

чивалось содержание белка в плазме крови, снижалась температура тела, увеличивался диурез) быстрее, чем при традиционном лечении. Продолжительность стационарного лечения больных ОДП после применения полиамина уменьшалась на 3,2 дня. Применение полиамина у больных ОДП повышало уровень орнитина в плазме крови, что может свидетельствовать об активации цикла мочевинообразования. Концентрации глутамина, цистина и метионина, треонина, валина, изолейцина, глицина и серина нормализовались к концу лечения, а концентрации аланина, глутаминовой кислоты, этаноламина и гистидина достоверно повышались.

Заключение. Применение полиамина у больных ОДП оказывает выраженный клинический эффект, который заключается в улучшении показателей гемостаза, уменьшении симптомов эндогенной интоксикации и тромбоопасности, а также оказывает корригирующее влияние на основные звенья аминокислотного дисбаланса, имеющегося при ОДП, сокращает сроки пребывания больных в стационаре.

Литература:

1. Гарелик, П.В. Острый деструктивный панкреатит. Диагностика, тактика и лечение: методические рекомендации / П.В.Гарелик, К.А.Жандаров, С.Э. Савицкий и др. – Гродно. – 2008. – 32 с.
2. Amino Acids (Chemistry, Biology, Medicine) / Ed. Lubec C., Rosental J.A. // N.Y.: Escom, 1990. — 1196 p.

ЛАЗЕРНАЯ РЕКАНАЛИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*Денисенко В.Л.¹, Бухтаревич С.П.¹, Скудский М.М.²,
Ерушевич А.В.², Шкуднов А.К.²*

УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница»¹
УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер»²
Витебск, Беларусь

Введение. Колоректальный рак в структуре онкологической патологии занимает третье место в большинстве развитых стран мира, а количество пациентов с запущенными формами заболевания и в настоящее время достигает 70%. В Республике Беларусь также отмечается рост заболеваемости колоректальным раком. За последние одиннадцать лет (с 1990 по 2011 г.) число пациентов с впервые установленным диагнозом рака данной локализации увеличилось с 12,9 до 19,5 чел. на 100 тысяч населения. Самым частым осложнением колоректального рака является обтурационная кишечная непроходимость, которая развивается у 69% больных.

Одним из способов реканализации зоны стеноза является лазерная вапоризация центральной части раковой опухоли. Для эффективного испарения и коагуляции ткани опухолей желудочно-кишечного тракта используют различные модели высокоэнергетических лазеров, совместимые с эндоскопическим комплексом. Достаточно быстрое достижение порога вапоризации при контактном методе применения лазерного излучения способствует быстрому испарению патологической ткани, которое, в свою очередь, обеспечивает эффективное охлаждение и предупреждение глубокого ожога тканей кишки.

Цель исследования. Разработать и внедрить технологию лазерной реканализации опухоли и ускоренной подготовки пищеварительного тракта к радикальному хирургическому лечению с первичным восстановлением непрерывности пищеварительного тракта.

Материалы и методы. В лечении стенозирующего колоректального рака, осложнённого толстокишечной непроходимостью, использовали высокоинтенсивное импульсное лазерное излучение длиной волны 1,06 мкм и мощностью 20–25 Вт. В работе использовали твёрдотельный импульсный лазер для эндоскопического применения «Фотэк ЛК-50» («Медиола-Эндо», ЧУП «Фотек», Республика Беларусь) в составе эндоскопической стойки для исследования толстой кишки (длина волны 1,064 мкм, максимальная средняя мощность – 60 Вт, частота повторения импульсов на максимальной мощности излучения – не более 50 гц, максимальная энергия импульса – 1,2 Дж, длительность импульса – 300 мсек, класс лазерной опасности – IV, максимальная потребляемая мощность – 2,5 кВт).

Проведено проспективное клиническое исследование с оценкой результатов лечения 86 пациентов со стенозирующим колоректальным раком, обусловившим развитие непроходимости кишечника. Пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе (28 пациентов) при поступлении пациентов в стационар (до 24 часов) всем им выполняли лечебно-диагностическую ректо- или колоноскопию, во время которой после установления диагноза стенозирующей опухоли толстой кишки и биопсии производили лазерную вапоризацию внутренней части опухоли с восстановлением просвета пищеварительной трубки в зоне опухоли не менее чем на 0,8–1 см. После лазерной реканализации пациентам выполняли сифонную клизму, назначали слабительные и вазелиновое масло, внутривенно вводили диаветол 15–20 мг/кг (по сухому веществу), эмоксипин 1,5–2,5 мг/кг, пентоксифиллин 0,2% раствор 200–400 мл/сутки и реамберин 400–800 мл/сут (или цитофлавин 10 мл раствора в 100 мл 0,9% раствора хлорида натрия). Через 4–6 суток, не выписывая пациента из стационара, в состоянии клинико-метаболической компенсации выполняли радикальную операцию с первичным восстановлением непре-

рывности пищеварительного тракта.

Во второй группе (58 пациентов) при безуспешности консервативных мероприятий после предоперационной подготовки (от 6 до 25 часов) выполнены неотложные вмешательства с выведением колостомы.

Результаты и обсуждение. При выполнении ректо- или колоноскопии во время реализации первого этапа концепции «Fast-Track Recovery» у пациентов I группы во время эндоскопического обследования выявлено, что сужение просвета ободочной и прямой кишок варьировало от 5 до 8 мм (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). Во время лазерной вапоризации стенозирующей части опухоли с помощью лазерного аппарата «Фотэк ЛК-50» («Медиола-Эндо») использован импульсный режим генерации энергии, позволяющий произвести реканализацию стенозирующей опухоли с последующим купированием явлений кишечной непроходимости.

Выводы. Лазерная реканализация опухоли толстой кишки позволяет в условиях непроходимости кишечника выполнить раннюю антеградную декомпрессию пищеварительного тракта с быстрым восстановлением его моторно-эвакуаторной функции и ранней клинико-метаболической компенсацией (без лапаротомии и формирования кишечного свища). Предлагаемый подход позволяет в ограниченные сроки осуществить подготовку пациента к радикальному вмешательству, не выписывая его из стационара, способствует повышению надёжности хирургического лечения и эффективности одномоментного восстановления непрерывности пищеварительного тракта.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Белорусец В.Н., Жимайло А.С.

УЗ «Брестская областная больница», Брест, Беларусь

Актуальность. Одним из нерешенных вопросов неотложной хирургии в настоящее время продолжает оставаться проблема гнойных осложнений острого деструктивного панкреатита (ОДП).

Именно ОДП, в основе которого лежит массивный панкреонекроз, является основной причиной общей и послеоперационной летальности