

ной операции чаще, чем в контрольной, выполнялась дополнительная резекция кишки при выявлении ее патологии (79,2% и 15,4%, соответственно) и поздние парастомальные осложнения (100,0% и 54,2%), что и являлось основными причинами операций с ликвидацией стомы при длительном ее существовании.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Послеоперационные осложнения составили 16,6% в основной группе при отсутствии летальных исходов, в контрольной – 14,9% при летальности 1,4%. Операции в группах не отличались по технической сложности. Средние сроки восстановления пассажа по толстой кишке в основной группе были несколько большими, составляя 5,4 суток, в контрольной – 3,2 суток. В последующем число дефекаций, периодические эвакуаторные нарушения опорожнения прямой кишки при факторном анализе определялись зоной расположения колоректального анастомоза, а не сроком существования стомы.

ВЫВОД. Результаты восстановительных операций на толстой кишке при длительном сроке существования колостомы не отличались от вмешательств при обычном интервале между первичной и повторной операциями, что позволяет рассматривать этих больных как перспективных для хирургической реабилитации.

ДИВЕРСИОННЫЙ КОЛИТ: РЕАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА?

Помазкин В.И.

*Свердловский областной клинический госпиталь
для ветеранов войн, Екатеринбург, Россия*

АКТУАЛЬНОСТЬ. Воспалительные изменения, возникающие в отключенных отделах толстой кишки, по мнению некоторых исследователей, изучавших эту проблему, является достаточно распространенной патологией, что требует определенных фармакологических методов лечения. При этом предложены различные концепции патогенеза и, следовательно, выбор методов коррекции диверсионного колита, однако во многих работах эта проблема вообще не затрагивается, с достижением, тем не менее хороших результатов восстановительных операций.

ЦЕЛЬ. Оценить влияние диверсионного колита на результаты восстановительных операций на толстой кишке с ликвидацией колостомы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 238 пациентов с предварительно выполненной обструктивной резекцией толстой кишки, закончившейся формированием одноствольной колостомы и проведением восстановительной операции с формированием колоректального анастомоза с ликвидацией стомы. Осложненный колоректальный рак был у 196 (82,4%) больных, дивертикулярная болезнь у 35 (14,7%), прочие заболевания – у 7 (2,9%) пациентов. Сроки между первичной и восстановительной операциями составили от 3 месяцев до 9 лет. При эндоскопическом исследовании умеренные воспалительные изменения в виде легкой гиперемии слизистой наблюдались у 50 (21,0%) больных. Какого-либо местного лечения в этом случае не проводилось. Более выраженные явления колита в виде яркой гиперемии, отека слизистой оболочки, мелких эрозий с контактной кровоточивостью отмечены только у 7 (2,9%) пациентов. В этом случае назначался кратковременный курс микроклизм с суспензией гидрокортизона в течении 10 дней. При контрольном исследовании явления воспаления в эти сроки были купированы у 5 больных. Более длительное лечение потребовалось только 2 (0,84%) пациентам.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Послеоперационные «хирургические» осложнения при восстановительных операциях воз-

никли у 35 (14,9%) больных. При унивариантном и многофакторном анализе наличие диверсионного колита не оказывало какого-либо достоверного влияния на возникновение осложнений. По нашим данным, основная роль в осложнениях принадлежала выраженному спаечному процессу брюшной полости.

ВЫВОД. Диверсионный колит лишь в редких случаях требует продолжительного лечения и не оказывает какого-либо влияния на послеоперационные осложнения при восстановительных операциях на толстой кишке.

АМБУЛАТОРНАЯ ПОЛИПЭКТОМИЯ. ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ

Пырь А.В., Ивинская О.В., Широков И.И.,
Никитин О.Н., Федоренко А.А.,
Архипов В.В., Бойко В.И., Кокин М.А.

*ГКБУЗ Консультативно-диагностический центр
министерства здравоохранения Хабаровского края
Вивея, Хабаровск, Россия*

АКТУАЛЬНОСТЬ. Совершенствование оборудования, расширение возможностей эндоскопических хирургических вмешательств позволило в последние годы выполнять ряд лечебных манипуляций в амбулаторных условиях. Несмотря на наличие ряда работ, посвященных медицинской и экономической эффективности полипэктомии в условиях поликлинического звена вопросы организации, отбора пациентов, показаний и противопоказаний к выполнению полипэктомий в амбулаторных условиях остаются открытыми.

ЦЕЛЬ. Целью данной работы является на примере нашего отделения продемонстрировать возможность удаления полиповидных образований в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследованиях использовались видеоэндоскопические системы фирмы Olympus Exera II и Exera III. Проведен ретроспективный анализ 1133 исследований толстой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. За период с 01.10.2017 по 31.12.2017 в отделении выполнено 1133 исследований толстой кишки, выявлено 1362 полиповидных образования. Удалено 815 полипов, из них при первичном осмотре: 667, повторно, при плановой полипэктомии 148 образований. Методом EMR удалено 115, щипцовой биопсией – 621, методом холодной петлевой резекции – 79 образований. Показаниями к выполнению плановой полипэктомии стали: размеры образования, превышающие 6 мм, отсутствие возможности полной щипцовой биопсии, наличие ножки или участка депрессии слизистой в области полипа, прием НПВП и антикоагулянтов. По результатам гистологического исследования, удаленные образования представлены: гиперпластические полипы – 436 (53,5%), аденомы – 332 (40,7) и комбинированные полипы – 47 (5,8%) из них с высокой степенью дисплазии – 86 (22,7%) образования и с участками неинвазивной карциномы – 3 (0,8%).

Частота осложнений: 1 (0,07%) – перфорация, 2 (0,14%) – кровотечения, 1 (0,07%) – подслизистая гематома.

ВЫВОДЫ. Таким образом, амбулаторная эндоскопическая полипэктомия – безопасная и эффективная с медицинской точки зрения альтернатива удаления полиповидных образований в стационарных условиях. Однако, необходимым является разработка российских эндоскопических рекомендаций, регламентирующих показания и противопоказания к выполнению полипэктомии в амбулаторных условиях, выбор тактики, как самих эндоскопических вмешательств, так и послеоперационного ведения и дальнейшего