

## ГЛАВА 3. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

### РЕЗЕРВАРИТЫ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ ТАЗОВЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВАУАРОВ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Ачкасов С.И., Сушков О.И., Куликов А.Э.  
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,  
Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Около 30% пациентов с язвенным колитом (ЯК) нуждаются в удалении толстой кишки, у ряда больных выполняется формированием тазового тонкокишечного резервуара (ТТР). Почти у 50% пациентов с ТТР в течение 5 лет с момента закрытия илеостомы возникает хотя бы один эпизод острого резервуарита. У 17-21,5% носителей ТТР развивается хроническое воспаление в слизистой резервуара.

**ЦЕЛЬ.** Улучшение результатов лечения резервуаритов у пациентов с ЯК, перенесших формирование ТТР.  
**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование был включен 141 пациент, оперированный в ГНЦК с 2012 по 2018 гг., среди них 72 (51%) мужчины и 69 (49%) женщин. Средний возраст больных – 33,1 (18-62) года. Медиана наблюдения – 22 (3-75) месяца. С целью раннего выявления осложнений, ассоциированных с ТТР, пациенты проходили обследование через 3, 6, 12 месяцев с момента операции, далее 1 раз в год. Включалось: УЗИ брюшной полости, малого таза и УЗИ ректальным датчиком, резервуароскопия, резервуарография, исследование запирающего аппарата прямой кишки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Из 141 носителя резервуара, в 23 (16,3%) наблюдениях развились резервуариты. В этой группе у 10 (43,5%) больных были клинические проявления в виде учащения дефекаций, спастических болей в нижних отделах живота, тенезмов. У 13 (56,5%) имелись эндоскопические признаки воспаления без клинических проявлений. Следует отметить, что в группе с клиническими проявлениями эффективность консервативного лечения составила 100%, а в группе без клинических проявлений оно было эффективно лишь у 8 (61,5%) больных. 5 (38,5%) пациентов отказалась от дальнейшей терапии ввиду отсутствия каких-либо жалоб, и при последующем наблюдении отрицательной динамики отмечено не было.

**ВЫВОДЫ.** У 56,5% пациентов с ТТР, воспалительные изменения в резервуаре выявлены только при инструментальном исследовании и не имели клинических проявлений. Следовательно, больным с ТТР необходимы регулярные плановые осмотры для раннего выявления резервуарита и проведения своевременного лечения. Больные с клиническими проявлениями резервуарита лучше поддаются консервативному лечению и чаще достигают клинико-инструментальной ремиссии, чем больные без клинических проявлений.

## РОЛЬ ЦЕНТРА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА В ОЦЕНКЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ В РЕГИОНЕ

Ильканич А.Я., Жудылина Н.В., Дул И.Д.,  
Дрожжина Н.П., Куцирь И.В.

БУ ХМАЮ-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут, Россия

**ЦЕЛЬ.** Оценить роль центра диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника в эпидемиологической обстановке региона.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** На базе Сургутской окружной клинической больницы в 2017 году организован Центр диагностики и лечения ВЗК. В основу деятельности Центра положена организация и оказание медицинской помощи больным с ВЗК в соответствии с российскими и международными стандартами лечения. Для изучения эпидемиологической обстановки в регионе, в Центре формируется региональный сегмент Федерального регистра для больных с ВЗК. Помимо этого проводится диспансерное наблюдение и профилактические мероприятия для больных ВЗК.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В последние годы отмечается устойчивый рост впервые выявленных пациентов с ВЗК. Так, в 2013 году число впервые выявленных пациентов с язвенным колитом (ЯК) составило 35 (79,5%) больных, с болезнью Крона (БК) – 9 (20,5%) человек. В 2014 году – выросло до 44 (72,1%) человек с ЯК и 17 (27,9%) пациентов с БК. Сопоставимое с предыдущим годом число больных было зафиксировано в 2015 году: с ЯК 43 (74,1%) человека и 15 (25,9%) – с БК. Тенденция роста сохранилась и в последующие годы. В 2016 году 38 (63,3%) первичных пациентов с ЯК и 22 (36,7%) больных с БК были госпитализированы в стационар. Помимо этого в этот же период времени амбулаторно было выявлено еще 23 (76,7%) человека с ЯК и 7 (23,3%) – с болезнью Крона. В 2017 году на «Д» наблюдение были взяты 55 (69,6%) с ЯК и 24 (30,4%) с БК.

В настоящее время в регистр включены 447 человек: 347 (77,6%) больных с ЯК и 100 (22,4%) пациентов с БК. Оценка эпидемиологической обстановки в регионе позволит органам управления здравоохранения планировать экономические затраты при оказании помощи пациентам с ВЗК.

**ВЫВОДЫ.** Представляется, что работа регионального Центра по диагностике и лечению больных с ВЗК позволит в ближайшей перспективе достоверно оценить эпидемиологическую обстановку для воспалительных заболеваний кишечника в Ханты-Мансийском автономном округе.

### ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ С УЧЕТОМ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПТАТОВ СТЕНКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Исаев В.Р., Давыдова О.Е., Андреев П.С.,  
Каторкин С.Е., Личман Л.А.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара,  
Россия

Язвенный колит (ЯК) – распространенное заболевание, с наблюдаемой тенденцией к ежегодному увеличению случаев выявления. Преимущественно поражаются лица молодого и трудоспособного возраста.

Пик заболеваемости приходится на возрастной период 20-29 лет и 50-55 лет.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оптимизация диагностики и тактики лечения пациентов с язвенным колитом путем коррекции антибактериальной терапии на основании данных микробиологического исследования микрофлоры стенки толстой кишки.

Обследовано 35 пациентов с язвенным колитом в возрасте от 28 до 61 года, средний возраст пациентов 37,6 лет, которые находились на амбулаторном и стационарном лечении в отделениях колопроктологии и гастроэнтерологии Клиник СамГМУ с января по май 2017 года. Мужчин было 18 (48,6%), женщин – 17 (51,4%).

Зафиксировано значительное видовое разнообразие микрофлоры, требующее точной видовой идентификации и разработки стандартных процедур выделения микроорганизмов из биоптатов у пациентов с язвенным колитом с целью назначения антибактериальной терапии. При анализе чувствительности к антибиотикам, выделенных штаммов, было выявлено, что 45% из выделенных микроорганизмов имеют признаки резистентности к 1-2 группам лекарственных препаратов, у 33% отмечены признаки резистентности к 3 и более группам. Только 22% штаммов оказались чувствительными ко всем тестируемым препаратам. Эрадикация такой флоры представляет сложности и, с нашей точки зрения, требует назначения комбинированной терапии после исследования биоптата.

Всем пациентам с язвенным колитом необходимо исследовать микробный состав кишечной стенки с целью оптимизации диагностики и тактики проводимого лечения. Микроорганизмы в титре  $10^5$ - $10^6$ , их большое видовое разнообразие могут поддерживать воспаление в толстой кишке и препятствовать его купированию. Необходимо продолжить работу по изучению микробиологического состава стенки толстой кишки в сравнительном аспекте для оптимизации диагностики и тактики лечения пациентов с язвенным колитом.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Максименков А.В., Назаров В.А., Колозян Д.А.

ФГБУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Оценить эффективность лапароскопического доступа при выполнении реконструктивных вмешательств после обструктивных резекций левой половины ободочной и прямой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Лапароскопические реконструктивно-восстановительные операции выполнены у 23 пациентов с концевой колостомой. Средний возраст  $49,15 \pm 13,45$  лет. В 12-х случаях первично обструктивные вмешательства выполнены по поводу осложненных форм рака левой половины и прямой кишки, в 11 – по поводу осложнения дивертикулярной болезни. В 16 случаях первичная операция закончена формированием сигмостомы, в 7 – трансверзостомы.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Лапароскопические операции выполнены у 6 пациентов, перенесших первичное вмешательство лапароскопически, и у 17 после лапаротомного доступа. Точка первого доступа определялась на основании УЗИ брюшной полости, при котором выявлялось свободное окно. После адгезиолизиса выполнялась мобилизация приводящей к стоме петли толстой кишки, которая пересекалась по уров-

ню передней брюшной стенки линейным степлером. Выполнялось формирование интракорпорального аппаратного анастомоза «конец-в-бок». При локализации колостомы и дистальной культи в одной анатомической области вмешательство выполнялось из парастомического доступа, куда после иссечения колостомы устанавливалось устройство единого лапароскопического доступа, через которое осуществлялось дальнейшее вмешательство. Длительность операций составила, в среднем,  $188,3 \pm 82,54$  мин. Конверсий не было. Послеоперационные осложнения отмечены у 3 (13,04%) пациентов, 2 случая нагноения парастомической раны и 1 случай несостоятельности анастомоза.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Лапароскопические реконструктивно-восстановительные операции менее травматичны по сравнению с лапаротомным доступом, сопоставимы по длительности и сопровождаются ранней активизацией пациентов. Считаем целесообразным у данной категории больных выполнение реконструктивно-восстановительных операций с использованием лапароскопического доступа при соответствующем отборе пациентов.

## БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ ХИРУРГИИ МЕДЛЕННО-ТРАНЗИТОРНОГО ЗАПОРА?

Карпунин О.Ю., Зиганшин М.И., Сакулин К.А.

Казанский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая больница Минздрава Республики Татарстан, Казань, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Несмотря на столетнюю историю хирургии, медленно-транзитного запора (МТЗ), вопросы диагностического алгоритма, показаний к операции и объема вмешательства далеки от разрешения. В Европе и США хирургический подход к лечению рефрактерных форм МТЗ становится все более востребованным, однако противники радикального подхода в лечении МТЗ утверждают, что операция не избавляет от транзитных нарушений и не улучшает качества жизни.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных с рефрактерными формами МТЗ.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** За период с 2003 по 2017 гг. оперированы 62 (13,1%) из 474 пациентов с МТЗ. Мужчин было – 19 (30,6%), женщин – 43 (69,4%). Медиана возраста – 40 ( $Q1=29$ ;  $Q3=50$ ) лет. Использован многоступенчатый алгоритм диагностики запора, включавший пассаж маркеров и радиофармпрепарата, компьютерно-томографическую колонографию с 3D-реконструкцией толстой кишки, определение уровня эндотоксинемии с помощью гелстромб теста, определение ректоанального ингибиторного рефлекса и прочие. Выполнены: субтотальная колэктомия у 30 (48,4%) пациентов, гемиколэктомия – 17 (27,4%), тотальная колэктомия – 8 (12,9%), резекция сигмовидной кишки – 6 (9,7%), операция Фрикмана-Голдберга – 1 (1,6%).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Отдаленные результаты операций прослежены у 32 (51,6%) пациентов в ходе телефонного опроса или контрольного обращения пациентов в клинику. Для объективной оценки результатов операции использовали опросник S.D.Wexner(a) в предложенной нами модификации. При этом медиана значений итоговых баллов снизилась с 22,0 ( $Q1=19,0$ ;  $Q3=24,3$ ) до 6,0 ( $Q1=4,0$ ;  $Q3=9,2$ ),  $P<0,001$ . 13 (40,6%) пациентов оценили результат лечения как отличный (восстановление регулярного самостоятельного стула), 14 (43,8%) – хороший (эпизодическая задержка стула, опорожнение самостоятельное), 5 (15,6%) –