

РЕЗУЛЬТАТЫ. Различные виды полипов ТК наблюдали у 245 (24,0±1,3%) от общего количества пациентов. В 179 (25,9±1,7%) случаях полипы наблюдали в группе пациентов с ЯК и в 66 (20,0±2,2%) – с БК ($p < 0,05$). Различные виды аденоматозных полипов (АП) наблюдали у 35 (3,4±0,6%) пациентов, в том числе 27 (3,9±0,7%) в группе больных ЯК и 8 (2,4±0,8%) – в группе больных БК ($p > 0,05$). Воспалительные полипы (ВП) наблюдали у 210 (20,6±1,3%) пациентов, в том числе 152 (22,0±1,6%) в группе больных ЯК и 58 (17,6±2,1%) – в группе больных БК ($p > 0,05$).

Возраст дебюта НВЗТК в группе пациентов с АП, в среднем, составил 44,0 года (37,9 – для БК и 45,9 – для ЯК), в группе с ВП – 36,4 лет (39,3 – для БК и 35,5 – для ЯК). Время, прошедшее от дебюта НВЗТК до диагностики полипов в группе пациентов с АП, в среднем, составило 5,5 лет (8,0 – для БК и 4,8 – для ЯК), в группе с ВП – 4,6 лет (3,9 – для БК и 4,8 – для ЯК). Возраст больных колебался от 15 до 77 лет, в среднем – 41,8 лет (49,1 у пациентов с АП и 40,6 у пациентов с ВП). Из 35 пациентов с АП 29 (82,9±6,4%) были оперированы (8 (27,6±8,3%) – с БК, 21 (72,4±8,3%) – с ЯК). 4 пациента с ЯК от предложенного оперативного лечения отказались, 2 больным операция не выполнена в связи с тяжестью общего состояния. Из 210 пациентов с ВП были оперированы 108 (51,4±3,4%), 39 (36,1±4,6%) – с БК, 69 (63,9±4,6%) – с ЯК.

В группе пациентов с АП дисплазия выявлена в 51,4±8,4% случаев, в том числе, у 14 (51,9±9,6%) при ЯК и 4 (50,0±17,7%) – с БК ($p > 0,05$). В группе пациентов с ВП дисплазия выявлена в 22,9±2,9% случаев, в том числе – у 28 (18,4±3,1%) с ЯК и 20 (34,5±6,2%) – с БК ($p < 0,05$). Таким образом, общая частота выявленных случаев дисплазии у пациентов с различными видами полипов ТК при БК (36,4±5,9%) достоверно выше, чем при ЯК (23,5±3,2%) ($p < 0,05$).

ВЫВОДЫ. Наличие у 51,4±8,4% больных с АП и 22,9±2,9 с ВП ассоциированным с ЯК и БК, различной степени дисплазии слизистой оболочки за пределами границы образования позволяет утверждать, что это тяжелое осложнение НВЗТК является облигатным предраком, требующим обязательного хирургического вмешательства с учетом онкологических принципов. ВП являются признаком возможного начала развития тяжелых осложнений НВЗТК, что указывает на необходимость проведения более активной хирургической тактики в этой группе пациентов.

ФАКТОРЫ РИСКА ВТОРИЧНОГО ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Варданян А.В., Ачкасов С.И., Кашников В.Н.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ. Выявить факторы риска вторичного заживления ран у больных, оперированных по поводу язвенного колита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. 143 пациента оперированы по поводу тяжелой формы язвенного колита в период времени с 2007 по 2013 год. Колэктомия с сохраненной прямой кишкой была выполнена в 100 (69,9%) случаях. Одномоментная колпроктэктомия с формированием тонкокишечного наданального илеоректального анастомоза была выполнена у 43 (30,1%) пациентов. Открытые операции были выполнены в 117 (81,8%) случаях, лапароскопические – в 26 (18,2%). В послеоперационном периоде было отмечено 52 осложнения у 32 (22,4%) больных. В данное исследование было

включено 25 (17,5%) наблюдений с вторичным заживлением ран.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Наличие внутривенной высокодозной (более 2 мг/кг) гормональной терапии ОР 8,5 (95% CI 3,2-23) ($p < 0,0001$), частый, до 6 и более раз в день, жидкий стул с кровью ОР 7,01 (95% CI 0,9-54,4) ($p = 0,04$), назначение метотрексата ОР 3,8 (95% CI 1,22-12) ($p = 0,02$), а также открытые операции ОР 8,5 (95% CI 3,19-22,9) ($p < 0,0001$) увеличивают риск вторичного заживления ран в послеоперационном периоде.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Гормональная терапия, сохраняющийся частый жидкий стул с кровью, применение метотрексата и открытая операция являются факторами риска вторичного заживления ран у больных, оперированных по поводу язвенного колита. Использование лапароскопических технологий позволяет значительно уменьшить частоту осложнений.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРФОРАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ УДАЛЕНИИ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ

Велиев Т.И.

КГБУЗ «Городская больница № 4», Алтайский колoproктологический центр, г. Барнаул, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Перфорация толстой кишки при эндоскопическом удалении ворсинчатых опухолей часто возникает у лиц пожилого возраста.

ЦЕЛЬ. Показать целесообразность создания водяной «подушки» между подслизистой оболочкой и ворсинчатой опухолью с целью профилактики перфорации кишки во время эндоскопической электрорезекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 1999 по 2015 год у 335 больных в возрасте от 60 до 87 лет с ворсинчатыми опухолями толстой кишки применялся метод создания водяной «подушки» перед эндоскопической электрорезекцией слизистой оболочки вместе с опухолью. Водяная «подушка» создавалась путем введения инжектором 0,9%-ного физиологического раствора между подслизистой оболочкой и опухолью. У всех больных гистологически имелась ворсинчатая аденома с дисплазией II и III степени. Размеры опухоли были от 2 и более см в диаметре.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Случаев перфорации кишки у данных больных не наблюдалось ни во время операции, ни в послеоперационном периоде.

ВЫВОДЫ. Наши наблюдения позволяют рассматривать создание водяной «подушки» 0,9%-ным физиологическим раствором между подслизистой оболочкой и ворсинчатой опухолью, как метод профилактики перфорации кишки.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ТРАНСАНАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ

Велиев Т.И.

КГБУЗ «Городская больница № 4», Алтайский колoproктологический центр, г. Барнаул, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. После трансанального удаления ворсинчатые опухоли прямой кишки склонны к рецидивированию.

ЦЕЛЬ. Показать эффективность профилактики рецидивов ворсинчатых опухолей прямой кишки после трансанального удаления, путем обработки ложа 2%-ным раствором протаргола.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализировано 2 груп-