

вичном эндопротезировании у 217 пациентов установлены пластиковые стенты, у 20 – саморасширяющиеся.

При дистальном билиарном блоке стентирование выполнено у 169 из 177 пациентов (95,5%). У 8 пациентов попытка стентирования оказалась безуспешной: у 6 пациентов с инвазией опухоли в двенадцатиперстную кишку не удалось осуществить канюляцию общего желчного протока, у 2 – не удалось завести проводник выше уровня опухолевой обструкции. При проксимальном билиарном блоке стентирование выполнено у 68 из 77 пациентов (88,3%), у 9 пациентов осуществить стентирование не удалось из-за сложностей при проведении струны, инструмента или стента через ригидную извитую опухолевую стриктуру (у 6) или вследствие безуспешных попыток канюляции общего желчного протока (у 3). Техническая эффективность при проксимальном блоке оказалась статистически значимо ниже, чем при дистальном блоке ( $p=0,0375$ , точный критерий Фишера).

Осложнения развились у 33 пациентов (13,0%): при дистальном блоке – у 22 из 177 пациентов (12,4%), при проксимальном – у 11 из 77 (14,3%). Специфические осложнения, непосредственно обусловленные вмешательством, имели место у 32 (12,6%) пациентов: холангит – у 12 (у 8 при дистальном блоке /у 4 – при проксимальном), острый панкреатит – у 7 (у 3 /у 4, соответственно), кровотечение после папиллосфинктеротомии – у 5 (3/2), ретродуоденальная перфорация – у 1 (1/0), миграция стента – у 5 (4/1), острый холецистит – у 1 (1/0), синдром Мэллори-Вейса – у 1 (1/0). В 1 случае (0,4%) в послеоперационном периоде развилось острое нарушение мозгового кровообращения. При анализе зависимости частоты осложнений от уровня билиарного блока достоверных различий не было выявлено ни по общему количеству осложнений ( $p=0,4129$ ), ни по каждому осложнению в отдельности (во всех случаях  $p>0,05$ ).

В послеоперационном периоде в стационаре, в сроки от 2 до 32 суток после эндоскопического вмешательства, умерли 24 (9,4%) пациента. В 5 случаях смерть наступила на фоне развившихся осложнений (при дистальных блоках – в 3, при проксимальных – в 2): у 1 умершего причиной смерти стало кровотечение из распадающегося метастаза печени, у 4 – прогрессирующая раковая интоксикация и печёчно-почечная недостаточность. При дистальном блоке внепеченочных желчных протоков госпитальная летальность составила 7,9% (14 умерших), при проксимальном – 13% (10 умерших), различие показателей явилось статистически не значимым ( $p=0,1497$ ).

Выводы: Наш опыт позволяет заключить, что эндопротезирование желчных протоков является эффективным способом билиарной декомпрессии при опухолевой обструкции желчных протоков как при дистальном, так и при проксимальном билиарном блоке. Эндоскопическое стентирование при дистальном и проксимальном блоке сопровождается сопоставимым количеством и характером осложнений, а также уровнем летальности при более низком техническом успехе билиарной декомпрессии в случаях проксимальных билиарных стриктур, который, тем не менее, в нашем клиническом материале был достаточно высоким и составил более 88%.

## ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

ФОМИН А.В.<sup>1</sup>, ЗЕЛЬДИН Э.Я.<sup>1</sup>, ПОДОЛИНСКИЙ С.Г.<sup>2</sup>,  
ВОЛОДЬКИН В.В.<sup>2</sup>, КОВАЛЁВА Л.А.<sup>1</sup>

Витебский государственный медицинский университет  
Больница скорой медицинской помощи, Витебск, Республика Беларусь  
afomin\_mail@mail.ru

Нередко острая obturационная кишечная непроходимость является первым проявлением опухоли ободочной и прямой кишки, особенно часто это случается у лиц пожилого и старческого возраста. По данным Рычагова Г.П. и соавт. (2016 г.), за последние 40 лет половой возрастной состав, сроки госпитализации, локализация опухоли, характер осложнений и степень тяжести пациентов с острой obturационной непроходимостью раковой этиологии существенно не изменились. В результате улучшения качества диагностики, техники выполнения операций, предоперационной подготовки и послеоперационного лечения процент выполнения радикальных операций вырос с 51,5% до 69%. Вместе с тем, острая кишечная непроходимость при сложной патологии на фоне сопутствующих заболеваний остаётся одной из актуальных проблем хирургии. Актуальность не исчерпана в связи с большой частотой неблагоприятных исходов.

Одним из направлений улучшения результатов лечения можно рассматривать объективизацию лечебно-диагностического стандарта и разработку клиничко-диагностического алгоритма с выбором единой рациональной хирургической тактики.

Анализируются результаты лечения 100 пациентов, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости опухолевого генеза. Мужчин было 42, женщин 58, средний возраст  $73 \pm 11$  лет. По результатам лечения выделена группа лиц с неблагоприятным исходом заболевания. На основании ретроспективного анализа определены критерии группы риска неблагоприятного исхода – это возраст старше 75 лет, локализация опухоли проксимальнее левого изгиба ободочной кишки, наличие более одного тяжёлого сопутствующего заболевания, длительность острого периода заболевания свыше 24 часов, анемия с уровнем эритроцитов ниже  $3,5 \times 10^{12}$ , в биохимическом анализе крови снижение общего белка ниже 60 г/л, повышение мочевины более 10 ммоль/л, наличие синдрома системного воспалительного ответа. Значимыми для прогнозирования исхода заболевания были интраоперационно установленный диаметр тонкой кишки более 4,5 см и диаметр толстой кишки более 11 см. Лечебно-диагностический алгоритм объективизирован с учётом полученных данных.

При наличии на обзорной рентгенограмме горизонтальных уровней, маятникообразной перистальтики, жидкости в брюшной полости и отсутствии клинического эффекта после постановки желудочного зонда с эвакуацией содержимого и очистительной клизмы, пациенты оперированы в сроки от 6 до 12 часов на фоне коррекции водно-электро-

литных нарушений и синдромной терапии нарушений систем жизнеобеспечения. Критерием, определяющим сроки операции, была длительность острого периода. При перитоните сокращали продолжительность предоперационной подготовки, увеличивая её интенсивность.

При локализации опухоли в правой половине ободочной кишки её удаляли и накладывали межкишечный анастомоз. При локализации опухоли дистальнее левого изгиба ободочной кишки и до прямой кишки удаляли опухоль и накладывали разгрузочную стому. Декомпрессия выполнялась в зависимости от диаметра кишки посредством назогастроинтестинального зонда, либо на операционном столе, либо в минимально короткие сроки после операции через стому. При перитоните проводили программные санации брюшной полости.

После операции проводили коррекцию нарушений систем жизнеобеспечения на основании системного подхода. Антибактериальную терапию корректировали по данным чувствительности микрофлоры, поскольку менее 50% пациентов не были чувствительны к эмпирически назначенной терапии.

Летальность в группе оперированных по поводу рака ободочной кишки за 2017 год составила 13,5%. При наличии у них острой кишечной непроходимости летальность составила 23,8%. Причиной неблагоприятных исходов лечения пациентов с острой кишечной непроходимостью вследствие обтурации опухолью остаётся декомпенсация процессов адаптации и прогрессирование полиорганной недостаточности.

## РОЛЬ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА

**ЧЕРНИКОВА Е.Н., КУРУШКИНА Н.А., НЕДОЛУЖКО И.Ю., ШИШИН К.В.**

Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова,  
Москва

*e.chernikova@mknc.ru*

Актуальность. На современном этапе эндоскопическое стентирование является паллиативным методом лечения, направленным на улучшение качества жизни за счет уменьшения степени дисфагии у неоперабельных пациентов с распространенными формами рака пищевода.

Материалы и методы. В исследование включено 30 пациентов, которым с июля 2016 года по октябрь 2017 года выполнено стентирование пищевода. Показаниями для эндоскопического стентирования были нерезектабельность первичной опухоли и тяжелый соматический статус больного. Средний возраст пациентов – 68 лет (от 39 лет до 91 года). Все пациенты предъявляли жалобы на дисфагию 3 и 4 степени. Из 20 пациентов у 4 (20%) была критическая дисфагия. Жалобы на загрудинные боли, регургитацию, изжогу, гиперсаливацию предъявляли 11 (55%) пациентов. Опухоли пищевода с распространением на кардиальный отдел желудка были у 18 (90%) пациентов. Непроходимость пищевода, обусловленная его сдавлением извне новообразованием легкого и средостения, имела место у 2 (10%) па-

циентов представленной группы. Линейная протяженность стенозирующих опухолей пищевода варьировала от 2 до 12 см. Всем пациентам исследуемой группы установлены частично покрытые нитиноловые самораскрывающиеся стенты Ultraflex компании «Boston Scientific» с проксимальным и дистальным типом раскрытия.

Результаты. Интраоперационных осложнений не было. В день операции всем пациентам разрешали прием прозрачных жидкостей, в дальнейшем – прием полутвердой пищи. Средний койко-день составил 4. У 1-го пациента с новообразованием кардиоэзофагеального перехода в первые сутки после установки стента появились жалобы на рвоту кофейной гущей. При контрольной ЭГДС выявлен надрыв интрамуральной части опухоли кардиального отдела желудка с признаками продолжающегося кровотечения, которое было остановлено с помощью гемостатического порошка «Endoclot»; рецидива кровотечения не было. У 2-х пациентов через 1 и 3 месяца (соответственно) после установки стентов появились жалобы на дисфагию 3 степени, при эндоскопическом исследовании было выявлено разрастание грануляционной ткани по проксимальному краю стента, в обоих наблюдениях выполнена аргонплазменная коагуляция грануляций с положительным эффектом в виде разрешения явлений дисфагии. 2-м пациентам потребовалось рестентирование по типу «стент-в стент», в связи с дистальной миграцией стента (у одного) и прорастания стента опухолью (у другого). У 1-го из наблюдаемых в динамике пациентов через 6 месяцев после установки стента появились жалобы на дисфагию 4 степени, по результатам эндоскопического исследования выявлена рубцовая стриктура пищевода проксимальнее верхнего края стента, что потребовало проведения эндоскопического бужирования. У 1-го из пациентов через 3 месяца после стентирования выявлен свищевой ход в бронхиальное «дерево» по проксимальному краю пищевода стента, что потребовало повторного стентирования. Общее число осложнений, потребовавших эндоскопической реинтервенции, составило 20%. Протокол послеоперационного ведения и наблюдения пациентов включал назначение пожизненной антисекреторной терапии, мониторингование качества жизни пациентов по телефону через 14 дней, 1, 3 и 6 месяцев (уточнение степени дисфагии, оценка интенсивности боли за грудиной, регургитации, изжоги). В случае предъявления соответствующих жалоб, пациентам выполнялись контрольные эндоскопические и рентгенологические исследования. За период наблюдения умерли 12 пациентов (60%), в связи с прогрессированием основного заболевания.

Заключение: Эндоскопическое стентирование пищевода установкой саморасширяющихся стентов является эффективным способом оказания паллиативной помощи больным со стенозирующими формами нерезектабельного рака пищевода, позволяющим повысить качество их жизни восстановлением способности питания естественным путём. Нежелательные побочные эффекты стентирования (миграция стента, отсроченное рестентирование за счет прорастания опухоли, разрастания грануляционной ткани