

Абсолютное число пациентов основной группы начало раннее энтеральное питание через 24 часа после операции, в контрольной группе на 5–7 сутки. Среднее время нахождения пациентов в палате интенсивной терапии в основной группе составило $2,3 \pm 1$ суток, контрольной $8,5 \pm 1,5$ суток ($p \leq 0,05$).

Дренажи брюшной полости использовались у всех раненых. Сроки удаления дренажей в основной группе составили $1,0 \pm 1$ сутки, контрольной $6,5 \pm 1,5$ суток ($p \leq 0,05$). Время стояния мочевого катетера в основной группе до 1,0 суток, контрольной $5,5 \pm 1$ суток ($p \leq 0,05$).

Ранние послеоперационные осложнения диагностированы у 6 (35,3%) человек основной группы, 8 (40%) в контрольной ($p \geq 0,05$).

Летальность исходов не было.

Вывод. Таким образом, применение программы ускоренного восстановления пациентов у раненых с повреждением ободочной и прямой кишки оправдано, является безопасным, позволяет уменьшить частоту развития осложнений, снижает срок пребывания в отделении интенсивной терапии и повышает качество жизни и удовлетворенность лечением.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

КУЗНЕЦОВ Н.Ю., БАГДАСАРОВА Е.А., КЕРОПЯН О.К.

ГКБ им. С.С. Юдина, Москва

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

colya.kuznecoff2017@yandex.ru

Актуальность: Свищ прямой кишки — достаточно распространенное заболевание и составляет от 8 до 23 на 100 000 населения. Наибольшую сложность в лечении составляют пациенты с экстрасфинктерным и трансфинктерным расположением свищевого хода, которым до сих пор нередко выполняются операции лигатурным методом, что, как известно, часто приводит к развитию недостаточности анального сфинктера в той или иной степени. В 2007 г. Аруном Роханасаккулом, хирургом отделения колоректальной хирургии Университета Чулалонгкорн в Бангкоке (Таиланд), разработана методика операции LIFT, при которой он предложил у пациентов с экстрасфинктерными и глубокими трансфинктерными свищами пересекать свищевой ход в межсфинктерном пространстве, не пересекая при этом волокон сфинктера. В 2007 г. опубликованы первые результаты данной методики операции — выздоровление наступило у 94% пациентов.

Цель работы: улучшить функциональные результаты хирургического лечения больных с экстрасфинктерными и трансфинктерными параректальными свищами с использованием малоинвазивного метода лечения — пересечения свищевого хода в межсфинктерном пространстве (LIFT).

Материалы и методы: С февраля 2017 г. по март 2018 г. в отделении колопроктологии ГКБ им. С.С. Юдина операция LIFT выполнена у 11 пациентов. Мужчин было — 7 (63%), женщин — 4 (37%). Пациентов с трансфинктерным свищом — 8 (72%), с экстрасфинктерным — 3 (28%)

Передняя локализация внутреннего отверстия выявлена у 4 (37%), задняя — у 7 (63%). Длительность заболевания составила от 3 мес. до 5 лет. Пациентам, ранее перенесшим радикальную операцию по поводу свища прямой кишки, данная методика не применялась. Все операции выполнялись под спинальной анестезией в плановом порядке.

Результаты и обсуждение: послеоперационный койко-день составил 1,2 день. В послеоперационном периоде болевой синдром был невыраженным, все пациенты обезболивались ненаркотическими анальгетиками. Отдаленные результаты лечения были прослежены в сроки от 3 мес. до 1 года. У всех прооперированных пациентов признаков недостаточности анального сфинктера не отмечено. Рецидив заболевания выявлен у 1 (9,9%) пациента. Он был оперирован повторно методом низведения слизистой.

Выводы:

1. Лигирование свищевого хода в межсфинктерном пространстве является эффективной сфинктеросохраняющей операцией у пациентов с экстрасфинктерным и трансфинктерным расположением свищевого хода.

2. Методика не требует использования дополнительного оборудования и дорогостоящих расходных материалов.

3. Малоинвазивность вмешательства обуславливает сокращение сроков реабилитации.

ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

*ЛУЦЕВИЧ О.Э., ВТОРЕНКО В.И., МУДАРИСОВ Р.Р., ХОХЛАТОВ Д.Э.,
МНОЯН А.Х., СТРУЧКОВА Е.Ю., МАЗМАНЯН Д.Ж.*

ГКБ №52, Москва

arturmnoyan@yandex.ru

Актуальность. Значительная часть пациентов с колоректальным раком госпитализируются в общехирургические стационары по экстренным показаниям с осложненным течением болезни. По данным различных авторов, наиболее частыми осложнениями рака толстой кишки являются обтурационная кишечная непроходимость (20–85,5%), перфорация кишки на фоне распада опухоли (0,39–18%), кровотечение (0,78–14,7%), прорастание опухоли в соседние органы и ткани, перифокальные гнойно-воспалительные процессы (5–29,9%). Оказание квалифицированной помощи в многопрофильном стационаре становится возможным при наличии слаженной работы хирургической, реанимационной и анестезиологической служб, координация которых является залогом успеха в лечении данной категории больных.

Материалы и методы. За период с 2012 по 2017 гг. оперировано более 300 пациентов с острой обтурационной опухолью кишечной непроходимостью. Средний возраст больных составил 65 лет (от 27 до 101). Длительность заболевания острой кишечной непроходимостью составила от 1 до 9 суток, в среднем пациенты болели около 3-х дней до поступления в стационар. Ранее не обследовались до 70%

пациентов. У всех пациентов, за исключением больных с толсто-тонкокишечной непроходимостью, выполнена предоперационная диагностическая колоноскопия, подтвердившая диагноз и уровень поражения кишки.

При колоноскопии оценивали уровень опухолевого поражения кишечника, протяженность и степень обтурации просвета кишки. В случае невозможности заведения декомпрессионного зонда выше опухоли или установки стента, больные готовились к срочному оперативному вмешательству. Всем больным при колоноскопии выполнялась биопсия из опухоли.

В случае, если на фоне проводимых сифонных клизм у пациента отмечалось улучшение состояния в виде опорожнения отключенного сегмента толстой кишки, больному продолжалась консервативная терапия.

При колоноскопии уточняли соответствие разрешающей по клиническим данным обтурационной непроходимости данным о характере поражения толстой кишки. При необходимости производилось эндоскопическое стентирование опухолевого стеноза с целью декомпрессии кишки и как предоперационная подготовка. Лечение и подготовка к операции у тяжелых пациентов проводилась в условиях реанимации с участием хирурга, эндоскописта и анестезиолога.

Пациентам, которым не была показана экстренная операция, выполнялись лапароскопические вмешательства. В этой группе оказалось 87 больных.

После открытых операций наблюдались следующие осложнения: эвентрация у 5 пациентов, нагноение послеоперационной раны – 8, пневмония – 5, несостоятельность анастомоза – 4, ТЭЛА – 3, послеоперационный парез кишечника – 4, абсцесс брюшной полости – 7, ранняя спаечная кишечная непроходимость – 2, несостоятельность и некроз колостомы – 1, перфорация острой язвы тонкой кишки с перитонитом в одном случае.

Результаты. В группе пациентов, перенесших лапароскопические операции, наблюдались следующие осложнения: несостоятельность анастомоза у 2 пациентов, абсцесс брюшной полости – у 4.

Выводы. Накопление опыта лапароскопических вмешательств на кишечнике, слаженная скоординированная работа хирургов, эндоскопистов, анестезиологов и реаниматологов, использование небольших разрезов для извлечения препарата (параумбиликальный, надлонный) позволили снизить средний койко-день, ускорить выздоровление больных, снизить затраты на обезболивание и на лекарственные средства в целом.

Внедрение в организацию работы многопрофильного стационара высокотехнологичной лапароскопической хирургии, высокотехнологичной эндоскопии, методики Fast-track позволило добиться значительного улучшения в лечении больных с данной патологией, снизить затраты стационара и повысить экономическую эффективность. Применение лапароскопических технологий в общехирургическом стационаре должно занять свое достойное место в хирургическом лечении колоректального рака, осложненного обтурационной непроходимостью.

ЛЕЧЕНИЕ ПРОТЯЖЕННЫХ ФОРМ АГАНГЛИОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

МОКРУШИНА О.Г., ШУМИХИН В.С., ХАЛАФОВ Р.В., КОСТОМАРОВА Е.А.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

miokrushina@yandex.ru

Протяженные формы аганглиоза толстой кишки являются редкой формой врожденной аномалии кишечника. Лечение таких пациентов должно проводиться с учетом возможного развития осложнений как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде.

Цель исследования: провести анализ лечения пациентов с протяженным аганглиозом толстой кишки.

Материалы и методы: с 2013 по 2017 годы в отделении хирургии новорожденных и недоношенных детей находилось 78 детей с различными вариантами аганглиоза. Из исследования исключены 52 пациента с ректальной и ректо-сигмоидальной формой, а также 5 пациентов с тотальной нероинтестинальной дисплазией кишечника. Проведен анализ лечения 21 пациента с протяженным поражением толстой кишки.

Результаты исследования: Сформированы 2 группы, в зависимости от протяженности поражения. 1-я группа – с тотальным поражением толстой кишки – 11 пациентов, 2-я группа – 10 пациентов с субтотальным поражением. Группы сопоставимы по гендерному составу, весу при рождении, гестационному сроку. Во всех случаях диагноз поставлен на основании морфологического исследования биопсийного материала толстой кишки. Возраст радикальной коррекции порока в обеих группах не имел статистических различий. 1-я группа – 97 ± 13 дней, 2-я – 87 ± 18 дней.

Оперативное вмешательство заключалось в удалении пораженного сегмента кишки и низведении на промежность функционирующей стомы. В 1-й группе операция выполнена лапароскопическим способом у 8 пациентов из 10, во второй группе – 5 пациентам из 11. Результаты лечения оценены в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. В качестве критериев для оценки выбраны следующие параметры: в раннем послеоперационном периоде – явления энтероколита, несостоятельность швов. В отдаленном – рецидивирование инфекции, возникновение стеноза анастомоза, функциональные нарушения низведенной кишки, необходимость соблюдения диеты. Проведенный анализ не выявил значительных различий в течении раннего послеоперационного периода, энтероколит в раннем послеоперационном периоде в обеих группах возник у 30% пациентов, несостоятельность кишечного анастомоза – по одному случаю в каждой группе. Однако анализ отдаленных результатов показал, что функциональные нарушения сохранялись гораздо дольше в группе пациентов с субтотальным поражением толстой кишки, что составила 50%, в то время как в группе с тотальным поражением – 10%. Хи-квадрат с поправкой Йейтса 7.219 опреде-