

димости, летальность при этом заболевании достигает 50-75%, а количество гнойно-септических осложнений 80%.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Попытка выявления признаков некроза кишки на дооперационном этапе на основе анализа клинической картины и анамнеза заболевания.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Произведен ретроспективный анализ данных анамнеза, объективного обследования и физиологических параметров 217 больных с кишечной непроходимостью странгуляционного характера, в том числе 131 больного со странгуляционной непроходимостью толстой кишки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Интраоперационно некроз ишемизированного участка кишечника выявлен у 48 (22,1%) пациентов. В результате проведенного анализа установлено, что достоверное влияние на вероятность осложнения оказывают время от начала заболевания и острое начало клинической картины заболевания. Что касается физиологических и биохимических показателей, то к разным генеральным совокупностям две выборки (пациенты с некрозом участка кишки и с жизнеспособной кишкой) можно отнести лишь по таким параметрам как систолическое давление, ЧДД, лейкоцитоз, гематокритное число и лейкоцитарный индекс интоксикации. Далее были определены пограничные значения каждого из этих признаков, при которых вероятность ненаступления гангрены (жизнеспособная кишка) минимальна. Ими оказались: для систолического артериального давления <90 мм рт. ст.; гематокрита  $\geq 55$ ; лейкоцитоза  $\geq 14,0 \times 10^9$ ; ЛИИ  $> 6,0$ ; ЧДД  $> 22$  в 1'. Вероятность (р) ненаступления гангрены при сочетании хотя бы двух вышеуказанных признаков <0,05 кроме сочетания [лейкоцитоз  $\geq 14,0 \times 10^9$  + ЛИИ  $> 6,0$ ] – (0,08) и [лейкоцитоз  $\geq 14,0 \times 10^9$  + Нт  $\geq 55$ ] – (0,057), при сочетании трех и более признаков – (<0,01).

**ВЫВОДЫ.** Вероятность развития гангренозных изменений сигмовидной кишки при ее завороте повышается при остром начале клинической картины заболевания и возрастает при увеличении времени от начала заболевания. Чаще всего на развитие некротических изменений в сигмовидной кишке указывают тошнота и рвота в начале заболевания снижение систолического артериального давления ниже 90 мм рт. ст., частота дыханий больше 22 в минуту, лейкоцитоз выше  $14,0 \times 10^9$ , гематокритное число выше 55 и лейкоцитарный индекс интоксикации выше 6,0 расчетных единиц.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Наврузов С.Н., Наврузов Б.С.,  
Ибрагимов А.Ю., Пазылова Д.У.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент,  
Узбекистан

**ЦЕЛЬЮ** настоящей работы было изучить состояние микробиоценоза толстой кишки у больных с язвенным колитом, а также влияние терапии, направленной на коррекцию микрофлоры кишечника с использованием пробиотических препаратов на течение заболевания, частоту развития рецидивов и стойкость клинической ремиссии язвенного колита.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включены 115 больных ВЗК, тотальное поражение, тяжелое течение, госпитализированных в Научный Центр Колопроктологии МЗРУз за период с 2005 по 2015 гг. Всем больным проведены тотальная колэктомия

с формированием культи прямой кишки и наложением илеостомы. Больные были распределены на 2 группы:

- Основную группу составили 62 больных, получавших в послеоперационный период базисную (сульфосалазин, салофальк, кортикостероиды) и общеукрепляющую терапию и пробиотики (Лактобактерин, Бифидумбактерин, Колибактерин и Бификол).

- Контрольная группа состояла из 53 больных, получавших только базисную и общеукрепляющую терапию. Пробиотики назначали каждые три мес., в течение не менее 30 дней, вводя их перорально и per rectum. Перорально использовали Lactobacterium siccum и Bificolisiccum по 5 доз, соответственно, 3 и 2 раза в день, Bificolisiccum применяли ежедневно днем однократно per rectum. Кроме того, per rectum 1 раз в день вводили препарат «бактимс». Проводили лазеротерапию.

Эффективность лечения оценивали по клиническим показателям, количеству отделяемого из прямой кишки, срокам эпителизации, и появлению грануляций и т.д. Эффективность классифицировали по трем степеням:

1 – хороший результат – исчезновение или значительное уменьшение выделений из прямой кишки (кровь, слизь и т.д.), болевого синдрома, улучшение общего состояния и эндоскопической картины, улучшение качественного и количественного состава микрофлоры;

2 – удовлетворительный результат – уменьшение выделений, частичное восстановление эпителизации, уменьшение болевого синдрома и т.д.;

3 – неудовлетворительный результат – отсутствие эффекта.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** В основной группе из 62 хорошие результаты были достигнуты у 40 (64,5 $\pm$ 6,0%) больных, удовлетворительные – у 22 (35,4 $\pm$ 6,0). Неудовлетворительные результаты не отмечались. Иную картину наблюдали в контрольной группе: хорошие результаты отмечали у 21 (39,6 $\pm$ 6,7%), удовлетворительные – 29 (54,7 $\pm$ 6,8%), неудовлетворительные – у 3 (5,6%) больных.

Хорошие результаты у больных обеих групп во всех случаях сопровождались нормализацией структуры слизи (по данным эндоскопии, цитологического и гистологического исследования), улучшением общего состояния, уменьшением выделений из культи прямой кишки.

Таким образом, длительный прием пробиотиков у больных ВЗК в до- и послеоперационном периодах приводил к значительному улучшению клинических и лабораторных показателей, что, по-видимому, связано с их противовоспалительными и адаптивными свойствами и роли дисбактериоза в иммунопатологических процессах. Рекомендуется включение длительных курсов пробиотиков в комплексную терапию ВЗК, а также для подготовки культи прямой кишки к восстановительным операциям.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА «ГЕМОБЛОК» В ОСТАНОВКЕ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Озерова О.С., Полторыхина Е.А.,  
Веселов В.В., Мтвралашвили Д.А.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,  
Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** От общего числа желудочно-кишечных кровотечений на долю кровотечений из толстой

кишки приходится 11-12%, из них на постполипэктомические от 1 до 6%. В последнее время для гемостаза стал применяться простой метод – орошение зоны кровотечения гемостатическим препаратом «Гемоблок».

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Оценить эффективность эндоскопического применения гемостатического препарата «Гемоблок» в остановке кровотечений, возникших после полипэктомии или биопсии из толстой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включено 34 пациента (18 женщин и 16 мужчин, средний возраст – 56,8 лет), у которых в 17 случаях кровотечение возникло после биопсии слизистой оболочки и полипов толстой кишки (1 группа) и в 21 – после полипэктомии (2 группа). С целью гемостаза производили орошение кровоточащей раневой поверхности препаратом «Гемоблок» через спрей-катетер, вводимый в инструментальный канал эндоскопа. Гемостатический эффект достигался за счет образования полимерного комплекса при взаимодействии препарата с белками плазмы крови. Проведена оценка достижения адекватного гемостаза при применении препарата в дозе 8-30 мл с экспозицией в 2-7 мин.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Аллергических реакций на препарат не отмечено. У пациентов 1 группы эффективность методики составила 100%. Во 2 группе только в 8 (38%) случаях применение препарата, как самостоятельного метода, оказалось достаточным для достижения адекватного гемостаза. В 13 (62%) случаях были применены дополнительные методы гемостаза (клипирование, коагуляция гемостатическими щипцами или шаровым электродом), эффективность использования которых объяснялась сохранением визуализации источника кровотечения и границ раневого дефекта.

**ВЫВОДЫ.** Методика орошения раневой поверхности препаратом «Гемоблок» в дозе 8-30 мл и экспозицией в 3-7 минут является эффективным способом остановки кровотечения при биопсиях слизистой оболочки и полипов толстой кишки. Первичное орошение раневой поверхности препаратом «Гемоблок» после полипэктомии позволяет четко визуализировать источник кровотечения и границы раневой поверхности, что в случае необходимости позволяет эффективно выполнить дополнительный гемостаз.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИГАТУРЫ «ENDOLOOP» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ И ТОНКОЙ КИШКИ

Полторыхина Е.А., Озерова О.С.,  
Власов С.Б., Хованова М.С.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,  
Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** В современной эндоскопии актуальной является профилактика кровотечений при удалении крупных образований толстой и тонкой кишки, имеющих толстую ножку. Одной из методик, применяемых с этой целью, является перетягивание ножки образования лигатурой (Endoloop) перед его электроэксцизией.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Минимизировать возможные осложнения и доказать эффективность применения лигатуры при проведении полипэктомии у пациентов с крупными образованиями толстой и тонкой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В период с 2013 по 2018 гг. было выполнено 63 полипэктомии с предварительным наложением лигатуры 61 пациенту (мужчин – 39, женщин – 22). Средний возраст пациентов составил 58,3. Манипуляции были проведены 54 (88,5%) пациентам без обезболивания и 7 (11,5%) – под седацией. В терминальном отделе подвздошной кишки локали-

зовались 2 образования, в нисходящей – 7, в сигмовидной – 51 и в прямой кишке – 3. Диаметр их составлял от 1,0 до 5,5 см (в среднем – 2,9 см), длина ножки – от 1 до 3 см, а ширина – от 0,9 до 3,0 см. Во всех случаях перед электроэксцизией было проведено лигирование ножки полипа ближе к ее основанию петлей-зажимом «Endoloop».

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В 55 (87,3%) случаях лигатура была затянута правильно, в 8 (12,7%) – неудачно из-за технических сложностей наложения лигатуры, обусловленных большими размерами полипов. 52 (83,9%) образования были удалены петлевым электродом единым блоком, 10 (16,1%) – пофрагментарно, что было сопряжено с большими размерами образований (8), а также неправильной техникой затягивания лигатуры (2). 1 пациенту, из-за образования обширной гематомы размерами 5,0 см и невозможности эндоскопического удаления образования, была выполнена экстренная полостная операция – клиновидная резекция сигмовидной кишки вместе с опухолью. Перфораций толстой кишки не было. Интраоперационные кровотечения развились в 6 (9,5%) наблюдениях: в 5 – из-за больших размеров образований и в 1 – вследствие полного пересечения ножки полипа при затягивании лигатуры. В 5 случаях кровотечение было остановлено при помощи клипирования, коагуляции, орошения гемостатическим раствором «Гемоблок».

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Результаты исследования показали: чем крупнее полип, тем выше риск возникновения кровотечения из-за наличия крупного сосуда, расположенного в его ножке. Предварительное наложение лигатуры является эффективным методом профилактики кровотечения и способствует снижению частоты развития осложнений при эндоскопическом удалении крупных полипов.

## ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ С ДЛИТЕЛЬНЫМ ВРЕМЕНЕМ СУЩЕСТВОВАНИЯ КОЛОСТОМЫ

Помазкин В.И.

Свердловский областной клинический госпиталь  
для ветеранов войн, Екатеринбург, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** В настоящее время отмечается неуклонный рост как злокачественных, так и доброкачественных заболеваний толстой кишки, а следовательно, и числа urgentных операций, вызванных осложненным их течением. Это сопровождается увеличением числа стомированных пациентов. Обычные сроки проведения восстановительных вмешательств составляют от 3 до 12 месяцев от момента формирования колостомы. Однако по различным причинам сроки могут увеличиваться.

**ЦЕЛЬ.** Оценить результаты восстановительных операций при одноствольных колостомах с длительными сроками их существования.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В исследование включено 24 пациента со сформированными колостомами с периодом их существования от 5 до 9 лет (основная группа). В контрольную группу вошли 214 больных со сроками существования колостомы не превышающими 12 месяцев. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, первичной патологии толстой кишки, приведшей к формированию стомы, их виду, сопутствующим заболеваниям. Всем пациентам при первичной операции была выполнена обструктивная резекция толстой кишки. Осложненный колоректальный рак был у 196 (82,4%) больных, дивертикулярная болезнь – у 35 (14,7%), прочие заболевания – у 7 (2,9%) пациентов. В основной группе при восстановитель-