

лей мутации. Остальным 9 пациентам, не имеющим семейного анамнеза и мутации, выполнялись полипэктомии в сроки 6-32 лет (15,9 лет). Выполнены следующие операции: 10 колэктомий с илеоректальным анастомозом (КЭ с ИРА); 6 колэктомий (КЭ) с резекцией прямой кишки и тонкокишечным резервуаром; 10 резекций ободочной кишки; 1 колпроктэктомия; 2 трансанальные эндомиохирургические удаления опухолей прямой кишки (ТЭО).

РЕЗУЛЬТАТЫ. После КЭ с ИРА 1 пациенту потребовалось выполнение ТЭО спустя 26 лет, другому пациенту спустя 6 лет – выполнение полипэктомии. После КЭ с формированием резервуара в оставшейся части прямой кишки в сроки 1-5 лет роста полипов не выявлено. После резекции ободочной кишки 1 пациенту потребовалась повторная операция через 4 года в связи с развитием рака, а остальным производились полипэктомии из оставшихся отделов толстой кишки.

ВЫВОДЫ. Полипэктомия возможна у пациентов с отсутствием мутации, семейного анамнеза, наличием полипов с низкой и средней степенью дисплазии эпителия. КЭ с ИРА является операцией выбора. При выявлении полипов в прямой кишке целесообразно выполнение КЭ с резекцией прямой кишки и формированием тонкокишечного резервуара. Резекция ободочной кишки не оправдана у пациентов с ОФ САТК.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННОГО ПРОЦЕССА КУЛЬТЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ

Наврузов Б.С., Пазылова Д.У., Эгамбердиева Э.Х.

Ташкентская Медицинская Академия, г. 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 с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), госпитализированных в Научный Центр Колопроктологии МЗРУз за период с 2005 по 2014 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 (сульфасалазин, салофальк, кортикостероиды) и общеукрепляющую терапию и пробиотики (Лактобактерин, Бифидумбактерин, Колибактерин и Бификол) + Лазеротерапия.

– Контрольная группа состояла из 53 больных, получавших только базисную и общеукрепляющую терапию.

Пробиотики назначали каждые 3 мес., в течение не менее 30 дней, вводя их перорально и per rectum. Перорально использовали Lactobacterium siccum и Bifidocoll siccum по 5 доз, соответственно, 3 раза в день, Bifidocoll siccum 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, появлению грануляций и т. д. Эффективность классифицировали по трем сте-

пеням: 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 – удовлетворительное – уменьшение выделений, частичное восстановление эпителизации, уменьшение болевого синдрома и т. д.; 3 – неудовлетворительное – отсутствие эффекта.

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

Хорошие результаты у больных обеих групп во всех случаях сопровождались нормализацией структуры слизистой (по данным эндоскопии, цитологического и гистологического исследования), улучшением общего состояния, уменьшением выделений из культи прямой кишки. После восстановительных операций послеоперационный период протекал гладко, без осложнений.

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 ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННОГО ПРОЦЕССА КУЛЬТЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ

Наврузов Б.С., Пазылова Д.У., Эгамбердиева Э.Х.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан

Современные клинические и экспериментальные исследования подтверждают важную роль кишечной микрофлоры в патогенезе воспалительных заболеваний кишки. Так, изменение микробных популяций в кишечных биотопах у лиц с генетической предрасположенностью вызывает срыв регуляторных механизмов, сдерживающих иммунные реакции на кишечные бактерии. В результате, при воспалительных заболеваниях кишечника формируется аберрантный иммунный ответ на внутрипросветные антигены, например, на резидентные кишечные бактерии с потерей толерантности макроорганизма к нормальной кишечной флоре. Об иммунологических нарушениях при язвенном колите свидетельствуют высокие титры антител к кишечным бактериям и белкам кишечного эпителия, что, при условии потери толерантности к нормальной микрофлоре, может способствовать развитию аутоиммунной ответной реакции, направленной против слизистой оболочки кишечника.

ЦЕЛЬ. Разработка оптимальных терапевтических схем, направленных на восстановление количественного и качественного состава кишечной микрофлоры с использованием пробиотиков и повышение эффективности комплексных методов лечения культи прямой кишки при язвенных колитах после тотальной колэктомии.