнен у 20 (5.7%) пациентов, из них «конец в конец» - у 15 (4.3%), «бок в конец» -у 5 (1.4%). Аппаратный сигморектальный анастомоз сформирован у 165 (81.8%) пациентов, из них «конец в конец» у 106 (30.2%) пациентов, «бок в конец» 35 (10%), «конец в бок» 24 (6.8%) соответственно. У 44 (12.5%) пациентов сформированы одноствольные концевые стомы. В 21% случаев зарегистрированы различного характера послеоперационные осложнения. Частота несостоятельств межкишечного сигморектального анастомоза составила 6 случаев (1,4%). У четверых пациентов потребовалась реоперация. В 2х случаях несостоятельность анастомоза возникла после низкой передней резекции с превентивной стомой и зафиксирована при контрольном осмотре через 3 месяца, по результатам комплексного обследования.

Заключение:

соблюдении комплексной периоперационной подготовке пациентов при планировании анастомоза, отбор пациентов, а также строгое соблюдение хирургических принципов снижает частоту несостоятельности межкишечного анастомоза после колоректальных резекций.

Should we do partial or total mesorectal excision for upper rectal cancer

Авторский состав:

Мадьяров Ж.М.

Актуальность:

Upper rectal cancer is one of the most discussed topics in colorectal cancer treatment. The upper third of the rectum contains features of colonic anatomy despite being part of the rectum. There is no consensus about preoperative combined modality treatment and extent of mesorectal excision is still debatable for upper rectal carcinoma.

Цель:

to assess the impact of mesorectal excision extent for upper rectal cancer (URC) on long-term treatment results.

Методы:

227 patients over 18 years old, stage T2-4N0- 2M0 URC treated in the period from January 2004 to December 2014 were analyzed. The patients were divided in 2 groups: partial mesorectal excision (PME) and total mesorectal excision (TME).

Результаты:

1 patient was not operated on due to complete clinical response after irradiation. Of 226 patients PME was performed in 199 (85.4%) and TME - in 27 (14.6%) patients. TME was significantly more often performed in patients with tumor at 10cm (p

Заключение:

PME does not worse long term results comparing to TME

Факторы, влияющие на решение о плановом оперативном вмешательстве при дивертикулярной болезни

Авторский состав:

Шакиров Р.Р., Карпухин О.Ю.

Актуальность:

В Российских клинических рекомендациях (2021) отражены показания к хирургическому лечению острых осложнений дивертикулярной болезни (ДБ). Что касается вопроса плановых оперативных вмешательств, то он остаётся предметом дискуссии, тактика ведения пациента спорной, а в рекомендациях говорится лишь об индивидуальном подходе к решению о плановой операции.

Цель:

Сформулировать показания к плановым оперативным вмешательствам на основании анализа опыта лечения пациентов с хроническими осложнениями дивертикулярной болезни.

Методы:

За период с 2012 по апрель 2024 г.г. на стационарном лечении в отделении колопроктологии ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» находились 458 пациентов с осложнениями ДБ. Мужчин – 138 (30,1%), женщин – 320 (69,9%). Средний возраст – $61,8 \pm 10,99$ лет. По неотложным показаниям госпитализированы 394 (86,1%) пациента, по плановым – 46 (13,9%). Оперированы 128 (27,9%) пациентов, из них в плановом порядке - 59(12,9%).

Результаты:

Абсолютными показаниями к плановой операции были свищи различной локализации – 23 (38,9%) и рубцовая стриктура кишки с явлениями хронической кишечной непроходимости – 9 (15,3%). Группу с рецидивирующим течением ДБ составили 27 (45,8%) пациентов. Учитывали частоту рецидивов, их продолжительность, тяжесть симптомов, эффективность проводимой терапии и комплаентность пациента, наличие предикторов неблагоприятного течения заболевания. К ним относим радиологические признаки нарушения целостности дивертикула; рецидив абсцесса, ранее разрешившегося в результате малоинвазивного лечения; отсутствие положительной динамики лабораторных показателей (СРБ, индекс ОНЛ) и наличие сопутствующих иммуносупрессивных состояний. В группе оперированных пациентов показания к оперативному вмешательству распределились следующим образом: 15 (55,6%) пациентов с воспалительной деструкцией дивертикула в прошлом, с рецидивирующим течением дивертикулита, после проведенной консервативной терапии с купированием воспалительного процесса, но сохранением болевого синдрома; 6 (22,2%) пациентов – рецидив воспалительного инфильтрата с возобновлением клинической симптоматики на фоне консервативной терапии; 6 (22,2%) – рецидив дивертикулита на отдаленных сроках после дренирования абсцесса под УЗ навигацией. При плановых операциях расширяли объем резекции толстой кишки. Наряду с резекцией воспаленного сегмента удаляли отрезок толстой кишки с максимальным скоплением дивертикулов. Так 33 (55,9%) пациентам была выполнена резекция сигмовидной кишки, 26 (44,1%) - левосторонняя гемиколэктомия, притом у 23

(38,9%) пациентов резекция фрагмента ободочной кишки выполнена в сочетании с передней резекцией прямой кишки. Во всех наблюдениях резекцию кишки завершали наложением первичного анастомоза, а в 4 (6,8%) наблюдениях операция была дополнена формированием превентивной илеостомы в связи с риском несостоятельности анастомоза на фоне воспаления в полости малого таза. Послеоперационные осложнения отмечены у 9 (15,3%) пациентов. Несостоятельность анастомоза возникла у 2 (3,4%) пациентов с традиционным двурядным анастомозом. Поэтому в последние годы предпочтение отдаем инвагинационному колоректальному анастомозу Сигала-Рамазанова. Другие осложнения купировались консервативно. Летальных исходов не было. Отдаленные результаты прослежены у 32 (54,2%) оперированных пациентов на сроке от 6 месяцев до 4 лет. Четверо (12,5%) пациентов отмечали периодические боли в животе на фоне нарушения диеты, 2 (6,3%) - учащение дефекации. Несмотря на это, все пациенты выразили удовлетворенность проведенной операцией.

Заключение:

При определении показаний к плановому оперативному вмешательству необходимо учитывать: характер развившихся осложнений, частоту и тяжесть рецидивов заболевания, оценку качества жизни пациента, совокупность факторов, прогнозирующих вероятность неблагоприятного течения заболевания.

Гигантская кондилома Бушке-Левенштейна, в условиях лечения стационара одного дня (клиническое наблюдение)

Авторский состав:

Сучкова М.Н., Щегловский А.В.

Актуальность:

Гигантская кондилома Бушке-Левенштейна является редкой и трудноизлечимой патологией, характеризующаяся медленным агрессивным ростом, склонностью к рецидивам.

Цель:

В данной статье представлен клинический случай гигантской кондиломы Бушке – Левенштейна с локализацией в межъягодичной зоне и распространением процесса на перианальную область с поражением анального канала и прямой кишки, а так же лечения в условиях стационара одного дня.

Методы:

Пациенту было выполнено многоэтапное лазерное удаление данного образования, с применением в комплексе противовирусной и иммуностимулирующей терапии.

Результаты:

В результате применения многоэтапного лазерного удаления в комплексе с противовирусной и иммуностимулирующей терапии очаги деструкции замещены рубцовой тканью. В послеоперационном периоде обязательное проведение гистологического исследования.

Заключение:

Гигантская кондилома Бушке-Левенштейна является редкой и трудноизлечимой патологией, характеризующаяся медленным агрессивным ростом, склонностью к рецидивам. В настоящее время для нее нет четких критериев. Среди существующих методов лечения важно сочетать все три направления, и индивидуальный подход к лечению каждого случая, а так же участие специалистов разных направлений (онкологов, колопроктологов, дерматовенерологов, иммунологов и т.д), для определения тактики и лечения данного заболевания.

Гипертрофические рубцы: еще один вариант коррекции

Авторский состав:

Ким А.Е.

Актуальность:

Заживление послеоперационных ран в перианальной области и анальном канале представляет собою длительный стадийный процесс, завершающийся полностью лишь через год после оперативного лечения. Нарушения в процессе заживления ран - эндо- и экзогенные- ведут к формированию патологических, гипертрофических рубцов, значительно нарушающих качество жизни пациентов.

Цель:

Изучить воздействие инъекций больших доз ботулотоксина типа А на послеоперационные гипертрофические рубцы.

Методы:

В период с октября 2023 года по май 2024 года в МЦ Глобал Клиник наблюдались 6 пациентов в послеоперационном периоде. Спустя 6 недель после оперативного лечения у пациентов развились плотные, болезненные, гипертрофические рубцы на месте послеоперационных ран. Рубцовый процесс у каждого пациентов сопровождался набором симптомов, таких как : боль в области рубца в покое и усиливающаяся при опорожнении, повышенная чувствительность (гиперестезия) при контакте нижнего белья, туалетной бумаги с рубцом, давления плотной одежды на промежность. Стулострадание развивалась на фоне болей при опорожнении, сужение нижней части анального канала приводило к образованию анальных трещин.

Рубец независимо от места локализации является следствием избыточного разрастания соединительной ткани, низкой дифференцировки коллагеновых волокон в следствии избыточного образования фибробластов. Одним из важных свойств ботулотоксина типа А, помимо миорелаксации, является его прямое воздействие на фибробласты. Подавляя их пролиферацию, вызывает апоптоз фибробластов; уменьшает продукцию актина и миозина в миофибробластах, которые в большом количестве выделяются в гипертрофических рубцах.

Помимо прямого воздействия на фибробласты, снижение натяжения тканей, расслабление подлежащих мышечных структур, отсроченный обезболивающий эффект также способствует улучшению перфузии тканей и уменьшению негативно симптоматики в области рубца.

В рубцовые структуры по всей поверхности папульно вводили 40 Ед ботулотоксина типа А (в один рубец, на глубину 1-2 мм иглой от инсулинового шприца).

Результаты:

у всех 6 пациентов после первой и единственной процедуры наблюдалось значительное снижение негативной симптоматики уже в течении 5-7 дней. Инволюция рубцов происходила к концу 3 недели. Симптоматика в отсроченном периоде не возобновлялась. Значительное улучшение качества жизни пациенты отмечали уже в конце первой недели

Заключение:

Введение больших доз ботулотоксина типа А в толщу гипертрофических рубцов является быстрым и качественным способом в лечении патологических рубцов и улучшения качества жизни пациента

Особенности и результаты комбинированных операций при плановом лечении рака толстой кишки в специализированном отделении

Авторский состав:

Щерба С.Н.

Актуальность:

Лечение колоректального рака в 80 - 85% случаев является хирургическим. Из них, 6 - 8% операций – комбинированные, сложность выполнения которых нередко существенно влияет на ближайшие и отдалённые результаты.

Цель:

Определить особенности и ближайшие результаты комбинированных хирургических вмешательств при лечении колоректального рака на современном этапе в специализированном отделении многопрофильной больницы.

Методы:

В электронную базу данных заносились сведения обо всех пациентах, оперированных в колопроктологическом отделении НИИ-ККБ №1 г. Краснодара в 2020 – 2023 годах по поводу рака толстой кишки. За указанный период накопились сведения о 1532 больных. Согласно критерию включения (комбинированные хирургические вмешательства) в исследовании участвовали 52 (3,4%) пациента. Все операции осуществлялись в плановом порядке под ЭТН. В опухолевом конгломерате в пяти (9,6%) случаях находилась часть брюшной стенки, в четырёх (7,7%) – мочеточник, в 14 (26,9%) – стенка мочевого пузыря, в четырёх (7,7%) – стенка желудка, в трёх (5,8%) семенные пузырьки, в пяти (9,6%) – сегменты печени, в семи (13,5%) – участки тонкой кишки. По два случая (3,8%) пришлось на матку и одним придатком, паранефральную клетчатку и ДПК. Однократно (1,9%) зафиксированы вовлечения в опухолевый процесс стенки влагалища, селезёнки, большого сальника и поджелудочной железы. Выполнены резекции различных сегментов толстой кишки с удалением единым блоком опухолевых тканей. Межкишечные анастомозы были сформированы 73% больных, стомирование – 27%.

Результаты:

В раннем послеоперационном периоде, у этой категории больных, возникло 14 (26,9%) осложнений. Восемь (15,4%) из них были интраабдоминальными, шесть (11,5%) – экстраабдоминальными. Интраабдоминальные осложнения составили: по два (3,8%) случая – несостоятельность культи прямой кишки и несостоятельность швов межкишечного анастомоза; по одному (1,9%) случаю – лимфорей; несостоятельность швов мочевого пузыря; внутрибрюшное кровотечение; формирование наружного дуоденального свища. Экстраабдоминальные осложнения имели место в виде нагноения лапаротомной раны – 4 пациента (7,7%); по одному (1,9%) – эвентерация и дисфункция мочеиспускания. Единственный (1,9%) летальный исход произошёл у больного с послеоперационным внутрибрюшным кровотечением на фоне прогрессирования полиорганной недостаточности.

Заключение:

В нашем наблюдении комбинированные хирургические вмешательства при плановом лечении рака толстой кишки составили 3,4%. Возникшие осложнения, более чем в половине случаев имели интраабдоминальный генез.

Хроническая трещина ануса: все ли так, как кажется?

Авторский состав:

Ким А.Е.

Актуальность:

Хроническая трещина ануса в структуре проктологических болезней занимает не последнее место. Заболевание сопряжено с выраженными болями и значительно ухудшает качество жизни пациента. Наличие вблизи дефекта анодермы крипт и желез является отягчающим фактором в развитии осложнений, таких как параректальные свищи и абсцессы.

Цель:

Определить частоту изменения диагноза с Хроническая анальная трещина на Неполный свищ прямой кишки у пациентов, обратившихся в МЦ Глобал Клиник с 2021 по 2023 год.

Методы:

Ретроспективный анализ 75 случаев в период с 2021 по 2023 год. Всем пациентам при поступлении в МЦ после сбора анамнеза и инструментального осмотра назначалось ультразвуковое исследование прямой кишки, анального канала и параректального пространства. Все исследуемые случаи были разделены на три группы, сопоставимы по количеству, полу и возрасту; отличие составила длительность заболевания. Выделены группы с длительностью от 3 месяцев до 1 года (группа 1), от 1 года до 5 лет (группа 2), свыше 5 лет (группа 3)

Результаты:

В группе 1 после обследования диагноз изменился у 2 пациентов из 25 (8 %). Во всех случаях выявлены неполные интрасфинктерные параректальные свищи.

В группе 2 изменение диагноза произошло у 7 пациентов из 25 (28%).

Интрасфинктерных - 2 (28,6%), трансфинктерных (через кожную порцию наружного сфинктера) -4 (57,1%); - трансфинктерные (через поверхностную порцию наружного сфинктера, со сформированным межсфинктерным затеком - 1 (14,3%).

В группе 3 частота изменения диагноза составила 11 случаев из 25 (44%).

Интрасфинктерных - 3 (27,3)%, трансфинктерных через подкожную порцию - 5 (45.4%), через поверхностную порцию - 1 (9,1%), через поверхностную порцию с межсфинктерным затеком - 2 (18,2%) .

Заключение:

Длительное течение хронических трещин прямо пропорционально развитию сложных форм параректальных свищей и осложнений в виде межсфинктерных затеков. УЗИ прямой кишки,анального канала и параректального пространства в качестве предоперационного обследования позволяет своевременно изменить тактику оперативного лечения.

Новокаиново-спиртовая блокада незаслуженно забытый метод или эффективный способ лечения анальных трещин?

Авторский состав:

Зубенков М.В.

Актуальность:

Новокаиново-спиртовая блокада незаслуженно забытый метод и, в настоящий момент, очень редко применяемый в нашей стране. Метод был разработан и описан А.М. Аминевым и был чрезвычайно популярен среди хирургов СССР в 60-90-х годах прошлого столетия. В своем методическом письме уже в 1959 г. проф. А.М. Аминева упомянул об успешном применении данной блокады аж у 3000 больных с определенными проктологическими заболеваниями только по Куйбышевской области, а в своем руководстве по проктологии (1979 г.) Александр Михайлович предоставил результаты 10-летнего наблюдения в его клинике уже 983-х больных, именно с анальными трещинами, пролеченных данным инъекционным методом.

Цель:

Оценить эффективность новокаиново-спиртовой блокады в лечении острых и хронических анальных трещин.

Методы:

В 2020-2024 гг. в мед.центре «Глобал Клиник» (г.Н.Новгород), с применением новокаиново-спиртовой, а также артикаиново-спиртовой блокады производилось лечение анальных трещин у 42 больных, возраст их колебался от 25 до 73 лет. Суть метода: блокада производится из вкола иглы на расстоянии 0,8-1,0 см. от края анальной трещины, далее игла проводится на глубину 0,7-1,0 см. под основание трещины и вводится 5-7 мл. 0,5-2% раствора новокаина или 2-3 мл. 4% артикаина, игла не извлекается, затем, не меняя положение иглы, через нее же вводится 1-1,5 мл. 70° этилового спирта. Болевой синдром и спазм сфинктера купируется сразу же после введения анестетика и, либо больше вообще не возвращается, либо возвращается через определенное количество времени. Повторные блокады, при необходимости, можно проводить уже через 2-3 недели.

Результаты:

Результат	Острые трещины	Хронические трещины	Всего больных
Отличный	13 (72,2%)	5 (20,8%)	18 (42,9%)
Хороший	4 (22,2%)	8 (33,3%)	12 (28,6%)
Удовлетворительный	1 (5,6%)	10 (41,7%)	11 (26,2%)
Осложнения	-	1 (4,2%)	1 (2,4%)
Итого	18 (100%)	24 (100%)	42 (100%)

1. *Отличный результат* – трещина заживала и не было больше никаких жалоб.
2. *Хороший результат* – трещина эпителизовалась, но имелись жалобы проктологического характера, что было обусловлено сопутствующим заболеванием (геморрой, проктит и др.).
3. *Удовлетворительный результат* – после заживления трещины и исчезновения фиссурального синдрома наступал рецидив (чаще через 2-4 месяца).
4. *Осложнения* – локальный некроз кожи D-0,8 (в месте инъекции) в 1 случае (2,4%), потребовавший дополнительных консервативных мероприятий.

Однократно блокада сделана – 18 больным, 2 раза – 23 больным, 3 раза – 2 больным.

Всего сделано 70 блокад. 1. Отличный результат – трещина заживала и не было больше никаких жалоб.

Заключение:

Новокаиново-спиртовая или артикаиново-спиртовая блокада – эффективный, проверенный временем, метод лечения анальных трещин и купирования болевого синдрома и сфинктероспазма, но незаслуженно забытый (вероятно, из-за развития индустрии современных лекарственных средств на рынке препаратов) и чрезвычайно редко применяемый на данный момент в нашей стране.

Отдаленные результаты применения методики ЛНР при геморрое II-III ст

Авторский состав:

Зубенков М.В.

Актуальность:

На современном этапе развития медицины очень актуальны малоинвазивные оперативные методы лечения геморроя, позволяющие устранить симптомы заболевания в кратчайшие сроки, одним из них является лазерная субмукозная геморроидопластика (ЛНР), принцип которой заключается в точечном подслизистом доступе к ткани геморроидальных узлов и вапоризации их путем воздействия лазерной энергии.

Цель:

Оценить отдаленные результаты применения методики ЛНР при внутреннем геморрое II-III ст.

Методы:

Отслежены отдаленные результаты 603-х больных, прооперированных методом ЛНР в 2018-2023 гг. в мед.центре «Глобал Клиник» (г.Н.Новгород) с заболеванием геморроем II ст. у 505-и (83,7%) и III ст. – у 98-и (16,3%) больных. Возраст больных от 18 до 87 лет. Всем больным операции проводились в условиях стационара одного дня пребывания. Использовался диодный лазер с длиной волны 1,47 мкм или 1,56 мкм, применялся импульсный режим и мощность 8 Вт. Всем больным в послеоперационном периоде назначались венотоники МОФФ (Детралекс 1000 мг.) сроком до 2-х месяцев. Сроки наблюдения после операции составили 1-5 лет.

Результаты:

Индекс боли VAS в послеоперационном периоде 2-4 балла, средние сроки нетрудоспособности 8-10 дней. Из п/о осложнений: кровотечения у 5-и (0,83%), подкожно-подслизистый абсцесс или образование аноректальных свищей у 7-и (1,2%), тромбоз наружного геморроидального узла у 43-х (7,1%) больных. В течение всего срока наблюдения у 58-и больных II ст. (11,5%) и у 35-и III ст. (35,7%) был выявлен рецидив заболевания. В последующем, для улучшения результатов при геморроидальной болезни III ст., мы стали дополнять методику прошиванием сосудистой ножки и мукопексией.

Заключение:

Отдаленные результаты, при применении данной методики, показывают невыраженный п/о болевой синдром, достаточно низкий процент послеоперационных осложнений, ранние сроки реабилитации, а также достаточно высокую эффективность малоинвазивного хирургического метода ЛНР лишь при геморрое II ст., а уже при геморроидальной болезни III ст. хорошие результаты возможно получить лишь при комбинации лазерной геморроидопластики с другими методами лечения.

Клинический случай эпителиального копчикового хода с затеком на поясничную область

Авторский состав:

Гладышев Д.В., Мальцев Н.П., Щеголев А.И., Афанасьева Е.П., Рунова А.В., Вепрева Н.С., Волкова А.С.

Актуальность:

Эпителиальный копчиковый ход (пилонидальная киста) – это узкий канал, выстланный эпителием, содержащий волосяные луковицы, сальные железы и открывающийся на коже промежности одним или несколькими точечными (первичными) отверстиями[1,2], травмирование и инфицирование которых способствует абсцедированию эпителиальной копчиковой кисты[3,4]. Единственное радикальное лечение – хирургическое, после которого сроки заживления послеоперационных ран варьируют от 14 суток до нескольких месяцев, а рецидивы заболевания колеблются от 2,5 до 53%[2,5,6]. В результате развития раневых осложнений многие пациенты вынуждены долго находиться на больничном или работать в условиях неполного заживления ран.

Цель:

Представление клинического случая

Методы:

Пациент К. 27 лет, обратился в амбулаторно-консультативное отделение СПб ГБУЗ «Городская больница №40 Курортного района» с жалобами на наличие длительно незаживающей инфицированной раны в правой поясничной области, периодические скудные серозно-гнойные выделения из раны.

В марте 2024 года у пациента появилась припухлость в правой поясничной области и лихорадка. Пациент был госпитализирован в стационар с диагнозом флегмона поясничной области. Проведено лечение, однако полного заживления раны не наступило. Пациент обратился к врачу-колопроктологу.

St. loc: в правой поясничной области определяется гранулирующая рана (10*10 мм), в межъягодичной складке, ближе к анальному отверстию по средней линии определяются множественные (№3) первичные отверстия без признаков воспаления. Между первичными отверстиями и гранулирующей раной кистозная полость, мягко эластичной консистенции, без признаков флюктуации и воспаления. Зондовой исследование невозможно - выраженный болевой синдром.

МРТ 05.2024: МР-картина кистозного образования с неоднородным содержимым в подкожно-жировой клетчатке крестцово-копчиковой области (эпидермоидная гранулема).

По результатам клинического, лучевого и лабораторного обследования был установлен диагноз: «Пилонидальная киста без абсцесса» (L 05.9)

Было принято решение о плановом оперативном лечении комбинированным одноэтапным способом в объеме вскрытия, санации и дренирования гнойного очага, некрэктомии и частичном ушивании краев раны. Оперативное вмешательство было выполнено с использованием эпидуральной анестезии после предоперационной антибактериальной подготовки.

В положении на животе осуществили тщательное зондирование и определение размеров гнойного очага через вторичное отверстие, окрашивание полости бриллиантовым зеленым.

Единым блоком с окружающими тканями иссечены первичные отверстия и в полученный канал проведен пуговчатый зонд, по ходу которого, послойно рассечены мягкие ткани крестцово-копчиковой области и вскрыта гнойная полость. Последняя заполнена детритом, эпителиальной выстилкой и волосами. Выполнена тщательная ревизия, со вскрытием боковых слепых карманов, некрэктомия и санация гнойной полости. Гемостаз осуществлялся монополярным коагулятором. Было выполнено сведение краев раны швами, после обработки раствором антисептика, осушения, с оставлением возможности оттока раневого содержимого.

При бактериологическом исследовании раневого отделяемого выявлен *Staphylococcus epidermidis* в количестве 103 КоЕ.

Гистологическое исследование материала: пилонидальная киста с признаками хронического воспаления.

Местное лечение проводилось ежедневно в соответствии с фазами раневого процесса, начиная с повязки с раствором Бетадин в первые сутки, затем с антисептическими линиментами.

Результаты:

Пациент выписан через 10 дней после операции, через 18 дней выполнено снятие швов. Не было зафиксировано никаких системных или раневых осложнений за весь период наблюдения.

Заключение:

Несмотря на легкость диагностики и успехи в лечении эпителиального копчикового хода остается много нерешенных вопросов. Представленный клинический случай демонстрирует важность участия врача-колопроктолога в комплексном обследовании пациентов с патологиями мягких тканей крестцово-копчиковой области.

Определение границ ректосигмоидного отдела ободочной кишки с применением анатомо-патоморфологических ориентиров

Авторский состав:

Трищенко С.Ю., Балабан В.В., Нековаль В.М., Левина О.В., Царьков П.В.

Актуальность:

В настоящее время, прослеживается тенденция к тенденции, когда понятие ректосигмоидный отдел (переход) исключается из анатомической номенклатуры. Альтернативой РО вводится термин «sigmoid take-off» (STOF), которым обозначается место (точка), где по мнению некоторых авторов заканчивается сигмовидная кишка и начинается прямая кишка. Однако исключение ректосигмоидного отдела, может привести к недооценке локализации опухоли может привести к интраоперационным трудностям достижения R0 циркулярной и дистальной границ резекции, как следствие худшими отдаленными результатами лечения.

Цель:

Определение точности анатомических границ ректосигмоидного отдела.

Методы:

Дизайн исследования - одноцентровое проспективное наблюдательное исследование. были включены пациенты, в возрасте старше 18 лет, которым выполняли переднюю/нижнюю переднюю/брюшно-анальную резекцию по поводу рака средне- и нижеампулярного отделов прямой кишки, а также дивертикулеза сигмовидной кишки. Критериями невключения были перенесенные в анамнезе операции на прямой кишке, наличие опухоли в РО, а также химиолучевая терапия на органы малого таза.

Результаты:

В период с августа 2023 года по март 2024, было включено 37 человек, из них 15 (40,6%) пациентам было выполнено хирургическое вмешательство по поводу рака прямой кишки, 22 (59,4%) - по поводу дивертикулярной болезни. У 27 пациентов выполнялась разметка двух границ. У 11 пациентов, помимо двух первых точек разметки, установлена дополнительная клипса «STOF», которая располагалась в проксимальном направлении от складки тазовой брюшины на 20,6 мм. В 74,2% случаев, хирургическое вмешательство, а вместе с тем и разметка, выполнена с применением роботических и лапароскопических технологий. При микроскопической оценке, совпадение предполагаемы анатомических ориентиров с патоморфологическими, выявлено у 30 (81%) пациентов, а у 7 (19%) пациентов, совпадения не обнаружено. Критерием соответствия являлось нахождение клипсы/нити в пределах микроскопических границ, которые описаны ниже. Из 10 пациентов, которым дополнительно была отмечена точка «STOF», у 8 пациентов она совпадала с дистальной границей РО. В 2 случаях, точка «STOF» попала между проксимальной и дистальной границей, как при макро так и при микроскопической оценке. В остальных случаях, клипса точки «STOF» располагалась каудальнее нашей дистальной границы.

Заключение:

Существующие на сегодняшний день анатомические границы ректосигмоидного отдела, совпадают с патоморфологическими и могут применяться для интраоперационной верификации дистальной и проксимальной границы данного сегмента кишки. Требуется проведение исследований для определения новых КТ и МРТ признаков РО.

Реконструктивная проктология – исправление ошибок никогда не поздно

Авторский состав:

Д.Л. Давидович, А.Я. Соломка, Д.В. Разбирин, Г.С. Томашевский, А.К. Буровский, А.М. Таривердиев, И.Г. Рекунова

Актуальность:

Исправление ошибок никогда не поздно. И лучше поздно, чем никогда! Значительную часть в деятельности Центра Колопроктологии ФНКЦ ФМБА занимает помощь пациентам, ранее оперированным в других лечебных учреждениях с последующим стойким снижением качества жизни и развитием таких осложнений, как стриктура ануса, недостаточность анального сфинктера и ректовагинальные свищи.

Цель:

Изучить опыт реконструктивных операций у пациентов со стриктурой анального канала, недостаточностью анального сфинктера и ректовагинальными свищами на базе ФНКЦ ФМБА РФ на результатах лечения 30 пациентов.

Методы:

При наличии у пациентов декомпенсированной стриктуры мы активно применяем методы рассечения рубцов с замещением дефектов низведенными слизисто-подслизистыми или кожными лоскутами в различных комбинациях с последующей задержкой стула в послеоперационном периоде. При наличии повреждений анального сфинктера в поздние сроки после оперативного вмешательства - различные методы сфинктеропластики и замещения дефицита тканей перемещёнными лоскутами. Важным аспектом предоперационной подготовки является проведение предоперационной магнитно-резонансной томографии с внутривенным контрастным усилением. При наличии ректовагинальных свищей в большинстве случаев методом выбора мы считаем иссечение свищевого хода горизонтальным промежностным доступом с пластикой интерпозицией леваторов и грушевидных мышц. При этом выполнение колостомии мы осуществляли не у всех пациентов.

Результаты:

У всех наших пациентов мы достигли существенного улучшения качества жизни. Процент ретракции лоскутов по нашим данным составил 25%. При выполнении сфинктеропластики при недостаточности анального сфинктера в ряде случаев требуются повторные вмешательства, но во всех наблюдениях удалось достигнуть существенного улучшения анальной континенции. При ректовагинальных свищах у 2 из 5 пациенток удалось достигнуть полной ремиссии без выполнения колостомии. Перспективным направлением является применение современных регенеративных технологий, в частности применение стромально-васкулярной фракции, относительно данного метода идёт активный набор первичного материала.

Заключение:

Выполнение реконструктивных операций у пациентов с последствиями неудачно выполненных ранее хирургических вмешательств является одним из наиболее сложных направлений современной колопроктологии. Определение хирургической тактики у таких пациентов является строго индивидуальным и должно быть основано как на клинических данных, так и на результатах объективных исследований. Хирургические вмешательства как правило представляют индивидуально подобранную комбинацию различных методов и в ряде случаев также могут быть дополнены применением стромально-васкулярной и нано-липидной фракции.

Редкий случай правосторонней парадуоденальной грыжи у пациентки с раком восходящей ободочной кишки

Авторский состав:

Казакова Е.А., Игнатов И.С., Шлык Д.Д.

Актуальность:

Парадуоденальные грыжи (мезоколические грыжи) – редкая разновидность внутренних грыж живота, которая образуется при герниации всей тонкой кишки или ее участка в карман брюшины, исходящую из ямки проксимальнее четвертого сегмента двенадцатиперстной кишки. Их можно разделить на левосторонние (69,8%) и, наиболее редкие правосторонние грыжи (30,2%). В настоящее время в мировой литературе описано всего 34 случая прижизненного выявления правосторонней парадуоденальной грыжи у взрослых. Возраст пациентов, описанный в литературе, на момент диагностики в среднем составлял 44,1 года, соотношение мужчин и женщин 2 к 1. Наиболее часто парадуоденальные грыжи проявлялись неспецифическими симптомами - абдоминальной болью. Лишь в 0,2-0,9% они вызывают клинику тонкокишечной непроходимости. В данной публикации описан случай правосторонней парадуоденальной грыжи, не заподозренной при дооперационном обследовании, которая была случайно обнаружена во время хирургического лечения КРР у пожилой пациентки.

Цель:

Продемонстрировать редкий случай правосторонней парадуоденальной грыжи у пациентки с раком восходящей ободочной кишки

Методы:

Пациентка Р. 72 лет, поступила в ККМХ для лечения рака восходящей ободочной кишки. Из анамнеза: абдоминальных болей не отмечала, признаков кишечной непроходимости нет, операций на органах брюшной полости не было. В 2020 году в плановом порядке проходила диспансеризацию, при колоноскопии было обнаружено образование восходящей ободочной кишки. За медицинской помощью не обращалась. Продолжила обследование лишь осенью 2023 года. Тотальная видеоколоноскопия в сентябре 2023: в ободочной кишке на 6 см дистальнее Баугиниевой заслонки опухолевидное образование до 2 см в диаметре на широком основании. Заключение: эндоскопические признаки аденокарциномы ободочной кишки. Гистологическое заключение: микропризнаки аденокарциномы восходящей ободочной кишки. Компьютерная томография органов брюшной полости и грудной клетки в сентябре 2023: данных за вторичные изменения не получено. Комплексно обследована по поводу кардиальной патологии (пароксизмальная форма фибрилляции предсердий). Осмотрена кардиологом и анестезиологом повторно в ноябре 2023: противопоказаний к оперативному лечению не выявлено. Повторно

выполнена КТ органов грудной клетки и брюшной полости с внутривенным контрастированием в ноябре 2023 года: КТ-картина стабильна в сравнении с исследованием от сентября 2023 года. Данных за вторичные изменения не получено. Первичная опухоль не визуализируется. Аномалий сосудистой архитектоники не заподозрено. Проведен онкологический консилиум: показано оперативное лечение.

Пациентке выставлен диагноз: Основное заболевание: Рак восходящей ободочной кишки cT2N0M0 I стадия. Сопутствующее заболевание: Ишемическая болезнь сердца: атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени, риск сердечно-сосудистых осложнений очень высокий. Атеросклероз аорты, коронарных, брахиоцефальных артерий и артерий нижних конечностей. ХОБЛ. Эмфизема легких. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Посттромбофлебитический синдром. Хронический гастрит вне обострения.

Планируемый объем операции – лапароскопически-ассистированная резекция правых отделов ободочной кишки с D2 лимфодиссекцией.

Результаты:

При обзорной лапароскопии метастазов в печени не определяется. Все петли тонкой кишки покрыты единой прозрачной васкуляризированной оболочкой, которая свободно смещается, не припаяна к петлям кишки. Оболочка вскрыта от подпеченочного пространства до входа в малый таз, петли тонкой кишки свободно смещаются, не спаяны между собой. При дальнейшей ревизии слепая кишка и восходящая ободочная кишка в типичном месте не определяется. У пациентки признаки эмбрионального порока развития – незавершенного поворота кишечника и эмбриональной мезоколической грыжи. Принято решение о конверсии. Весь правый фланг ободочной кишки имеет длинную подвижную брыжейку, находится в левых отделах брюшной полости. Вся тонкая кишка, покрытая описанной оболочкой, находится по правому флангу брюшной полости. Имеется эмбриональная спайка между куполом слепой кишки и боковой брюшной стенкой. Дуоденоеюнальный переход находится подпеченочно. В 80 см от илеоцекального угла имеется дивертикул Меккеля 4x0,8 см, не изменен. В восходящей ободочной кишке в 5 см от Баугиниевой заслонки имеется опухоль диаметром 2 см, плотная, подвижная, серозную оболочку не прорастает. Выполнена резекция правых отделов ободочной кишки с D2 лимфодиссекцией. Подвздошно-ободочные артерии и вены пересечены на 1 см дистальнее ВБВ. Средняя ободочная артерия и ее ветви сохранены. Сформирован ручной илеотрансверзоанастомоз «бок-в-бок». Дивертикул Меккеля резецирован. Грыжевой мешок иссечен.

В послеоперационном периоде проводилась комплексная консервативная терапия (инфузионная, анальгетическая, антисекреторная, антикоагулянтная), асептические перевязки послеоперационных ран. На 8 сутки после операции при вертикализации отмечался кратковременный эпизод потери сознания, выявлено нарушение ритма по

типу трепетания предсердий. На фоне антиаритмической терапии ритм не восстановлен, однако, состояние пациентки с положительной динамикой, гемодинамика не нарушена, в связи с чем решено воздержаться от восстановления ритма, продолжена антикоагулянтная терапия. Дренаж удален на 9 сутки. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Выписана в удовлетворительном состоянии на 13 сутки после операции. Гистологическое заключение: Колоректальная аденокарцинома низкой степени злокачественности. В 17 исследованных лимфатических узлах метастазов опухоли не обнаружено. pT1N0Mx L0, V0, Pn0, R0.

При ретроспективном разборе КТ-ангиоархитектоники, мы пришли к выводу, что ветви верхней брыжеечной артерии, питающие правые отделы толстой кишки, и вся ободочная кишка располагалась в левых отделах брюшной полости.

Заключение:

Парадуоденальные грыжи представляют собой редкий тип внутренних абдоминальных грыж. Редкая встречаемость данной нозологии приводит к диагностическим ошибкам, в связи с чем подобные аномалии выявляются случайно либо интраоперационно, либо при аутопсии. В данном случае выявление парадуоденальной грыжи на дооперационном этапе позволило бы более точно планировать объем оперативного вмешательства и, возможно, избежать конверсии. Клинический опыт, полученный при анализе данного случая, может способствовать улучшению диагностики и лечения подобных редких патологий в будущем.

Ksharsutra Treatment In Complex fistula in ano

Авторский состав:

Patil Pravin Shirirang

Актуальность:

Ksharsutra treatment in complex fistula in ano, not only prevent incontinence but also protect important perineal structures by preventing wide dissection.

Ksharsutra is a medicated thread (chemical seton) prepared by using plant based ingredient. The active ingredients are coated repeatedly on surgical linen (barbour) thread no. 20 so that a required amount of drug gets adhered on the thread to achieve therapeutic value. The thread, when applied judiciously, helps in cutting, curetting, draining and healing of fistulous track. Kshar sutra is an old age minimal surgical procedure described in Ayurveda for the treatment of sinus and fistula in ano.

Цель:

To evaluate the outcomes of a ksharasutra technique, in treatment of complex Fistula in ano.

Методы:

In the present study, 150 patients with complex fistula in ano were treated by ksharsutra whose surgical steps include: incision at the anterior or posterior midline perianal area, identification and interception of the fistulous track at intersphincteric plane or extrasphincteric plane , rerouting the track at the site of interception, and application of a ksharasutra (medicated seton) in the proximal track (from the site of interception to the internal opening) that is laid open gradually, with the resulting wound healing with minimum scarring. The ksharsutra in distal track is kept for only one week and then removed and the tract is allowed to heal spontaneously.

Результаты:

Out of 150 cases, 140(93.33%) were males and 10 (6.66%) were females; with mean age of 40 yrs.(16 to 74), There were 75(50%) high trans-sphincteric, 45 (30%) were trans-sphincteric with high intersphincteric extension and 30 (20%) were trans-sphincteric with supra-levator extension. 15 (10%) among all 150 cases were recurrent fistulas. 90(60%) fistulas were having internal opening at posterior midline and 60(40%) were having internal opening at anterior midline.

Successful healing was achieved in 142 (94.66%) cases. The overall mean duration of ksharsutra application was 9.12 weeks. The duration of therapy showed a statistically significant relationship with the presence of supralelevator extension ($p < 0.01$); After complete laying open of the proximal track by ksharasutra application, the resulting wound healed completely within 8 to 10 weeks. Follow up after 1 year, there was no recurrence of the disease in 142 cases. Subjective assessment of continence done with the Wexner Incontinence Scoring system 9 (6%) showed only a mild impairment of flatus continence.

Заключение:

Ksharsutra treats complex fistula in ano effectively and without any major incontinence. we have legacy over 3000 years.

Ileorectal intussusception anastomosis (IRIA) of laparoscopic total colectomy: an innovative surgical procedure in slow-transit constipation

Авторский состав:

Li Yuwei

Актуальность:

Slow-transit constipation (STC) is a subtype of constipation typically associated with age, sex, mental illness, and a history of sexual abuse. Some patients may require surgical resection if symptoms do not improve after traditional conservative treatment. The efficiency of end-to-end ileorectal anastomosis (EEIRA) in these patients is approximately 80%-100%. Research has identified effective surgeries that may lead to severe diarrhea and fecal incontinence after EEIRA; approximately 6%-30% of patients are diagnosed with intractable diarrhea after removal of the ileocecal valve. Here we want to present an innovative surgical procedure called ileorectal intussusception anastomosis (IRIA), which can reduce the incidence and severity of diarrhea.

Цель:

Introduce the operation steps of ileorectal intussusception anastomosis (IRIA) and describe the details of the operation.

Методы:

Surgical techniques and procedures of ileorectal intussusception anastomosis (IRIA)

- Rectal disconnection and ileal disconnection
- Ileorectal intussusception anastomosis
- Drainage tube was inserted through the anus as a support
- The sutures around the rectum and ileum
- The thread was tightened and 3-4 cm length of the ileum was inserted into the rectum

Результаты:

IRIA can reduce frequent diarrhea and urgent defecation. Defecation frequency in the early postoperative period was significantly reduced in the IRIA compared to the EEIRA group, and urgent defecation was eliminated.

Заключение:

IRIA was developed as an innovative surgical technique to reconstruct an artificial ileorectal valve for the treatment of frequent diarrhea and urgent defecation following EEIRA surgery.

Should we do partial or total mesorectal excision for upper rectal cancer

Авторский состав:

Zhasur Madyarov

Актуальность:

Upper rectal cancer is one of the most discussed topics in colorectal cancer treatment. The upper third of the rectum contains features of colonic anatomy despite being part of the rectum. There is no consensus about preoperative combined modality treatment and extent of mesorectal excision is still debatable for upper rectal carcinoma.

Цель:

to assess the impact of mesorectal excision extent for upper rectal cancer (URC) on long-term treatment results.

Методы:

227 patients over 18 years old, stage T2-4N0- 2M0 URC treated in the period from January 2004 to December 2014 were analyzed. The patients were divided in 2 groups: partial mesorectal excision (PME) and total mesorectal excision (TME).

Результаты:

1 patient was not operated on due to complete clinical response after irradiation. Of 226 patients PME was performed in 199 (85.4%) and TME - in 27 (14.6%) patients. TME was significantly more often performed in patients with tumor at 10cm (p

Заключение:

PME does not worse long term results comparing to TME

Classification of Fistula in ano and management principles lay down by Acharya Susrutha - relevance and review

Авторский состав:

BOLLOJU SATYA NARAYANA

Актуальность:

Acharya Susrutha is revered as the Father of plastic Surgery. His contribution to the field of surgery in the form of SUSRUTHA SAMHITHA is a well documented treatise of principles and protocols which is having a potential to provide standard guidelines for many surgical conditions.

Fistula in ano is Mentioned under the heading of Bhagandhara and the abscess related to it is clearly identified as Bhagandhara pidaka (Peri anal abscess).

Susrutha classification of Fistula in ano has to be considered advanced classification to Parks and SJUH MRI classification considering the time line and availability of technology.

His classification considers four variables (Factors- 1). Anal gland infection, 2). Sphincters, 3). Spaces, 4).Anorectal ring) which is way ahead of his times.

He classifies anal fistula into five types- Sathaponaka (Hidradenitis suppurativa) which is a NCGI (Non-cryptoglandular infection), Ustragreeva (Intersphincteric fistula- Gr I and Gr II MRI classification), Parisravi (Complex trans-sphincteric fistula- Gr III, Gr IV), Sambhukavartha (High or Deep anal space fistula- Gr V), Agantuja (Secondary fistulas). The way the disease is classified by susrutha is an evidence that he possesses considerably good knowledge of anatomy and pathophysiology related to anal fistula.

Present day diagnosis primarily relies on physical examination and imaging techniques such as MRI or endoanal ultrasound for complex cases.

Treatment approaches range from conservative management to surgical interventions, with procedures like fistulotomy, seton placement, and advanced flap techniques offering varying success rates. He has gives incision techniques (langalaka, arthalangala, gothirdaka, sarvatobhadra) for Sathaponaka (Hidradenitis suppurativa) and deroofing or partial fistulectomy techniques (karjurapatraka, suchimuka, avgmuka, chandrartha, chandrachakra) for Parisravi bhagandara (Complex trans-sphincteric fistula- Gr III, Gr IV).

Цель:

Despite advancements in treatment, fistula in ano remains challenging due to its recurrence and potential complications. This abstract provides an overview of the Susrutha understanding of disease and treatment strategies, highlighting his depth of understanding.

Методы:

Correlation of Susrutha with Parks and SJUH MRI classification and surgical protocols for better healing rate with least recurrence and minimal invasive procedure.

- Eradication of anal gland origin with partial fistulectomy and debridement
- Application of KSHARASUTRA for Preservation of sphincteric function
- Techniques of fistulotomy and deroofting techniques
- Wound care with Taila, Gritha by Varthi Pichu Poorana Sitzbath Medication

Результаты:

Susrutha classification is an advanced classification to Parks and SJUH MRI classification of Anal Fistula. It gives precise surgical protocols for different types of fistulas.

Заклучение:

Susruthas classification of Anal Fistula is an advanced classification and has advanced surgical protocols which can be adopted even 21st century which makes it timeless.

Transanal Sacrorectopexy & Levatorplasty for complete Prolapse Rectum

Авторский состав:

Gupta Alok Mohanlal

Актуальность:

Less invasive perianal procedure for complete prolapse of rectum.

Цель:

To achieve simple and safe fixation of posterior rectal wall to presacral fasscia and lateral wall to pubo rectalis easily.

Методы:

Under all aseptic precautions in lithotomy position under spinal anaesthesia trans rectal presacral fixation of rectum from S3 to sacrococcygeal junction through Dr. Chivates proctoscope by (PDS suture round body 40mm). Then sclerocent is infiltrate in retrorectal space , then incision is taken on left ischio rectal fossa and dissection is done upto puborectalis and lateral wall of rectum is fixed to puborectalis by 3 sutures of 2 -0 PDS 30mm round body needle ,same procedure is done on right side . After that internal mucopexy is done at 3,7,11 o clock position for lax anal mucosa and ischiorectal fossa wound is closed by PDS suture . Procedure was uneventful and patient was shifted to room.

Результаты:

10 patients done since 2021-2023 in which 7 patients are female and 3 patients are male.

6 patients were improved in incontinency Also constipation score was improved in 4 patients.

Заключение:

This procedure is safe and effective in management of complete prolapse rectum with improvement in bowel function.

Simplified technique of d3 right colectomy

Авторский состав:

SHAH SUMIT DHAIRYASHIL

Актуальность:

Total mesolectal excision in rectal cancer has established as standard of care. Since then more focus has been shifted towards colon cancer. Hohenberger published complete mesocolic excision (CME) with central vascular ligation (CVL) in 2009 while Japanese group published about d3 lymph node dissection in colon cancer.

Here we want to present laparoscopic D3 right colectomy.

Цель:

since 2009 many authors have published about technique of CME+CVL / D3 lymph node dissection. But its always difficult to replicate it. Here we want to standardize and simplify the way laparoscopic D3 right colectomy is done.

Методы:

SURGICAL TECHNIQUE AND STEPS OF D3 RIGHT COLECTOMY.

- Patient positioning
- Port placement
- Bowel positioning
- vascular anatomy identification
- Caudal to cranial mesocolic dissection
- Central vascular ligation along with D3 lymphadenectomy
- Supracolic dissection
- Lateral mobilization

Extracorporeal anastomosis

Результаты:

CME WITH D3 lymph adenectomy has been shown to have higher lymph node harvest , decrease local recurrence rate, more patient has received adjuvant treatment due to upstaging. Retrospective data has shown to improve dfs and overall survival. However prospective randomized control trials are needed.

Заключение:

D3 right colectomy should be standard of care right colonic cancers

Clinical effect of anal fistula clip in treatment of anal fistula

Авторский состав:

YANG GUANG

Актуальность:

The principle of anal fistula treatment is to clear the internal opening and related epithelialized fistula and protect anal sphincter function. The treatment of internal opening is the fundamental method of curing anal fistula. At present, the treatment of internal opening mainly includes open and closed methods. Open incision with or without hanging, although the cure rate is high, but the rate of postoperative anal incontinence is also high. The closing method includes the flap technology, biomaterial technology (anal fistula plug, protein glue, stem cells,), LIFT, VAAFT, FiLaC etc.

Цель:

To analyze the effect of anal fistula clip (AFC) in the treatment of anal fistula, and to evaluate its safety.

Методы:

A retrospective cohort study method was used. Eighty-three patients with glandular transsphincteric anal fistula in the Xuzhou Central Hospital from September 2018 to May 2022 were collected, of which 42 patients underwent the AFC treatment (AFC group), 41 patients underwent the endorectal advancement flap (ERAF) treatment (ERAF group). The operation time, intraoperative blood loss, visual analogue scale (VAS) score of wound pain on postoperative day 1, 3, and 7, wound healing time, Wexner incontinence score of anal function on postoperative month 6, clinical efficacy (healing and failure), and recurrence were compared between the two groups.

Результаты:

The operation was successfully completed in both groups. The operation time and intraoperative blood loss in the AFC group were shorter or less than those in the ERAF group ($P < 0.05$). No complications such as internal opening infection and bleeding occurred in both groups. There were no statistical differences in the VAS score of postoperative wound pain at all time point between the two groups ($P > 0.05$). The median follow-up time was 22 months. There was no statistical difference in the wound healing time between the two groups ($P > 0.05$). The Wexner score of anal function in the AFC group was lower than that in the ERAF group ($P < 0.05$), and there was no statistical difference between after operation and before operation ($Z = -1.751$, $P = 0.089$) in the AFC group, while that in the ERAF group after operation was higher than that before operation ($Z = -1.859$, $P = 0.014$). The healing rate of the AFC group and ERAF group (85.7% vs 77.5%, $\chi^2 = 0.925$, $P = 0.336$). The recurrence rate between AFC group and ERAF (14.3% vs 22.5%, $\chi^2 = 0.925$, $P = 0.336$).

Заклучение:

From the results of this study, the AFC is safe and effective in treatment of anal fistula, with the advantages of relatively simple operation, less bleeding during operation, lighter postoperative pain, and good protection of anal function.

Surgical case sharing of a patient with circumferential mixed hemorrhoids combined with prolapsed internal hemorrhoids

Авторский состав:

CHAOFENG HOU

Актуальность:

Hemorrhoids are a common anorectal condition affecting the quality of life of a large global population. While traditional surgical methods like Milligan-Morgan hemorrhoidectomy are effective, they often come with postoperative complications such as pain and bleeding. In recent years, with the development of minimally invasive techniques, the harmonic scalpel has shown unique advantages in treating hemorrhoids. Circular mixed hemorrhoids, due to their complexity, are challenging to treat, and the harmonic scalpel technology provides a new treatment option.

Here, we wish to demonstrate the surgical process of treating circular mixed hemorrhoids using a harmonic scalpel.

Цель:

Although the application of harmonic scalpels in hemorrhoid treatment is becoming increasingly widespread, there is still a lack of standardized procedures for dealing with circular mixed hemorrhoids. This video aims to showcase a safe and efficient surgical technique for treating circular mixed hemorrhoids using a harmonic scalpel, and to explore its advantages in reducing intraoperative bleeding, shortening operation time, and lowering postoperative complications.

Методы:

Surgical techniques and steps for treating circular mixed hemorrhoids with a harmonic scalpel.

- 1 Patient positioning
- 1 Manual anal dilation
- 1 Reduction of internal hemorrhoids
- 1 Excision of external hemorrhoid tissue
- 1 Cutting and coagulation techniques with harmonic scalpel
- 1 Management of internal hemorrhoid tissue
- 1 Wound refinement
- 1 Perianal nerve block

Результаты:

Preliminary clinical applications show that harmonic scalpel treatment for circular mixed hemorrhoids has significant advantages. Compared to traditional surgery, this method can notably reduce intraoperative bleeding, shorten operation time, and lower postoperative pain levels. Patients recover faster, have shorter hospital stays, and experience lower rates of postoperative complications such as bleeding and infection. Long-term follow-up data indicates low recurrence rates and high patient satisfaction. However, large-sample, multi-center randomized controlled studies are still needed to further validate its long-term efficacy.

Заключение:

Harmonic scalpel treatment for circular mixed hemorrhoids is a safe and effective minimally invasive surgical method, which has the potential to become an important option for treating complex hemorrhoids. The widespread application of this technology will bring more benefits to patients.

Tissue-Selecting Therapy (TST) combined with External Dissection and Internal Ligation for severe hemorrhoids.

Авторский состав:

CAO BO

Актуальность:

Patient Wang, male. Complaint: block prolapse after defecation for 1+ years. Specialized examination: knee-chest position, bilateral buttocks equal size and roundness, 2-5, 7-9, 11 points anal margins to see the cystic material prolapse size of about 1 * 1cm, finger test sense of the rectal mucosa is smooth, did not touch the hard mass, 2-5, 7-9, 11 points of the tooth line above and below the palpable cystic material of 1.5 * 1.5cm size, back finger condom without blood staining. Diagnosis: Severe hemorrhoids. Proposed : Tissue-Selecting Therapy (TST) combined with External Dissection and Internal Ligation for severe hemorrhoids.

Цель:

TST combined with external peeling and internal ligation for the treatment of severe hemorrhoids can effectively lift the anal cushion tissue at the same time, combined with the patient's hemorrhoidal nucleus number and size, the implementation of targeted excision operation, reflecting the "different hemorrhoids, different treatment" concept of treatment, to reduce postoperative trauma pain, edema, bleeding, constipation, urinary retention and other complications.

Методы:

Demonstration of Tissue-Selecting Therapy (TST) combined with External Dissection and Internal Ligation for severe hemorrhoids. Patient's position: lithotomy position
1. Sterilization 2. Anal dilatation 3. Insertion of anoscope 4. Double purse-string suture 5. Tighten the purse-string, tighten the purse-string, tie the knot, complete the anastomosis 6. Check the anastomosis 7. Handle mucosal bridge 8. Handle external hemorrhoids

Результаты:

TST combined with external peeling and internal ligation for the treatment of severe hemorrhoids can reduce postoperative trauma pain, edema, bleeding, constipation, urinary retention, shorten the operation time, shorten the number of days of hospitalization of the patients, and improve patient satisfaction.

Заключение:

TST combined with external peeling and internal ligation is effective in treating severe hemorrhoids with high efficiency.

Management of Anal Condyloma Acuminata with Agnikarma by Electrocautery along with Adjuvent Ayurvedic Remedies : A case Report

Авторский состав:

Dr. Vishnu Bhagwan Giri

Актуальность:

A 72 years old male patient came to OPD having hard cauliflower structure like growth at anal verge which was gradually increasing in size and numbers along with occasionally bleeding after itching. He had also undergone through the same disease surgery but he gets started further growth at site in 30 – 32 days from the previous surgery done at another hospital. There was no any relevant surgical, family STD history. On local examination I observed that, there are multiple papillomatous growth covered entire anal verge and grade 3 internal haemorrhoids at primary locations. In the minor O.T. I took small part biopsy under local anaesthesia. Histopathological findings revealed it is a condyloma acuminata. Thus, as per previous history of recurrence complete excision planned through Agnikarma by electrocautery followed by the use of Jatyadi Tail local application 3 to 4 times in a day to minimize the post op discomfort, itching and recurrence by excision of Anal Condyloma with electrocautery with Adjuvent Ayurvedic Remedies.

This case study aims to provide insights in to the successful integration of traditional Ayurvedic practices with contemporary medical techniques for managing anogenital warts. By exploring the theurapeutic benefits of combining Agnikarma with electrocautery and Jatyadi taila for local application along with Tab. Sukshma Triphala orally.

Цель:

To bring the comfort to patient having Anal Condyloma without much post operative pain and minimize the recurrence by this integrated.

Методы:

Complete information noted prior to post for surgery. All essentials preoperative procedures done along with Anaesthesiologist's and Physician's preop fitness. Patient was taken to OT. Spinal Anaesthesia was given by Anaesthesiologist in sitting position then lithotomy position was given. Under all aseptic precautions cleaning, painting and drapping done. Internal Haemorrhoidectomy done for primary grade 3 Internal Haemorrhoids by Miligan Morgan Method. Then growth from the 11 o clock position caught with artery forcep and excised with the help of electrocautery-Agnikarma. Same procedure was carried out for complete circumferential growth. Post Operative – Patient was advised to take sitz bath with of liquid Dettol Solution and luke warm water for 10 to 15 minutes thrice a day. Then Jatyadi Tail (ayurvedic preparation – medicated oil) soaked cotton swab kept at anal verge thrice a day after every sitz bath for next 1 month,

Also given Triphala Guggulu 500 mg tab twice a day (for 2 month) with Oral antibiotics, anti-inflammatory, antacids with laxative given orally from the next day for next 5 days of operative procedure. Patient was advised to maintain proper hygiene and avoid strenuous activity for 1 month.

Результаты:

Patient got relief from itching, discomfort and burning sensation at external anal verge after excision of growth within a month of treatment. Follow up was taken upto 3 month. There was no any recurrence symptoms observed.

Заклучение:

This case demonstrates that the anal condyloma acuminatum can be managed through the Agnikarma and adjuvant Ayurvedic remedies without any complications and recurrence thus improving the quality of life of patient.

Clinical effect of anal fistula clip in treatment of anal fistula

Авторы:

YANG GUANG

Актуальность:

The principle of anal fistula treatment is to clear the internal opening and related epithelialized fistula and protect anal sphincter function. The treatment of internal opening is the fundamental method of curing anal fistula. At present, the treatment of internal opening mainly includes open and closed methods. Open incision with or without hanging, although the cure rate is high, but the rate of postoperative anal incontinence is also high. The closing method includes the flap technology, biomaterial technology (anal fistula plug, protein glue, stem cells,), LIFT, VAAFT, FiLaC etc.

Цель:

To analyze the effect of anal fistula clip (AFC) in the treatment of anal fistula, and to evaluate its safety.

Методы:

A retrospective cohort study method was used. Eighty-three patients with glandular transsphincteric anal fistula in the Xuzhou Central Hospital from September 2018 to May 2022 were collected, of which 42 patients underwent the AFC treatment (AFC group), 41 patients underwent the endorectal advancement flap (ERAF) treatment (ERAF group). The operation time, intraoperative blood loss, visual analogue scale (VAS) score of wound pain on postoperative day 1, 3, and 7, wound healing time, Wexner incontinence score of anal function on postoperative month 6, clinical efficacy (healing and failure), and recurrence were compared between the two groups.

Результаты:

The operation was successfully completed in both groups. The operation time and intraoperative blood loss in the AFC group were shorter or less than those in the ERAF group ($P < 0.05$). No complications such as internal opening infection and bleeding occurred in both groups. There were no statistical differences in the VAS score of postoperative wound pain at all time point between the two groups ($P > 0.05$). The median follow-up time was 22 months. There was no statistical difference in the wound healing time between the two groups ($P > 0.05$). The Wexner score of anal function in the AFC group was lower than that in the ERAF group ($P < 0.05$), and there was no statistical difference between after operation and before operation ($Z = -1.751$, $P = 0.089$) in the AFC group, while that in the ERAF group after operation was higher than that before operation ($Z = -1.859$, $P = 0.014$). The healing rate of the AFC group and ERAF group (85.7% vs 77.5%, $\chi^2 = 0.925$, $P = 0.336$). The recurrence rate between AFC group and ERAF (14.3% vs 22.5%, $\chi^2 = 0.925$, $P = 0.336$).

Вывод:

From the results of this study, the AFC is safe and effective in treatment of anal fistula, with the advantages of relatively simple operation, less bleeding during operation, lighter postoperative pain, and good protection of anal function.