

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО СКРИНИНГА МЕТОДОМ ВИДЕОКОЛОНОСКОПИИ

Десятов Е.Н.¹, Алиев Ф.Ш.², Кузнецов В.Ю.¹, Щепкин К.В.¹, Кирьянова А.С.¹

¹ ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский Город», Тюмень, Россия

² ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Видеоколоноскопия занимает ведущее место в диагностике аденом и КРР толстой кишки и является наиболее оптимальной методикой скрининга. Эффективность скрининга существенно зависит от опыта врача-эндоскописта, качества подготовки кишечника и техники проведения процедуры.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Провести ретроспективную оценку результатов колоректального скрининга, выполненного методом колоноскопии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В период с октября 2015 по октябрь 2016 гг. на базе отделения эндоскопии ГАУЗ ТО МКМЦ «Медицинский Город», г. Тюмень выполнено 1287 скрининговых колоноскопий пациентам в возрасте 55-65 лет с положительным фекальным иммунохимическим тестом на скрытую кровь. Накануне назначались препараты макрогола – Фортранс® или Мовипреп® по стандартной утренней схеме. Видеоколоноскопия выполнялась в амбулаторных условиях под внутривенной анестезией препаратом Пропофол®. Исследования выполнялись видеоколоноскопиями Olympus EVISEXERA 160, 165, 180 и 190 серии, а так же эндоскопиями высокого разрешения (HD) в узком спектре изображения (NBI) – эндоскопы 180 и 190 серии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Минимальное время выведения видеоколоноскопа из слепой кишки, в среднем, составило 6-8 минут. Интубация слепой кишки была достигнута в 98% случаев. У 318 (ADR=24,7%) человек выявлены аденомы и аденокарциномы прямой и ободочной кишки.

80 пациентам аденомы были удалены во время скрининговой колоноскопии. Пациенты с верифицированной доброкачественной и злокачественной патологией направлялись для внутрипросветного эндоскопического и хирургического лечения в стационар.

ВЫВОДЫ. Обязательными условиями скрининговой колоноскопии должны быть проведение эндоскопа в слепую кишку и временем выведения колоноскопа не менее 6 минут. Частота выявления аденом (Число ADR) должно составлять не менее 25%. Определяющим условием качественной подготовки являются соблюдение рекомендованной диеты перед приёмом препаратов Фортранс® или Мовипреп®, применение помпы для отмывания слизистой оболочки толстой кишки, а так же применение внутривенной анестезии во время исследования.

СПОСОБ ПРОВЕРКИ ФИЗИЧЕСКОЙ ГЕРМЕТИЧНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Рубанченко А.С., Сторожилов Д.А., Наумов А.В.

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Белгородский национальный исследовательский университет, Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проверка физической герметичности толстокишечных анастомозов является обяза-

тельным компонентом в колоректальной хирургии. Существующие способы: введение окрашенной жидкости или введение воздуха в просвет кишки с погружением ее в жидкость являются громоздкими и малоинформативными.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Разработка высокоинформативного, безопасного, быстровыполнимого, легко воспроизводимого метода проверки герметичности толстокишечных анастомозов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Нами разработан способ интраоперационного контроля физической герметичности толстокишечных анастомозов с помощью пенных аэрозолей, в частности, содержащего йодофор, Сульфодовизоля. Пена имеет низкую удельную массу 0,075 г/см³, что позволяет небольшим количеством препарата заполнять объемные полости; выделяется из баллона под давлением 3-4 кгс/см², быстро заполнения кишки; содержит пенообразователь, который, являясь поверхностно-активным веществом, обеспечивает смачиваемость слизистой оболочки кишки. Распирясь, пена оказывает на стенки кишки давление 0,02-0,04 кгс/см², которое легко выдерживает анастомоз, т.к. оно не превышает верхнюю границу физиологического внутрикишечного давления. В случае негерметичности анастомоза пена немедленно начинает выходить через дефект в анастомозе, что визуально легко фиксируется хирургом. Пена стерильна, а окрашенное вещество является антисептиком. Если анастомоз негерметичен, то при попадании пены в брюшную полость развития перитонита не произойдет.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Разработанный способ проверки физической герметичности толстокишечных анастомозов (авторское свидетельство № 1830249 от 13.10.1992 г.) используется в межрегиональном колопроктологическом центре с 1990 г. и применен у 2456 больных. Физическая негерметичность анастомоза была диагностирована у 71 (2,9%) больных. При отсутствии герметичности на дефекты накладывались дополнительные узловые швы с повторной проверкой герметичности. Послеоперационный период у всех этих пациентов протекал без развития несостоятельности анастомоза.

ВЫВОДЫ. Использование пенных аэрозолей для интраоперационного контроля физической герметичности анастомозов позволило снизить частоту их несостоятельности в 2,3 раза.

БАРИЕВАЯ ФЕКАЛЬНАЯ МАРКИРОВКА ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ К ВИРТУАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ

Лейсле А.К.¹, Завадовская В.Д.², Ушаков А.В.¹, Мошнегуц С.В.¹

¹ ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница», Кемерово, Россия

² Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

ЦЕЛЬ. Цель исследования заключалась в подборе дозы сульфата бария для качественной фекальной маркировки (ФМ) при подготовке пациентов к виртуальной колоноскопии (ВКС) с уменьшением количества и интенсивности побочных высокоплотных артефактов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование было включено 100 пациентов, разделенных на две равные сопоставимые группы по 50 человек в каждой. Первая группа включала 14 мужчин и 36 женщин, средний возраст 55,7±15,6 лет; вторая группа включала 10 мужчин и 40 женщин, средний возраст 51,9±14,9 год. Разница между группами заключалась в дозе суль-