

СОДЕРЖАНИЕ

ТРИХОБЕЗОАР ЖЕЛУДКА Богданов А.Н., Анисенкова А.Ю., Белокопытов И.Ю., Эфендиев А.О., Есинкина М.В., Савилова И.В., Азаренко С.В.	10
КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМ ПЭКС Белокопытов И.Ю., Анисенкова А.Ю., Мамаева О.П., Каменев А.В., Кок Я.Б.	13
СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ Анисенкова А.Ю., Белокопытов И.Ю., Кудинов П.Ю., Шабалина Е.А.	19
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АУТОИММУННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ Богданов А.Н., Белокопытов И.Ю., Анисенкова А.Ю., Носков А.В.	24
ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ОБШИРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА Сарана А. М., Белокопытов И.Ю., Зеленина Л.И., Мельник А.Т., Азарков М.В., Кропотова А.В., Хаецкий А.В., Носков А.В.	28
СЛУЧАЙ РАБДОМИОСАРКОМЫ СЕРДЦА Богданов А.Н., Анисенкова А.Ю., Белокопытов И.Ю., Сивашинский М.С., Савилова И.В.	37
ВОЗМОЖНОСТИ УРГЕНТНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА Энтина Е.В., Васильев Е.В., Лантухов Д.В.	42
ЭФФЕКТИВНАЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТКИ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ГИПОКСИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА Энтина Е.В., Уразов С.П., Бутаков Д.А.	46
АПОПЛЕКСИЯ ГИПОФИЗА Энтина Е.В., Перов А.В., Бутаков Д.А.	52
ГЕМОПЕРИКАРД Зеленина Л.И., Ильин Д.А., Долгонова Т.В., Каменев А.В., Осадчий А.М., Павлова Н.Е., Ларин К.Е.	57
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАГНОЕНИЯ ЛОЖА ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА Зеленина Л.И., Каргозерова К.А.	63
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕСТЕНОЗИРОВАНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ Лебедева С.В., Власенко С.В., Азарков М.В., Попов В.В., Монако Г.О.	67
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДЕРМАТОМИОЗИТА С ОСТРЫМ ТЕЧЕНИЕМ Казаков С.В., Богданов А.Н., Анисенкова А.Ю., Мосенко С.В., Макаренко С.В.	73
ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИАОРТАЛЬНОЙ БАЛОННОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ В ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТА С НЕСТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ Гарбузов Е.Ю., Сырый С.Л.	77
АЛЬВЕОЛЯРНЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ С ОБСТРУКЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ И ВРОЖДЕННОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ Гарбузов Е.Ю., Микрюков С.Р.	82
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ RiCCOPLUS ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА Гарбузов Е.Ю., Микрюков С.Р.	87
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ Ильин Д.А., Рамонова Е.А., Бузник Г.В.	91
УСПЕШНАЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ Ильин Д.А., Журавкин Е.А., Рамонова Е.А.	98
ПОРАЖЕНИЕ ЯДОМ ЗМЕИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ Мельник А.Т., Дыдымов Р.Х., Воробьевский Д.А., Хантапов О.А., Хаецкий А.В., Агапитова О.В., Авила Г.Э.	102
ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ВЫЗВАННЫЙ ФЛОТАЦИЕЙ ТРОМБОВ, ЛОКАЛИЗУЮЩИХСЯ НА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ХОРДАХ ЭНДОКАРДА Мельник А.Т., Власенко С.В., Репетун А.Н., Павлова Н.Е., Азарков М.В., Беспалов А.А., Дыдымов Р.Х., Садышева А.В.	107

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТА С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Мамаева О.П., Павлова Н.Е.</i>	114
ПСЕВДОАНЕВРИЗМА МАТОЧНОЙ АРТЕРИИ <i>Цивьян Б.Л., Власенко С.В., Попов В.В., Сивашинский М.С., Митусова Г.М., Варданян С.В., Онегова С.Б., Никищенко Е.В.</i>	119
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИБС, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Кабанов В.О.</i>	127
ПЛАСТИКА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА С ОДНОМОМЕНТНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИЕЙ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЙ ПО МЕТОДИКЕ COX-MAZE IV <i>Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Кабанов В.О.</i>	130
АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА <i>Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Кабанов В.О.</i>	135
ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННО- ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА <i>Пайвин А.А., Ильин Д.А., Юрченко Д.Л., Денисюк Д.О.</i> ...	138
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗРЫВА АНЕВРИЗМЫ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ У ПАЦИЕНТКИ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Яковлев Н.Н., Хаецкий А.В., Кабанов В.О.</i>	143
СИМУЛЬТАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА И ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТКИ С СИСТЕМНЫМ АУТОИММУННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ <i>Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Кабанов В.О.</i>	147
ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА АОРТАЛЬНОГО И МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНОВ <i>Пайвин А.А., Юрченко Д.Л., Денисюк Д.О., Ильин Д.А.</i>	151
ХОЛАНГИОГЕННЫЙ АБСЦЕСС ПЕЧЕНИ <i>Врублевский Н.М., Свистич В. Ю.</i>	154
ЛЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У СЕПТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Врублевский Н.М., Андреев М.А.</i>	161
ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ОНКОЛОГИИ: ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННАЯ СУБТОТАЛЬНАЯ КОЛЕКТОМИЯ ПО ПОВОДУ МУЛЬТИЦЕНТРИЧНОГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ <i>Гладышев Д.В., Коваленко С.А., Моисеев М.Е., Гнедаш С.С.</i>	165
РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА <i>Гладышев Д.В., Коваленко С.А., Моисеев М.Е., Гнедаш С.С.</i>	172
ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Врублевский Н.М., Андреев М.А., Попов К.И.</i>	181
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА <i>Врублевский Н.М., Андреев М.А.</i>	184
СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ПЕРИТОНИТА, АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА МЕТОДОМ ПРОГРАММИРОВАННЫХ САНАЦИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТО- ДИКИ ТЕРАПИИ КОНТРОЛИРУЕМЫМ ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ И УСТРАНЕ- НИЕМ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПУТЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ЕЮНОСТОМЫ У БОЛЬНОГО В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ <i>Врублевский Н.М., Андреев М.А.</i>	188
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ С РЕЦИДИВНОЙ СТЕЛЮЩЕЙСЯ ВОРСИНЧАТОЙ ОПУХОЛЬЮ ПРЯМОЙ КИШКИ <i>Нечай И.А., Мальцев Н.П., Чернышова Д.Ю.</i>	197
СУМКА ТОРНВАЛЬДА <i>Наумов С.Ю.</i>	201
ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МНОГООСКОЛЬЧАТЫМ ПЕРЕЛОМОМ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ <i>Шугинов А.А., Никитин А.В.</i>	204
ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С СУБТОТАЛЬНЫМ ОТЧЛЕНЕНИЕМ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ <i>Шугинов А.А., Тарасова И.Н., Никитин А.В.</i>	210
ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МНОГООСКОЛЬЧАТЫМ ПЕРЕЛОМОМ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ <i>Шугинов А.А., Тимофеев Р.А., Никитин А.В.</i>	214

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С РАЗМОЗЖЕНИЕМ ТКАНЕЙ КОНЕЧНОСТИ Шугинов А.А., Ефимов А.А., Никитин А.В.	219
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ Шугинов А.А., Кулешов А.А., Корженевский Ю.П.	228
ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Шугинов А.А., Фомичев С.В.	233
ЗАПУЩЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННОЙ ВО 2-м ТРИМЕСТРЕ Ракул С.А., Галимов Р.Д., Константинова Е.В.	239
ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРЕДОВЫХ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА Могиланцева Т.О., Евсеева А.С.	244
ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКАЯ ОСТРАЯ ДИЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩАЯ ПОЛИНЕВРОПАТИЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ Козлова Г.А., Халикова Н.И., Мерзляков К.В., Крикунов А.И.	248
БУЛЬБАРНАЯ ФОРМА МИАСТЕНИИ Козлова Г. А., Крикунов А. И., Мерзляков К. В., Мосенко С. В.	252
СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА БОТУЛОТОКСИНА ТИПА А И РИТМИЧЕСКОЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТКИ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ Мосенко С.В., Спирин А.Б.	256
КОНЦЕНТРИЧЕСКИЙ СКЛЕРОЗ БАЛО Мосенко С.В., Трофименко И.А.	261

ЭФФЕКТИВНАЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТКИ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ГИПОКСИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА

Энтина Е.В., Уразов С.П., Бутаков Д.А.

Больная Н., 62 года, пенсионерка. 13.08.2012 г. на фоне гипертонического криза почувствовала боль в груди давящего характера. В экстренном порядке госпитализирована в больницу №40.

Считает себя больной по гипертонической болезни последние 8 лет, в течение которых периодически беспокоили слабость, повышенная утомляемость, головные боли, головокружение. Ухудшение самочувствия связывает с фактом увеличения нервных и физических нагрузок. Неоднократно лечилась амбулаторно и стационарно по поводу гипертонической болезни. При обследовании в условиях стационара (последняя госпитализация — февраль 2009 года) был установлен диагноз: гипертоническая болезнь 2 стадии, кризовое течение. Артериальная гипертензия 2 ст. Риск высокий. Дислипидемия, ожирение 2 ст. В последнее время отмечает учащение и усиление головных болей, снижение памяти, работоспособности.

При поступлении предъявляла жалобы на общую слабость, дискомфорт в груди. Объективно: общее состояние на момент осмотра средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение пассивное лежа, нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Кожа сухая, теплая, отмечается бледность лица. Пастозность стоп. Слизистые розовые, влажные. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные при пальпации. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна при пальпации. Зрачки: D = S = 3 мм. Фотореакция нормальная. Нистагм не определяется. Положение глазных яблок нормальное. Пульс 98 ударов в минуту, равномерный, ритмичный, удовлетворительного наполнения, несколько напряжён. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены, чистые, ритмичные, акцент II тона на аорте. АД 135/90 мм.рт.ст. на обеих руках.

Дыхание ровное, спокойное, частотой 18 в 1 минуту. Грудная клетка правильной формы, симметричная, обе ее половины равномерно участвуют в акте дыхания. Пальпация ребер безболезненная. При сравнительной перкуссии над легкими — ясный легочный звук с обеих сторон. Аускультативно дыхание жесткое, в нижних отделах ослаблено, застойные единичные хрипы.

Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной формы, симметричный, активно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Почки не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Диурез и стул без особенностей, моча светлая.

При лабораторном обследовании установлено снижение уровня гемоглобина (116 г/л), эритроцитов ($3,97 \times 10^{12}/л$), признаки дислипидемии со снижением уровня липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) до 0,8 ммоль/л ($N > 1,68$ ммоль/л). При обследовании выявлено повышение кардиотропных ферментов (КФК) 1243,3 ммоль/л ($N > 170$ ммоль/л), КФК—МВ 250,8 ммоль/л ($N < 25$ ммоль/л).

ЭКГ: синусовый ритм с частотой желудочковых сокращений 70 ударов в мин. Полная блокада правой ножки пучка Гиса. Признаки гипертрофии левого желудочка. Картина очаговых проникающих изменений нижней стенки с вовлечением боковых отделов, острая стадия (рис. 1).

В 22:00 13.08.2012 г. выполнена коронароангиография, обнаружена окклюзия с тромбозом правой коронарной артерии, выполнена балонная ангиопластика, стентирование правой коронарной артерии (рис.2).

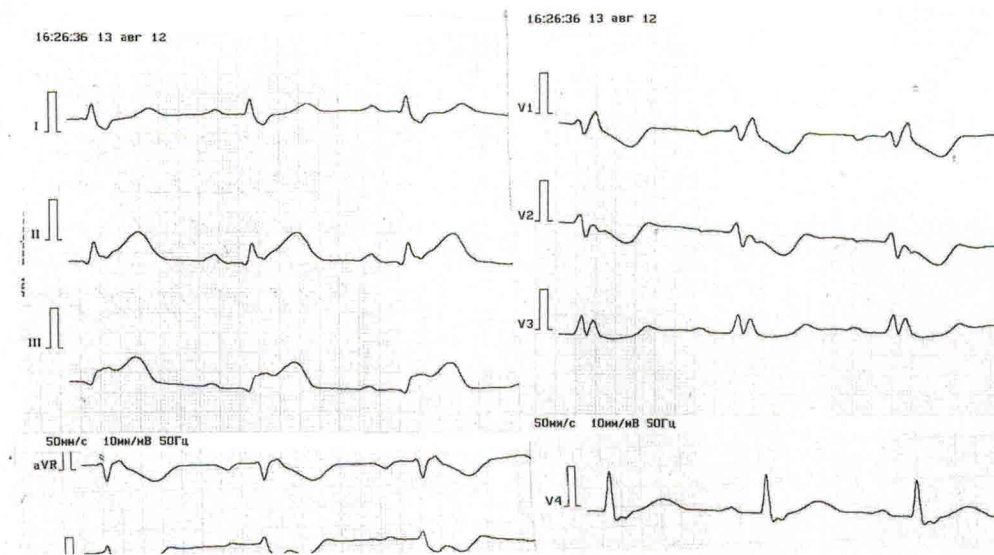


Рис.1 Электрокардиограмма пациентки Н., 62 года, 13.08.2012 г.

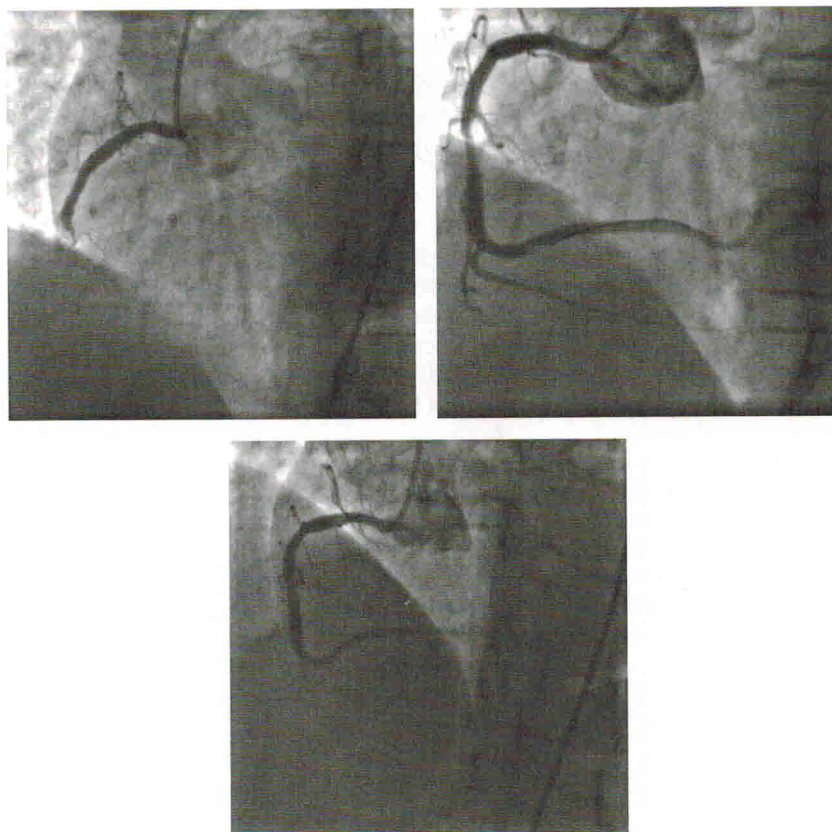


Рис.2 Результаты коронароангиографии, баллонной ангиопластики и стентирования правой коронарной артерии в средней трети

Спустя 9 часов после вмешательства в месте пункции бедренной артерии возникло кровотечение с развитием напряженной гематомы с распространением в забрюшинное пространство.

В результате массивной кровопотери у пациентки развился геморрагический шок, анемия тяжелой степени (гемоглобин 56 г/л, эритроциты $2,06 \times 10^{12}/л$).

Выполнена компьютерная томография живота, обнаружено массивное кровоизлияние в забрюшинное пространство (рис.3).

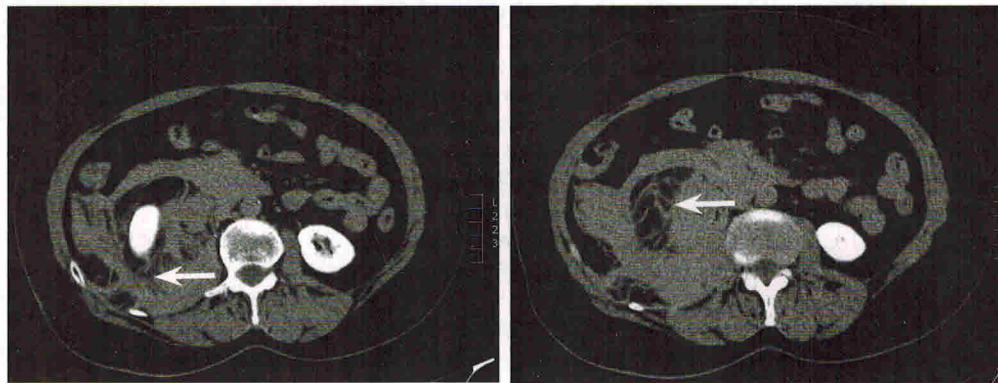


Рис.3 Компьютерная томография:
массивное кровоизлияние в забрюшинном пространстве справа

В ночь с 13 на 14 августа выполнена экстренная операция — ревизия гематомы правой пахово-бедренной области, остановка кровотечения из общей бедренной артерии справа, дренирование забрюшинного пространства.

Протокол операции

Ревизия гематомы правой пахово-бедренной области, остановка кровотечения из общей бедренной артерии справа, дренирование забрюшинного пространства. Ход операции: под комбинированной анестезией продольным разрезом в правой пахово-бедренной области проведен доступ к основному сосудисто-нервному пучку правого бедра, эвакуировано около 1,0 литра лизированной крови. Установлен источник артериального кровотечения: место пункции ОБА. Пережата общая бедренная артерия, глубокая бедренная артерия, поверхностная бедренная артерия, наложен сосудистый шов нитью Prolen. Восстановлен центральный кровоток, линия шва герметична. Рана пахово-бедренной области ушита направляющими швами по Докати, установлен дренаж в область сосудистого пучка и забрюшинного пространства. Пульсация артерий правой нижней конечности отчетливая на всем протяжении. Перелито, в общей сложности, около 2,5 литров эритроцитарной взвеси и свежезамороженной плазмы.

20.08.2012 г. было отмечено появление неврологического дефицита в виде нарастания слабости в левых конечностях до 4 баллов, мелкоразмахистого нистагма в крайних отведениях, патологических кистевых знаков слева, ассиметрии лица в виде сглаженности правой носогубной складки, гипестезии правой половины лица, левой половины туловища и конечностей.

При компьютерной томографии диагностирован ишемический инсульт в бассейне ветвей вертебрально-базилярной артерии, правой задней нижней мозжечковой артерии) (рис.4).

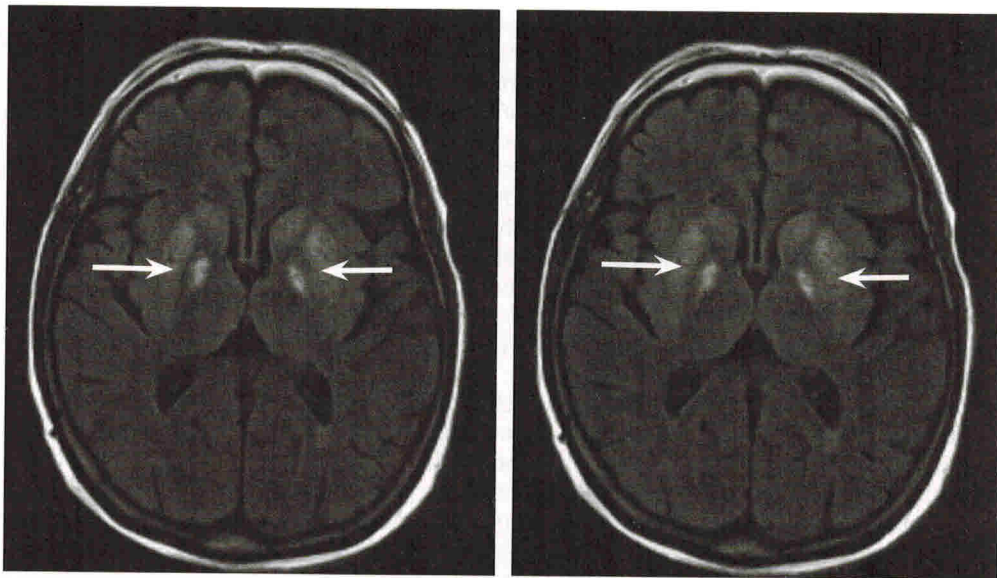


Рис.4 Компьютерная томография головы.
Стрелками показаны очаги ишемии

В связи с развитием у пациентки инфекционно-воспалительных осложнений в виде острого трахеобронхита, цистита, гнойного воспаления послеоперационной раны с развитием синдрома системной воспалительной реакции проводились интенсивная кровезамещающая терапия, антибактериальная, реологическая, кардиотропная, метаболическая, симптоматическая терапия. После стабилизации состояния к 28.08.2012 г. больная была переведена в отделение восстановительного лечения.

При поступлении общее состояние средней степени тяжести, обусловлено сердечно-легочной недостаточностью, интоксикацией на фоне гнойного трахеобронхита, цистита, воспаления послеоперационной раны. Сознание ясное. Положение — пассивное лежа. Телосложение нормостеническое, питание удовлетворительное. Кожа сухая, теплая, отмечается бледность лица.

Местно: в области паховой складки справа — открытая рана 8×4 см с отечными краями, поверхность покрыта фибрином с активным ростом грануляций, признаков заживления нет, трахеостома свободно проходима без признаков воспаления окружающих тканей.

Температура тела — 37,4°C. Пульс 98 ударов в минуту, равномерный, ритмичный, удовлетворительного наполнения, несколько напряжён. АД 135/90 мм рт.ст. на обеих руках. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные, акцент II тона на аорте. Грудная клетка правильной формы, симметричная, обе ее половины равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание ровное, спокойное, частотой 20 в 1 минуту. Пальпация ребер безболезненная. При сравнительной перкуссии над легкими — ясный легочный звук с обеих сторон. Аускультативно дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной формы, симметричный, активно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Почки не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Диурез и стул без особенностей, моча мутная. Периферических отеков нет.

В неврологическом статусе обращает на себя внимание слабость в левых конечностях до 4 баллов, нистагм в крайних отведениях, патологические кистевые знаки слева,

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ С РЕЦИДИВНОЙ СТЕЛЮЩЕЙСЯ ВОРСИНЧАТОЙ ОПУХОЛЮ ПРЯМОЙ КИШКИ

Нечай И.А., Мальцев Н.П., Чернышова Д.Ю.

Больная Ф., 35 лет, госслужащая, поступила на отделение колопроктологии ГБ №40 в плановом порядке с жалобами на выделение алой крови вне и после акта дефекации.

Считает себя больной в течение 10 лет, когда после родов появились описанные жалобы. За медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно, используя различные мази и свечи. В связи с неэффективностью лечения в апреле 2009 года обратилась на консультацию к колопроктологу. При ректороманоскопии было выявлено ворсинчатое новообразование нижеампулярного отдела прямой кишки стелющейся формы роста. Гистологическая картина опухоли — тубулярно-ворсинчатая аденома. В связи с наличием данного новообразования проводилась электрокоагуляция опухоли с помощью щипцов для биопсии образований. Однако такой способ лечения сопровождался развитием рецидива заболевания, по поводу которого проводились неоднократные повторные электрокоагуляции опухоли.

В октябре 2012 года при контрольном осмотре колопроктолога был диагностирован рецидив заболевания в виде циркулярной распластанной опухоли прямой кишки. Для дообследования и решения вопроса о способе оперативного лечения была госпитализирована на колопроктологическое отделение ГБ №40.

При пальцевом исследовании прямой кишки, по её передней и задней полуокружностям определяется малоподвижное новообразование плотноэластичной консистенции, расположенное практически циркулярно по окружности кишки с инвазией в подслизистый слой, похожее на плотный «жгут». Сужения просвета кишки в этой зоне нет.

При ректороманоскопии: осмотрено 20 см кишки в среднеампулярном отделе прямой кишки, в 6–10 см от анोकутанной линии определяется ворсинчатой формы, белесоватого цвета распластанное новообразование, расположенное спиралевидно и практически циркулярно по стенке кишки. Проведена биопсия опухоли №10 из разных её участков. Гистологическое заключение — тубулярная аденома.

Проведена тотальная колоноскопия: в нижней трети прямой кишки определяется циркулярное плоское образование 2,5×2 см, бугристое, красного цвета (рис. 1).

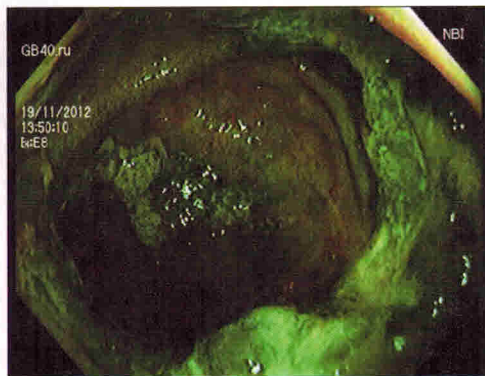
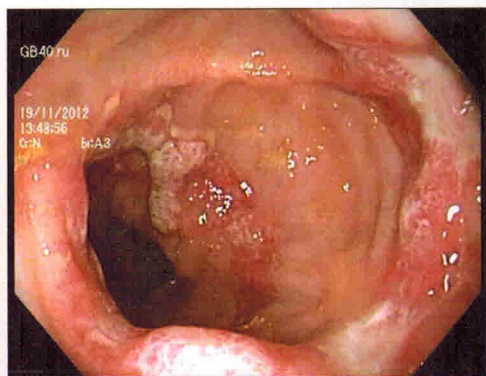


Рис.1 Вид опухоли при колоноскопии.

Для определения инвазии в стенку кишки выполнено трансректальное УЗИ.

Результаты трансректального УЗИ: в слизистом и подслизистом слоях нижеампулярного отдела прямой кишки определяются полициклические участки сниженной эхогенности, имеется дефект слизистой оболочки. Мышечный и серозный слои — без УЗ-признаков инвазии (рис.2).

С целью определения глубины инвазии опухоли и вовлеченности регионарных лимфоузлов выполнено МРТ малого таза (рис.3).

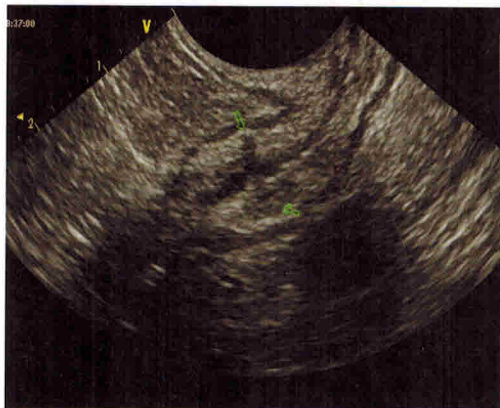


Рис.2 Трансректальное УЗИ



Рис.3 МРТ малого таза

Результаты МРТ: имеет место образование нижеампулярного отдела прямой кишки с признаками локальной поверхностной инвазии в подслизистый слой кишечной стенки (ворсинчатая опухоль?).

По результатам обследования установлен диагноз: рецидивная, циркулярная, стеющая ворсинчатая опухоль среднеампулярного отдела прямой кишки Па+Is.

Наличие указанной опухоли прямой кишки вызывает справедливые сложности относительно выбора способа ее удаления. В этом плане обсуждались следующие возможные и принятые сегодня способы лечения данного новообразования:

- эндоскопическая подслизистая резекция опухоли;
- низкая передняя резекция прямой кишки;
- трансанальная эндоскопическая резекция через операционный видеопроктоскоп.

Эндоскопическая подслизистая резекция опухоли — эффективный способ удаления небольших по протяженности, локализованных новообразований толстой кишки. Однако необходимость выполнения циркулярной резекции слизистого и подслизистого слоев кишечной стенки на значительном протяжении, невозможность ушить дефект и восстановить целостность слизистой оболочки, не позволили применить этот метод лечения из-за высокого риска развития грозных осложнений.

Низкая передняя резекция прямой кишки — сложное оперативное вмешательство, которое может сопровождаться развитием грозных как интраоперационных, так и послеоперационных осложнений, нарушением мочеполовых и аноректальных функций, часто завершается формированием протективной коло- или илеостомы на передней брюшной стенке, что требует повторной операции. В связи с этим, у этой пациентки, учитывая доброкачественный характер заболевания, было решено воздержаться от данного вида оперативного вмешательства.

Учитывая вышесказанное, единственно возможным способом удаления опухоли является трансанальное иссечение новообразования с использованием операционного видеопроктоскопа с набором специальных инструментов. Колопроктологическое отделение ГБ №40 располагает соответствующим оборудованием (рис.4).

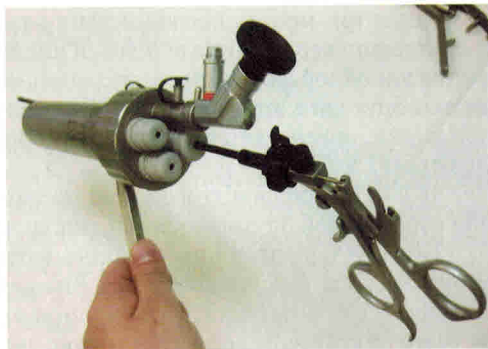
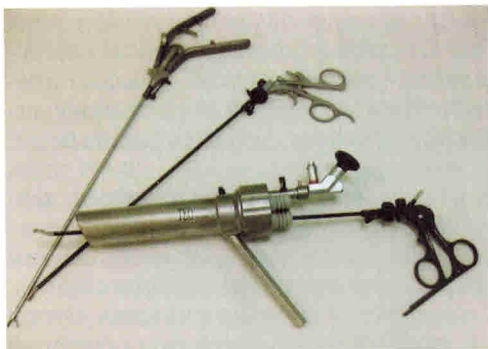


Рис.4 Операционный видеопроктоскоп с набором специальных инструментов

Принимая во внимание циркулярное и спиралевидное расположение опухоли на различном расстоянии относительно анального края, было принято решение о двухэтапном оперативном лечении для снижения риска развития несостоятельности анастомоза. На первом этапе планировалось произвести иссечение основного массива опухоли по передней и боковым стенкам кишки, на втором этапе — удалить оставшуюся часть опухоли.

20.11.2012 выполнена операция — иссечение рецидивной ворсинчатой опухоли прямой кишки через операционный проктоскоп (ТЕО).

В положении больной на операционном столе «перочинный нож», используя эндотрахеальный наркоз, в прямую кишку установлен операционный проктоскоп, инсуфлирован газ. Отступя 10 мм от краев опухоли, произведена электромаркировка ее границ резекции. С помощью специальных инструментов, под визуальным контролем на мониторе, выполнена резекция ворсинчатой опухоли в пределах мышечного слоя кишки (рис.5).

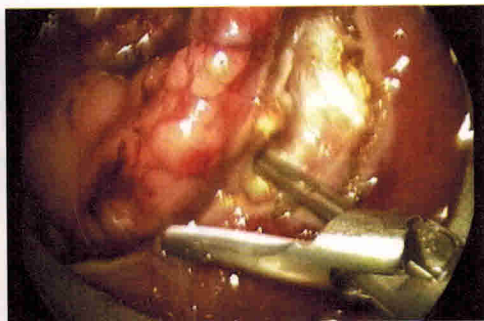


Рис.5 Резекция ворсинчатой опухоли в пределах мышечного слоя кишки

Дефект иссеченных тканей составил $2/3$ окружности кишки, рана ушита узловыми швами.

Послеоперационный период гладкий. Выписана на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии.

Гистологическое заключение: макропрепарат: участок стенки кишки $5 \times 3,5$ см, неправильной формы толщиной до 4 мм.

Микроскопически: фрагменты тубулярной аденомы и гиперпластических полипов. Слизистая с очаговыми изъязвлениями и очагами гиперплазии желез, с подслизистым слоем и элементами мышечного слоя.

Через три месяца после операции выполнена контрольная ректороманоскопия. В среднеампулярном отделе прямой кишки, по передней и боковым стенкам определяется линейной формы послеоперационный рубец — зона анастомоза. Признаков рецидива опухоли в этой зоне нет. На задней стенке прямой кишки, в 10 см от анокутанной линии, определяется рецидивная ворсинчатая опухоль, стелющейся формы роста, размером 2,5×3 см.

16.04.13 выполнен второй этап операции — иссечение оставшейся части рецидивной ворсинчатой опухоли прямой кишки через операционный проктоскоп.

Под СМА, в положении на спине, в прямую кишку установлен тубус операционного проктоскопа. Инсуфлирован газ. Визуализирована ворсинчатая рецидивная опухоль, стелющейся формы роста, расположенная по заднебоковой поверхности кишки. Отступя 10 мм от края видимой опухоли, произведена точечная электромаркировка ее границ резекции. Произведено полнослойное иссечение опухоли по обозначенным границам резекции. Дном раны является мезоректальная клетчатка. Дефект иссеченных тканей составил 1/3 окружности кишки. Рана ушита отдельными узловыми швами.

Гистологическое заключение: гиперпластический полип толстой кишки.

В послеоперационном периоде, на седьмые сутки, имело место частичное расхождение швов послеоперационной раны и небольшое раневое кровотечение, которое остановилось самостоятельно. В удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение.

Через три месяца после операции выполнена контрольная ректороманоскопия. В прямой кишке — послеоперационный рубец неправильной линейной формы. Признаков рецидива опухоли нет. Жалоб не предъявляет.

Таким образом, выбранная тактика оперативного лечения больной с рецидивной ворсинчатой стелющейся опухолью прямой кишки оказалась правильной и эффективной.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Чернышов С.В., Орлова Л.П., Жданкина С.Н. и др. Высокая частота малигнизации ворсинчатых опухолей прямой кишки, как фактор выбора трансанальных эндоскопических операций // Колопроктология.-2013. — Т.2, № 44. — С. 3-8.
2. Buess G., Thiess R., Hutterer F. Die transanale endoskopische Rektumoperation: Erprobung einer neuen Methode im Tierversuch. // Leber Magen Darm.-1988. — Bd.13. — P.73-77.
3. Serra-Aracil X., Vallverdu H., Bombardo-Junca J. et al. Long-term follow-up of local rectal cancer surgery by transanal endoscopic microsurgery // World J. Surgeri.-2008. — Vol.32, N6. — P. 1162-1167.