

стромальные клетки (МСК), обладающие иммуномодулирующими свойствами и большим регенеративным потенциалом, в настоящее время также применяются для лечения свищевой БК и периаанальных свищей иной этиологии.

ЦЕЛЬ. Сравнить эффективность комбинированной терапии (местное и системное введение) мезенхимальными стромальными клетками (МСК) костного мозга, инфликсимаба (ИФЛ) и антибиотиками (АБ) / иммуносупрессорами (ИС) на частоту заживления простых периаанальных свищей при болезни Крона (БК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. 36 больных БК с периаанальными поражениями разделили на три группы в зависимости от метода терапии. Первая группа больных в возрасте от 19 до 58 лет (Me-29) (n=12) получала культуру МСК системно по схеме и местно: по периметру свищевого хода осуществлено введение 40 млн. МСК – 4 точки вкола по 1 мл физиологического раствора, содержащего 10 млн. МСК. Затем через 4 и 8 недель повторно вводили по 40 млн. МСК в область свища. Вторая группа больных БК (n=10) в возрасте от 20 до 68 лет (Me-36), получала антицитокиновую терапию ИФЛ по схеме. Третья группа больных БК (n=14) в возрасте от 20 до 62 лет (Me-28) получала антибиотики и ИС. В динамике оценивали закрытие наружного отверстия свища. Ано- и ректосигмоскопию осуществляли через 3, 6, 12 и 36 месяцев от начала терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Через 12 недель среди больных 1-й группы заживление простых свищей отмечено у 10/12 больных (83,3%), во 2-й группе заживление простых свищей – у 8/10 (80,0%) (ОР-0,83; 95% ДИ 0,14-4,9, p=0,72). В третьей группе – у 5/14 пациентов (35,7%) (ОР-0,26; 95% ДИ 0,07-0,97, p=0,04 в сравнении с первой группой).

Через 6 месяцев в группе больных (1-я группа), получающих МСК, заживление простых свищей сохранялось у 8/12 (66,6%), во 2-й группе – у 7/10 (70,0%) (ОР-1,11; 95% ДИ 0,32-3,84; p=0,76). В третьей группе – у 4/14 пациентов (28,6%) (ОР-0,47; 95% ДИ 0,2-1,11; p=0,12 в сравнении с первой группой).

Через 12 месяцев в 1-й группе, получающих МСК, заживление простых свищей сохранялось у 7/12 (58,3%), во 2-й группе – у 6/10 (60,0%) (ОР-1,25; 95% ДИ 0,48-3,22; p=0,69). В третьей группе – у 2/14 пациентов (14,3%) (ОР-0,49; 95% ДИ 0,24-0,98; p=0,03 в сравнении с первой группой).

Через 36 месяцев среди больных 1-й группы закрытие свищей сохранялось у 5/12 больных (41,6%), во 2-й группе – у 5/10 (50,0%) (ОР-1,17; 95% ДИ 0,53-2,55; p=0,96). В третьей группе – у 0/14 пациентов (0,0%) (ОР-0,58; 95% ДИ 0,36-0,94; p=0,01 в сравнении с первой группой).

ВЫВОД. Комбинированная клеточная и антицитокиновая терапия БК с периаанальными поражениями достоверно способствует более частому и длительному закрытию простых свищей, по сравнению с антибиотиками/иммуносупрессорами.

АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Леушина Е.А.¹, Бетехтина С.Н.²

¹ ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет», Киров, Россия

² Отделенческая клиническая больница на станции Киров «ОАО РЖД», Киров, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Болезни органов пищеварения остаются актуальной проблемой клинической медицины, привлекают к себе внимание как практикую-

щих врачей, так и организаторов здравоохранения.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Провести анализ приверженности к терапии у пациентов с хроническими заболеваниями толстой кишки, выяснить причины несоблюдения рекомендаций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанкетировано 25 пациентов, с подтвержденными при помощи эндоскопических, рентгенологических и морфологических исследований диагнозами: синдром раздраженной толстой кишки (СРК) – 11 человек, дивертикулярная болезнь толстой кишки (ДБ) – 11 человек, неспецифический язвенный колит (НЯК) – 3 человека. Все пациенты проходили стационарное лечение в терапевтической клинике. Средний возраст пациентов – 52±6,4 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В ходе исследования выявлено, что приверженность к лечению у пациентов с СРК составила 54,5%, с ДБ – 63,6%, с НЯК – 66%. Среди причин, приводящих к снижению комплаенса у всех групп пациентов, преобладало изменение схемы лечения другим врачом в 80% случаев, отсутствие постоянного амбулаторного наблюдения лечащим доктором в 32% случаев, неэффективность терапии в 8%, высокая стоимость препаратов в 60%, недостаточная информированность пациентов о заболевании в 4% случаев.

ВЫВОДЫ. Таким образом, можно сделать вывод, что наибольшая приверженность к терапии достигнута у пациентов с НЯК, наименьшая – с СРК. Среди причин снижения комплаенса преобладали изменение схемы лечения другим врачом и высокая стоимость препаратов. Коррекция данных факторов, по мнению пациентов, приведет к более высокой приверженности к лечению.

ВИДЕОКОЛОНОСКОПИЯ И ОСТРЫЙ ДИВЕРТИКУЛИТ – ОПАСНОСТЬ ИЛИ БЛАГО?

Лобанов Д.С., Ильканич А.Я., Каструбин А.Л., Варданян Т.С.

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»

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

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить эффективность и безопасность видеокколоноскопии при оказании помощи больным с осложнениями дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 43 пациента с осложненной формой ДБТК, пролеченных в Сургутской ОКБ с 2006 – 16 гг. Мужчин – 18 (41,9%), женщин – 25 (58,1%). Средний возраст – 55,1±1,2 лет. С острым дивертикулитом – 35 (81,4%) больных, с кровотечением из дивертикула – 8 (18,6%). Ведение больных осуществляется согласно разработанной в клинике «Маршрутной карты пациента с осложнениями ДБТК», которая представляет собой поэтапный алгоритм действий. При осложнениях ДБТК методом выбора диагностики и лечения считали видеокколоноскопию (ВКС). Оценка эффективности диагностики и лечения осуществлялась по клиническим и эндоскопическим данным.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Всем пациентам выполнена экстренная ВКС, при этом у 28 (65,1%) больных манипуляция была лечебной. У 8 (18,6%) пациентов однократно выполнен эндоскопический гемостаз аргонно-плазменной коагуляцией. При гнойном дивертикулите – у 20 (46,5%) больных – проводились этапные санации. Санацию проводили после предварительного отмыывания полости дивертикула 20-40 мл физ.раствора. Видеоэндоскопическая санация включала в себя введение растворов антисептиков через катетер в инструментальном канале эндоскопа. Периодичность про-

цедуры – 1 раз в 2-3 суток до купирования активного воспаления в дивертикуле. Эффективность процедуры оценивалась по следующим параметрам: купирование болевого синдрома, отсутствие повышения температуры тела, нормализация лейкоцитов и лейкоцитарной формулы в общем анализе крови, регресс эндоскопических признаков воспаления дивертикула (купирование отека, гиперемии слизистой толстой кишки, гнойного отделяемого в дивертикуле). Всего требовалось от 2 до 5 санационных колоноскопий, в среднем – $2,7 \pm 0,8$ эндоскопических санаций. Средний койко-день составил $13,4 \pm 0,9$ суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Видеокколоноскопия является безопасным и эффективным методом диагностики осложнений ДБТК. В 65,1 % ВКС является и лечебной манипуляцией.

ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Привалова Н.И.

Кафедра восстановительной медицины, физиотерапии и курортологии, Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Распространенность синдрома раздраженного кишечника (СРК) и недостаточная эффективность традиционной медикаментозной терапии обуславливают высокий интерес к данной проблеме. Вместе с тем, целый ряд исследований последних лет показал, что наряду с лекарственной терапией существуют методы восстановительного лечения СРК, которые используются при минимальном риске развития побочных действий и осложнений.

ЦЕЛЬ. Разработать оптимальный комплекс терапии для пациентов с СРК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. На основании критериев СРК в исследование были включены 60 человек, соотношение по полу – 4:1 (женщины/мужчины). Все молодые люди в возрасте от 20 до 35 лет были разделены на 2 группы и получали в первой группе (30 человек) базовую терапию, включающую диету (по Певзнеру) № 3 при запорах или № 4 при диареях, минеральную воду («Карачинская») 3 раза в день до еды, гимнастику, массаж шейно-воротниковой зоны, пробиотик аципол в течение двух недель. Дополнительно к базовому лечению пациенты во 2 группе получали амплипульс-терапию (от аппарата «Амплипульс-5») (30 человек).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Боли в животе были купированы в 85% случаев в первой группе, и в 92% – во второй группе, нарушение стула при диарее – в 82% случаев, при запоре – в 87% случаев в первой группе, и в 94% – при диарее, 98% – при запорах во второй группе. Остальные симптомы диспепсии были купированы – в 75% случаев или значительно снизилась их интенсивность – 25% в обеих группах. Анализ динамики теста Спилберга-Ханина выявил: в первой группе – снижение личностной тревожности (62,8 – до лечения, 55,2 балла после лечения), так и ситуативной тревожности (52 – до лечения, 51 балл – после лечения), во второй группе – снижение личностной тревожности (56 – до лечения, 48 баллов после лечения), особенно значимо снизилась ситуативная тревожность (48,1 – до лечения, 41,3 – после лечения).

ВЫВОДЫ. Эффективность лечения в первой группе можно оценить в 92%, во второй группе в 98%, причем включение амплипульс-терапии в комплекс реабилитации показывает наибольшую эффективность, как симптоматическая терапия.

КОЛОНОСКОПИЯ В СКРИНИНГЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПАРАКИШЕЧНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ

Скридловский С.Н., Веселов В.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Колоноскопия является наиболее эффективным методом скрининга предопухолевой патологии и рака ободочной кишки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить возможности колоноскопии без седации в скрининге колоректального рака у больных с дивертикулярной болезнью ободочной кишки, осложненной паракишечным инфильтратом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ заключений и видеозаписей плановой дооперационной колоноскопии без седации 32 больных с морфологически подтвержденным диагнозом дивертикулярной болезни ободочной кишки, осложненной паракишечным инфильтратом.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Показатель адекватной подготовки ободочной кишки – 100%, выявленных аденом – 3%, интубации слепой кишки – 44%, осложнений – 0%, время выведения эндоскопа из купола слепой кишки – 6-10 мин. Эффективность колоноскопии в исключении предопухолевой патологии и рака толстой кишки – 44% и определяется показателем интубации слепой кишки, величина которого определяется эндоскопическим показателем сдвигания кишки извне паракишечным инфильтратом ($p < 0,05$ по двустороннему критерию Фишера).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Возможности колоноскопии без седации в скрининге колоректального рака у больных с дивертикулярной болезнью ободочной, осложненной паракишечным инфильтратом, статистически значимо ниже при наличии сдвигания кишки извне паракишечным инфильтратом.

АНТАГОНИЗМ ЛАКТОБАКТЕРИЙ ПРОТИВ ТОКСИГЕННОЙ CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Сухина М.А., Михалевская В.И., Ачкасов С.И., Сафин А.Л.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Антагонистическая активность (АА) лактобацилл, выделенных из толстой кишки, проявляется в высокой, средней и низкой степени или отсутствует. Использование антагонизма в клинической практике может решить проблему борьбы с Clostridium difficile-ассоциированной диареей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценка степени выраженности антагонистического влияния лактобацилл толстой кишки на рост C. difficile.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. 18 штаммов лактобацилл, выделенных из толстой кишки; Lactobacillus plantarum 38 (пробиотик «Лактобактерин сухой» НПО «Микроген» г. Нижний Новгород). Штаммы C. difficile (26) из них 13 положительных по токсину В, 7 продуцирующих токсины А и В одновременно и 6 без токсинов А и В. Все штаммы C. difficile изолированы от пациентов с клинической картиной антибиотикоассоциированной диареи. 2 эталонных штамма Helicobacter pylori NCTC 11639 и Campylobacter jejuni NCTC 11635. Использовали собственную количественную методику оценки АА лактобацилл, основанную на измерении