

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО И ЛАПАРОТОМИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Ласица Д.И.*, ORCID 0009-0008-7580-961X,

*Ларионец А.Е.*, ORCID 0000-0003-1362-6283

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, РБ

*darinalasica@gmail.com*

Хирургическое лечение опухолевой толстокишечной непроходимости (ОТКН), вызванной новообразованиями левого фланга толстой кишки, включает в себя 2-этапную лапаротомическую операцию (резекция кишечника с операцией Гартмана и последующее отсроченное наложение анастомоза), так как перерастянутый отдел кишечника является риском развития несостоятельности швов анастомоза. В свою очередь эндоскопическая постановка саморасправляющихся металлических стентов является малоинвазивной методикой «bridge to surgery» («мост к хирургии» – резекции кишечника с наложением анастомоза), что значительно улучшает прогноз заболевания.

Цель – сравнить эндоскопический и лапаротомический методы хирургического лечения пациентов с опухолевой толстокишечной непроходимостью.

Для эндоскопического стентирования опухолей толстой кишки были использованы рентгеноконтрастные нитиноловые билиарные стенты, что связано с их меньшим диаметром и большей гибкостью в сравнении с интестинальными стентами [2]. В ходе данной манипуляции стент вводится в просвет кишки через проводник (рис. 1, а), расправляется в просвете кишки (рис. 1, б) [3].

В результате наблюдается частичное восстановление просвета и ликвидация непроходимости (рис. 1, в).

После окончания манипуляции проводится обзорная рентгенография для уточнения расположения стента (рис. 1, г) [4].

Все исследованные пациенты (n=49) были разделены на две группы: пациенты, перенёсшие эндоскопическое стентирование опухоли толстого кишечника (группа А, n=7, 14,29 %) и пациенты, перенёсшие лапаротомическую операцию (группа В, n=42, 85,71 %). В группах анализировались возраст, пол, количество дней, проведённых в стационаре, в том числе после оперативного вмешательства, количество дней, проведённых в ОРИТ, периоперационная летальность, наличие повторных оперативных вмешательств.

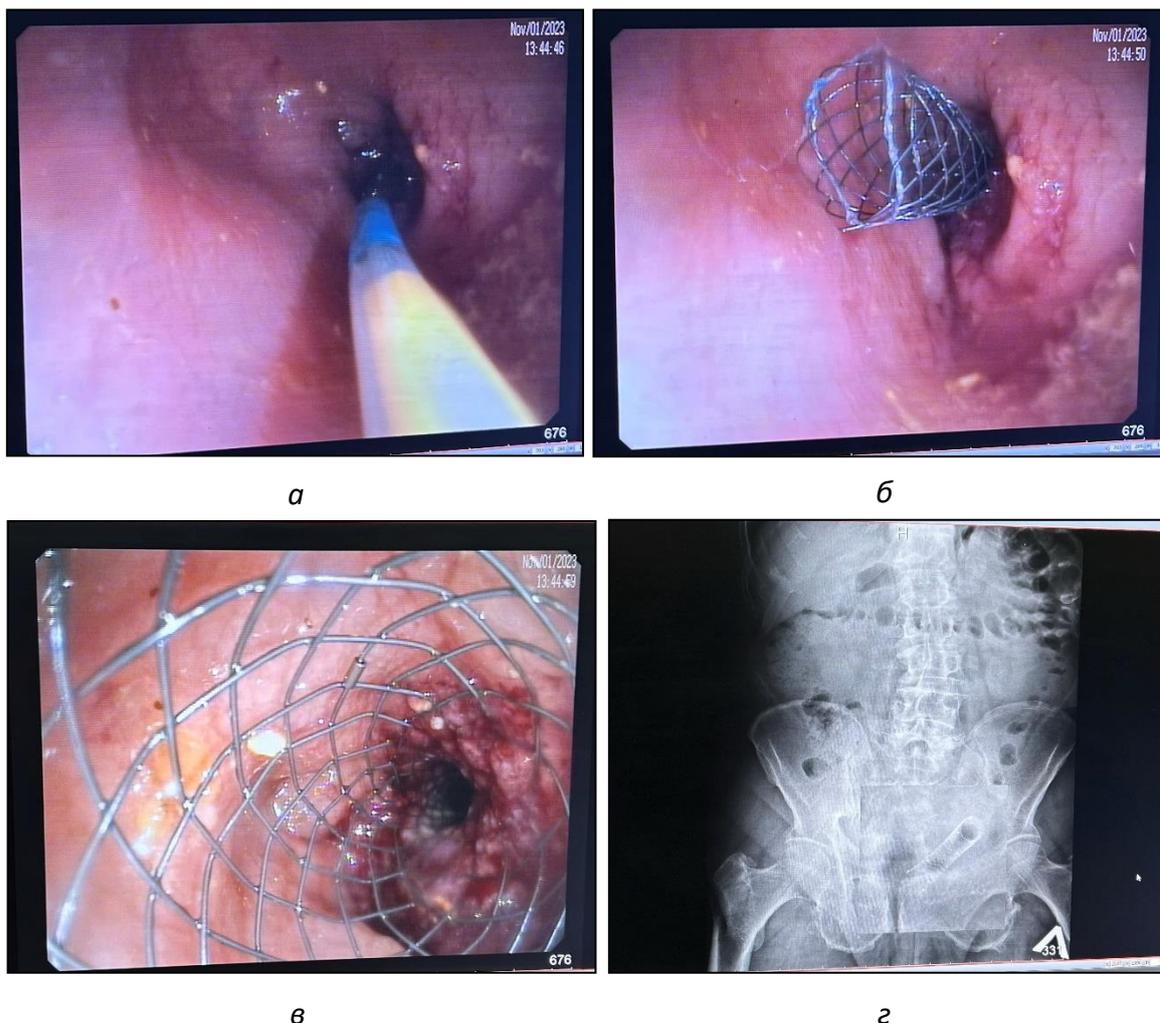


Рис. 1. Установка стента (а – введение через проводник, б – саморасправление стента, в – установленный стент, г – рентгенограмма)

Характеристика группы А: пациентов мужского пола – 3 (42,86%), женского – 4 (57,14 %), медиана возраста – 78 [65,5, 87]; группы В: пациентов мужского пола – 27 (64,29 %), женского – 15 (35,71 %), медиана возраста – 69,5 [63, 81]; статистически значимых различий между выборками по полу и возрасту не выявлено ( $\chi^2 = 1,16$ ,  $p = 0,28$  и  $U = 109,5$ ,  $p = 0,29$  соответственно).

Медиана количества дней, проведенных в стационаре, в группе А составила 21,00 [14,00, 32,00], в группе В – 14,00 [9,75, 21,50], разница статистически достоверной не является ( $U = 84,5$ ,  $p = 0,076$ ) (рис. 2, а). Медиана количества дней, проведенных в стационаре после вмешательства, в группе А и в группе В составила 5,00 [3,00, 14,00] и 13,00 [8,75, 19,25] соответственно ( $U = 74,5$ ,  $p = 0,04$ ) (рис. 2, б). В группе А пациентов, пребывавших в ОРИТ, не наблюдалось, медиана количества дней, проведенных в ОРИТ в группе В, составила 3,00 [1,75, 6,00] ( $U = 31,5$ ,  $p = 0,001$ ) (рис. 2, в).

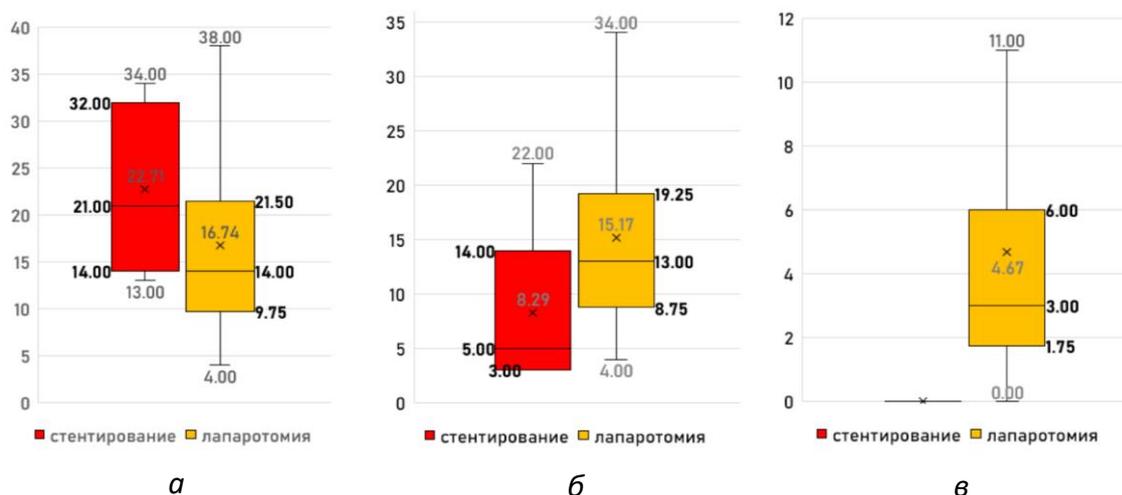


Рис. 2 - Группы по дням в стационаре (а), стационаре после вмешательства (б), ОРИТ (в)

В течение 30 дней после вмешательства летальных исходов в группе А не наблюдалось, в группе В составило 28,57 % (12 случаев). Повторные оперативные вмешательства в группе А проведены не были, в группе В наблюдались в 5 случаях (11,9%).

Эндоскопическое стентирование применялось у 14,29 % пациентов с ОТКН. Выявлено статистически значимое различие между представителями первой и второй групп по длительности пребывания в стационаре после вмешательства (5 [3, 14] против 13 [8,75, 19,25];  $p = 0,040$ ), длительности пребывания в ОРИТ (0 против 3 [1,75, 6,00];  $p = 0,001$ ). Метод эндоскопического стентирования опухолей толстой кишки является эффективным способом лечения ОТКН, однако нуждается в доработке и дальнейшем более широком внедрении в хирургическую практику.

### Список литературы

1. Захарченко, А. А. Обтурационная толстокишечная непроходимость на фоне рака дистальных отделов толстой кишки: возможно ли одноэтапное хирургическое лечение без абдоминальной колостомии? / А. А. Захарченко, А. В. Попов, Ю. С. Винник, А. С. Соляников // Харизма моей хирургии: материалы Всероссийской конференции с международным участием, посвященная 160-летию ГБУЗ ЯО «Городская больница имени Н.А.Семашко» (г. Ярославль, 28 декабря 2018 г.) / под ред. А. Б. Ларичева. – Ярославль, 2018. – С. 120-124.
2. Makhejani K. R., Haq M. M.U., Iqbal J., Zahid N. Self-expanding Metallic Stent Placement in Malignant Terminal Ileal Stricture / Makhejani K. R., Haq M. M.U., Iqbal J., Zahid N. // J Coll Physicians Surg Pak. – 2019 Dec. – 29(12). – S. 89-S91.
3. Mege D. Right-sided vs. left-sided obstructing colonic cancer: results of a multicenter study of the French Surgical Association in 2325 patients and literature review/ Mege D., Manceau G., Beyer L. et al. // Int J Colorectal Dis. – 2019 Jun. – 34(6). – P. 1021-1032.
4. Vodoleev A. SEMS as a palliative procedure versus emergency surgery for proximal malignant colon obstruction: randomized, comparative trial / Vodoleev A., Duvanskiy V., Klimov A. et al. // Gut and Liver. – 2018. – 12 (Suppl 6). – S16.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФГБОУ ВО «ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ISSN 2664-7362 (Print)  
ISSN 2664-7370 (Online)



МАТЕРИАЛЫ  
IX Международной научной конференции  
**Донецкие чтения 2024:**  
образование, наука, инновации,  
культура и вызовы современности

## Том 3

Биологические  
и медицинские науки,  
экология

