

ДЕСМОИДНЫЕ ОПУХОЛИ ПРИ СЕМЕЙНОМ АДЕНОМАТОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Кузьминов А.М., Вышегородцев Д.В.,
Королик В.Ю., Савельева Т.А.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Согласно классификации ВОЗ от 2013 года десмоидные опухоли (ДО) отнесены к мифибробластическим опухолям и находятся в промежуточном положении между доброкачественными и злокачественными. Проявляют локально агрессивные свойства. Риск развития ДО при семейном аденоматозе толстой кишки (САТК) в 1000 раз выше, чем в популяции. Хирургическое лечение ДО сопряжено с нерезектабельностью опухолей и большим числом рецидивов.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения ДО при САТК.
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В ГНЦ колопроктологии с 2005 по 2015 гг. находилось под наблюдением 40 пациентов с ДО, ассоциированных с САТК, что составило 10,2% от общего числа больных САТК за этот период. ДО при САТК в 7 раз чаще встречались у женщин. Средний возраст – 31,8. Абдоминальная локализация ДО – 10 (25%) пациентов, интраабдоминальная – 14 (35%), мультифокальная – 16 (40%). Основными методами диагностики являются МРТ, КТ и УЗИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У подавляющего большинства пациентов ДО возникла в течение первых 2 лет после хирургической операции по поводу САТК (медиана – 12 месяцев). ДО больших размеров нередко являются причиной развития кишечной непроходимости, сдавления мочеточников с развитием гидронефроза. ДО никогда не прорастают в сосуды и соседние органы. Отсутствует злокачественная трансформация и метастазирование. 14 пациентам хирургическое лечение не проводилось ввиду нерезектабельности опухоли. Еще у 7 пациентов опухоли были признаны нерезектабельными после интраоперационной ревизии. Причинами отказа от удаления опухоли стали: расположение опухоли в корне брыжейки тонкой кишки или забрюшинном пространстве, предполагаемый объем резекции тонкой кишки более 1 метра, ДО передней брюшной стенки более 20 см в диаметре, расположение ДО в проекции магистральных кровеносных сосудов. Радикальные операции выполнены 26 (65%) пациентам. Рецидив опухоли развился у 7 пациентов. Все рецидивы опухоли были признаны нерезектабельными, что было обусловлено ее мультифокальным расположением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Несмотря на то, что ДО при САТК не имеют злокачественной трансформации и метастазирования, они нередко являются причиной летального исхода. Для повышения эффективности лечения ДО необходима ранняя диагностика, что позволит увеличить частоту резектабельности опухоли и снизить число рецидивов.

НОВАЯ МЕТОДИКА ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕН КРЕСТЦОВОГО СПЛЕТЕНИЯ

Павленко С.Г., Агаджанян Д.З., Физулин М.М.

НОЧУ ВПО «Кубанский медицинский институт»
Минобразования и науки РФ, г. Краснодар, Россия

Кровотечение, его последствия, методы первой помощи и лечения изучают с момента зарождения медицины, ряд вопросов до сих пор полностью не разре-

шен, что нередко ограничивает возможности хирургического способа лечения и может служить причиной смерти больного от острого малокровия при обширных и тяжелых оперативных вмешательствах.

За последние годы существенно изменились подходы к лечению больных раком прямой кишки. Но основным, по-прежнему, остается хирургическое удаление опухоли. Выбор операции зависит от многих факторов, важнейшие из которых – локализация опухоли в прямой кишке, степень распространения опухолевого процесса и наличия осложнений. При этом любое оперативное вмешательство имеет определенный риск возникновения осложнения в виде кровотечения, которое существенным образом может повлиять на исход лечения и качество жизни, а также является одной из главных причин летального исхода.

Проблема кровотечения из вен крестцового сплетения актуальна и связана не только с выполнением операций на прямой кишке, но и с травмой мирного и военного времени, вследствие чего при выполнении остановки кровотечения возникают осложнения в виде острого малокровия при обширных и тяжелых оперативных вмешательствах, что приводит в 2,2% случаев к летальному исходу, в 22,8% к различным осложнениям, а в 12,8% случаев возникает необходимость повторного оперативного вмешательства (Васильев С.В. и соавт., 2007).

Нами разработан метод остановки кровотечения из вен крестцового сплетения, позволяющий исключить осложнения в послеоперационном периоде без повторного оперативного вмешательства и риска нового кровотечения. При возникновении кровотечения из вен крестцового сплетения место кровотечения временно останавливают прижатием салфеткой или пальцевым прижатием. Толстой атравматической иглой осуществляется прошивание места кровотечения с условием захвата костной ткани крестца, затем одним из концов нити с иглой захватывают иглой свободный лоскут биологической ткани, подтягивают её к месту кровотечения и мгновенно пальцевое прижатие замещают прижатием лоскута, после чего той же нитью краниально мягкие ткани окончательно прошивают через костную ткань крестца, затягивают нити крестообразно и фиксируют их концы над дефектом сосуда и лоскутом (патент РФ на изобретение № 2456939, 2012 г.).

Способ с успехом применен у 12 больных раком прямой кишки.

CLOSTRIDIUM DIFFICILE АССОЦИИРОВАННАЯ ИНФЕКЦИЯ

Сухина М.А., Сафин А.Л.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. С 1989 года как основной возбудитель антибиотикассоциированной диареи рассматривается *Clostridium difficile*, благодаря, по крайней мере, двум обстоятельствам: наличие токсина А и/или В, и способности к спорообразованию, позволяющему *C. difficile* сохраняться во внешней среде. В настоящее время наблюдается переход к представлению о микробных сообществах как целостных структурах, регулирующих свои поведенческие реакции в зависимости от изменения условий обитания. Экспрессия продукции токсинов А и/или В происходит в лог-фазе и стационарной фазе роста вегетирующих форм в ответ на различные сигналы окружающей среды. Точный характер сигналов окружающей среды, модулирующих экспрессию токсина, остается неясным.

Целью исследования явилось изучение распространенности *Clostridium difficile*, изучение факторов пато-

генности, оценка резистентности к антибактериальным препаратам изолированных штаммов *Clostridium difficile*.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В качестве материала исследования были использованы: 143 штамма *Clostridium difficile* из кишечного биоценоза, изолированные из 250 образцов фекалий пациентов. Изолирование и изучение патогенных свойств *Clostridium difficile* проводилось в условиях бескислородной атмосферы с использованием анаэробной рабочей станции Bactron (Sheldon Manufacturing Inc., США). Все изолированные штаммы тестировались на способность к адгезии, образованию биопленки, гемолитической активности, резистентности к антианаэробным препаратам и способности к продукции токсинов А и В.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 250 клинических образцов проветренных фекалий токсин А и/или В *Clostridium difficile* определялись у 143 (57,2%) пациентов. При бактериологическом исследовании выделено 143 культуры *Clostridium difficile*, 92,3% изолировались в титре выше 10^6 КОЕ/г. В 71,7% случаях определялся только токсин В, 16,2% токсин Аи В и токсин А был определен у 12,1% образцов. Все изоляты *Clostridium difficile*, были резистентны к цефалоспорином, 83,3% – к клиндамицину, 66,7% – к хлорамфениколу, 15% штаммов резистентны к метронидазолу и 1,5% – к ванкомицину. Образование биопленки было изучено у 57 штаммов *Clostridium difficile*. 69,2% свежесделанных культур продемонстрировали высокую интенсивность биопленкообразования на стеклянном носителе. Существование в биопленке обеспечивает дополнительную защиту от воздействия кислорода, способствует выживаемости анаэробов и их распространению; усиливает защиту от фагоцитоза, ультрафиолетового излучения, вирусов и дегидратации, от антибиотиков и факторов иммунной защиты макроорганизма. Все изолированные культуры обладали продукцией гемолизина, токсинов, повреждающих плазматические мембраны хозяина и формирующие в ней трансмембранные поры, приводящие клетку к лизису.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Продукция токсинов сильно варьирует у разных токсигенных штаммов, и находится под сильным влиянием условий окружающей среды. Синтез токсинов возрастает по мере вхождения бактериальных клеток в стационарную фазу роста и стимулируется или подавляется различными аминокислотами, стимулируется масляной кислотой, ингибируется бутанолом, индуцируется некоторыми антибиотиками. Выделяемые из клинических образцов штаммы *Clostridium difficile* могут различаться по количеству синтезируемых токсинов и их биологической активности. Патоморфологические изменения, выявляемые в слизистой оболочке толстой кишки, характеризуются развитием выраженного воспаления, которое, вероятно, находится в зависимости от выраженности факторов патогенности *Clostridium difficile*. В популяции пациентов центра ведущий фактор патогенности *Clostridium difficile* продукция токсина В. Современная ситуация характеризуется сменой циркулирующих клонов *Clostridium difficile* с широким распространением штаммов, не продуцирующих один из ведущих факторов патогенности, а именно токсин А.

МЕХАНИЧЕСКИЕ АНАСТОМОЗЫ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р.,
Междиев Д.И., Ахмеров Р.Р.

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке сопряжены высоким риском развития послеоперационных осложнений, ведущим среди которых является несостоятельность анастомоза, приводящая к развитию перитонита в 30-40%. При низких резекциях прямой кишки (<7 см), рубцовоспаячном процессе наложение ручного анастомоза является проблематичным, сопровождается частыми осложнениями. Известно, что после механического шва несостоятельность анастомоза возникает в 5% случаев, нарушение герметичности в 7%.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2010 по 2015 гг. в БСМП г. Уфы оперировано 270 больных с патологией толстой кишки: 96 (35,6%) мужчин и 174 (64,4%) женщин. Большинство больных (81,8%) старше 60 лет. 158 (58,5%) оперировано экстренно, 112 (41,5%) – в плановом порядке. Летальность составила 10,7% (29 больных). У 56 (20,7%) больных ввиду нерезектабельности или тяжести состояния выполнена колостомия. 214 (79,3%) проведены радикальные операции.

У 118 (43,7%) больных при наложении межкишечного анастомоза использовались циркулярные сшивающие аппараты (ЦСА). Из них 76 (64,4%) больных оперировано в плановом, 42 (35,6%) – в экстренном порядке. Левосторонняя гемиколэктомия выполнена 27 (22,9%), правосторонняя – 19 (16,1%), резекция сигмовидной кишки – 38 (32,2%), прямой кишки – 34 (28,8%) больным. При кишечной непроходимости операция дополнялась превентивной двухствольной колостомией.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Использование ЦСА привело к уменьшению времени наложения анастомоза (с 25 до 10 мин.) и трудоемкости наложения низких ректальных анастомозов.

У 18 (15,2%) больных после операций с использованием ЦСА возникли осложнения. Чаще развивалось нагноение раны – 9 (7,6%), пневмония – 4 (3,4%), абсцесс брюшной полости – 2 (1,7%), ТЭЛА – 3 (2,5%), несостоятельность анастомоза – 4 (3,9%). Количество осложнений в группе с ручным швом составило 20,4%, из них несостоятельность анастомоза возникла в 5,2% (ОШ-0,653; 95% ДИ: 0,17-2,5).

ВЫВОДЫ. Использование ЦСА для наложения межкишечного анастомоза при операциях на толстой кишке приводит к сокращению времени операции, уменьшению количества послеоперационных осложнений, в том числе, несостоятельности анастомоза.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УСКОРЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (FAST TRACK) В ДЕТСКОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Щербакова О.В., Врублевский С.Г., Козлов М.Ю.,
Трунов В.О., Шмыров О.С., Горохов Д.В., Кравчук С.В.
ГБУЗ «Морозовская ДГКБ» ДЗМ, отделение
неотложной и абдоминальной хирургии, кафедра
детской хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова,
г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Концепция ускоренного восстановления больных после операций, сокращенно Fast Track