

РЕЗУЛЬТАТЫ АПРОБАЦИИ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА QoR-40 В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

СИЗОНЕНКО Н.А.¹, СУРОВ Д.А.¹, СОЛОВЬЕВ И.А.¹,
БАБКОВ О.В.², БЕЗМОЗГИН Б.Г.², МАРТЫНОВА Г.В.²

¹ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург

² СПб научно-исследовательский институт скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург
n_sizonenko@mail.ru

Актуальность. Применение технологии ускоренного восстановления после операции (ERAS, fast track) в лечении больных острыми хирургическими заболеваниями в настоящее время крайне ограничено. В то же время, её конечной целью является не только достижение наилучшего непосредственного результата, но и высокая степень субъективной удовлетворенности каждого больного качеством хирургической помощи. Последняя категория во многом зависит от полноты восстановления физической, психологической и социальной составляющих здоровья пациента. В целях оценки этих показателей, важное значение имеет «обратная связь» с пациентом (patient-reported outcome, PRO), одним из компонентов которой является качество восстановления (quality of recovery, QoR). Целью настоящего исследования стала разработка и апробация русскоязычной версии опросника QoR-40 в сравнительной оценке «готовности» к выписке больных колоректальным раком (КРР), осложненным острым декомпенсированным нарушением проходимости в случае применения программы ускоренного выздоровления (ПУВ).

Материалы и методы. В рандомизированном исследовании приняли участие 89 больных. Критериями исключения были распространенный перитонит, множественная органная дисфункция и сочетанные осложнения опухоли. Все пациенты разделены на две сопоставимые группы: основную (n=45), в которой была применена ПУВ, и контрольную (n=44), больные которой получали традиционное хирургическое лечение. Не останавливаясь на детальном изложении содержания примененной оригинальной ПУВ, в целях определения возможности ранней выписки была использована адаптированная русскоязычная версия шкалы QoR-40. Опросник включает в себя 40 вопросов, ответы на которые по пятибалльной шкале позволяют получить представление о различных составляющих субъективной оценки состояния здоровья. Анкетирование пациентов осуществлялось дважды — при поступлении в стационар и после операции, при соблюдении следующих условий: нормализация лабораторных показателей крови, отсутствие лихорадки и необходимости парентерального введения лекарственных препаратов, отсутствие уретрального катетера, зондов и дренажа(-ей), восстановление моторной и эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, пероральное питание, а также отсутствие ранних послеоперационных осложнений. Результаты исследования представлены в виде медианы (Me) (Q1; Q3).

Результаты. 75,6% (n=34) больных основной группы к 5 суткам послеоперационного периода продемонстрировали значительную степень восстановления показателей здоровья: 165,5 (146,25;189,5) балла до операции и 147,25 (138,5;164,5) балла после операции, соответственно. Полученные результаты позволяют обоснованно считать таких пациентов «готовыми» к выписке на долечивание (дневной стационар, амбулаторное лечение). При этом продолжительность послеоперационного периода в основной группе, в случаях неосложненного течения, составила $8,21 \pm 1,2$ суток. Случаев повторной госпитализации, связанных с развитием послеоперационных осложнений, не было.

В то же время, в контрольной группе второй этап анкетирования было возможным провести у 26 пациента (59,1%) только на 9 сутки после операции. В указанные сроки у данных пациентов удалось достичь значимого и, что особенно важно, сопоставимого с результатами показателей основной группы качества восстановления после оперативного вмешательства: 159,25 (138,5;181,5) балла до операции и 151,25 (136,25;169,25) балла после операции, соответственно. В целом, продолжительность послеоперационного периода в контрольной группе, в случаях неосложненного течения, составила $14,5 \pm 1,6$ суток.

Выводы. Разработанная и апробированная русскоязычная версия шкалы QoR-40 является высокоэффективным методом определения «готовности» к выписке больных с осложненным КРР после оперативного вмешательства. Значимое сокращение продолжительности послеоперационного периода у пациентов основной группы наглядно и объективно подтверждает результаты, полученные в процессе использования данного опросника.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

ТИМЕРБУЛАТОВ В.М., ТИМЕРБУЛАТОВ Ш.В.,
ГАЙНУЛЛИНА Э.Н., ТИМЕРБУЛАТОВ М.В.
ФГБОУ ВО БГМУ
ehl2368@yandex.ru

Актуальность. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки (ДБОК) встречается у 30% и более среди всей популяции, у лиц старше 70 лет — 40% и более. Среди госпитализированных больных на долю ДБОК приходится 8,4%. Частота осложнений достигает 10–60%, смертность — 1,3–2,3 %, при перфоративном дивертикулите — до 35%.

Цель. Провести анализ результатов лечения ДБОК, оценить эффективность консервативного и хирургического методов лечения.

Материалы и методы. Дизайн исследования — проспективное нерандомизированное исследование. Анализу подвергнуты 2640 больных, госпитализированных в экстренном порядке в клиники хирургии ИДПО и факультетской хирургии с курсом колопроктологии Башкирского государственного медицинского университета. Среди больных мужчин было 35%, женщин — 65%, до 40 лет — 6,8%, 41–60 лет — 42,6%, от 61 до 70 лет — 30,3%, старше

70 лет — 20,1%. В обследовании использованы рутинные клиничко-лабораторные, рентгенологические (СКТ, МРТ, ирригография, инвазивная ангиография), УЗИ, эндоскопические (ФКС, лапароскопия), мониторинг интраабдоминального давления.

Результаты. 82,6% больных проведено консервативное лечение (n=2182), 458 (17,34%) — хирургическое лечение. В сомнительных случаях (n=126 — 7,95%) при остром дивертикулите после УЗИ выполнялась лапароскопия. В последние 5 лет преимущество отдаётся спиральной компьютерной томографии (СКТ). При перидивертикулярном инфильтрате (n=314), абсцессах (n=1187) наиболее информативны УЗИ и СКТ (чувствительность и специфичность 88%, 78% и 92%, 88%, соответственно). В этих ситуациях лапароскопия использовалась при предполагаемых оперативных вмешательствах или исключения другой острой абдоминальной патологии. Использовалась классификация Hinchey E.J. (1978), в соответствии с которой I степень перфоративного дивертикулита была у 76 больных, II степень — у 111, III степень — 103 и IV степень — у 26 больных. Кровотечения только в 9,8% носили массивный характер с развитием геморрагического шока, в диагностике приходится использовать весь арсенал диагностических методов, включая СКТ-ангиографию и инвазивную ангиографию брыжеечных артерий, ФКС, нативную КТ, примерно у 25% больных при установленном дивертикулезе источник не удаётся установить. При осложнённом остром дивертикулите проводили внутривенную антибиотикотерапию, пероральный приём жидкости не ограничивали, в 7,9% консервативная терапия была безуспешной, 26% больных этой группы в течение 18 месяцев госпитализировали повторно с рецидивом, но с более тяжёлыми осложнениями. Из 314 больных с перидивертикулярным инфильтратом 11 (3,5%) ввиду безуспешности консервативной терапии выполнено оперативное лечение (сигмоэктомия, гемиколэктомия). При перфоративном дивертикулите I степени проводили вскрытие абсцесса (лапароскопическим (31), лапаротомным (39), пункционным способом (9)), II степени — чаще лапаротомным, реже поясничным доступом (забрюшинные абсцессы (18)), пункционно (14) под контролем УЗИ, при III и IV степенях — экстериоризация (52), операция Гартмана (69), первичная резекция в 10 случаях (III степень). Срочные резекции ободочной кишки при кровотечениях выполнены у 86 (21,6%) больных, консервативная терапия была эффективной в 78,4%. В конечном итоге, в большинстве случаев (78,8%) выполнены двухэтапные операции. Послеоперационная летальность составила 8,95%, общая — 1,55%.

Закключение. Больные с неосложнённым острым дивертикулитом, 96,5% — с перидивертикулярным инфильтратом — поддаются консервативной терапии. Классификация Hinchey рациональна для определения типа, степени тяжести перфоративного дивертикулита и выбора рациональной тактики. Высокий процент рецидивов (26%) в течение ближайших 18 месяцев позволяет допускать необходимость более активной плановой хирургии.

ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ КАК МЕТОД ВЫБОРА ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

ШАВРИНА Н.В., ЯРЦЕВ П.А., РЕЗНИЦКИЙ П.А.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва
teruzi@mail.ru

Актуальность. На сегодняшний день отмечается резкий рост госпитализаций пациентов с острыми воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки (ОВО ДБОК), что указывает на необходимость поиска оптимального метода диагностики данного заболевания.

Цель работы. Оценить эффективность трансабдоминального ультразвукового исследования брюшной полости (УЗИ) в диагностике ОВО ДБОК.

Материалы и методы. Проанализированы результаты УЗИ у 258 пациентов. Данные УЗИ интерпретировали в соответствии с классификацией ДБОК по Schreyer-Layer: тип 1a — острый дивертикулит (n=102; 39,5%), 1b — острый околокишечный инфильтрат (n=91; 35,3%), 2a — абсцесс диаметром < 1 см (n=2; 0,8%), 2b — абсцесс > 1 см (n=34; 13,2%), 2c1 — распространенный гнойный (n=23; 8,9%) и каловый (2c2) перитонит (n=6; 2,3%).

Результаты исследования. При типе 1a выявлены следующие эхографические признаки: утолщение стенки ободочной кишки > 0,3 см (n=102; 39,5%), неровность наружного контура сигмовидной кишки (n=73; 28,3%), гипергаустрация сигмовидной кишки как признак сигмоидита и спазма кишки (n=92; 35,7%). 73 пациентам (28,3%) с типом осложнений 1a удалось поставить диагноз на основании УЗИ, остальные пациенты (n=29; 11,2%) были оперированы с подозрением на другие острые хирургические заболевания. При типе 1b по данным УЗИ выявлены утолщение стенки ободочной кишки (n=91; 35,3%), неровность наружного контура ободочной кишки (n=80; 31%), расширение околокишечной клетчатки от 1,5 до 9,0 см (n=91; 35,3%), повышение эхогенности и нечеткость контуров клетчатки (n=91; 35,3%), гипоехогенные линейные зоны шириной от 0,3 до 1,0 см в толще инфильтрата (n=31; 12%). У 12 пациентов (4,7%) в описанных гипоехогенных зонах визуализировали гиперэхогенные включения с эффектом реверберации (газ). У 8 пациентов (3,1%) лоцировались в дивертикулах копролиты. Также у пациентов с типом 1b выявляли свободную жидкость в брюшной полости (n=11; 4,3%). У всех пациентов с типом 1b (n=91; 35,3%) диагноз был установлен по данным УЗИ, однако пациенты с выявленной свободной жидкостью были экстренно оперированы с подозрением на острую толстокишечную непроходимость и перфорацию толстой кишки. Все микроабсцессы (тип 2a) были диагностированы по данным УЗИ в околокишечной клетчатке (n=1; 0,4%) и в толще брыжейки сигмовидной кишки (n=1; 0,4%). У всех пациентов с типом 2b (n=34; 13,2%) были выявлены неоднородные