ВОЗМОЖНОСТИ ТРАДИЦИОННОЙ КОЛОНОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФИЛЬТРАТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Скридлевский С.Н., Веселов В.В., Москалев А.И.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Диагностические возможности традиционной колоноскопии в выявлении осложнений при хроническом течении дивертикулярной болезни ободочной кишки считаются ограниченными риском перфорации кишки и техническими трудностями.
ЦЕЛЬ. Определить возможности традиционной колоноскопии в диагностике инфильтратов при хроническом осложненном течении дивертикулярной болезни ободочной кишки.
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ результатов традиционной колоноскопии и эндоУЗИ 23 оперированных больных (хронические инфильтраты, хронический дивертикулит) и морфологически подтвержденным диагнозом.
РЕЗУЛЬТАТЫ. Традиционная колоноскопия была выполнена до купола слепой кишки в 12 (52,2%) случаях. Причиной прекращения процедуры в 4 (17,4%) случаях была жесткая фиксация кишки и/или сужение ее просвета, в 7 (30,4%) случаях – протяженное сдавление кишки извне, которое было выявлено только у пациентов с хроническими инфильтратами. Сравнительный анализ подтвердил, что протяженное сдавление кишки извне является достоверным признаком хронического инфильтрата, и вероятность хронического инфильтрата при выявлении этого признака составляет 100%.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Выявление достоверного эндоскопического признака воспалительного инфильтрата (протяженное сдавление кишки извне) у больных с хроническим течением дивертикулярной болезни ободочной кишки требует прекращения исследования в связи с высоким риском осложнений и свидетельствует о возможности постановки диагноза хронического инфильтрата.

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФИКСИРУЮЩЕГО АППАРАТА ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕМ МЕГАДОЛИХОКОЛОН

Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Андреев Е.В., Красенков Ю.В.

Государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ. Изучение динамики морфологических изменений, происходящих в фиксирующем аппарате ободочной кишки при формировании идиопатического левостороннего мегадолихоколон.
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Интраоперационно обследовано 24 больных с клиническим диагнозом идиопатический мегадолихоколон и 40 трупов взрослых людей. Проведены измерения морфологических параметров и структур ободочной кишки (Федеральный патент РФ № 2271740).
РЕЗУЛЬТАТЫ. В фазе компенсации идиопатического левостороннего мегадолихоколон ободочно-диафрагмальная и ободочно-селезеночная связки повержены гипертрофии вследствие длительного растяжения в продольном направлении. Однако их длина не превышает 5 см (4,7±0,6), верхняя и нижняя сигмовидные связки так же подвержены гипертрофии. Если длина сигмовидной кишки превышает 55 см (52±3,3), и кишка образует несколько петель в левой подвздошной области, то между петлями возникают короткие непостоянные связки. Однако из-за низкой устойчивости к растяжению данные связки значимо не влияют на перистальтику. Кроме того, при исследовании секционного материала в 21% наблюдений выявлены дополнительные связки, принимающие участие в фиксации чрезмерно подвижной ободочной кишки.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Полученные данные легли в основу разработанного способа реконструктивной пластики.

ОБОСНОВАНИЕ К РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ИДИОПАТИЧЕСКОГО МЕГАДОЛИХОКОЛОН

Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Сухая Ю.В., Красенков Ю.В.

Государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ. Обоснование хирургического лечения идиопатического мегадолихоколон по разработанной методике.
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Оперировано 16 больных (средний возраст 58,4±4,2 лет) с декомпенсированным толстокишечным стазом по оригинальной методике (Федеральный патент № 2250082).
РЕЗУЛЬТАТЫ. Способ осуществляли следующим образом: после лапаротомии и ревизии брюшной полости подтверждали анатомическую форму и клиническую стадию мегадолихоколон, определяли участок поперечной ободочной кишки, диаметр которого не превышал 5,5 см, а гаустрация имела правильный, симметричный вид. После мобилизации ободочной кишки выполняли левостороннюю гемиколэктомию с передней резекцией прямой кишки, колоректальный анастомоз накладывали циркулярным сшивающим аппаратом. На уровне вершин изгибов ободочной кишки выкраивали пряди большого сальника. В париетальной брюшине и позадибрыжеечном фасциальном узле справа и слева выполняли два туннеля, через последние фиксировали пряди большого сальника. Поперечный сегмент кишки низводили через окно в брыжейке тонкой кишки. Правый и левый изгибы ободочной кишки были представлены плавной дугой с кривизной 120°, поперечный сегмент приобретал форму равномерной, нисходящей дуги.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Разработанный способ хирургического лечения идиопатического мегаколон эффективен в 72,8% случаев.

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ДИВЕРТИКУЛЕЗЕ

Татьянченко В.К., Богданов В.Л., Фирсов М.С., Ковалёв Б.В.

Государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия

ЦЕЛЬ. Изучение динамики изменений пристеночной ангиоархитектоники в эксперименте на разных стадиях развития дивертикулеза толстой кишки.
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. На 60 белых крысах воспроизведена экспериментальная модель дивертикулеза толстой кишки по оригинальной методике