

консервативными мероприятиями – введением препарата «Транексам». У одной пациентки после выполнения дезартеризации геморроидальных узлов с мукопексией и лифтингом слизистой прямой кишки на 6-е сутки после операции было отмечено выделение газов и жидкого кала из влагалища, был диагностирован ректовагинальный свищ, который зажил самостоятельно на 15 день после проведенного консервативного лечения. У 11 пациентов возник тромбоз наружного геморроидального узла на 3-5 сутки, который был купирован консервативными методами. Через 6 месяцев рецидивов заболевания не выявлено.

Выводы. Операция Лонго и операция HAL-RAR имеет ряд преимуществ по отношению к традиционным методам оперативного лечения геморроя, послеоперационный болевой синдром и сроки медицинской и социальной реабилитации пациентов значительно ниже.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ С 3D-ВОЛЮМЕТРИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С J-ОБРАЗНЫМ ТОНКОКИШЕЧНЫМ РЕЗЕРВУАРОМ

Каторкин С. Е., Журавлев А. В., Чернов А. А., Зельтер П. М.,
Крамм Е. К.

Самарский государственный медицинский университет, г.Самара, Россия

Актуальность. Пациенты, перенесшие колопроктэктомию с формированием тонкокишечного резервуара (ТР) и илеоректального анастомоза по поводу тяжелых форм тотального язвенного колита (ЯК), нуждаются в объективных и малоинвазивных методах обследования созданных резервуарных конструкций. Учитывая большое число послеоперационных осложнений, эти исследования необходимы перед включением ТР в пассаж по кишечнику. Существующие методы определения формы, объема и расположения ТР в полости малого таза являются высокочувствительными (МРТ) или недостаточно информативными (видеорезервуароскопия).

Цель исследования: оценить диагностические возможности и улучшить визуализацию ТР для оценки его функционального состояния и выявления осложнений перед закрытием превентивной илеостомы.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в период 2012-2017 гг. находились 15 пациентов с J-образными ТР после колопротэктомии по поводу ЯК. Одномоментное формирование резервуара было выполнено 12 пациентам, отсроченное формирование резервуара – 3 пациентам. Мужчин – 7, женщин – 8. Средний возраст $35 \pm 2,3$ года. Показанием к первичной реконструктивной колопротэктомии послужила неэффективность консервативного лечения у пациентов с резистентными формами тотального ЯК. Все операции выполнены в плановом порядке. У 8 пациентов с тяжелой атакой ЯК и неэффективностью консервативной терапии, включая гормональную и иммуносупрессивную терапию, по срочным показаниям выполнена колэктомия с оставлением части прямой кишки. Прямая кишка пересекалась на уровне мыса крестца аппаратом ТА 60, культя ее погружалась под брюшину малого таза. На 5-7 дней проводилось трансанальное дренирование культи прямой кишки для профилактики несостоятельности швов. Формирование отсроченного ТР выполнено 3 пациентам через 3-4 месяца после колэктомии. Формирование ТР в обязательном порядке завершалось выведением двуствольной илеостомы по Торнболлу. Восстановление пассажа кишечного содержимого в сроки от 2 до 4 месяцев выполнено 9 (60%) пациентам. Для улучшения визуализации сформированного ТР предложена КТ-резервуарография с 3D реконструкцией с использованием программы «Автоплан».

Полученные результаты. Исследование выполнено 5 пациентам с первичным ТР на 32-срезовом томографе Toshiba Aquillion (Япония). После выполнения нативного сканирования в положении пациента лежа в каудокраниальном направлении, ТР заполнен водорастворимым контрастом (Омнипак 350 в разведении 1:10) в объеме 150 мл до появления контрастного вещества в калоприемнике. Далее выполнялось сканирование брюшной полости в нативном режиме, в положении пациента на спине, в каудокраниальном направлении с задержкой дыхания,

при напряжении на трубке 120 кВ, сила тока рассчитывалась автоматически в зависимости от веса пациента.

Полученная серия мультипланарных изображений загружалась в систему «Автоплан», где с помощью пороговой обработки формировалась полигональная 3D-модель контрастного вещества – внутреннего слепка резервуара. Объем резервуара рассчитывался автоматически с помощью инструмента «Свойства сегментации». Объем резервуара составил в среднем 135 ± 10 мл. При этом исследовании исключается часть контрастного вещества, вышедшая за пределы ТР в приводящий отдел тонкой кишки до илеостомы. У обследованных пациентов затеков за пределы ТР и илео-ректального анастомоза не выявлено. Полученная 3D модель позволила увидеть сформированный ТР, оценить его расположение по отношению костным структурам малого таза, рубцово-воспалительные изменения в области запирающего аппарата прямой кишки.

Выводы. Преимуществами методики КТ с 3D-вольюметрией, наряду с 3D визуализацией сформированного ТР, является определение его объема, что позволяет косвенно оценить функциональные возможности оперированного пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Клюйко Д. А.¹, Корик В. Е.¹, Александров С. В.²,
Мелконян Н. Д.², Зайцев М. В.¹

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета

²Государственное учреждение «2-я городская клиническая больница», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Лапароскопическая гемиколэктомия – оперативное вмешательство, направленное на удаление правой или левой половины толстого кишечника с помощью