

(Федеральный патент РФ № 2087943). В сроки от 30 до 180 дней регистрировали диаметр сосудов, количество прямых сосудов и диаметр анастомотических ветвей.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На основании предшествующего гистологического изучения участков толстой кишки, было выделено четыре стадии развития экспериментального дивертикулеза толстой кишки. I – стадия первичных структурно-функциональных сдвигов, II – стадия адаптации, III – стадия деструктивных и дистрофических изменений, IV – стадия декомпенсации и формирования дивертикулярных выпячиваний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. По мере развития дивертикулеза происходит перестройка пристеночного русла по эвриарияльному (широкоосудистому) типу, снижение емкости артериального русла и образования бессосудистых зон, что укладывается в картину феномена фрагментации сосудистого русла толстой кишки. Нарушения внутрисстеночного кровотока имеют место не только в зоне дивертикулообразования (III-IV стадии), но и в более проксимальных отделах кишки, где дивертикулы не обнаруживаются.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Тимербулатов В.М., Тимербулатов Ш.В.,
Гайнуллина Э.Н., Тимербулатов М.В.

*Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИДПО,
кафедра факультетской хирургии с курсом
колопроктологии Башкирского государственного
медицинского университета, г. Уфа, Россия*

АКТУАЛЬНОСТЬ. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки (ДБОК) встречается у 30% и более среди всей популяции, у лиц старше 70 лет – 40% и более. Среди госпитализированных больных на долю ДБОК приходится 8,4%. Частота осложнений достигает 10-60%, смертность – 1,3-2,3%, при перфоративном дивертикулите – до 35%.

ЦЕЛЬ. Провести анализ результатов лечения ДБОК, оценить эффективность консервативного и хирургического методов лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Дизайн исследования – проспективное нерандомизированное исследование. Анализированы 2640 больных, госпитализированных в экстренном порядке в клинику хирургии ИДПО и факультетской хирургии с курсом колопроктологии Башкирского государственного медицинского университета. Среди больных мужчин было 35%, женщин – 65%, до 40 лет – 6,8%, 41-60 лет – 42,6%, от 61 до 70 лет – 30,3%, старше 70 лет – 20,1%. В обследовании использованы рутинные клиничко-лабораторные, рентгенологические (СКТ, МРТ, ирригография, инвазивная ангиография), УЗИ, эндоскопические (ФКС, лапароскопия), мониторинг интраабдоминального давления.

РЕЗУЛЬТАТЫ. 82,6% больных проведено консервативное лечение (n=2182), 458 (17,34%) – хирургическое лечение. В сомнительных случаях (n=126 – 7,95%) при остром дивертикулите, после УЗИ выполнялась лапароскопия. В последние 5 лет преимущество отдаётся спиральной компьютерной томографии (СКТ). При перидивертикулярном инфильтрате (n=314), абсцессах (n=1187), наиболее информативны УЗИ и СКТ (чувствительность и специфичность 88%, 78% и 92%, 88%, соответственно). В этих ситуациях лапароскопия использовалась при предполагаемых оперативных вмешательствах или исключения другой острой абдоминальной патологии. Использовалась класси-

фикация Hinchey E.J. (1978), в соответствии с которой I степень перфоративного дивертикулита была у 76 больных, II степень – у 111, III степень – 103 и IV степень – у 26 больных. Кровотечения только в 9,8% носили массивный характер с развитием геморрагического шока, в диагностике приходится использовать весь арсенал диагностических методов, включая СКТ-ангиографию и инвазивную ангиографию брыжеечных артерий, ФКС, нативную КТ, примерно у 25% больных при установленном дивертикулите источник не удаётся установить.

При осложнённом остром дивертикулите проводили внутривенную антибиотикотерапию, пероральный приём жидкости не ограничивали, в 7,9% консервативная терапия была безуспешной, 26% больных этой группы в течение 18 месяцев госпитализировали повторно с рецидивом, но с более тяжёлыми осложнениями. Из 314 больных с перидивертикулярным инфильтратом 11 (3,5%) ввиду безуспешности консервативной терапии выполнено оперативное лечение (сигмозэктомия, гемиколэктомия). При перфоративном дивертикулите I степени проводили вскрытие абсцесса (лапароскопическим (31), лапаротомным (39), пункционным способом (9)), II степени – чаще лапаротомным, реже поясничным доступом (забрюшинные абсцессы (18)), пункционно (14) под контролем УЗИ, при III и IV степенях – экстериоризация (52), операция Гартмана (69), первичная резекция в 10 случаях (III степень).

Срочные резекции ободочной кишки при кровотечениях выполнены у 86 (21,6%) больных, консервативная терапия была эффективной в 78,4%. В конечном итоге, в большинстве случаев (78,8%) выполнены двухэтапные операции. Послеоперационная летальность составила 8,95%, общая – 1,55%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Больные с неосложнённым острым дивертикулитом, 96,5% с перидивертикулярным инфильтратом поддаются консервативной терапии. Классификация Hinchey рациональна для определения типа, степени тяжести перфоративного дивертикулита и выбора рациональной тактики. Высокий процент рецидивов (26%) в течение ближайших 18 месяцев, позволяет допускать необходимость более активной плановой хирургии.

ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ УЗИ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРАНИЦ РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Трубачева Ю.Л., Шелыгин Ю.А.,
Орлова Л.П., Москалев А.И.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. При осложнённом течении дивертикулярной болезни (ДБ) особо важное значение придается определению границ резекции кишки с целью уменьшения риска развития несостоятельности толстокишечного анастомоза в раннем послеоперационном периоде, а в отдалённом – развития рецидива заболевания.

ЦЕЛЬ. Изучить возможности интраоперационного УЗИ в оценке состояния стенки ободочной кишки для определения границ резекции при ДБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Выполнено 76 интраоперационных УЗИ у пациентов с хроническими воспалительными осложнениями ДБ. Хирургические вмешательства традиционным лапаротомным доступом выполнены у 63 (82,9%) пациентов, лапароскопически-ассистированные – у 13 (17,1%). При проведе-

нии УЗИ оценивали степень деформации и толщину мышечного слоя, наличие дивертикулов по линиям предполагаемой резекции, состоянию гаустр, ширине просвета кишки, вовлеченность в воспалительный процесс других органов и тканей.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При ДБ в стенке ободочной кишки развиваются специфические изменения мышечного слоя в виде его утолщения, но не за счет гипертрофии, а вследствие деформации в виде «мехов гармошки». Величина толщины мышечного слоя кишечной стенки достоверно коррелировала с распространенностью воспалительных изменений ($r=0,33$; $p=0,041$). Эти изменения всегда были максимально выражены в области воспаленного и разрушенного дивертикула и постепенно убывали по мере удаления от источника воспаления. По линии проксимальной и дистальной границ резекции ни в одном из наблюдений не были выявлены ни макро-, ни микроскопические признаки воспаления, кишечная стенка была мягкой и эластичной при толщине мышечного слоя не более 1,8-2,0 мм и отсутствии его деформации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Интраоперационное УЗИ – метод объективной оценки состояния кишечной стенки при выборе объема резекции ободочной кишки при хирургическом лечении хронических осложнений ДБ. Наибольшую значимость этот метод приобретает при лапароскопических вмешательствах. Точность получаемой при этом картины полностью соответствует результатам морфологического исследования.

ЧАСТОТА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОРАЖЕНИЙ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Хусаинова Г.М.,¹ Долгушина А.И.,¹ Кононец В.А.,² Василенко А.Г.,² Несмеянова О.Б.²

¹ Южно-Уральский государственный медицинский университет,

² Челябинская областная клиническая больница, г. Челябинск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В настоящее время воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) рассматривают как системные аутоиммунные заболевания с преимущественным поражением кишечника. Частота внекишечных проявлений, по данным различных исследований, варьирует в широких пределах – от 25 до 60%. При этом поражения других органов, в том числе опорно-двигательного аппарата, у пациентов с ВЗК нередко являются не диагностированными и представляют серьезную проблему, влияющую на качество жизни и эффективность терапии.

ЦЕЛЬ. Оценить частоту клинических проявлений артропатий у больных язвенным колитом и болезнью Крона на амбулаторном приеме в гастроэнтерологическом кабинете Челябинской областной клинической больницы в период с октября 2015 г. по январь 2016 г.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Клинико-лабораторное и инструментальное обследование пациентов дополнено анкетой, выявляющей внекишечные проявления, включая оценочные данные ASAS (The Assessment of Spondylo Arthritis international Society, 2009).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Было обследовано 56 пациентов с ВЗК. Язвенным колитом (ЯК) страдали 48 (85,7%) человек, болезнью Крона 8 (14,3%) пациентов. Средний возраст составил 44,1±13,5 года. Среди пациентов, включенных в исследование, преобладали женщины и городские жители. Средняя длительность заболевания составила 7,46±7,0 лет. Внекишечные проявления выявлены у 26 (46,4%) обследованных. Среди больных

ЯК внекишечные проявления присутствовали в 45,8% случаев, что не отличалось достоверно от соответствующего показателя при болезни Крона – 50%. Клинические признаки серонегативного спондилоартрита присутствовали у 6 больных (23,1%); периферического артрита – у 17 (65,2%) пациентов; энтезиты отмечены у 12 (46,2%) обследованных. Симптомы одностороннего сакроилеита выявлены у 10 (38,5%) пациентов, среди них у 4 (15,3%) больных сакроилеит рентгенологически подтвержден.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Более чем у трети пациентов с ВЗК выявлены внекишечные проявления, наиболее часто присутствовали признаки поражения суставов. С большей частотой диагностировано поражение периферических суставов, у 23,1% выявлены клинические признаки спондилоартрита. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости привлечения ревматолога к ведению данной категории больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Черданцев Д.В.,¹ Поздняков А.А.,¹ Шпак В.В.,² Рябков Ю.В.²

¹ ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого МЗ России

² КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С.Берзона», г. Красноярск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Развитие послеоперационных осложнений у больных после резекции толстой кишки и наложения толстокишечного анастомоза по-прежнему остается одной из острых проблем колоректальной хирургии. Частота релапаротомий, направленных на устранение этих осложнений, сохраняется на достаточно высоком уровне, достигая 8,5%. Особенную остроту проблеме придает высокая летальность после релапаротомий, достигающая 30,8%.

Несостоятельность толстокишечного анастомоза – одно из наиболее грозных осложнений, нередко ведущее к развитию послеоперационного перитонита и необходимости разобщения анастомоза с наложением колостомы. На сегодняшний день ведется активный поиск лабораторных предикторов несостоятельности толстокишечного анастомоза, одним из таких предикторов считается С-реактивный белок (CRP). Однако применение этого критерия у больных со злокачественными опухолями толстой кишки может быть затруднено из-за естественного роста CRP на фоне опухолевого процесса.

ЦЕЛЬ. Оценить эффективность мониторинга изменений С-реактивного белка в послеоперационном периоде для ранней диагностики несостоятельности толстокишечного анастомоза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ послеоперационных осложнений после абдоминальных вмешательств на толстой кишке и проспективное исследование динамики уровня CRP в послеоперационном периоде у больных после радикальных операций по поводу рака толстой кишки, законченных наложением анастомоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В ретроспективный анализ было включено 2703 больных, планово оперированных на толстой кишке за период с 1995 по 2013 года. Абдоминальные осложнения, потребовавшие выполнения релапаротомии, развились у 146 (5,4%) больных. Удельный вес несостоятельности толстокишеч-