

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК И ИНФЛИКСИМАБА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ (ЛЮМИНАЛЬНОЙ) ФОРМЕ БОЛЕЗНИ КРОНА

Князев О.

Московский клинический научно-практический центр, г. Москва, Россия

Антицитокиновая терапия анти-ФНО- α препаратами способствует достижению глубокой ремиссии болезни Крона (БК). В настоящее время еще нет валидированного определения «глубокой ремиссии». Ремиссия БК должна определяться как состояние, при котором отсутствуют биологические и гистологические признаки воспаления – «remission beyond symptoms». В настоящее время для лечения БК используют мезенхимальные стволовые клетки (МСК). Одновременно с МСК, больные получают сопутствующую иммuno-супрессивную терапию. Установлено, что иммуномодулирующие препараты (азатиоприн, метотрексат, 6-меркаптотимурин, инфликсимаб), независимо от концентрации, не влияют на жизнеспособность, дифференцировку, фенотип и способность МСК подавлять пролиферацию мононуклеарных клеток периферической крови. Эти результаты важны для возможности клинического применения МСК в комбинации с иммуномодулирующими и анти-ФНО- α препаратами. В настоящее время не изучена клиническая эффективность комбинированного применения МСК и анти-ФНО- α препаратов при лечении больных БК.

ЦЕЛЬ. Изучить эффективность комбинированной терапии мезенхимальными стромальными клетками (МСК) костного мозга и инфликсимаба (ИФЛ) на достижение иммунобиологической и гистологической ремиссии у больных болезнью Крона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. 67 больных БК в форме колита и илеоколита разделили на три группы. Первая группа больных в возрасте от 19 до 58 лет (Ме-29) (n=21) получала стандартную противовоспалительную терапию препаратами 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК), глюкокортикоидами (ГКС) и иммуносупрессорами (ИС) + культура МСК. Вторая группа больных БК (n=30) в возрасте от 20 до 68 лет (Ме-32), получала антицитокиновую терапию ИФЛ по схеме. Третья группа больных БК (n=16) в возрасте от 20 до 62 лет (Ме-28) получала антицитокиновую терапию ИФЛ + культура МСК.

Иммунобиологическую эффективность терапии оценивали по уровню С-РБ и фекальному кальпротектину (ФКП). Патоморфологическую оценку осуществляли по индексу Гебса.

Оценку эффективности терапии осуществляли через 2, 12 и 24 месяца от начала терапии.

Исходный уровень С-РБ в период обострения заболевания в 1-й группе составил 24,0±1,9 мг/л, во 2-й – 22,5±2,1 мг/л (p=0,37), в 3-й – 23,0±2,4 мг/л (p=0,47). Исходный уровень ФКП в 1-й группе составил 804,8±88,8 мкг/гр, во 2-й – 848,3±83,9 мкг/гр (p=0,09), в 3-й – 937,5±125,6 мкг/гр (p=0,006).

Исходный индекс Гебса в 1-й группе составил 4,4±0,2 балла, во 2-й – 4,35±0,2 балла (p=0,11), в 3-й – 4,6±0,3 балла (p=0,002).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Через 2 месяца уровень С-РБ у больных в 1-й группе составил 9,8±1,1 мг/л, во 2-й – 8,4±1,3 мг/л (p=0,14), в 3-й – 7,9±0,9 мг/л (p=0,18).

Уровень ФКП у больных в 1-й группе составил 88,8±5,3 мкг/гр, во 2-й – 90,6±6,8 мкг/гр (p=0,001), в 3-й – 68,8±3,3 мкг/гр (p<0,001).

Индекс Гебса в 1-й группе составил 0,7±0,1 баллов (p<0,17), во 2-й – 0,66±0,1 баллов, в 3-й – 0,5±0,06 баллов (p<0,001).

Через 12 месяцев уровень С-РБ у больных в 1-й группе составил 7,95±0,2 мг/л, во 2-й – 8,0±0,2 мг/л (p=0,39), в 3-й – 8,1±0,2 мг/л (p<0,11).

Уровень ФКП у больных в 1-й группе составил 85±5,0 мкг/гр, во 2-й – 95±3,5 мкг/гр (p<0,001), в 3-й группе – 75±5,0 мкг/гр (p<0,001).

Индекс Гебса в 1-й группе составил 0,9±0,1 баллов, во 2-й – 1,1±0,1 баллов (p<0,001), в 3-й группе – 0,8±0,1 баллов (p<0,001).

Через 24 месяца средний уровень С-РБ у больных в 1-й группе составил 9,6±2,2 мг/л, во 2-й – 9,4±1,1 мг/л (p=0,67), в 3-й – 7,9±0,9 мг/л (p=0,004).

Уровень ФКП у больных в 1-й группе составил 118,0±5,2 мкг/гр, во 2-й – 116,0±4,8 мкг/гр (p=0,17), в 3-й группе – 80,0±5,0 мкг/гр (p<0,001).

Индекс Гебса в 1-й группе составил 1,1±0,2 баллов, во 2-й – 1,1±0,1 баллов (p=1,0), в 3-й группе – 0,8±0,1 баллов (p<0,001).

ВЫВОД. Комбинированная клеточная и антицитокиновая противовоспалительная терапия БК достоверно способствует достижению более глубокой иммунобиологической и гистологической ремиссии БК.

ПЕРВИЧНЫЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Колядко В.П., Набиуллин И.Р., Сатинов А.В., Буторин К.К., Карпачев Г.В.

БУ ХМАО-Югры «Нижневартовская окружная клиническая больница», Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Нижневартовск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Количество пациентов в общехирургических стационарах с осложненным течением дивертикулярной болезни неуклонно растет. Вопросы тактики, сроков и объемов оперативного вмешательства, по-прежнему, являются актуальными.

ЦЕЛЬ. Ретроспективный анализ оказания медицинской помощи пациентам с дивертикулярной болезнью в многопрофильной больнице.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В течении 5 лет (2010–2015 гг.) в отделении неотложной и плановой хирургии оперированы 44 (100%) пациента с дивертикулярной болезнью. Мужчин 19 (43%), женщин 25 (57%). Средний возраст – составил 51 год. Самому молодому было 32 года, самому пожилому 72 года. В плановом порядке оперировано 14 (32%) больных. В эту группу вошли пациенты с рецидивирующими дивертикулитом (Hansen-Stock 3). У 3 пациентов из этой группы диагностированы свищи: сигмо-мочепузирные – 2, на коже паравагинальной области – 1.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Выполнены следующие оперативные вмешательства: «Гемиколэктомия слева» – 8 (57%), «Гемиколэктомия с протективной ileostomie» – 2 (14%), «ВидеоАссистированная резекция сигмовидной кишки» – 4 (29%). Расширение объема операции до гемиколэктомии связано с особенностями архитектоники сосудистых аркад и рубцовым укорочением брыжейки ободочной кишки. У 3 пациентов, перенесших гемиколэктомию, выполнены симультанные вмешательства. В 2 случаях пластика передней брюшной стенки сетчатым протезом в режиме Inlay, в 1 случае операция Ramires. В экстренном порядке оперировано 30 (68%) пациентов. Прикрытая перфорация и параколические абсцессы (Hansen-Stock 2b) выявлены у 12 (40%). Перфорация в свободную брюшную полость и перитонит (Hansen-Stock 2c) – у 18 (60%) пациентов. Выполнены следующие оперативные вмешательства:

ства: «Резекция сегмента сигмовидной кишки с одностольной сигмостомией» – 17 (57%), «Гемиколэктомия слева с трансверзостомией» – 6 (20%), «Резекция сигмы с десцендостомией» – 3 (10%), «Субтотальная колэктомия» – 1 (3%), «Колостомия по Майдлю» – 3 (10%). Реконструктивно-восстановительные операции предприняты у 30 пациентов с толстокишенными стомами в сроки от 3 до 12 месяцев, и у 2 пациентов с протективными ileostomами в сроки 4-6 недель. Технические трудности при восстановлении непрерывности кишечной трубки возникли практически у половины пациентов – 14, причина – массивный рубцово-спаечный процесс в брюшной полости. У 3 пациентов диагностирован так называемый «панцирный» живот, что заставило отказаться от восстановительной операции. Повторная попытка предпринята через один год, у 2 пациентов оказалась успешной. В одном случае операция так и не завершена реконструкцией. Формирование толстокищечного анастомоза у 20 пациентов дополнено: резекцией сигмовидной кишки – 17, гемиколэктомией – 3. Видеоассистированное снятие сигмостомы и восстановление непрерывности ободочной кишки выполнено у 3 (10%) больных. Трансректальный циркулярный степплерный шов применен у 22 (69%) пациентов, различные варианты ручного шва осуществлены у 10 (31%) пациентов. Среднее время операции составило 118 (± 60) минут. Послеоперационный период осложнился у 7 (16%) пациентов, из них нагноение послеоперационной раны – 4, пневмония – 2. В одном случае (2%) у пациента 66 лет, после трансверзоректостомии в условиях массивного рубцово-спаечного процесса, наступила несостоительность кишечного анастомоза, на 5 сутки после операции. Развился каловый перитонит, энтерит, флегмона передней брюшной стенки. Летальный исход на 24 сутки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Лечение осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки является сложной и актуальной проблемой. Существуют многочисленные способы проведения срочного хирургического вмешательства при остром дивертикуите и его осложнениях. Правильный выбор объема резекции толстой кишки при дивертикулярной болезни – ведущий фактор достижения хороших результатов лечения.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНФИЛЬТРАТАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ: БОЛЕЗНЬ КРОНА, БОЛЕЗНЬ ОРМОНДА, ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ, АППЕНДИЦИТ?

Костенко Н.В., Гвоздюк А.И.,
Кчибеков Э.А., Разувайлова А.Г.

ГБОУ ВПО Астраханский ГМУ Минздрава России,
ГБУЗ АО «Городская клиническая больница № 3»,
г. Астрахань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Заболевания органов брюшной полости, осложненные формированием инфильтратов в правой подвздошной области, представляют значительные трудности как в диагностике, так в выборе адекватной лечебной тактики в условиях ургентного хирургического стационара.

ЦЕЛЬ. Проанализировать проявления инфильтративных осложнений ургентных заболеваний кишечника, определить дифференциально-диагностические критерии и варианты лечебной тактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За период январь 2012 – декабрь 2015 гг. в ГБУЗ АО ГКБ № 3 наблюдали 42 пациента с инфильтратом правой подвздошной обла-

сти. Среди них аппендикулярный инфильтрат – 17, терминальный илеит (болезнь Крона) – 6, дивертикулярная болезнь ободочной кишки – 2, злокачественное новообразование слепой и восходящей кишки – 11, злокачественный забрюшинный фиброз – 2 случая, перфорация тонкой или толстой кишки – 4. Проведен анализ клинических и лабораторных данных, КТ, УЗИ, лапароскопии, интраоперационной ревизии, а в случаях оперативного лечения – послеоперационного периода. Выполнено 33 операции, в том числе, 12 экстренных по поводу ограниченного и распространенного перитонита и 21 отсроченная после купирования инфильтрата.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Выявлено два фенотипических варианта развития инфильтрата. Первый, «агрессивный», наблюдался при развитии деструкции стенки органа, перфорации, формирования абсцессов либо внутренних неполных свищей, второй – реактивный – без деструкции кишечной стенки. Достоверными критериями деструктивных изменений при инфильтратах являются наличие газа вне просвета полого органа, жидкостных полостей по данным УЗ и КТ, а также трансмуральное поражение стенки органов при морфологическом изучении удаленных препаратов. Агрессивный вариант развития инфильтрата является показанием к оперативному лечению, в том числе, после стихания клинических проявлений ввиду высокого риска рецидива и абсцедирования. Невозможность исключить злокачественный характер опухоли также является показанием к операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Основой выбора адекватной лечебной тактики при заболеваниях, осложненных инфильтратом в правой подвздошной области, является определение деструктивных изменений кишечной стенки и наличие перфораций. Экстренное вмешательство показано при развитии кишечной непроходимости и абсцедирования, отсроченное оперативное лечение – при инструментальном подтверждении нарушения целостности кишечной стенки как достоверного критерия последующих рецидивов, а также при невозможности исключить злокачественное новообразование.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛАБЛЕННОЙ ФОРМОЙ СЕМЕЙНОГО АДЕНОМАТОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Кузьминов А.М., Вышегородцев А.М.,
Савельева Т.А., Поспехова Н.И., Цуканов А.С.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Группа пациентов с ослабленной формой семейного adenomatosis толстой кишки (ОФ САТК) составляет 3% от всех пациентов с САТК. Для ОФ САТК характерно появление жалоб после 35 лет, наличие менее 100 полипов, их малигнизация после 50 лет, наличие семейного анамнеза. В эту группу включены больные с наличием хотя бы 2 критериев. Общей точки зрения на выбор лечебной тактики у этих пациентов не выработано.

ЦЕЛЬ. Разработать лечебную тактику у пациентов с ОФ САТК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ГНЦК наблюдалось 36 пациентов с ОФ САТК. Из них 28 пациентов генетически тестираны: APC-мутация выявлена у 4 (14,3%) пациентов и МУН-мутация – у 7 (25%). Семейный анамнез прослеживается у 14 (38,8%) пациентов. Средний возраст обращения 49,1 год. Рак выявлен у 23 (63,8%) пациентов в возрасте 59,4±11 лет. Среди оперированных 27 (75%) пациентов 10 носите-