

## ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШОК

Антонюк С.М., Ахрамеев В.Б., Андриенко И.Б., Луценко Ю.Г., Гринцов Г.А.

Донецкий национальный медицинский университет, Донецк, ДНР

Среди всех травм брюшной полости повреждения прямой и ободочной кишки составили, по данным клиники, 1,4% (29 человек). Локализация повреждений: внебрюшинный отдел прямой кишки – 9, внутрибрюшинное повреждение – 6, сигмовидная кишка, нисходящая, поперечно-ободочная – по 4 наблюдения, слепая кишка – 2. Тип операции зависел от локализации и обширности повреждения, выраженности перитонеальных признаков и воспалительных изменений в клетчатке промежности. При повреждении внебрюшинного отдела прямой кишки производили ушивание со стороны просвета и дренировали параректальную клетчатку. При развившейся флегмоне – разгрузочная сигмостомия на 2-3 месяца. При внутрибрюшинном повреждении – ушивание дефекта, дренирование, сигмофиксация. При повреждении ободочной кишки – поврежденный отдел через дополнительный разрез выводим на переднюю брюшную стенку, ушиваем дефект в кишке и фиксируем серозно-дермальными швами. После заживления кишечной раны снимаем серозно-дермальные швы, отделяем стенки кишки до предбрюшинной клетчатки и над стенкой кишки сшиваем апоневроз и кожу. Из 29 оперированных умерло 2 от тяжелого травматического и постгеморрагического шока.

## ОСЛОЖНЕНИЯ ТАЗОВЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВУАРОВ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Ачкасов С.И., Сушков О.И., Куликов А.Э.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Осложнения в области тазового тонкокишечного резервуара (ТТР) снижают результаты лечения у пациентов с язвенным колитом (ЯК).

**ЦЕЛЬ.** Определить частоту и характер осложнений, ассоциированных с ТТР, у пациентов после удаления толстой кишки по поводу ЯК.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В анализ включен 191 больной ЯК, перенесший формирование ТТР. Отдаленные результаты прослежены у 112 (59%) пациентов. Средний возраст больных – 30 (18-62) лет. Медиана наблюдения – 22 месяца.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** У 49 (43,8%) из 112 больных зарегистрировано 61 осложнение. Резервуарит развился в 23 (20,5%) случаях. Консервативное лечение было эффективно у 17 (74%) пациентов. Воспаление в оставшейся части прямой кишки развилось у 7 (6,3%) пациентов. Местное лечение было эффективно у 5 больных. Устойчивый проктит в 1 случае потребовал трансанальной резекции прямой кишки с формированием резервуаро-анального анастомоза, в другом – удаления резервуара. Стриктура анастомоза диагностирована в 5 (4,4%) наблюдениях. Бужирование было эффективно у 4 пациентов, у 1 пациентки была оставлена превентивная илеостома. Недостаточность анального сфинктера (НАС) развилась у 6 (5,3%) больных. У 4 из 6 пациентов с НАС было применено консервативное лечение с БОС-терапией с положительным эффектом,

у 2 сохранена превентивная илеостома.

Свищи резервуарной конструкции, диагностированы у 8 (7,1%) пациентов. У 2 больных с ранее наложенной илеостомой проводилось местное лечение, 2 потребовалась реилеостомия, 1 пациентке выполнена трансанальная резекция прямой кишки (не закрыта превентивная стома), в 3 случаях – удаление резервуара. Лишь у 2 пациентов со свищами после проведенного оперативного и консервативного лечения удалось закрыть превентивную илеостому. Мочеполовые расстройства отмечены у 1 (1%) больного.

Таким образом, из 112 больных неэффективность резервуара зарегистрирована у 8 (7%). У 4 пациентов ТТР был удален.

**ВЫВОДЫ.** Осложнения развились у 43,8% пациентов с ТТР. Тщательное динамическое наблюдение больных с ТТР и своевременное лечение позволило у 37 (76%) из 49 пациентов с осложнениями сохранить анальную дефекацию.

## ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Бабаева Г.Г.<sup>1</sup>, Самедова Т.А.<sup>1</sup>, Бабаев З.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им. А.Алиева, кафедра терапии (с курсом физиотерапии), Баку, Азербайджан

<sup>2</sup> «MedEra Hospital», отделение воспалительных заболеваний кишечника, Баку, Азербайджан

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Болезнь Крона продолжает оставаться одной из актуальнейших тем современной гастроэнтерологии. Вопросы о нарушениях координации функций эндотелия при воспалительных заболеваниях кишечника, в частности, в патогенезе болезни Крона, пока остаются открытыми и малоизученными. Изучение данного аспекта облегчит понимание патогенеза данной патологии и наверняка расширит круг возможностей в диагностике и лечении болезни Крона. Среди известных маркеров эндотелиальной дисфункции наиболее широко изучена роль гомоцистеина, повышение которого рассматривается как риск повреждения эндотелия; появление альбуминурии и высокочувствительного С-реактивного белка (hs-CRP) считаются ранними маркерами проявлений эндотелиальной дисфункции.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Определение частоты выявления некоторых маркеров эндотелиальной дисфункции при болезни Крона.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Исследование проводилось на базе кафедры Терапии АзГИУВ имени А.Алиева, отделения воспалительных заболеваний кишечника «MedEra Hospital» и «Memorial Klinika» в период с марта 2015 года по март 2017 года. У больных с болезнью Крона определялись: гомоцистеин (Axis-Shield, IFA метод) и hs-CRP (Biomerica, IFA метод) в крови, альбумин (MicralTest, Roche Diagnostics) в моче. В исследование было включено 48 больных, у которых в анамнезе не было указаний на цереброкardiaльную патологию; возраст больных 17-64 лет (32,8±2,7 лет); по половой принадлежности 21 женщина/27 мужчин; по локализации патологического процесса L1 – 12 больных, L2 – 11 больных, L3 – 9 больных, L4 – 2 больных, L3+перианальные повреждения – 8 больных, L1+перианальные повреждения – 4 больных, L2+перианальные повреждения – 2 больных. Срок заболевания до обращения к врачу-специалисту составил 2-6,5 лет (3,7±1,1 лет).

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Из 48 пациентов с болезнью Крона у 45 уровень гомоцистеина (15-60 лет < 12 μmol/L; > 60