

Недостаточность двигательной активности приводит к снижению синтеза кальцитриола и, в связи с этим, к снижению усвоения пищевого Са. Достаточный синтез активной формы витамина D — кальцитриола — происходит только при высокой физической активности. При среднем и низком уровне двигательной активности прием препаратов Са способствует некоторому снижению концентрации паратгормона, т. е. уменьшает резорбцию костной ткани.

Полученные результаты позволяют сделать следующие **выводы**:

- 1) синтез кальцитриола зависит от уровня двигательной активности;
- 2) при недостаточном уровне двигательной активности физиологический уровень Са в крови достигается за счет резорбции костной ткани;
- 3) препараты Са с витамином D₃ малоэффективны в поддержании гомеостаза Са.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ткаченко, А. В. Адаптационные возможности студентов с различным уровнем двигательной активностью / А. В. Ткаченко, И. Г. Мартыненко // Слобожанський науково-спортивний вісник. — 2007. — № 12. — С. 169–171.
2. Коваленко, Е. А. Гипокинезия / Е. А. Коваленко, И. С. Барчуков. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003. — 255 с.

УДК 616.345/.351-006.6-06-089:614.21

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Брич С. С., Исаенко В. Г., Остапчик Д. Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Михайлов

Учреждение здравоохранения

«Солигорская ЦРБ»

г. Солигорск, Республика Беларусь

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

С последних десятилетий прошлого века в мире наблюдается существенное увеличение числа больных раком ободочной и прямой кишок. Колоректальный рак (КРР), по данным ВОЗ, занимает 3–4-е место в структуре онкологической заболеваемости, а количество больных с запущенными формами достигает 70 %. Ежегодно в мире регистрируется более 600 тыс. новых случаев КРР, половина заболевших умирает [1]. В Беларуси за последние 10 лет заболеваемость раком ободочной кишки возросла с 14,7 до 19,6 случаев на 100 тыс. населения, раком прямой кишки - с 15,8 до 18,2^{0/0000} [1].

Материалы и методы исследования

Изучены результаты хирургического лечения 65 пациентов, перенесших радикальные и условно-радикальные и паллиативные (с удалением первичной опухоли) операции по поводу осложненных форм КРР по г. Солигорску и Солигорскому району Минской области в период с 2008 по 2012 гг. Материалом для исследования явились медицинские карты пациентов и данные канцер-регистра по г. Солигорску и Солигорскому району Минской области. Была создана компьютерная база данных в среде MS Access 2007. Для статистического анализа использовался пакет прикладных программ «Statistica» 6.0.

Результаты и обсуждение

Клиническая характеристика больных. В исследуемой группе пациентов количество мужчин и женщин оказалось практически равным и составило 49 % (32) и 51 % (33) соответственно. Возраст пациентов колебался от 39 до 87 лет и, в среднем, составил $68,3 \pm 12,1$ лет, 30 % из них проживали в сельской местности. Средняя длитель-

ность пребывания в стационаре составила $23,2 \pm 16,2$ дня. Учитывая пожилой возраст большинства пациентов, у 86 % имело место сопутствующая патология, среди которой преобладала ИБС и артериальная гипертензия.

Наиболее часто опухоль локализовалась в сигмовидной кишке — 33,8 % всех наблюдений, реже — в селезеночном изгибе и ректосигмоидном переходе — по 12,3 %, восходящей и поперечной ободочной кишке — по 10,8 %, слепой кишке — 7,7 %, печеночном изгибе — 6,1 %, нисходящей ободочной кишке — 1,5 %, верхнеампулярном отделе прямой кишки — 4,7 %. В 3 (4,6 %) случаях имело место врастание опухоли в тонкую кишку, по 2 (3,0 %) случая — в яичники, брюшную стенку и забрюшинную клетчатку, и по 1 (1,5 %) случаю — в селезенку, поджелудочную железу, большой сальник и сигмовидную кишку. У 1 (1,5 %) пациента имелось врастание опухоли в печень, желудок и желудочно-ободочную связку. По степени распространенности первичной опухоли распределение было следующим: T2 — 3 (4,6 %), T3 — 38 (58,5 %), T4 — 24 (36,9 %). Поражение регионарных лимфатических узлов (N1-N3) наблюдалось в 26 (40,0 %) случаях, а отдаленные метастазы (в печень, по брюшине) — в 13 (20 %). II стадия опухолевого процесса была установлена у 35 (53,8 %), III — 17 (26,2 %) и IV — 13 (20,0 %) больных. Преобладали эндофитные опухоли (52,3 %), экзофитная форма имела место в 38,5 % случаев и у 9,2 % пациентов макроскопическая форма опухоли не уточнена. В подавляющем большинстве случаев (96,9 %) опухоли имели гистологическое строение аденокарциномы, причем в 3,1 % — муцинозной. У 3,1 % пациентов гистологическая форма рака не была уточнена. Высоко- и умереннодифференцированные (G1-2) аденокарциномы зафиксированы в 18,5 % случаев, низкодифференцированные (G3) — в 15,4 %, у остальных 66,1 % пациентов уровень дифференцировки опухоли не уточнен. Все пациенты оперированы по поводу осложненного опухолевого процесса: 45 (69,2 %) случаев — по поводу острой кишечной непроходимости, 15 (23,1 %) — по поводу перфорации опухоли, 4 (6,2 %) — по поводу местного перитонита, 1 (1,5 %) — по поводу кровотечения из опухоли.

Операции. Выполнены следующие виды оперативных вмешательств с первичным анастомозом: субтотальная колэктомия — у 8 (12,4 %) пациентов, правосторонняя гемиколэктомия — у 23 (35,4 %), резекция поперечной ободочной кишки — у 1 (1,5 %), левосторонняя гемиколэктомия — у 3 (4,6 %), резекция сигмовидной кишки — у 3 (4,6 %). При запущенной кишечной непроходимости или тяжелом общесоматическом статусе пациентов произведены обструктивные резекции: левосторонняя гемиколэктомия по Гартману — в 2 (3,1 %) случаях, резекция сигмовидной кишки по Гартману — в 24 (36,9 %) случаях резекция прямой кишки по Гартману — в 1 (1,5 %). Всем пациентам, даже при отсутствии условий для формирования анастомоза, удаление первичной опухоли проводилось на первом этапе. При локализации опухоли в правых отделах ободочной кишки во всех случаях операции завершены формированием первичного анастомоза, что соответствует современным подходам в хирургии колоректального рака [1, 2]. В целом, анастомозы наложены 58,5 % пациентов. В 21,5 % случаев имели место комбинированные оперативные вмешательства различного объема.

Непосредственные результаты. Интраоперационное осложнение (кровотечение из брыжеечной вены) возникло у 1 пациента, успешно купировано. В ближайшем послеоперационном периоде у 4 (6,2 %) больных наблюдалась несостоятельность анастомоза: в 3 случаях — после правосторонней гемиколэктомии, и в 1 — после субтотальной колэктомии. В 1 (1,5 %) случае возник абсцесс брюшной полости и в 1 (1,5 %) — кишечная непроходимость. По поводу данных осложнений 6 (9,2 %) пациентам были выполнены релапаротомии. При несостоятельности анастомоза вы-

полнялась его резекция по Гартману. У 1 (1,5 %) пациента после релапаротомии по поводу несостоятельности анастомоза сформировался тонкокишечный свищ, пациент умер. В 3 (4,6 %) случаях, после операции Гартмана, наблюдалось нагноение послеоперационной раны. У 1 (1,5 %) пациентки 74 лет, перенесшей резекцию сигмовидной кишки по Гартману, на фоне мерцательной аритмии развилась ТЭЛА (больная умерла). Всего интра- и послеоперационные осложнения возникли в 11 (16,9 %) случаев. Послеоперационная летальность составила 3,0 %. После выписки из стационара пациенты направлялись для консультации в областной онкодиспансер, где, по показаниям, проводились курсы химиотерапии и лучевой терапии.

Отдаленные результаты. Отдаленные результаты удалось проследить у 54 пациентов. Проанализирована наблюдаемая актуальная выживаемость методом Каплана-Мейера. Для всей группы пациентов 1-годичная выживаемость составила $58,2 \pm 7,1$ %, 5-летняя — $35,0 \pm 7,8$ %.

Выводы

1. Почти у половины (46,2 %) больных, оперированных по поводу осложненного КРР, наблюдался распространенный (III–IV стадии) опухолевый процесс, средний возраст пациентов составил $68,3 \pm 12,1$ лет, у 86 % из них имелась выраженная сопутствующая патология.

2. Операции с одномоментным удалением первичной опухоли выполнены во всех случаях. Вмешательства с одномоментным формированием анастомоза выполнены в 71,1 % случаев. При этом общая частота интра- и послеоперационных осложнений составила 16,9 %, несостоятельности анастомоза возникла у 10,5 %, послеоперационная летальность составила 3,0 %. Непосредственные результаты хирургического лечения осложненного КРР являются удовлетворительными, и отражают современные подходы, сочетающие стремление к радикальности вмешательств и сохранению качества жизни пациентов.

3. Отдаленные результаты лечения пациентов с осложненным КРР неудовлетворительны, что обусловлено распространенностью опухолевого процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кохнюк, В. Т. Колоректальный рак / В. Т. Кохнюк. — Минск: Харвест, 2005. — 384 с.
2. Колоректальный рак. Выбор хирургического лечения при толстокишечной непроходимости / М. Д. Ханевич [и др.]. — СПб.: Аграф+, 2008. — 136 с.

УДК 2:726.6(476.2)

К ВОПРОСУ О СОЗДАНИИ ТУРОВСКОГО КАФЕДРАЛЬНОГО СОБОРА

Бруевич А. Н.

Научный руководитель: старший преподаватель А. А. Сироткин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Значимость открытия Туровского каменного храма трудно переоценить. Это первый каменный храм не только в Турове, но и по всему белорусскому Полесью. Он является крупнейшим древнерусским храмом на белорусских землях, по своей площади уступающий лишь Полоцкому Софийскому собору. Долгие годы Туровская каменная церковь оставалась в забвении. Лишь недавно, благодаря активности П. Ф. Лысенко, появилась возможность описать величие и трагедию крупнейшего древнерусского храма Беларуси.

Цель