

ранней клинико-метаболической компенсации (без лапаротомии и формирования колостомы). Разработанная методика позволяет быстро осуществить подготовку пациента к радикальному хирургическому лечению с последующим выполнением первично-радикального вмешательства в более безопасных условиях. Необходимо при постановке стента учитывать протяженность стенозирующей опухоли и диаметр стента, чтобы избежать перфорации кишки в зоне опухоли.

Литература:

1. Murphy, C. Patterns of colorectal cancer care in the United States: 1990–2010 / C. Murphy // J. Natl. Cancer. Inst. – 2015. – Vol.107, № 10. – Mode of access: <https://academic.oup.com/jnci/article/107/10/djv198/986525>. – Date of access: 19.10.2019.
2. Jafari, M. Perfusion assessment in laparoscopic left-sided/anterior resection (PILLAR II): a multi-institutional study / M. Jafari // J. Am. Coll. Surg. – 2015. – Vol. 220, № 1. – P. 82–92.
3. Predictive factors for successful colonic stenting in acute large-bowel obstruction: A 15-year cohort analysis. / D.J. Boyle [et al.] // Dis. Colon. Rectum. – 2015. – Vol. 58, № 3. – С. 358–362.
4. Preoperative colonic stents versus emergency surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction: a meta-analysis / X. Huang [et al.] // J. Gastrointest. Surg. – 2014. – Vol. 18, № 3. – P. 584–591.

УДК 616.345-006.6-089 (476)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЕЛОРУССКИХ СТЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Денисенко В.Л.^{1,3}, Гаин Ю.М.,² Бухтаревич С.П.,¹ Сушков С.А.,³ Шапко Г.М.,³ Фролов Л.А.,³ Ерушевич А.В.,⁴ Денисенко Э.В.³

¹УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»,

²ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

³УО «Витебский государственный медицинский университет»,

⁴УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. Колоректальный рак (КРР) является одной из наиболее часто встречаемых форм злокачественных опухолей в большинстве экономически развитых стран мира. Самым частым осложнением КРР является кишечная непроходимость. Чаще всего она развивается при локализации рака в левой половине толстой кишки. Наиболее широко используемым в неотложной хирургии видом радикального вмешательства при КРР, осложненном кишечной непроходимостью, является резекция кишки с наложением одноствольной колостомы (т.н. обструктивная резекция). Одним из направлений реального использования концепции «быстрого (ускоренного) выздоровления» в лечении обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости является метод реканализации зоны опухолевого стеноза с помощью саморасширяющихся металлических стентов [1]. Наряду с традиционными подходами в последние годы в ведущих странах мира началось внедрение новых методов лечения колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью, предусматривающих стентирование кишки в зоне опухоли (причем с использованием стентов американского, южнокорейского или китайского производства). Во многих странах мира эта технология применяется для устранения непроходимости у неоперабельных пациентов в качестве альтернативы традиционной колостомии, а также для подготовки к радикальной операции, позволяющей избежать двухэтапных вмешательств. W.L. Law и соавт. (2004), применили саморасширяющиеся металлические стенты производства Южной Кореи у пациентов при непроходимости с распространенным колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью. Вмешательство сопровождалось значительной (25%) частотой осложнений, в 13% случаев потребовалось выведение разгрузочной колостомы [2].

Цель работы. Цель исследования заключается в изучении возможности применения лазерной реканализации и стентирования в лечении стенозирующего колоректального рака.

Материал и методы. Использованы белорусские стенты в лечении стенозирующего колоректального рака. В рамках клинических испытаний стенты установлены 6 пациентам находящимся в клиниках УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» и УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер» с целью симптоматического лечения. Средний возраст пациентов 67,5±2,7 лет.

Результаты и обсуждение. Всем пациентам стенты устанавливали после лазерной реканализации с симптоматической целью. Всем пациенты имели протяженность опухолевого стеноза до 12 см.

Выводы. Разработка первого отечественного саморасширяющегося колоректального Ti-Ni стента и первый успешный опыт его клинического применения в условиях ургентной хирургии позволяют говорить о возможности дальнейшего развития малоинвазивного направления в лечении стенотического поражения толстой кишки опухолевого происхождения как в плане временного восстановления её проходимости (с целью подготовки пациента к радикальному вмешательству), так и в плане постоянного стентирования толстой кишки в зоне опухоли (с целью повышения качества жизни пациента при иноперабельном поражении толстой кишки).

Литература:

1. Влияние металлического саморасширяющегося TiNi стента на организм животных в эксперименте / В.Л. Денисенко [и др.] // Наука молодых. – 2015. – № 1. – С. 6–17.
2. Денисенко, В.Л. Первый опыт успешного применения аморасширяющегося никелид-титанового стента белорусского производства в лечении стенозирующего колоректального / В.Л. Денисенко, Ю.М. Гаин, В.В. Рубаник // Хирургия Восточная Европа. – 2016. – Т. 2 (18). – С. 282–289.

УДК 616.353-002.3-089

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

*Денисенко В.Л.,^{1,2} Цыплаков К.Г.,¹ Денисенко Э.В.,² Смирнов В.К.,¹
Хмельников В.Я.,¹ Сушков С.А.,² Фролов Л.А.²*

¹УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»,
²УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. По данным отечественных и зарубежных авторов заболеваемость параректальным свищом составляет 2 случая на 10 тыс. населения в год. Распространенность заболевания составляет 9 случаев на 100 тыс. населения. Наиболее часто заболевание развивается в возрасте от 30 до 50 лет, что обуславливает социальную значимость данного заболевания. Мужчины страдают несколько чаще, чем женщины [1].

На сегодня существуют в мире следующие виды оперативного лечения. Рассечение или иссечение свища в просвет кишки. Методика: свищевой ход рассекается в просвет кишки на зонде или иссекается из окружающих тканей на зонде. Рана не ушивается или производится подшивание краев раны ко дну. На сегодняшний день нет однозначного ответа на вопрос, какой объем мышечных структур может быть рассечен при операции по поводу свища заднего прохода или прямой кишки. Эффективность операции рассечения или иссечения свища в просвет кишки достаточно высока и колеблется от 92 до 97 %. Случаи нарушения функции держания после иссечения свища в просвет кишки по данным литературы колеблются от 0 до 45 %. Широкий разброс процентного соотношения пациентов, у которых после операции развивается нарушение функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки (ЗАПК), возможно, связан с различными подходами к его оценке, различными сроками наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде [2].

Цель исследования. Оценить эффективность применение лазерной деструкции при лечении параректальных свищей.