

ЛИТЕРАТУРА

1. *Иванов, С. А.* Особенности приобретенных дефектов наружного носа различной этиологии / С. А. Иванов // Российская оториноларингология. — 2017. — № 4 (91). — С. 66–71.
2. *Thornton, J. F.* Nasal Reconstruction: An Overview and Nuances / J. F. Thornton, J. R. Griffin, F. C. Constantine // Semin Plast Surg. — 2008. — Vol. 22. — P. 257–268.
3. *Singh, D. J.* Nasal Reconstruction: Aesthetic and Functional Considerations for Alar Defects / D. J. Singh, S. P. Bartlett // Facial Plastic Surgery. — 2003. — Vol. 19, № 1. — P. 19–27.
4. *Austin, G. K.* Reconstruction of nasal defects: contemporary approaches / G. K. Austin, W. W. Shockley // Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. — 2016. — Vol. 24. — P. 453–460.

УДК 616.345 – 006 – 089.168.1 – 06 – 089.163.

**ВЛИЯНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ
НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ**

Гнедько К. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *И. В. Михайлов*

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Механическая предоперационная подготовка толстой кишки представляет собой совокупность методов, цель которых — очищение кишечника от содержимого. До недавнего времени механическая подготовка кишечника (МПК) считалась стандартной процедурой и включала использование клизм или слабительных препаратов. По мнению ряда авторов, МПК играет важную роль при проведении плановых операций по поводу колоректального рака и другой патологии толстой кишки, снижает риск развития гнойно-септических осложнений и частоту развития несостоятельности толстокишечного анастомоза [1, 2, 3, 5]. Однако некоторые проведенные в последние годы исследования ставят данную точку зрения под сомнение. По данным ряда авторов, использование МПК не улучшает результатов хирургического лечения и даже увеличивает количество послеоперационных осложнений [4, 6, 7].

Цель

Изучить влияние механической подготовки толстой кишки на развитие послеоперационных осложнений у пациентов с колоректальным раком.

Материал и методы исследования

Поиск литературных источников осуществлялся с помощью поисковой системы Google Scholar, а также научной электронной библиотеки eLibrary, по ключевым словам, механическая подготовка кишечника, колоректальный рак, несостоятельность анастомоза, хирургическая раневая инфекция.

Результаты исследования и их обсуждение

В настоящее время к основным методам стандартной предоперационной подготовки толстой кишки относят использование очистительных клизм и слабительных препаратов, среди которых предпочтение отдают осмотическим слабительным, действующим веществом которых является раствор полиэтиленгликоля (ПЭГ) [1, 2, 4, 5, 6]. В большинстве исследований МПК включала использование раствора ПЭГ (2–4 л), а также фосфатную либо глицериновую клизму (120 мл — 1 л) [1, 2, 4–7]. Остальные авторы использовали для МПК только раствор ПЭГ [7], или очистительную клизму [6], или сочетали МПК с пероральными антибиотиками [3, 2]. В одном из исследований, помимо

стандартных препаратов использовалось слабительное растительного происхождения — раствор сенны [1].

Анализ данных литературы показал, что единой точки зрения относительно преимуществ использования МПК нет. По мнению ряда авторов, МПК является обязательной процедурой перед операциями по поводу колоректального рака, так как способствует очищению кишки от содержимого, и тем самым снижает риск развития основных послеоперационных осложнений. Так, в исследовании, проведенном в 2015 г., частота несостоятельности анастомоза в группе с подготовкой составила 3,5 %, в группе без подготовки — 4,6 % ($p < 0,0001$); хирургическая раневая инфекция — 12,1 и 14,7 % соответственно ($p < 0,0001$) [3]. Подобные показатели наблюдались и в других исследованиях [1, 2].

Некоторые авторы сообщают о значительном снижении частоты осложнений при использовании МПК в комбинации с пероральными антибиотиками, в сравнении с использованием только МПК: частота хирургической раневой инфекции составила 6,2 и 12,1 % ($p < 0,0001$); несостоятельность анастомоза — 2,1 и 3,5 % соответственно ($p < 0,0001$) [2, 3]. При изучении результатов оперативных вмешательств с учетом локализации опухоли отмечена тенденция к повышению частоты осложнений в группе МПК, в сравнении с отсутствием таковой, при опухолях правой половины ободочной кишки [5]. В то же время, при опухолях левосторонней локализации использование МПК ПЭГ снизило частоту тяжелых осложнений (III, IV, или V степени по шкале Dindo-Clavien) с 14 % при использовании очистительных клизм до 2 % ($p = 0,03$) [5]. Однако ряд авторов отмечает отсутствие улучшения результатов хирургического лечения при проведении МПК, и даже указывает на повышение частоты осложнений. Так, в исследовании, проведенном в 2014 г., наблюдалась тенденция к более высокой частоте несостоятельности толстокишечного анастомоза (5,4 и 3,4 %, $p = 0,23$) при одинаковой частоте (2,2 %) хирургической раневой инфекции в группах МПК, по сравнению с пациентами, не получавшими какой-либо подготовки перед операцией. [4]. Аналогичные результаты получены еще в ряде исследований [6, 7]. В большей степени тенденция к повышению частоты осложнений при проведении МПК была выражена при операциях на правой половине ободочной кишки. Отрицательное влияние МПК некоторые авторы связывают с тем, что использование очистительных клизм и слабительных препаратов перед оперативными вмешательствами способствует развитию воспалительных изменений в стенке кишечника, что было показано в исследовании 2006 г. [7].

Вывод

В результате анализа имеющихся данных литературы нельзя сделать однозначные выводы о необходимости использования механической предоперационной подготовки. Некоторые авторы отмечают снижение послеоперационных осложнений при применении МПК и рекомендуют ее рутинное использование [1, 2, 3]. Также встречались исследования, в которых положительному влиянию механической предоперационной подготовки способствовало использование пероральных антибиотиков [2, 3]. Другие исследования не выявили преимуществ использования МПК и даже отмечают увеличение частоты послеоперационных осложнений при ее применении [4, 6, 7], особенно при локализации опухоли в правой половине ободочной кишки [5]. Противоречивые данные также можно объяснить разнородностью включенных в исследование групп пациентов. Не все авторы приводят результаты оперативных вмешательств на ободочной и прямой кишке с учета локализации опухоли. Отрицательный результат использования механической подготовки также можно связать с воспалительными изменениями, происходящими в стенке кишки при использовании механической подготовки [7].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Bretangol, F.* Rectal cancer surgery with or without bowel preparation / F. Bretangol // *Annals of Surgery*. — 2010. — Vol. 252, № 5. — P. 863–868.
2. *Mik, M.* Preoperative oral antibiotics reduce infections after colorectal cancer surgery / M. Mik // *Langenbecks Arch Surg J*. — 2016. — Vol. 401, № 8. — P. 1153–1162.
3. *Kiran, R. P.* Combined Preoperative Mechanical Bowel Preparation With Oral Antibiotics Significantly Reduces Surgical Site Infection, Anastomotic Leak, and Ileus After Colorectal Surgery / R. P. Kiran // *Annals of Surgery J*. — 2015. — Vol. 262, № 3. — P. 416–425.
4. *Yamada, T.* Dysmotility by mechanical bowel preparation using polyethylene glycol / T. Yamada // *J. of Surgical Research*. — 2014. — Vol. 191, № 1. — P. 84–90.
5. *Kim, Y. W.* The Impact of Mechanical Bowel Preparation in Elective Colorectal Surgery: A Propensity Score Matching Analysis / Y. W. Kim // *Yonsei Med J*. — 2014. — Vol. 55, № 5. — P. 1273–1280.
6. *Pittet O.* Rectal enema is an alternative to full mechanical bowel preparation for primary rectal cancer surgery / O. Pittet // *Colorectal Disease J*. — 2015. — Vol. 17, № 1. — P. 1007–1010.
7. *Bucher, P.* Morphologic alteration associated with mechanical bowel preparation before elective colorectal surgery: a randomized trial / P. Bucher // *Dis Colon Rectum*. — 2006. — Vol. 49, № 1. — P. 109–112.

УДК 616.5-006.81-0767

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО МОРФОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПТАТА ПЕРВИЧНОЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ**

Гокин А. Г., Зубцов М. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *В. В. Хвостовой*

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

В настоящее время стадирование меланомы кожи (МК) проводится согласно TNM/UICC (7-е издание Классификации злокачественных опухолей 2010 г.). В соответствии с требованиями этой классификации для определения стадии заболевания первичной МК должны использоваться следующие критерии: толщина первичной опухоли, наличие или отсутствие ее изъязвления, митотический индекс (количество митозов на 1 мм² при толщине опухоли менее 1 мм. При этом морфологическое подтверждение диагноза «меланома» является обязательным и возможно только при гистологическом исследовании первичной опухоли, ключевыми этапами которого являются определение максимальной толщины опухоли в мм по Бреслоу; определение уровня инвазии по Кларку и указание о наличии или отсутствии изъязвления первичной опухоли [1, 2].

При этом, несмотря на большое количество исследований и публикаций по данной проблеме, непрекращающийся рост заболеваемости и смертности вследствие первичной МК требует более углубленного изучения процессов роста и развития опухоли.

Цель

Послеоперационное морфологическое исследование биоптата первичной меланомы кожи.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ патологоанатомических заключений 686 пациентов в возрасте от 5 до 95 лет, которым было выполнено оперативное удаление меланомы кожи на территории Курской области за период 2008–2017 гг. Из 686 операций 441 (64 %) выполнено женщинам, 245 (36 %) — мужчинам. Средний возраст больных меланомой ко-