

81. Системные проявления воспалительных заболеваний кишечника

Мялина Ю. Н., Козлова И. В., Лекарева Л. И.
Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского,
Россия

Цель исследования: выявить клинические особенности дебюта и наличия внекишечных проявлений ВЗК.

Материалы и методы. Обследованы 115 пациентов с ВЗК, из них 86 пациентов с НЯК и 29 — с БК. Возраст больных от 16 до 76 лет, средний возраст ($53,4 \pm 2,3$) года. Диагноз верифицирован данными клинических, лабораторных, гистологических и инструментальных методов исследования.

Результаты. Согласно литературным данным, дебюту заболевания часто предшествуют внекишечные проявления ВЗК. В нашем исследовании при тщательном сборе анамнеза лишь у 18 пациентов (15,7%) наблюдались системные проявления (чаще всего, поражение кожных покровов и слизистых оболочек). Внекишечные проявления ВЗК, связанные с активностью воспалительного процесса, диагностировались у 47 (40,9%) больных, проходивших стационарное лечение в Городском гастроцентре Саратова. К ним относились артропатии, в том числе, спондилит, у 15 (13,4%) больных; узловая эритема — у 12 (10,4%); афтозный стоматит — у 18 (15,7%); аутоиммунный гепатит — у 1 (0,9%); ПХЭ — у 1 (0,9%). Частота распространенности системных нарушений, связанных с метаболическими нарушениями на фоне аутоиммунного воспалительного процесса, достигала 100%. Первое место занимало нарушение минерализации костной ткани разной степени выраженности — у 46 (40%) больных, из них *остеопоротические* переломы костей наблюдались у 16 (13,9%) пациентов. Реже встречались нефролитиаз — у 23 (20%) пациентов, холедохолитиаз — у 19 (16,5%), тромбозы в анамнезе — у 11 (9,6%).

Вывод. Системные проявления при тщательной диагностике выявляются практически у всех пациентов с ВЗК. Не представляется возможным провести границу между метаболическими нарушениями на фоне системного воспаления и последствиями длительной иммуносупрессивной терапии.

82. Терапия депрессивных расстройств при воспалительных заболеваниях кишечника

Мялина Ю. Н., Козлова И. В., Тихонова Т. А.
Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского,
Россия

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность приема препарата «Феварин» в комплексной терапии депрессии у пациентов с ВЗК.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 38 пациентов с ВЗК и депрессией разной степени выраженности. Возраст больных составлял от 18 до 55 лет. В первую группу вошли 26 пациентов с НЯК, во вторую — 12 пациентов с болезнью Крона. В комплексную терапию был включен препарат «Феварин» в стандартной дозе 100 мг/сутки. Психологические особенности пациентов определяли с помощью тестов СМОЛ (сокращенное многофакторное

обследование личности), САН (самочувствие, активность, настроение), шкалы Бека.

Результаты. При клинико-психопатологическом обследовании у наблюдавшихся больных были выявлены астено-депрессивные, тревожно-депрессивные и апато-депрессивные расстройства. Большинство пациентов предъявляли жалобы на пессимистические мысли, сниженный фон настроения (84,6% при НЯК и 66,7% — при БК), раздражительность (34,6% и 41,7% соответственно), чувство постоянной усталости (46,2% и 33,3% соответственно), нарушения ночного сна (30,8% и 66,7% соответственно). Снижение аппетита и массы тела достоверно чаще отмечали пациенты с БК — 8 (66,7%). Озабоченность состоянием своего здоровья высказала половина больных в обеих группах.

Депрессивные расстройства по шкале Бека в первой группе составили ($17,3 \pm 2,1$) балла; во второй — ($15,2 \pm 1,5$) балла, что соответствует умеренной степени депрессии. В динамике зафиксировано достоверное уменьшение депрессивных расстройств по шкале Бека в целом с 17,3 до 11,3 — у пациентов с НЯК; с 15,2 до 13,1 — во второй группе.

Вывод. Включение в схему лечения антидепрессанта «Феварин» уменьшает легкие и умеренные проявления депрессивного спектра у пациентов с ВЗК.

Н

83. Хирургическое лечение сложных экстрасфинктерных свищей прямой кишки

Наврузов Б. С., Маматкулов Ш. М.,
Шаймарданов Э. К.

Республиканский научный центр
колопроктологии, Ташкент, Узбекистан,
e-mail: rshtyim@yandex.ru

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки.

Материал и методы исследования. В данной работе представлены результаты обследования и лечения 256 больных с экстрасфинктерными свищами прямой кишки. Средний возраст пациентов составил ($39,5 \pm 4,2$) года. Мужчин было 200 (78,1%), женщин — 56 (21,9%).

В зависимости от вида оперативного вмешательства больные были разделены на две группы: контрольную — 114 (44,5%) больных, которым оперативное лечение было выполнено в объеме полного иссечения свища с восстановлением анального сфинктера, и основную — 142 (55,5%) больных, которым выполнено рассечение свища на всем протяжении с выскабливанием его дна острой ложечкой и открытым ведением раны.

Результаты и их обсуждение. В контрольной группе хорошие результаты были достигнуты у 97 (85,1%) пациентов. Удовлетворительные результаты достигнуты у 3 (2,6%) пациентов, у которых развилась недостаточность сфинктера I степени. Неудовлетворительные результаты были у 14 (12,3%) больных. При этом у 5 (4,4%) пациентов отмечались рецидивы заболевания, у 7 (6,1%) — развитие недостаточности сфинктера II степени, у 2 (1,8%) — анальная инконтиненция III степени.

В основной группе хорошие результаты получены у 135 (95,1%) пациентов ($\chi^2 = 5,27$, $p = 0,022$). Удовлетворительные результаты — у 5 (3,5%) пациентов ($\chi^2 = 0,15$, $p = 0,7$). Неудовлетворительные результаты были у 2 (1,4%) больных ($\chi^2 = 12,98$, $p = 0,0003$), все являлись следствием рецидива заболевания.

Таким образом, применение метода рассечения свища на всем протяжении (фистулотомия) с выскабливанием его дна острой ложечкой и открытым ведением раны в сравнении с методом полного иссечения свища с восстановлением анального сфинктера дает достоверно хорошие результаты и уменьшает вероятность рецидива заболевания.

84. Информативность методов диагностики ректоцеле у женщин с тазовым пролапсом

Наврзув Б. С., Шаймарданов Э. К.

Республиканский научный центр колопроктологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Актуальность темы. Ректоцеле у женщин с тазовым пролапсом является одной из наиболее актуальных проблем в хирургии. Высокие показатели тазового пролапса у рожавших женщин (15–30%) предрасполагает к проявлению ректоцеле у женщин (Смирнов А. Б., 2006; Petros P., Inoue H., 2013).

Целью нашего исследования явилось изучение информативности методов диагностики ректоцеле у женщин с пролапсом тазовых органов.

Материалы и методы исследования. Основой материала настоящей работы послужили результаты обследования 54 рожавших женщин с ректоцеле 2–3 степени при тазовом пролапсе, наблюдавшихся в Республиканском научном центре колопроктологии МЗ РУз с 2005 по 2013 гг. Возраст пациенток колебался от 25 до 62 лет (средний возраст $43,2 \pm 4,8$ года). С первой степенью ректоцеле больных не было. 20 пациенток имели третью степень пролапса, у остальных (34) диагностирована вторая стадия болезни.

Результаты и их исследования. Наиболее частыми проявлениями тазовой дисфункции у пациенток были чувство тяжести в области промежности (77,8%), ощущение инородного тела во влагалище/промежности (94,4%), у пациенток с сопутствующим цистоцеле — чувство неполного опорожнения мочевого пузыря (9,3%).

При ультразвуковом исследовании больных наличие ректоцеле подтверждено у всех пациенток, и практически у всех (92,6%) лоцировались ультразвуковые признаки недостаточности мышц тазового дна (расширение межлеваторного пространства, истончение, нарушение эхогенности мышц-леваторов, снижение высоты промежности). Изучение информативности ультразвукового исследования при выявлении дефектов ректовагинальной фасции показало достаточно хорошие для этого метода результаты: чувствительность 84,6%, специфичность 75,8%.

При проктодефекографии ($n = 14$) более чем в половине случаев (64,3%) было выявлено ректоцеле более 4 см, что соответствует по рентгенологическим критериям 3 степени ректоцеле, в 42,9% случаев отмечалась задержка контраста в «кармане» ректоцеле, что подтверждает нарушение эвакуаторной функции прямой кишки у данных больных, и у каждой третьей

женщины (28,6%) было отмечено опущение промежности в стадии декомпенсации мышц тазового дна.

Вывод. Таким образом, результаты исследования подтверждают высокую эффективность УЗИ и проктографии, эти методы исследования дают полную картину стадии болезни и дисфункции прямой кишки.

85. Оценка результатов хирургического лечения ректоцеле

Наврзув С. Н., Шаймарданов Э. К.

Республиканский научный центр колопроктологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

В современной литературе отображено большое количество способов лечения ректоцеле. Однако частота неудовлетворительных результатов при различных способах хирургического лечения таких больных составляет от 6,7% до 50,1% (Зароднюк И. В., 2004; Reboa G., 2009).

Целью нашего исследования явилось улучшение отдаленных результатов лечения ректоцеле с применением объективных и инструментальных методов исследования.

Материал и методы. Накоплен опыт лечения 32 пациенток с различными степенями ректоцеле. Возраст больных колебался от 24 до 62 лет (средний возраст $44,6 \pm 5,8$ года). Всем пациенткам в плановом порядке была выполнена промежностная сфинктеролеваторопластика в различных ее модификациях. Сроки наблюдения составили от 2 до 24 мес. Результаты проведенного обследования оценивались комплексно по следующим критериям: хорошие, удовлетворительные, неудовлетворительные: хорошие — отсутствие жалоб, клинических, рентгенологических и ультразвуковых симптомов ректоцеле; удовлетворительные — самостоятельное опорожнение прямой кишки на фоне корригирующей диеты без применения ручного пособия, наличие выпячивания кишки во влагалище в размере до 2 см по данным инструментальных обследований; неудовлетворительные — сохранение затрудненного опорожнения, использование ручного пособия при дефекации, отсутствие уменьшения размеров ректоцеле.

Результаты и их обсуждение. После хирургического вмешательства у 27 (84,4%) больных не наблюдалось ранее выявленного выпячивания стенки прямой кишки во влагалище, у 5 (15,6%) пациенток, ранее имевших ректоцеле размером более 4 см, сохранялось выпячивание до 2,0 см, при этом у всех этих больных анастомоз располагался высоко (выше 4–5 см зубчатой линии), но нарушения опорожнения прямой кишки на фоне соблюдения корригирующей высокошлаковой диеты в послеоперационном периоде не было ни у кого. Заднее ректоцеле и избыточная складчатость слизистой оболочки прямой кишки не отмечены ни в одном случае по сравнению с показателями до операции.

Хорошие результаты отмечены в 78,1% случаев. При этом большая часть из них наблюдалась у больных, имевших до операции размеры ректоцеле в пределах 4–5 см. Удовлетворительные результаты зарегистрированы у 21,9%, но сохранность незначительного выпячивания по данным дефекографии