

2. Применение иммуномодулирующего метода КФМТ оказывает стабилизирующее влияние на уровень цитокинов и способствует уменьшению тяжести системной воспалительной реакции в ранние сроки послеоперационного периода пациентов, с ожоговой болезнью на стадии септико-токсемии. На 2–3 неделе течения заболевания применение КФМТ способствует снижению частоты развития системных и гнойных осложнений ожоговой болезни, что позволяет уменьшить показатели летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Коньков, С. В.* Оценка степени тяжести и синдрома острой сердечной недостаточности у пациентов с ожоговой травмой / С. В. Коньков, Г. В. Илюкевич // Актуальные проблемы и современные технологии в анестезиологии и интенсивной терапии: тез. докл. VII съезда анестезиологов-реаниматологов. — Минск, 2012. — Вып. 7. — С. 153–156.
2. *Коньков, С. В.* Способ иммуноактивации субпопуляций лейкоцитов пациентов с тяжелой термической травмой и стресспротекторный эффект комплексной интенсивной терапии / С. В. Коньков, Г. В. Илюкевич // Актуальные проблемы и современные технологии в анестезиологии и интенсивной терапии: тез. докл. VII съезда анестезиологов-реаниматологов. — Минск, 2012. — Вып. 7. — С. 156–158.
3. *Коньков, С. В.* Динамика лабораторных показателей выраженности системной воспалительной реакции у пациентов с ожоговой болезнью на фоне комплексной интенсивной терапии с надсосудистым фотомагнитовоздействием / С. В. Коньков, Г. В. Илюкевич, Л. В. Золотухина // Экстренная медицинская помощь в современных условиях. Сб. науч. тр. Респ. науч.-практ. конф., посвященной 35-летию УЗ «ГК БСМП» под ред. проф. Ю. Е. Демидчика. — Минск: БелМАПО, 2013. — С. 220–224.

УДК 616.35-006.6-08

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ И РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА

Кудряшов В. А., Нестерович Т. Н., Михайлов И. В., Подгорный Н. Н., Шимановский Г. М., Новак С. В., Атаманенко А. В., Довидович С. В.

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак прямой кишки занимает 3-е место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями органов желудочно-кишечного тракта и составляет 45 % среди новообразований кишечника [1]. Отмечается прирост абсолютного числа заболевших на 14,3 % у мужчин и 12,4 % — у женщин [2]. Доля рака прямой кишки в структуре злокачественных новообразований среди мужского населения составляет 5,3 %, женского — 4,6 % [1, 2]. До 75 % всех случаев рака прямой кишки приходится на возраст 40–60 лет [2]. Пятилетняя выживаемость варьирует от 60 % в развитых странах до 40 % в странах с ограниченными ресурсами [3]. Плоскоклеточный рак анального канала является редким заболеванием, составляя от 1,5 до 4 % всех злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта [4]. Хирургическое лечение остается ведущим методом у пациентов с раком прямой кишки и при рецидиве или первично-неизлеченном раке анального канала. При данной локализации выполняются, как правило, калечащие операции с наложением постоянной колостомы. Поэтому актуальным является изучение возможности выполнения сфинктеросохраняющих операций с восстановлением естественного пассажа по кишечнику.

Цель

Проанализировать непосредственные и отдаленные результаты хирургического и комбинированного лечения пациентов с раком нижнеампулярного отдела прямой кишки и анального канала.

Материал и методы исследования

Изучены непосредственные и отдаленные результаты оперативных вмешательств у 201 пациента, лечившихся в онкологическом абдоминальном отделении Гомельского областного клинического онкологического диспансера в период с 2012 по 2016 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 201 пациента мужчин было 105 (52,2 %), женщин — 96 (47,8 %). У 189 пациентов операции были выполнены по поводу рака нижнеампулярного отдела прямой кишки. При этом в 171 случае была проведена предоперационная лучевая терапия крупными фракциями по 5 Гр в суммарной очаговой дозе 25 Гр. У 12 пациентов оперативные вмешательства выполнены по поводу рецидивного или первично-неизлеченного рака анального канала после ранее проведенного химиолучевого лечения — лучевой терапии в суммарной очаговой дозе 50 Гр, в режиме классического фракционирования, на фоне приема капецитабина.

Были выполнены следующие оперативные вмешательства: в 179 (89 %) случаях — брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, в 9 (4,5 %) — низкая передняя резекция прямой кишки, в 5 (2,5 %) — операция Гартмана, в 4 (2 %) — трансанальное удаление опухоли, в 2 (1 %) — брюшно-анальная резекция прямой кишки, по 1 (0,5 %) случаю тотальной колпроктэктомии и видеоректоскопического удаления опухоли. Из них в 35 (17,4 %) случаях выполнены комбинированные оперативные вмешательства. Всего операции с сохранением естественного пассажа по кишечнику выполнены в 16 (8 %) случаях.

Послеоперационные осложнения развились у 13 (6,5 %) пациентов. Из них по 3 (1,5 %) случая спаечной кишечной непроходимости, несостоятельности анастомозов и нагноения послеоперационной раны, 2 (1 %) случая кровотечения из пресакральных вен и по 1 (0,5 %) случаю — тромбоэмболии легочной артерии, острой сердечно-сосудистой недостаточности. В послеоперационном периоде умерло 2 пациента. Послеоперационная летальность составила 1 %. Причиной смерти в 1 случае была тромбоэмболия легочной артерии, в 1 — острая сердечно-сосудистая недостаточность. Случаев летальных исходов после оперативных вмешательств с сохранением естественного пассажа по кишечнику не было. Несостоятельность анастомоза развилась в 18,8 % случаев.

Проведен анализ характера прогрессирования опухолевого процесса у пациентов исследуемой группы после проведенного лечения. Различные виды прогрессирования выявлены в 66 (32,8 %) случаях. Местный рецидив выявлен у 21 (10,4 %) пациента, метастазы в паховых лимфоузлах — у 4 (2 %), другие отдаленные метастазы — у 41 (20,4 %) пациента. У 16 пациентов, перенесших операции с сохранением естественного пассажа по кишечнику, местных рецидивов не наблюдалось. У 12 пациентов местный рецидив развился в течение первого года после операции. При этом, среди 171 пациента, получившего предоперационную лучевую терапию 25 Гр, в течение первого года местный рецидив развился в 6 (3,5 %), а среди 18 пациентов, не получивших комбинированного лечения в связи с осложненным течением опухолевого процесса, местный рецидив развился у 6 (33,3 %) ($P < 0,01$).

Медиана выживаемости пациентов (от момента выполнения операции), подвергнутых оперативным вмешательствам по поводу рецидивного или первично-неизлеченного рака анального канала, составила 4,5 года.

При лечении пациентов с раком нижнеампулярного отдела прямой кишки и анального канала в основном выполняется брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Выполнение данного вмешательства часто сопровождается возникновением ряда осложнений, таких как нагноение промежностной раны и расстройство функции мочеполовых органов. И самым тяжелым моментом является наличие у пациентов постоянного колостомы. Это приводит к их инвалидизации и представляет собой серьезную медико-социальную проблему, учитывая высокий процент заболеваемости лиц трудоспособного возраста. Современные подходы к лечению рака нижнеампулярного отдела прямой кишки (минимально необходимое расстояние от нижнего края опухоли до линии резекции сокращено до 1 см) предполагают возможность выполнения у ряда паци-

ентов сфинктеросохраняющих операций. Полученные нами непосредственные результаты свидетельствуют о целесообразности выполнения данных вмешательств.

Комбинированное лечение, с применением предоперационной лучевой терапии суммарной очаговой дозой 25 Гр, позволило резко снизить частоту развития местного рецидива опухолевого процесса.

Плоскоклеточный рак анального канала является радиочувствительной опухолью, в связи с чем, на первом этапе пациенты с данной патологией подвергаются химиолучевому лечению. Однако брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки является единственным способом радикального лечения рецидивного или первично-неизлеченного рака анального канала, с удовлетворительными отдаленными результатами. Медиана выживаемости пациентов составила 4,5 года.

Выводы

1. Оперативные вмешательства с сохранением естественного пассажа по кишечнику при раке нижеампулярного отдела прямой кишки сопровождаются удовлетворительными непосредственными и отдаленными результатами.

2. Применение предоперационной лучевой терапии в суммарной очаговой дозе 25 Гр у пациентов с раком нижеампулярного отдела прямой кишки позволяет снизить частоту развития местного рецидива.

3. Радикальная операция по поводу рецидивного или первично-неизлеченного рака анального канала приводит к удовлетворительным отдаленным результатам, медиана выживаемости пациентов — 4,5 года.

ЛИТЕРАТУРА

1. Интерсфинктерные резекции по поводу рака нижеампулярного отдела прямой кишки с поражением аноректальной зоны анального канала / Ю. А. Барсуков [и др.] // Колопроктология. — 2013. — № 4. — С. 32–39.
2. Аксель, Е. М. Статистика злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта / Е. М. Аксель // Сибир. онкол. жур. — 2017. — № 16 (3). — С. 5–11.
3. Бутенко, А. В. Рак прямой кишки. Современные направления и тенденции в лечении (обзор литературы) / А. В. Бутенко, В. Н. Разбирин // Сибир. онкол. жур. — 2011. — № 6 (48). — С. 83–89.
4. Органосохраняющее лечение больных плоскоклеточным раком анального канала / Ю. А. Барсуков [и др.] // Колопроктология. — 2014. — № 2. — С. 22–27.

УДК 616.14-005.6-008.64

ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ

**Куликович Ю. К., Тихманович В. Е., Лызиков А. А.,
Шаршакова Т. М., Каплан М. Л., Панкова Е. Н.**

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

К настоящему времени общество все глубже осознает важность трансплантации как медицинской процедуры для спасения человеческой жизни [1]. Трансплантация — замещение у реципиента путем проведения медицинского вмешательства отсутствующих или поврежденных органов и (или) тканей человека, неспособных выполнять свои жизненно важные функции, органами и (или) тканями человека, полученными в результате забора органов [2].

Имеется два подхода, определяющих позицию населения в отношении трансплантации органов и тканей. Первый подход, который является основным в Республике Беларусь — предполагаемого согласия, иначе его называют «презумпцией согласия» («opting (or contracting) out») — позволяет осуществить изъятие материала из тела