

ного анастомоза составил 46 (31,5%) больных с послеоперационной летальностью 17,4%. Некроз низведенной кишки, который может быть расценен как несостоятельность колоанального анастомоза, развился у 26 (17,8%) больных с летальностью 23,1%.

В проспективном исследовании включено 64 больных, радикально оперированных по поводу рака толстой кишки. Несостоятельность анастомоза развилась в 2 случаях, некроз низведенной кишки у 1 больного. При проспективном исследовании оценена роль CRP в диагностике несостоятельности анастомоза. До операции у больных регистрировали повышенное значение CRP – $43,5 \pm 16,1$ мг/л. Динамика показателя в 1-3 сутки у больных с неосложненным течением составила: $97,4 \pm 29,1$; $105,0 \pm 18,8$; $98,3 \pm 20,8$ мг/л. У больных с несостоятельностью анастомоза и некрозом низведенной кишки динамика CRP была: $34,7 \pm 12,9$; $74,6 \pm 11,4$; $91,9 \pm 9,3$ мг/л, при исходном уровне $17,0 \pm 6,1$ мг/л.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, абсолютные значения величины CRP не могут быть критерием развития осложнения. Однако, если предоперационный уровень CRP принять за единицу, а последующие изменения считать в долях от исходного, то динамика показателя принимает совершенно иной характер. При неосложненном течении 1-е сутки 2,4; 2-е сутки 2,5; 3-и сутки 2,3 с последующим снижением. При развитии несостоятельности анастомоза – 1-е сутки 2,1; 2-е сутки 4,8; 3-и сутки 5,9.

АПРОБАЦИЯ МЕТОДА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ КРОНА

Черкашина М.И., Карпунин О.Ю., Юсупова А.Ф.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Татарстана, г. Казань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Острые формы болезни Крона (БК) и её рецидивы требуют своевременной диагностики и постоянного динамического наблюдения за пациентом для коррекции терапии и выявления осложнений. Основными методами диагностики заболеваний кишечника в настоящее время остаются илеоколоноскопия и пассаж бария по ЖКТ, имеющие некоторые ограничения и даже противопоказания при БК. Среди новых диагностических методов привлекает внимание метод рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) в связи с неинвазивностью и возможностью визуализировать всю тонкую и толстую кишки.

ЦЕЛЬ. Апробация метода РКТ в диагностике болезни Крона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследуемую группу вошли 10 пациентов с клинической картиной осложненных форм БК. До операции всем больным было проведено РКТ и УЗИ органов брюшной полости, 5 пациентам – илеоколоноскопия и пассаж бария по желудочно-кишечному тракту (ЖКТ). Окончательный диагноз установлен на основании интраоперационных находок и гистологического исследования резецированных препаратов. Исследование проводилось на 64-срезовом компьютерном томографе «Philips Brilliance 64» с внутривенным болюсным введением 100 мл низкоосмолярного йодсодержащего контрастного препарата. Предварительная подготовка: голод за 6 часов до исследования и приём 1500 мл перорального водорастворимого контрастного вещества в течение 40-60 мин.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Получены обнадеживающие результа-

ты пилотного исследования РКТ, позволившей установить диагноз БК ободочной кишки в 7 наблюдениях, в трёх других – аденокарциномы (1), дивертикулярной болезни, осложненной дивертикулитом (2). Характерными РКТ признаками БК были: сочетание утолщения стенки кишки с сужением ее просвета, наличием проходящих через все слои стенки кишки дефектов слизистой оболочки, уплотнение паракольной клетчатки, мезентериальной лимфоаденопатией. При этом РКТ позволяет достаточно точно локализовать поражение и установить его протяженность.

ВЫВОДЫ. РКТ является перспективным методом исследования ЖКТ, расширяющим диапазон диагностических методик при БК и способствующим правильному выбору варианта лечения. В перспективе метод можно рассматривать в качестве альтернативы рентгеноконтрастным методам исследования кишечника.

ОБЪЕМ РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА

Шамин А.В., Исаев В.Р., Каторкин С.Е., Чернов А.А., Журавлев А.В., Разин А.Н., Андреев П.С.

Клиника и кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. По данным различных авторов, в развитых странах этим заболеванием страдают 30-40% взрослого трудоспособного населения. До конца не изучены вопросы этиологии, патогенеза и диагностики колостазов. Количество неудовлетворительных результатов лечения достигает 27-46%.

ЦЕЛЬ. Улучшить результаты лечения пациентов с резистентными формами хронического запора.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Первый (обязательный) этап обследования включает в себя выполнение эндоскопических методов обследования, ирригографию. Второй этап обследования включает в себя ряд специальных методов: оценка моторно-эвакуационной функции толстой кишки и времени транзита по толстой кишке, манометрия и проктография. С 2007 по 2016 гг. в колопроктологическом отделении клиники госпитальной хирургии проходило лечение 56 пациентов с хроническим медленно транзитным запором. Хирургическое лечение проведено 26 (46,4%) пациентам. По объему резекции выполнены следующие оперативные вмешательства: передняя резекция прямой кишки – 2; резекция сигмовидной кишки – 2; расширенная левосторонняя гемиколэктомия – 12; субтотальная колэктомия – 10.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 26 прооперированных нами больных, отдаленные результаты лечения прослежены у 24 (92,3%) пациентов. Хорошие результаты лечения отмечены у 14 (58,3%) прооперированных больных. У 8 (30,8%) человек, перенесших операции, результаты лечения оценены нами, как удовлетворительные. У 4 (15,4%) оперированных пациентов выполненное хирургическое вмешательство не принесло ожидаемого эффекта. Эти пациентки были повторно оперированы. Осложнения: кровотечение из линии анастомоза – 2; рубцовая стриктура анастомоза – 4.

ВЫВОД. По нашему мнению, субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илео-сигмоидного анастомоза приносит наиболее благоприятные отдаленные результаты в хирургическом лечении хронического запора. Основной причиной неудач в хирургии хронического колостазов является неправильный выбор объема резекции толстой кишки.