

со средней степенью дисплазии 272 (29 %), с высокой степенью 380 (40 %). По количеству преобладали единичные формы, частота их составила 1158, процентное отношение составило 95 %, частота множественных форм составила 63 случая, процентное отношение составило 5 %.

Выводы

1. Активное введение в клиническую практику современных эндоскопических технологий позволит существенно расширить возможности своевременного выявления предраковых состояний толстой кишки.

2. Внедрение неинвазивных методов индикации маркеров рака толстой кишки позволит улучшить выявляемость ранней патологии.

3. Использование компьютерных технологий при формировании баз данных в динамическом диспансерном наблюдении позволит улучшить организацию своевременной диагностики.

4. Большое количество пациентов с доброкачественными новообразованиями толстой кишки в возрасте 60–65 лет свидетельствует о поздней выявляемости предраковых заболеваний толстой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев, Е. Г. Рак прямой кишки (лекция) / Е. Г. Григорьев, А. В. Шелехов // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2015. — № 1 (101). — С. 82–89.

2. Колодей, Е. Н. Язвенный колит и рак толстой кишки: актуальные и нерешенные вопросы диагностики / Е. Н. Колодей // Смоленский медицинский альманах. — 2013. — № 1 (25). — С. 74–79.

3. Полипы толстой кишки: эпидемиология, факторы риска, критерии диагностики, тактики ведения (обзор) / Е. А. Лаптева [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2013. — № 2 (9). — С. 252–259.

4. GBD 2018 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2018: A systematic analysis for the global burden of disease study 2018 // Lancet. — 2018. — № 388. — P. 1602.

УДК 616.345/35-006-089

ОСНОВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Гостев Р. О., Правдинов В. А., Батт Т. А.

Научный руководитель: старший преподаватель А. А. Мисевич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Согласно статистике всемирной организации здравоохранения, в структуре всех онкологических заболеваний, рак толстой кишки занимает третье место [1]. Частота малигнизации колеблется от 14 % (одиночные полипы) до 20 % (множественные полипы) [2]. Не своевременное обнаружение новообразования и позднее хирургическое лечение приводят к трансформации полипа в аденокарциному толстой кишки [3].

Цель

Провести мониторинг исследований пациентов проктологического отделения Гомельской областной специализированной клинической больницы, этиологических факторов, оказывающих влияние на развитие новообразований толстой кишки, возрастнополовой структуры и гистологического исследования новообразований толстой кишки.

Материал и методы исследования

Проведено исследование группы пациентов, состоящей из 181 человека с новообразованиями толстой кишки, которым проводилась эндоскопическая полипэктомия, и

заклучений гистологического исследования толстой кишки 1221 пациента после проведенной эндоскопической полипэктомии в областном проктологическом отделении УЗ «Гомельская областная специализированная клиническая больница» с января 2018 по октябрь 2019 г. Обработка проводилась с помощью пакета программ «Microsoft Office Excel 2016». Статистический анализ данных осуществлялся с помощью программы «Statistica» 10.0. Оценку распределения осуществляли с помощью критерия Шапиро — Уилка. Если распределение значений в выборке подчинялось закону нормального распределения, то подобные данные описывали с помощью M — среднего арифметического и 95 % ДИ — доверительного интервала (интервальная оценка популяционной средней).

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно литературным источникам, на сегодняшний день выделяются следующие этиологические факторы развития новообразований толстой кишки: генетическая предрасположенность, особенности питания (употребление рафинированных продуктов, избыток животной пищи, недостаток грубой клетчатки), хронические воспалительные заболевания толстой кишки (хронический колит, дивертикулез толстой кишки), хронический запор [4]. Хронический гастрит и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки могут быть причиной инициации гиперплазии эпителия желудочно-кишечного тракта [3]. Наиболее часто полипы толстой кишки развиваются у пациентов старшей возрастной группы, к ней относятся пациенты 50–80 лет, среди которых наибольшая частота (25–50 %) приходится на пациентов в возрасте 50–59 лет. В ходе исследования различных возрастных групп пациентов было установлено число случаев в возрастной группе пациентов младше 50 лет составило 6, в то время как число случаев в возрасте 50–60 лет составило 55, а в возрасте 60–70 лет 81 случай. Различают аденоматозные, гиперпластические, гамартомные полипы толстой кишки. Аденоматозные, в свою очередь, делятся на тубулярные, ворсинчатые и смешанные. Самую серьезную угрозу в вопросе злокачественных новообразований представляют аденоматозные полипы, которые малигнизируются, по данным различных исследований, от 15 до 25 % [7]. В ходе нашего исследования, число аденоматозных форм кишечных полипов составило 625 случаев (частота 51 %). Существенных отличий по гистологическим формам полипов толстой кишки среди пациентов мужского и женского пола выявлено не было, в связи с чем приводится обобщенная статистическая характеристика гистологических форм новообразований толстой кишки: ворсинчатые аденомы (48 (3 %) случаев), тубулярные аденомы (262 (21 %) случая), тубулярно-ворсинчатые аденомы (166 случаев), зубчатые аденомы (400 (33 %) случаев), фиброэпителиальные полипы (72 (14 %) случая), гиперпластические полипы (143 (12 %) случая), остальные случаи пришлось на аденокарциномы различной степени гистологической дифференцировки (130 (11 %) случаев). Риск малигнизации доброкачественных новообразований коррелирует и с размером аденом: 90 % имеют размеры менее 1 см (1 % риска), 10 % — более 1 см (10 % риска) [2]. В нашем исследовании средний размер всех новообразований составлял 1,08 см, минимальный диаметр — 0,3 см, максимальный — 1,9 см. В нашем исследовании случаи с низкой степенью дисплазии составили 296 (31 %), со средней степенью дисплазии 272 (29 %), с высокой степенью 380 (40 %).

Выводы

1. Согласно данным исследования, проведенного нами на базе проктологического отделения УЗ «Гомельская областная специализированная клиническая больница» с января 2018 по октябрь 2019 гг., на наш взгляд, складывается неблагоприятная обстановка по риску возникновения колоректального рака, так как среди гистологических форм доброкачественных новообразований преобладают аденоматозные формы кишечных полипов.

2. По данным нашего исследования, преобладает высокая степень дисплазии полипов, что в свою очередь говорит о высоком риске малигнизации этих новообразований

3. В нашем исследовании мы подтвердили возрастную структуру заболевания — полученные соотношения не отличаются от данных мировых исследований, пик заболеваемости приходится на 60–67 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. GBD 2018 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2018: A systematic analysis for the global burden of disease study 2018 // *Lancet*. — 2018. — № 388. — Р. 1602.

2. Максимов, В. П. Предраковые состояния / В. П. Максимов // *Медицинская газета. Конспект врача*. — 2016. — № 18 (1785). — С. 8–9.

3. Слободин, Ю. В. Лапароскопическая хирургия толстой и прямой кишки / Ю. В. Слободин, С. В. Сидоров // *Онкология. Новости хирургии*. — 2016. — № 2 (24). — С. 197–202.

4. Стяжкина, С. Н. Оценка заболеваемости полипами желудочно-кишечного тракта в БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» г. Ижевска / С. Н. Стяжкина, А. А. Степанова, А. П. Охотникова // *Достижения науки и образования*. — 2019. — № 2. — С. 96–98.

УДК 616.145.74-007.64-005.1:616.36-004

ЧАСТОТА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Гостев Р. О., Правдиков В. А., Батт Т. А.

**Научные руководители: к.м.н., доцент В. В. Берещенко,
старший преподаватель А. А. Мисевич**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Развитие синдрома портальной гипертензии (СПГ) приводит к образованию портосистемных коллатералей и значительному увеличению градиента давления в системе воротной вены. Среди патологических процессов, приводящих к нарушению портального кровотока, ведущим является развитие цирроза печени (ЦП) и составляет по данным публикаций авторов 87–90 % [1]. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) и желудка является основной причиной летальности данной категории пациентов. Частота развития кровотечения составляет от 4 % для пациентов с декомпенсированным циррозом [2]. Риск развития рецидивного кровотечения высок и составляет 30–70 %. Эзофагофиброгастродуоденоскопия является основным методом для диагностики варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Он позволяет определить локализацию, степень расширения и состояние стенки вены и слизистой пищевода, оценить угрозу риска кровотечения. Формирование ВРВП часто не сопровождается клинической симптоматикой, и возникшее кровотечение является первым признаком ЦП и возникшего на его фоне варикоза. В связи с этим для своевременного выявления ВРВП, пациентам с ЦП, необходимо проведение периодических эндоскопических исследований пищевода [3].

На выбор лечебной тактики влияет функциональное состояние печени. Для пациентов с суб- или декомпенсированным ЦП эндоскопические методы гемостаза обладают преимуществом перед хирургическими вмешательствами. Решение проблемы кровотечений из ВРВП требует слаженных действий врачей различных специальностей [4].

Цель

Оценить частоту встречаемости и методы эндоскопического гемостаза из ВРВП, обусловленных ЦП.