

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ РОССИЙСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ И АССОЦИАЦИИ КОЛОПРОКТОЛОГОВ РОССИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Халиф И.Л., Белоусова Е.А., Шифрин О.С., Абдулганиева Д.И., Абдулхаков Р.А., Алексеева О.П., Алексеев С.А., Ачкасов С.И., Барановский А.Ю., Болихов К.В., Валуиских Е.Ю., Варданян А.В., Веселов А.В., Веселов В.В., Головенко А.О., Головенко О.В., Григорьев Е.Г., Губонина И.В., Жигалова Т.Н., Кашников В.Н., Кизова Е.А., Князев О.В., Костенко Н.В., Куляпин А.В., Морозова Н.А., Муравьев А.В., Низов А.А., Никитина Н.В., Николаева Н.Н., Никулина Н.В., Одицова А.Х., Осипенко М.Ф., Павленко В.В., Парфенов А.И., Полузютова Е.А., Потапов А.С., Румянцев В.Г., Светлова И.О., Ситкин С.И., Тиммербулатов В.М., Ткачев А.В., Ткаченко Е.И., Фролов С.А., Хубезов Д.А., Чашкова Е.Ю., Шапина М.В., Щукина О.Б., Яковлев А.А.

ЛИКВИДАЦИЯ ОБШИРНОГО ДЕФЕКТА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ МЕСТНОГО РЕЦИДИВА РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ ЛИНЧА

Ачкасов С.И., Назаров И.В., Цуканов А.С., Майновская О.А., Семёнов Д.А., Калашникова И.А.

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

Хирургическая резекция является основным методом лечения местных рецидивов рака ободочной кишки. Только «агрессивный» подход, заключающийся в выполнении мультитвисцеральных резекций для достижения негативных границ резекции может повысить выживаемость у этой категории больных. Вовлечение передней брюшной стенки требует ее резекции. Ликвидация образовавшегося дефекта является сложной хирургической проблемой. Метод лечения отрицательным давлением основан на постоянной аспирации отделяемого из раны. Первоначально, данный способ применялся у пациентов с диабетическим поражением стопы, или наличием пролежней. Однако, в последнее время вакуум-терапия всё чаще используется в качестве профилактической меры. В этой статье мы представляем случай успешного использования системы отрицательного давления у пациента, перенесшего оперативное вмешательство по удалению местно-распространённого рецидива рака ободочной кишки, потребовавшего резекции передней брюшной стенки.

[Ключевые слова: местный рецидив, локо-регионарный рецидив, местно-распространённый рецидив, рак ободочной кишки, вакуум-терапия]

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК: ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

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

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

ВВЕДЕНИЕ. В настоящее время актуальными являются изучение как онкобиологических аспектов феномена первичной множественности опухолей ободочной и прямой кишок, так и совершенствование методов лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить возможности миниинвазивных вмешательств при синхронном первично-множественном колоректальном раке.

МЕТОДЫ. Объектом исследования послужили данные о 51 больном первично-множественным синхронным колоректальным раком. Проведен анализ клинических, биологических, морфологических особенностей синхронных опухолей ободочной и прямой кишки. У 12 (23,5%) из 51 больных оперативные вмешательства на ободочной и прямой кишке были выполнены из миниинвазивного доступа: лапароскопия и трансанальная эндоскопическая резекция прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ исследования показали, что среди пациентов первично-множественным раком ободочной и прямой кишки преобладает синхронный колоректальный рак (63,8%) с преимущественной локализацией опухоли в сигмовидной и прямой кишке. Применение миниинвазивного доступа позволяет в 2,5 раза снизить число послеоперационных осложнений и улучшить реабилитацию больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение современных технологий в лечении первично-множественного синхронного колоректального рака позволяет улучшить результаты лечения больных.

[Ключевые слова: первично-множественный синхронный колоректальный рак, малоинвазивные операции]

ПОКАЗАНИЯ К ВВЕДЕНИЮ ОБЪЕМООБРАЗУЮЩИХ АГЕНТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ

Недозимованый А.И., Дементьева Е.А., Попов Д.Е., Васильев С.В.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова», г. Санкт-Петербург

Несмотря на наличие множества консервативных и хирургических методов лечения, проблема анальной инконтиненции актуальна на сегодняшний день и остается нерешенной. С целью повышения базального давления в анальном канале с начала 1990-х годов начались попытки имплантации объемообразующих агентов. В исследовании применен отечественный препарат «ДАМ+».

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Определение показаний к введению объемообразующих агентов для лечения анальной инконтиненции. Изучение возможности применения препарата «ДАМ+» с оценкой результатов лечения.

С 2014 по 2016 гг. проведена исследовательская работа с участием 30 пациенток с анальной инконтиненцией различной этиологии. Средний возраст составил $47,5 \pm 6,5$ лет. Производилось введение объемообразующего агента «ДАМ+» в подслизистый слой анального канала из 3-х точек с последующим сравнительным анализом обследования до и после лечения. Средний период наблюдения составил $12,1 \pm 0,97$ месяцев. В результате исследования нами были определены показания к введению объемообразующих агентов для коррекции анальной инконтиненции, выполнена оценка результатов.

[Ключевые слова: анальная инконтиненция, недостаточность анального сфинктера, объемообразующие агенты]

ЭМФИЗЕМА СРЕДОСТЕНИЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ КОЛОНОСКОПИИ (клиническое наблюдение)

Семионкин Е.И., Трушин С.Н., Подъяблонский А.В.

ФГБОУ ВО «Рязанский медицинский государственный университет им. акад. И.П.Павлова» Минздрава России, г. Рязань

В статье проанализированы данные литературы по эмфиземе средостения как редкого осложнения эндоскопической колоноскопии. Приведены два клинических наблюдения, подтвержденных рентгеновским исследованием, эмфиземы средостения, вследствие перфорации стенки сигмовидной кишки и дивертикула сигмовидной кишки при плановой эндоскопической колоноскопии. Больные экстренно оперированы с благоприятным исходом. Выполнены лапаротомии с резекцией кишки и наложением первичного аппаратного анастомоза. Эмфизема средостения разрешилась самостоятельно, в среднем, в течение 7 суток.

[Ключевые слова: эндоскопическая колоноскопия, перфорация толстой кишки, эмфизема средостения]

РОЛЬ ЦИТОРЕДУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ВНУТРИБРЮШНОЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ КАРЦИНОМАТОЗОМ

Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Сушков О.И., Пономаренко А.А.

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

ЦЕЛЬ. Оценить непосредственные результаты лечения и выживаемость пациентов, оперированных по поводу рака толстой кишки (РТК) с перитонеальным карциноматозом (ПК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В анализ включено 56 больных, которым выполнены циторедуктивные операции и внутрибрюшная химиотерапия по поводу РТК с ПК. pT4-стадия первичной опухоли была диагностирована в 38/56 (67,5%), а метастазы в лимфатические узлы обнаружены в 39/56 (69%) макропрепаратах. Медиана перитонеального карциноматозного индекса (ПКИ) составила 3 (1;5).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Смертность и частота развития послеоперационных осложнений в 30-дневный период после операции составили 0% и 14%, соответственно. Медиана безрецидивной выживаемости (БВ) была 21 (11;н/д) месяцев. При многофакторном анализе установлено, что уровень ПКИ ($p=0,0007$) и наличие внебрюшинных метастазов ($p=0,0097$) – независимые неблагоприятные прогностические факторы БВ. При эмпирическом анализе пограничное значение ПКИ, при котором выявились достоверные различия ($p=0,044$) во времени возникновения рецидива, оказался равен 8. Медиана БВ при уровне ПКИ менее 8 оказалась равна 24 (11;н/д) месяцам, а более 8-10 (7;17) месяцев.

ВЫВОДЫ. Циторедуктивные операции (ЦО) вместе с интраоперационной внутрибрюшной химиотерапией (ВБХТ) у больных РТК с ПК при низком уровне послеоперационных осложнений и нулевой летальности позволяют достичь увеличения БВ у пациентов с ПКИ менее 8 более, чем в 2 раза, по сравнению с пациентами, у которых ПКИ был выше этого значения.

[Ключевые слова: карциноматоз, рак толстой кишки, циторедуктивная операция, внутрибрюшная химиотерапия]

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАРЕИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С CLOSTRIDIUM DIFFICILE, У КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (обзор литературы)

Сафин А.Л., Ачкасов С.И., Сухина М.А., Сушков О.И.

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

[Ключевые слова: клостридиальный колит, псевдомембранозный колит, антибиотико-ассоциированная диарея]

МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА И ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ КАК МЕТОД ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ (обзор литературы)

Фоменко О.Ю., Титов А.Ю., Николаев С.Г., Мудров А.А.

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

ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва

[Ключевые слова: неинвазивная магнитная стимуляция, недостаточность анального сфинктера, мышцы тазового дна, наружный анальный сфинктер, хронический запор]

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Шельгин Ю.А., Веселов А.В., Сербина А.А.

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

