

ства: «Резекция сегмента сигмовидной кишки с одноствольной 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 толстокишечными стомами в сроки от 3 до 12 месяцев, и у 2 пациентов с протективными илеостомами 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 толстокишечного 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 степлерный 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 несостоятельность кишечного анастомоза, на 5 сутки после операции. Развился каловый перитонит, эвентерация, 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 дивертикулите 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 инфильтрата 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 отграниченного 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 УЗИ 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 абсцедировании, 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 аденоматоза 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 тестированы: APC-мутация выявлена у 4 (14,3%) пациентов и MYH-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-