

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЛИНЧА

Сельнягина Л. А.², Воробей А. В.¹, Лагодич Н. А.¹,
Махмудов А. М.¹, Вижинис Е. И.¹, Субоч Е. И.³, Чехович Т. А.³

¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

²УЗ «Минская областная клиническая больница»

³ГУ «РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Наследственный неполипозный рак толстой кишки (ННПРТК) впервые был описан в США в 1966 г. Генри Линчем и с 2004 г. носит его имя – синдром Линча. Причиной возникновения синдрома Линча является наследственная мутация в одном из генов системы репарации неправильно спаренных нуклеотидов (mismatch repair – MMR). На долю синдрома Линча приходится от 1-8% всех случаев заболеваемости раком толстой кишки (РТК). Для него характерны аутосомно-доминантный тип наследования, неполная пенетрантность (до 80%), преимущественное поражение правых отделов ободочной кишки, первично-множественные опухоли, молодой возраст. В 1991 г. были разработаны клинические критерии синдрома Линча – *Амстердамские критерии I*:

- молодой возраст возникновения заболевания (до 50 лет);
- наличие трех и более родственников с морфологически верифицированным КРР; - заболевание КРР более чем в 1 поколении;
- не менее чем один из заболевших является родственником первой степени родства по отношению к остальным двум;
- должен быть исключен семейный аденоматоз толстой кишки.

В 1999 г. критерии были дополнены.

Амстердамские критерии II:

- наличие 3 или более родственников с ННПРТК-ассоциированными опухолями (рак эндометрия, тонкой кишки, желудка, яичников, уретры, почечной лоханки) для синдрома Линча – 2.

Цель: анализ эффективности диагностики и результатов хирургического лечения пациентов с синдромом Линча-1 и Линча-2 в одной семейной популяции.

Материал и методы. На базе Республиканского центра реконструктивной хирургической гастроэнтерологии и колопроктологии наблюдаются три поколения членов *семьи В.* **Женщина А. (первое поколение)** умерла от маточного кровотечения (возможно, рак тела матки с распадом и кровотечением, синдром Линча – 2?). У всех 3 ее детей развился РТК до 50 лет:

- **Сын В. (второе поколение)** – оперирован по поводу РТК в 44 года, его дети:

- **Дочь Н. (третье поколение)** – в 33 года ей выполнена резекция сигмовидной кишки по поводу рака сигмовидной кишки и экстирпация матки по поводу рака тела матки (синдром Линча-2).

- **Сын А. (третье поколение)** – в 30 лет ему выполнена правосторонняя гемиколэктомия по поводу рака слепой кишки.

- **Дочь Л. (второе поколение)** – в 44 года ей выполнена правосторонняя гемиколэктомия по поводу рака правого фланга ободочной кишки, в 49 лет – резекция сигмовидной кишки по поводу рака сигмовидной кишки. Ее дети:

- **Сын М. (третье поколение)** – в 38 лет ему выполнена правосторонняя гемиколэктомия по поводу рака восходящей ободочной кишки, в 43 года – субтотальная резекция ободочной кишки по поводу рака дистальной трети поперечной ободочной кишки.

- **Дочь Е. (третье поколение)** – в 35 лет оперирована по поводу РТК.

- **Дочь В. (второе поколение)** – в 48 лет ей выполнена правосторонняя гемиколэктомия по поводу рака правого фланга ободочной кишки.

Результаты и обсуждение. Всем кровным родственникам *семьи В.* выполняются колоноскопии с периодичностью один раз в два года, что позволило диагностировать РТК у 4 пациентов; выявить развитие второй опухоли толстой кишки после выполненных резекций ободочной кишки при раке у 2 пациентов,

удалить полипы ободочной кишки – дважды у одного пациента через два года. В условиях лаборатории клинической молекулярной генетики и иммунологических методов диагностики в условиях РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова выполнено исследование биологического материала – определение мутаций в генах методом секвенирования с выявлением низкого уровня (MSI low) микросателлитной нестабильности в полипе слепой кишки с дальнейшей ДНК-диагностикой генов MMR.

Выводы:

1. С целью диагностики синдрома Линча всем пациентам со sporadическим РТК до 50 лет и пациентам с отягощенным семейным анамнезом необходимо исследовать микросателлитную нестабильность, а при MSI-H статуса опухоли – показана дальнейшая ДНК-диагностика генов MMR.

2. Колоноскопия у здоровых носителей мутации с 25 до 80 лет 1 раз в 2-3 года позволяет диагностировать опухоль на ранней стадии и снизить риск смерти от РТК.

3. Выполнение субтотальной колэктомии у пациентов с синдромом Линча и диагностированным РТК позволяет увеличить продолжительность жизни и снижает риск развития второй опухоли в толстой кишке.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДРЕНИРУЮЩЕЙ ЛАТЕКСНОЙ ЛИГАТУРЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

Сергацкий К. И.

Медицинский институт ФГБОУ ВО

“Пензенский государственный университет”, г. Пенза, Россия

Введение. Проблема лечения острого парапроктита является актуальной. Запоздалое обращение пациентов с запущенными формами заболевания за медицинской помощью и нередко неверно выбранная хирургическая тактика зачастую приводят к длительным срокам нетрудоспособности и инвалидности, что диктует необходимость обращения на