

удалить полипы ободочной кишки – дважды у одного пациента через два года. В условиях лаборатории клинической молекулярной генетики и иммунологических методов диагностики в условиях РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова выполнено исследование биологического материала – определение мутаций в генах методом секвенирования с выявлением низкого уровня (MSI low) микросателлитной нестабильности в полипе слепой кишки с дальнейшей ДНК-диагностикой генов MMR.

Выводы:

1. С целью диагностики синдрома Линча всем пациентам со sporadическим РТК до 50 лет и пациентам с отягощенным семейным анамнезом необходимо исследовать микросателлитную нестабильность, а при MSI-H статуса опухоли – показана дальнейшая ДНК-диагностика генов MMR.

2. Колоноскопия у здоровых носителей мутации с 25 до 80 лет 1 раз в 2-3 года позволяет диагностировать опухоль на ранней стадии и снизить риск смерти от РТК.

3. Выполнение субтотальной колэктомии у пациентов с синдромом Линча и диагностированным РТК позволяет увеличить продолжительность жизни и снижает риск развития второй опухоли в толстой кишке.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДРЕНИРУЮЩЕЙ ЛАТЕКСНОЙ ЛИГАТУРЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

Сергацкий К. И.

Медицинский институт ФГБОУ ВО

“Пензенский государственный университет”, г. Пенза, Россия

Введение. Проблема лечения острого парапроктита является актуальной. Запоздалое обращение пациентов с запущенными формами заболевания за медицинской помощью и нередко неверно выбранная хирургическая тактика зачастую приводят к длительным срокам нетрудоспособности и инвалидности, что диктует необходимость обращения на

проблему пристального внимания.

Лечебная тактика у пациентов с глубокими формами острого анаэробного парапроктита в настоящий момент не вызывает разногласий и сводится, при невозможности иссечения заинтересованной анальной крипты, во вскрытии параректальной гнойной полости и дренированию послеоперационных ран. Однако надо помнить, что простое вскрытие параректального абсцесса в большинстве случаев не приводит к полному излечению от заболевания. Пациентам после первично выполненной операции, направленной на дренирование полости острого парапроктита, необходима радикальная операция в виде иссечения свища прямой кишки. Подготовка ко второму этапу лечения требует правильного подхода для достижения наилучших результатов лечения.

Цель: оценить роль и результаты применения дренирующей латексной лигатуры при лечении пациентов с острым парапроктитом.

Материал и методы. Всего на лечении в отделении колопроктологии ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко” с 2015 по 2017 гг. находились на лечении 568 пациентов с острым парапроктитом. Из их числа с глубокими формами заболевания было 203 (44,5%) человека.

При криптогландулярной этиологии острого парапроктита этим пациентам выполнено двухэтапное хирургическое лечение. На первом этапе всем пациентам проведено вскрытие и дренирование параректального абсцесса. При выявлении четкого внутреннего отверстия парапроктита во время первичной операции, через последнее и послеоперационную рану проводили дренирующую латексную лигатуру “Сетон”. Эта манипуляция выполнена в 89 наблюдениях (43,8%).

После купирования воспалительного процесса в параректальной клетчатке пациенты были выписаны. Последующая госпитализация для иссечения свища прямой кишки в плановом порядке рекомендована через 1-2 месяца.

После заживления послеоперационной раны и формирования параректального свища пациенты были дообследованы с целью выявления дополнительных затеков

свища, вовлеченности мышц анального сфинктера и определения характера свищевого хода (трансректальное УЗИ или МРТ, фистулография).

Во время второй госпитализации выполнена ликвидация свища прямой кишки.

Результаты и обсуждение. У 28 (31,5%) пациентов выявлен экстрасфинктерный параректальный свищ, у 31 (34,8%) – высокий трансфинктерный свищ, проходящий через поверхностную и частично глубокую порцию наружного сфинктера, в 30 (33,7%) наблюдениях диагностирован низкий трансфинктерный параректальный свищевой ход.

Проведение дренирующей латексной лигатуры “Сетон” позволило проводить адекватную санацию полости абсцесса и исключить преждевременное закрытие послеоперационных ран. Тем самым данная манипуляция исключала формирование рецидивного параректального гнойника в послеоперационном периоде. При этом четкий, прямой, без дополнительных затеков свищевой ход (по данным дообследования) сформировался во всех наблюдениях.

Выводы:

1. При четкой визуализации внутреннего отверстия во время вскрытия острого парапроктита, через последнее и образовавшуюся послеоперационную рану необходимо проводить дренирующую латексную лигатуру. При отсутствии четкой визуализации внутреннего отверстия во время вскрытия острого парапроктита проведение дренирующей латексной лигатуры нецелесообразно ввиду высокой вероятности формирования ложного свищевого хода.

2. Проведение дренирующей латексной лигатуры при остром парапроктите позволяет сформировать четкий и прямой параректальный свищевой ход без дополнительных затеков.

3. Проведение дренирующей латексной лигатуры “Сетон” позволяет длительно дренировать полость параректального абсцесса и дополнительные затеки, предотвращает послеоперационную рану от преждевременного закрытия, что исключает рецидив острого гнойного процесса в послеоперационном периоде.