

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕФРАКТЕРНОМ КОНСТИПАЦИОННОМ СИНДРОМЕ

Карпунин О.Ю., Шакуров А.Ф.,
Зиганшин М.И., Сакулин К.А.

Казанский государственный медицинский университет,
Республиканская клиническая больница МЗ РТ,
Казань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В России констипационный синдром (КС) остаётся прерогативой терапевтов и по-прежнему окружен множеством устаревших представлений и табу, которые не всегда предусматривают комплексное исследование больных, а также препятствуют внедрению радикальных методов лечения, небезопасных для пациентов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Анализ диагностического алгоритма и лечебной тактики при резистентных формах хронического колонного запора.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ лечения 628 больных с КС неопухолового генеза, находившихся на стационарном лечении за период 1999-2016 гг. в отделении колопроктологии РКБ МЗ РТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. На догоспитальном этапе исключали онкопатологию толстой кишки, по результатам ирригоскопии устанавливали тип аномалии строения или её расположения в брюшной полости, проводили консультации смежных специалистов, назначали тестовое лечение. В стационаре уточняли анатомические особенности строения и расположения толстой кишки: проводили КТ-колонографию с построением 3-D модели толстой кишки, а также исследовали особенности её моторики, проводя пассаж рентгеноконтрастных маркеров и изотопов по кишечнику. Изучали также уровень эндотоксинемии и определяли ректоанальный ингибиторный рефлекс. Хирургическое вмешательство выполнено у 63 (10,0%) больных. Показаниями к оперативному лечению ХЗ были: приступы толстокишечной непроходимости, заворот сигмовидной кишки при поступлении или в анамнезе; отсутствие эффекта от курсов консервативной терапии с прогрессивным нарастанием симптомов непроходимости, хронической интоксикации. Объем оперативного вмешательства зависел от вида аномалии, локализации места задержки продвижения маркеров и изотопов, состояния прямой кишки. Ранние послеоперационные осложнения развились у 7 (11,1%) пациентов, летальность имела место в одном случае (1,6%). Результаты оперативного лечения расценены нами как хорошие при восстановлении регулярного самостоятельного стула, хорошем общем самочувствии и полном восстановлении трудоспособности у 47 (74,6%) больных.

ВЫВОДЫ. Решение проблемы КС может быть обеспечено: выработкой адекватной тактики обследования пациентов, определением четких показаний к хирургическому лечению, правильным выбором метода хирургического вмешательства в зависимости от вида запора, степени выраженности и уровня обструкции.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВУАРОВ В ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А.
ФГБОУ ВО СамГМУ МЗ РФ, Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В развитых странах отмечается рост больных язвенным колитом (ЯК), увеличение

числа тяжелых форм заболевания. Более 20% пациентов нуждаются в хирургическом лечении, летальность достигает 30%. Функциональные результаты стомирующих операций неприемлемы для пациентов. Создание тонкокишечного резервуара позволяет реабилитировать больных ЯК. Сохранение кишечного транзита и анальной дефекации у больных ЯК является актуальной задачей.

ЦЕЛЬ. Улучшение функциональных результатов лечения больных ЯК путем создания тонкокишечного тазового резервуара.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. За 2012-2016 гг. выполнено 12 колопротэктоми с первичным J-резервуаром и илеоректальным анастомозом. Мужчин – 5. Женщин – 7. Средний возраст – $35 \pm 2,3$ лет. Показание к операции – неэффективность консервативной терапии тяжелых форм ЯК. Гормонорезистентность у 7 пациентов, гормонозависимость у 3 больных, неэффективность терапии Инфликсимабом у 2 больных.

Противопоказания к созданию тазового резервуара – выраженные воспалительные изменения и дисплазия слизистой оболочки, болезнь Крона, тяжелое соматическое состояние. Для формирования илеоректального анастомоза использовался циркулярный степлер. Демукотация культи прямой кишки не выполнялась из-за развития стриктуры и инконтиненции. Операция заканчивалась формированием двустольной илеостомы. Восстановление целостности тонкой кишки проведено 8 больным.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Длительность операции – 260 ± 34 мин. Кровопотеря – 250 ± 35 мл. Умерших не было. Осложнения – у 1 (50%) больного. Спаечная тонкокишечная непроходимость – 1. Несостоятельность илеоректального анастомоза – 2, ректо-вагинальный свищ – 1, кровотечение из степлерного шва – 2. Функция тазового тонкокишечного резервуара изучена у 6 больных. Выполнена резервуарография, эндоскопическое исследование, определение объема резервуара. Резервуарит выявлен у 1 больного. Функция запирающего аппарата изучена у 8 больных. Частота дефекации $6,3 \pm 1,2$ в сутки, ночная дефекация – у всех больных. Недержание жидкого кишечного содержимого отмечено у 2 больных.

ВЫВОДЫ. 1. Колопротэктоми с J-резервуаром и илеоректальным анастомозом – метод выбора хирургического лечения резистентного ЯК. 2. Оценка эффективности проводимой терапии колопроктологом и гастроэнтерологом позволяет определить оптимальные сроки для выполнения первичной реконструктивной колопротэктоми. 3. Совершенствование техники операции позволяет снизить количество послеоперационных осложнений.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЧАСТОТА РЕЦИДИВОВ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА, ПОЛУЧАЮЩИХ КЛЕТОЧНУЮ ТЕРАПИЮ – 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ

Князев О.В.¹, Каграманова А.В.¹,
Фадеева Н.А.¹, Добролюбова Е.А.¹,
Донченко И.А.¹, Бабаян А.Ф.¹, Лищинская А.А.¹,
Копляниников А.Г.², Парфенов А.И.¹

¹ ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С.Логанова Департамента здравоохранения Москвы»,

² Медицинский радиологический научный центр МЗ и СР РФ, Обнинск, Россия

Многочисленными исследованиями установлено, что мезенхимальные стромальные клетки (МСК) обладают высоким потенциалом дифференцировки, а также

иммуносупрессивными свойствами. В настоящее время проводятся I-III фазы клинических исследований, оценивающих эффективность и безопасность МСК в лечении больных воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) – язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК).

ЦЕЛЬ. Сравнить частоту рецидивов и продолжительность ремиссии в течении 5 лет наблюдения у больных с люминальной формой болезни Крона (БК) в форме колита и тотальным поражением язвенного колита (ЯК), получающих терапию мезенхимальными стромальными клетками (МСК) костного мозга

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Сравнили частоту рецидивов в группе больных с люминальной формой БК в форме колита (1 группа), с группой больных ЯК (тотальное поражение) (2 группа), получающих МСК. 1-я группа (БК) в возрасте от 22 до 56 лет (Me-28) (n=24) получала культуру МСК по схеме (0-1-2 недели, затем каждые 26 недель). 2-я группа больных (ЯК) (n=26) в возрасте от 20 до 62 лет (Me-28) получала культуру МСК по аналогичной схеме. Оценку эффективности терапии по частоте рецидивов осуществляли через 12, 24, 36, 48 и 60 месяцев от начала терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среди больных 1-й группы рецидив заболевания в течение 12 месяцев наблюдения произошел у 2/24 пациента (8,3%), во 2-й группе рецидив заболевания произошел у 3/26 (11,5%) (ОР-0,72; 95% ДИ 0,13-3,96, p=0,92). Через 24 месяца в группе больных (1-я группа), получающих МСК, рецидив заболевания произошел у 5/24 (20,8%), во 2-й группе больных рецидив заболевания у 7/26 (26,9%) (ОР-0,77; 95% ДИ 0,13-3,96, p=0,92). Через 36 месяцев в 1-й группе больных рецидив заболевания – у 8/24 (33,3%), во 2-й группе рецидив у 14/26 (53,8%) (ОР-0,62; 95% ДИ 0,32-1,21, p=0,24).

Через 48 месяцев в 1-й группе, получающих МСК, рецидив у 11/24 (45,8%), во 2-й группе – рецидив у 18/26 (69,2%) (ОР-0,6; 95% ДИ 0,37-0,97, p=0,048). Через 60 месяцев в 1-й рецидив у 16/24 (66,6%), во 2-й группе рецидив у 22/26 (84,6%) (ОР-0,63; 95% ДИ 0,44-0,90, p=0,013).

ВЫВОДЫ. Трансплантация МСК способствует поддержанию более длительной клинической ремиссии у больных с люминальной формой болезни Крона по сравнению с группой больных, страдающих язвенным колитом.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Князев О.В.¹, Садек Фидель², Бабаян А.Ф.¹,
Фадеева Н.А.¹, Донченко И.А.¹,
Каграманова А.В.¹, Лищинская А.А.¹

¹ ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр Департамента здравоохранения Москвы»;

² ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Болезнь Крона (БК) в форме терминального илеита встречается приблизительно у 1/3 пациентов с БК и часто осложняется формированием стриктуры подвздошной кишки или илеоцекального клапана. При выявлении стриктуры после первого курса консервативного лечения (применения глюкокортикостероидов) в качестве первого этапа лечения показана резекция пораженного участка кишки, а не повторный курс консервативной (гормональной) терапии. Операцией выбора является резекция илеоцекального отдела с формированием илео-асцендоанастомоза.

ЦЕЛЬ. Выявить лабораторные предикторы неэффективности курса консервативной терапии глюкокортикостероидами (ГКС)/иммуносупрессорами (ИС) и риска оперативного лечения больных БК в форме терминального илеита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. 40 больным БК в форме терминального илеита с сужением просвета терминального отдела подвздошной кишки без признаков кишечной непроходимости был проведен курс консервативного лечения (применения ГКС). Оценку эффективности терапии проводили через 3, 6, 12 и 24 месяца. Эффективность терапии оценивали по индексу активности болезни Крона (ИАБК), эндоскопической картине и/или КТ-энтерографии, уровню С-РБ, фекальному кальпротектину (ФКП). За 24 месяца наблюдения у 12 пациентов была проведена резекция илеоцекального отдела. Таким образом, пациентов разделили на две группы: 1-я группа пациентов без хирургического лечения, 2-я группа пациентов, которым проведена резекция илеоцекального отдела. Провели сравнение показателей С-РБ, фекального кальпротектина (ФКП) исходных и в динамике в двух группах пациентов. Первая группа больных в возрасте от 19 до 58 лет (Me-29) (n=28). Вторая группа больных в возрасте от 20 до 68 лет (Me-36) (n=12).

Средние исходные показатели СРБ в 1-й группе составили 29,5±3,2 мг/л, во 2-й – 27,75±3,0 (p=0,73), уровень ФКП в 1-й группе – 1019,4±97,2 мкг/гр, во 2-й – 998,8±127,3 мкг/гр (p=0,9).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Через 12 недель от начала терапии среди больных 1-й группы средний уровень С-РБ снизился до 4,7±0,4 мг/л, во 2-й – до 6,5±0,8 мг/л (p=0,03). Уровень ФКП в 1-й группе снизился до 1019,4±97,2 мкг/гр, во 2-й – 998,8±127,3 мкг/гр (p=0,9).

Через 6 месяцев в 1-й группе больных средний уровень С-РБ составил 7,2±1,1 мг/л, во 2-й – 10,0±2,1 мг/л (p=0,2). Уровень ФКП в 1-й группе – 87,2±13,7 мкг/гр, во 2-й – 149,2±24,9 мкг/гр (p=0,025).

Через 12 месяцев в 1-й группе больных средний уровень С-РБ составил 10,76±2,1 мг/л, во 2-й – 19,2±3,5 мг/л (p=0,039). Уровень ФКП в 1-й группе – 100,4±13,7 мкг/гр, во 2-й – 191,7±24,9 мкг/гр (p=0,002).

Через 24 месяца в 1-й группе больных средний уровень С-РБ составил 9,5±1,9 мг/л, во 2-й – 17,8±3,3 мг/л (p=0,027). Уровень ФКП в 1-й группе – 98,0±12,1 мкг/гр, во 2-й – 121,7±14,2 мкг/гр (p=0,27).

ВЫВОД. Повышенный уровень С-РБ и фекального кальпротектина на фоне лечения больных БК в форме терминального илеита может быть фактором прогрессирования заболевания и повышенного риска оперативного вмешательства.

КЛЕТЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРИАНАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА

Князев О.В.¹, Фадеева Н.А.¹,
Беляков Н.И.¹, Добролюбова Е.А.¹,
Конопляников А.Г.², Парфенов А.И.¹

¹ ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С.Логинова Департамента здравоохранения Москвы»;

² Медицинский радиологический научный центр МЗ и СР РФ, Обнинск, Россия

Перианальные свищи – наиболее распространенные и часто встречающиеся типы свищей при болезни Крона. Они с трудом поддаются лечению, ухудшают качество жизни больного и повышают риск резекции кишки. Несмотря на значительный эффект антицитокиновой терапии свищевой формы БК, лечение данной категории больных остается трудной задачей, с высоким риском развития рецидива БК. Мезенхимальные