

Ласица Д.И., Ларионец А.Е.
**КОЛОРЕКТАЛЬНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**
Научный руководитель: доцент Романович А.В.
*Кафедра хирургических болезней с курсом повышения квалификации и переподготовки
Белорусский государственный медицинский университет*

Актуальность. Хирургическое лечение опухолевой толстокишечной непроходимости (ОТКН), вызванной новообразованиями левого фланга толстой кишки, включает в себя 2 этапа, лапаротомию с резекцией левого фланга и выведением колостомы и последующим отсроченным закрытием колостомы, так как перерастянутый отдел кишечника является риском развития несостоятельности анастомоза. В свою очередь эндоскопическая постановка саморасправляющихся 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.

Материалы и методы. Было проанализировано 49 историй болезней пациентов с obturационной кишечной непроходимостью, вызванной опухолями ректо-сигмоидного отдела, за период с 2020 по 2023 г. в УЗ «Больница скорой медицинской помощи». Статистический анализ данных проводился с помощью программ Microsoft Excel и Statistica с использованием непараметрических критерия Манна-Уитни и точного критерия Фишера.

Результаты и их обсуждение. Все исследованные пациенты (n=49) были разделены на две группы: пациенты, перенёсшие эндоскопическое стентирование опухоли толстого кишечника (группа 1, n=7, 14,29%) и пациенты, перенёсшие лапаротомическую операцию (группа 2, 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.

Характеристика группы 1: пациентов мужского пола – 3 (42,86%), женского – 4 (57,14%), средний возраст – 72,71 года (min=35, Q1=65,5, Me=78, Q3=87, max=91); группы 2: пациентов мужского пола – 27 (64,29%), женского – 15 (35,71%), средний возраст – 68,43 года (Mo=63, min=36, Q1=63, Me=69,5, Q3=80,75, max=90); различий не выявлено (p = 0,29).

Среднее количество дней, проведенных в стационаре, в группе 1 составило 22,71, в группе 2 - 16,74, в том числе после вмешательства – 8,29 и 15,17 соответственно. В группе 1 пациентов, переведённых в ОРИТ не наблюдалось, среднее количество дней, проведенных в ОРИТ в группе 2, составило 4,67. В течение 30 дней после вмешательства летальных исходов в группе 1 не наблюдалось, в группе 2 составило 28,57% (12 случаев). Повторные оперативные вмешательства в группе 1 проведены не были, в группе 2 наблюдались в 5 случаях (11,9%). Стоит отметить, что периоперационная летальность после повторного вмешательства в группе 2 наблюдалась в 4 случаях (80%).

Выявлено статистически значимое различие между представителями первой и второй групп по длительности пребывания в стационаре после вмешательства, (8,29 против 15,17; p = 0,040) длительности пребывания в ОРИТ (0 против 5,94; p = 0,001).

Статистически значимого различия не было выявлено по периоперационной летальности (0% против 28,57%; p = 0,10), наличию повторных оперативных вмешательств (0% против 11,9%; p = 0,45), что связано с малым количеством проведенных эндоскопических стентирований.

Выводы. Достоверно выявлены некоторые преимущества эндоскопического стентирования перед открытой операцией. Метод стентирования опухолей толстой кишки нуждается в доработке и дальнейшем более широком внедрении в хирургическую практику.