

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ В ДВУХЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЁННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, ПО ПРОГРАММЕ FAST TRACK RECOVERY

Денисенко В. Л.¹, Гаин Ю. М.²

¹УЗ «Витебский областной специализированный клинический центр»,
г. Витебск, Республика Беларусь

²ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного
образования», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Колоректальный рак (КРР) занимает третье место по частоте встречаемости и второе место в структуре онкологической смертности. Около 10% заболевших – это пациенты моложе 50 лет, менее 5% – лица моложе 40 лет. У 90% пациентов опухоли спорадические, у 10% имеет место семейный анамнез заболевания. По данным официального статистического сборника «Здравоохранение в Республике Беларусь» (2017) и сборника «Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007-2016)», КРР среди злокачественных новообразований прочно удерживает третье место и составляет около 10% от числа всех онкологических пациентов. Более 50% пациентов госпитализируются в общехирургические стационары в тяжёлом состоянии, которое обусловлено наличием сердечно-сосудистой и дыхательной сопутствующей патологии.

Хирургические методы лечения КРР, осложненного толстокишечной непроходимостью, продолжают развиваться и остаются предметом постоянных дискуссий.

Цель: повысить эффективность хирургического лечения стенозирующего КРР, осложненного кишечной непроходимостью, путём использования белорусского лазера.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 88 пациентов (мужчин – 56 (63,64%, 95% ДИ от 53,20 до 72,94%), женщин – 32 (36,36%, 95% ДИ от 27,06 до 46,80%), возраст по медиане составил 67 лет, ИШ от 60,5 до 74 лет) с КРР, осложненным кишечной непроходимостью, находившихся в проктологическом отделении УЗ «Витебский областной специализированный клинический центр» и УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер».

На первом этапе всем пациентам при поступлении в стационар в течение первых суток выполняли лечебно-диагностическую колоноскопию, во время которой определяли диаметр просвета ободочной и прямой кишки (средний диаметр в зоне стеноза составил $7,32 \pm 2,11$ мм). Протяжённость зоны стеноза при этом колебалась от 5 до 100 мм (в среднем $7,12 \pm 1,97$ мм). Мы производили лазерную деструкцию внутренней части раковой опухоли, используя высокоинтенсивный Nd:YAG лазерный аппарат «Фотэк ЛК-50» («Медиола-Эндо», ФОТЭК, Республика Беларусь).

Результаты и обсуждение. Операция лазерной реканализации продолжалась от 25 до 65 мин. (в среднем $40,0 \pm 11,4$ мин.) до восстановления просвета до 0,8-1 см в диаметре. В 5 случаях потребовалась повторная лазерная реканализация (25%). На вторые сутки у пациентов отсутствовали признаки кишечной непроходимости. Через 3-4 дня после лазерной реканализации отмечен наибольший эффект. Это объясняется отторжением участков деструкции. Кровотечений, связанных с отторжением девитализированных опухолевых тканей, не отмечено. После проведения лазерной реканализации и выполнения комплексной подготовки в течение 3-4 суток выполняли плановые радикальные операции с наложением первичного анастомоза. У 5 пациентов лазерная реканализация опухоли стала окончательной симптоматической операцией декомпенсации сердечно-сосудистой системы на фоне ИБС, аневризмы восходящего отдела аорты, артериальной гипертензии 3 риск 4, постинфарктного крупноочагового кардиосклероза с недостаточностью кровообращения 2А. Средний койко-день (с учётом первого этапа лечения) составил 21 [17,5; 27].

Выводы. Лазерная реканализация стенозирующей опухоли позволяет быстро осуществить подготовку пациента к радикальному хирургическому лечению и выполнить первично-радикальное оперативное вмешательство с наложением первичного анастомоза. Высокий экономический и социальный эффект использования разработанной технологии (вследствие экономии финансовых средств на лечение и реабилитацию, а

также значительно более раннего восстановления оптимального качества жизни пациента), позволяет рассматривать её в качестве эффективного дополнения технологии «ускоренного выздоровления».

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Дундаров З. А., Майоров В. М., Зыблев С. Л.,
Адамович Д. М., Лин В. В.

УО «ГомГМУ», УЗ «ГОСКБ», г. Гомель, Республика Беларусь

У пациентов с циррозом печени (ЦП) достоверно чаще, чем в остальной популяции, встречается рак толстой и прямой кишки, а метастазы в цирротическую печень выявляются в 2 раза реже, чем в нецирротическую [Hegediis Cs, Elster M., 1983]. Периоперационный период у пациентов с ЦП отличается более высоким уровнем послеоперационных осложнений и летальности, чем среди пациентов общей выборки. При этом частота осложнений и смертельных исходов напрямую коррелирует с тяжестью печеночно-клеточной недостаточности [Ziser A. et al., 2009]. При сочетании ЦП с портальной гипертензией (ПГ) стационарная летальность возрастает вдвое [Nguyen G. C. et al., 2009].

Цель: оценить эффективность мультидисциплинарного подхода в лечении пациентов с колоректальным раком, сочетающимся с циррозом печени и портальной гипертензией.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 13 пациентов, страдающих раком ободочной кишки, сочетающимся с ЦП и ПГ. Мужчин – 9, женщин – 4. Средний возраст 57 ± 4 года.

В срочном порядке по поводу осложнений рака толстой кишки оперированы 6 пациентов: ОКН – 5, перфорация опухоли – 1. ЦП класса «А» по Чайлд-Пью отмечен у 2, класс «В» – у 1, класс «С» – у 3 пациентов. Объем вмешательства включал выполнение операции Гартмана.

В плановом порядке оперированы 7 пациентов. С ЦП класса «А» – 4 чел., класса «В» – 3. Им выполнялась резекция толстой