

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И ИШЕМИЧЕСКОГО КОЛИТА

Юданов А.В., Ганичева И.А.,
Говорков Р.В., Токмаков И.А.

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская
областная клиническая больница», Новосибирский
областной центр колопроктологии, Новосибирск,
Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Дифференциальная диагностика, тактика, лечение, диспансерное наблюдение больных при впервые выявленном язвенном колите.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2013 по 2016 гг. в отделении колопроктологии наблюдались 14 пациентов, госпитализированных с клинической и эндоскопической картиной, характерной для впервые выявленного язвенного колита, с преимущественно левосторонним поражением.

При сборе анамнеза была установлена закономерность. Все больные были старше семидесяти лет, давность заболевания отмечалась от 1 до 3 суток, заболевание развивалось остро, и у большинства пациентов имелись различные нарушения сердечного ритма. Все пациенты были госпитализированы в отделение колопроктологии в среднетяжелом и тяжелом состоянии. Эндоскопическая картина при фиброколоноскопии не позволяла подтвердить или опровергнуть впервые выявленный язвенный колит. Однако, данные анамнеза позволяли заподозрить у описанной группы больных развитие ишемического колита.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Во всех случаях некроза ободочной кишки не наступало, и показаний к экстренному оперативному лечению не было. Обращала на себя внимание быстрая положительная динамика на фоне лечения, не включающего в себя препаратов, назначаемых при ХВЗК. На вторые сутки как клиническая, так и эндоскопическая картина заболевания практически купировалась. На пятые сутки пациенты были выписаны из стационара в практически удовлетворительном состоянии. Несмотря на неподтвердившийся диагноз ХВЗК, пациенты оставались на диспансерном наблюдении колопроктолога в течение 6 месяцев.

При дальнейшем наблюдении за больными обострения или рецидива заболевания выявлено не было.

ВЫВОДЫ. Клиническая и эндоскопическая картина впервые выявленного ЯК не имеет патогномичных признаков, позволяющих отличить его от развившегося нарушения мезентериального кровообращения без развития критической ишемии кишечной стенки. Диспансерное наблюдение пациентов рекомендуется назначать как при ХВЗК.

Эффект от лечения наступает быстро и повторных осложнений не регистрируется.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АНГИОДИСПЛАЗИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, В УСЛОВИЯХ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Ярмушов И.Н., Вазанов А.А., Гладков В.И.,
Родин П.В., Нардин С.В., Игнатьев Р.О.

БУ «Городская клиническая больница № 1» МЗ ЧР,
Чебоксары, Россия

Среди многочисленных факторов, приводящих к кишечным кровотечениям различной степени интенсивности, наименее изученным является ангиодисплазия. Этот термин обозначает патологическое

состояние, при котором имеются порочное (патологическое) развитие и строение сосудов кишечной стенки. Ангиодисплазия является причиной кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта в 2-5% случаев.

В Чувашской Республике за 2013-2016 гг. в условиях колопроктологического стационара ГКБ № 1 проходили лечение 37 пациентов с ангиодисплазией толстой кишки, осложненной кровотечением. Все пациенты доставлены в стационар в экстренном порядке с клиникой кровотечения из нижних отделов ЖКТ. Средний возраст пациентов составил 57 лет, из них мужчин – 20, женщин – 17.

Консервативная гемостатическая терапия оказала эффект у 24 пациентов. При последующей ФКС исключены другие заболевания, сопровождающиеся кишечными кровотечениями и установлен диагноз ангиодисплазии толстой кишки.

Оперативное лечение по жизненным показаниям выполнено у 13 пациентов. Фиброколоноскопия, в том числе интраоперационная, в большинстве случаев оказалась неинформативной для выявления источника кровотечения. Выполнялась резекция заполненного кровью сегмента толстой кишки. Колэктомия с выведением илеостомы выполнена у 9 пациентов, правосторонняя гемиколэктомия с илеостомой – у 2, левосторонняя гемиколэктомия с трансверзостомой – у 1, резекция сигмовидной кишки с колостомой – у 1. При гистологическом исследовании подтвержден диагноз ангиодисплазии толстой кишки. Летальный исход после операции наступил в 3 случаях.

Реконструктивные операции ликвидации стомы выполнены у 5 пациентов.

Трудности при диагностике источника кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта при ангиодисплазии толстой кишки не позволяют в большинстве случаев выполнить резекцию сегмента толстой кишки с источником кровотечения, и объем операции расширяется вплоть до колэктомии.

РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНОГО ДИВЕРТИКУЛИТА

Ярцев П.А.^{1,2}, Резницкий П.А.²

¹ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского Департамента
здравоохранения города Москвы;

² ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва,
Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Заболеваемость дивертикулярной болезнью ободочной кишки (ДБОК) достигает 55-60% среди населения старшей возрастной группы, из них острые воспалительные осложнения развиваются у 15-20% пациентов. До сих пор не определены стандарты диагностики и лечения воспалительных осложнений ДБОК.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Оценить эффективность миниинвазивных технологий в лечении перфоративного дивертикулита ободочной кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 150 пациентов, разделенных на основную (n=79, проспективная) и группу сравнения (n=71, ретроспективная). Методом выбора диагностики являлось УЗИ. В лечении основной группы приоритетно использовались миниинвазивные технологии. Пациентам проводилась консервативная терапия; чрескожное дренирование абсцессов (ЧДА); экстренные операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У пациентов были выявлены околокишечные инфильтраты (ОКИ) (n(осн)=44 (55,7%), n(сравн)=47 (66,2%)), абсцессы брюшной полости