

Литературные ссылки.

1. Parkin, D.M. Global cancer statistics / D.M. Parkin, P. Pisani, J. Ferlay // *Ca.* – 1999. – P. 49–33.
2. Аксель, Е.М. Колоректальный рак (заболеваемость, смертность, социально-экономический ущерб) / Е.М. Аксель, Н.М. Барулина // *Рос. онкологический журнал.* – 1999. – № 6. – С. 40–46.
3. Camunez, F. Malignant colorectal obstruction treated by means of self-expanding metallic stents: effectiveness before surgery and in palliation // F. Camunez, A. Echenagusia, G. Simo // *Radiology.* – 2000. – Vol.216. – P. 492–497.
4. Adenocarcinoma of the colon and rectum. In «Cancer Medicine» / B.T. Motwani [et al.] // Eds. Holland J.F. et al. – 1997. – P. 2029–2072.
5. Olivencia Endoscopic treatment of acute colorectal obstruction with self-expandable metallic stents / S. Soto [et al.] // *Surg. Endoscopic.* – 2006. – Vol. 20. – P. 1072–1076.

ПРИМЕНЕНИЕ СТЕНТИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*Денисенко В.Л.^{1,3}, Гаин Ю.М.², Сушков С.А.³, Фролов Л.А.³,
Скудский М.М.⁴, Шкуднов А.В.⁴, Ерушевич А.В.⁴,
Бухтаревич С.П.¹*

УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница»¹,
ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»²,

УО «Витебский государственный медицинский университет»³,
УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер»⁴,
Витебск, Минск, Республика Беларусь

Введение. Колоректальный рак – это наиболее распространенная опухоль в колоректальной хирургии, третий по частоте встречаемости рак и вторая причина в структуре онкологической смертности. В течение десяти лет в Республике Беларусь число ежегодно регистрируемых случаев заболевания раком ректосигмоидного отдела толстой кишки увеличилось в 1,5 раза с 363 в 2001 г. до 528 в 2010 г. [1]. Наиболее частым осложнением коло-

ректального рака является обтурационная кишечная непроходимость. Она развивается у 26,4–69% больных [2]. До настоящего времени хирургическая тактика при обтурационной толстокишечной непроходимости на фоне рака продолжает оставаться дискуссионной и требует дальнейшего поиска методов хирургического пособия и завершения операции.

Цель исследования. Разработать новый подход в лечении колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью.

Материалы и методы. В настоящее время в хирургии набирает силу направление комплексного лечения, опирающееся на концепцию «быстрого (ускоренного) выздоровления» (т.н. «Fast-Track Recovery») [3]. Одним из направлений реального использования концепции «быстрого (ускоренного) выздоровления» в лечении обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости является метод реканализации зоны опухолевого стеноза (с использованием стентирования саморасширяющимся нитиноловым трубчатым протезом с покрытием силиконовой мембраной). Проведен анализ результатов лечения 48 пациентов с колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью, находившихся в проктологическом отделении Второй Витебской областной клинической больницы и абдоминальном отделении Витебского областного клинического онкологического диспансера за период с 1995 по 2012 год. В первой группе пациенты (28) оперированы по общепринятым методом. Во второй группе пациенты (20) оперированы двухэтапным способом (первый этап стентирование стенозирующей опухоли; второй этап радикальная операция, у двух пациентов, имеющих тяжелую сопутствующую патологию, установлены стенты с целью симптоматического лечения). Во вторую группу вошли пациенты, находящиеся на лечении в абдоминальном отделении Витебского областного клинического онкологического диспансера и проктологического отделения Второй Витебской областной клинической больницы за период с 2011 по июнь 2012 года с раком ободочной и прямой кишок. У всех пациентов при гистологическом исследовании выявлена умеренно дифференцированная аденокарцинома. Всем пациентам второй группы при поступлении проводили обзорную рентгенографию живота, на которой отмечали резкую пневматизацию толстой кишки до уровня нисходящей ободочной кишки,

горизонтальные тонкокишечные уровни жидкости в правом нижнем квадранте живота. Устанавливали диагноз: стенозирующий рак левой половины ободочной и прямой кишок, острую толстокишечную обтурационную непроходимость. После кратковременной (2 часа) подготовки выполнена фиброколоноскопия, на которой диагноз опухоли нисходящего отдела толстой кишки подтверждён. Через зону стеноза проводили доставочное устройство с саморасширяющимся нитиноловым трубчатым протезом с покрытием силиконовой мембраной (CHOOSTENT M.I. Tech, Южная Корея [СУ]). В дальнейшем через просвет манипуляционного катетера в кишку заводили жесткий проводник на расстояние не менее 10 см проксимальнее верхнего края стеноза. По жесткому проводнику в область сужения устанавливали саморасширяющийся покрытый металлический стент диаметром 22 мм и длиной 140 мм, каркасно увеличивающий просвет кишки в зоне опухолевого стеноза. После установки устройства проводили контрольную рентгенографию живота. После эндоскопического исследования и установки стента ставили сифонную клизму, после проведения которой обильно отходили стул и газы. После полной клинико-метаболической компенсации больных и полного восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника проводили хирургическое вмешательство.

Результаты. В первой группе в 75% случаев операция заканчивалась выведением стомы. Продолжительность лечения в данной группе составила $30,6 \pm 2,8$ к/дней. Во второй группе все виды операций закончились наложением первичного анастомоза, без выведения колостомы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Продолжительность лечения в данной группе составила $19,7 \pm 2,1$ к/дней.

Заключение. Использование эндоскопической установки металлического саморасширяющегося колоректального стента позволяет в условиях острой непроходимости толстой кишки выполнить раннюю антеградную декомпрессию пищеварительного тракта с быстрым восстановлением его моторно-эвакуаторной функции и ранней клинико-метаболической компенсацией. Данный подход позволяет оперативно осуществить подготовку пациента к радикальному хирургическому лечению с последующем выполнением первично-радикального вмешательства.

Литературные ссылки

1. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований. Сборник научных статей / под ред. О.Г. Суконко, С.А. Красновского // Профессиональные издания. – Мн. – 2012. – 508 с.
2. Аксель, Е.М., Барулина, Н.М. Колоректальный рак (заболеваемость, смертность, социально-экономический ущерб) / // Рос. онкологический журнал. – 1999. – № 6. – С. 40–46.
3. Efficacy and Safety of Fast-Track Recovery Strategy for Patients Undergoing Laparoscopic Nephrectomy / A. Recart [et al.] // Journal of Endourology. – 2005. – Vol.19, № 10. – P. 1165–1169.

ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ХОЛЕЦИСТИТОВ ПРИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Дешук А.Н., Гарелик П.В., Сак В.Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый холецистит (ОХ) по частоте занимает первое место, а по количеству операций уступает только острому аппендициту. Проблема острого калькулезного холецистита сегодня определяется прогрессивным ростом заболеваемости и недостаточно удовлетворительными результатами его лечения.

Одним из главных ограничений проведения оперативного лечения при ОХ, которое существует и по сегодняшний день, являются сроки от момента заболевания. Оптимальным сроком для выполнения лапароскопической холецистэктомии являются первые 48 часов от начала заболевания. Однако даже при ее проведении в эти сроки зачастую имеется массивный воспалительный процесс в желчном пузыре, что объясняется относительностью данных анамнеза заболевания. Проблема лечения ОХ остается актуальной и требует проведения исследований, обосновывающих использование новых методик лечения, направленных на уменьшение воспалительной реакции, улучшение микроциркуляции в стенке