

и первое место по летальности при тяжелых формах. Целью исследования является анализ эффективности миниинвазивных вмешательств с применением эндоскопической ультрасонографии в лечении больных на некротический панкреатит и разработка алгоритма лечения. Проанализированы результаты лечения 124 больных на некротический панкреатит. Использовались традиционные и миниинвазивные эндоскопические вмешательства под контролем ультрасонографии. Применение миниинвазивных эндоскопических дренирующих вмешательств под контролем ультрасонографии позволяет в 26,1% случаев избежать необходимости открытого оперативного лечения у больных на некротический панкреатит, сократить продолжительность лечения в 2 раза, уменьшить количество послеоперационных осложнений в 3 раза, снизить летальность в 5,5 раза.

Ключевые слова: некротический панкреатит, эндоскопическая ультрасонография, миниинвазивные вмешательства, алгоритм лечения.

Kebkalo A.B., Hordovskyy V.A., Reiti A.A., Golovin A.V.

ALGORITHM APPLICATION OF MINI-INVASIVE ENDOSCOPIC DRAINAGE PROCEDURES UNDER ULTRASOUND CONTROL

Summary. Acute pancreatitis is third in emergency abdominal surgery in frequency of occurrence, and the first place on mortality in severe forms. The study is an analysis of the efficiency of mini-invasive surgery using EUS in the treatment of patients with necrotizing pancreatitis and treatment algorithm development. Results of treatment of 124 patients with necrotizing pancreatitis. Conservative and mini-invasive endoscopic ultrasonography intervention under control. Application mini-invasive endoscopic drainage procedures under ultrasound control allows avoid the need for open surgery 26.1% of cases in patients with necrotizing pancreatitis, reduce treatment duration is 2 times, reduce postoperative complications 3 times, reduce mortality 5.5 times.

Key words: necrotizing pancreatitis, EUS, mini-invasive intervention, treatment algorithm.

Рецензент - д.мед.н., проф. Мамчич В.І.

Стаття надійшла до редакції 07.11.2016

Кебкало Андрій Борисович - д.мед.н., проф., проф. кафедри хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; +38(097)3093396; andkebkalo@gmail.com

Гордовський Владислав Андрійович - заочний аспірант кафедри хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; +38(099)6435776, +38(063)8865701; vladg@i.ua

Рейті Андріан Остапович - к.мед.н., асистент кафедри хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; +38(095)3365474; a.reyti@gmail.com

Головін Олександр Володимирович - лікар-хірург Комунального закладу Київської обласної ради "Київська обласна клінічна лікарня"; +38(050)6805379; me_doctor@list.ru

© Полянський І.Ю., Мороз П.В., Москалюк В.І., Андрієць В.В., Гринчук А.Ф.

УДК: 616.381-002-089.819

Полянський І.Ю., Мороз П.В., Москалюк В.І., Андрієць В.В., Гринчук А.Ф.

Вищий державний навчальний заклад України "Буковинський державний медичний університет", кафедра хірургії № 1 (Театральна пл., 2, м. Чернівці, Україна, 58002)

ЛАПАРОСКОПІЧНІ МЕТОДИКИ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ

Резюме. У роботі показані можливості лапароскопічних технологій у комплексному лікуванні 106 хворих з різними формами перитоніту. Доведена важлива роль інтерлейкіну 1 β у прогресуванні запального процесу по очеревинній порожнині, доведена залежність його концентрації в плазмі крові від варіантів гену інтерлейкіну 1 β 511(C/T), що стало підґрунтям для розробленого способу прогнозування перебігу перитоніту. Показано, що у більшості випадків малоінвазивні методи дозволили усунути причину перитоніту, провести ефективну санацію очеревинної порожнини та її дренивання. Наведені причини конверсій, сформульовані покази до лапаротомних втручань. Описані розроблені методики повторних лапароскопічних санацій, способи підвищення ефективності санації очеревинної порожнини.

Ключові слова: перитоніт, генетичні дослідження, прогнозування, лапароскопічні технології.

Вступ

Підвищення ефективності лікування хворих на гострий перитоніт є однією з найактуальніших проблем сучасної хірургії. Значна розповсюдженість перитоніту [12], непрогнозований його розвиток при різних гострих хірургічних захворюваннях [1, 10], неспинне розповсюдження запального процесу по очеревинній порожнині, прогресування проявів ендотоксикозу [5, 6], швидкий розвиток життєво небезпечних порушень гомеостазу [6, 12], низька ефективність існуючих методів лікування [1, 3, 9], зумовлюють необхідність розробки нових підходів до лікувальної тактики у таких хворих. Останнім

часом все більше уваги приділяється використанню малоінвазивних технологій при лікуванні гострих хірургічних захворювань [1, 8, 10], однак відсутні чіткі рекомендації з їх використання при гострому перитоніті.

Мета дослідження - провести оцінку можливостей та ефективності лапароскопічних технологій у лікуванні хворих з різними формами гострого перитоніту.

Матеріали та методи

Клінічний матеріал склали 106 хворих з різними формами гострого перитоніту, у комплексному ліку-

ванні яких були використані лапароскопічні методи. Вік пацієнтів коливався від 19 до 76 років, серед них було 46 чоловіків та 60 жінок.

Усім хворим до та після оперативного втручання проводилось комплексне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження згідно існуючих стандартів. Окрім того, в пацієнтів визначали концентрацію у крові інтерлейкіну 1β за допомогою імуоферментного методу на аналізаторі STAT-Fax Plus-303 (США) з використанням тест-систем DIACLON (Франція), DRG (Німеччина).

Для оцінки генетичної детермінації характеру запального процесу проведено молекулярно-генетичне дослідження поліморфізму гена IL1β -511(С/Т). Матеріалом для дослідження була ДНК, виділена з лімфоцитів периферійної венозної крові пацієнтів за допомогою набору реагентів "ДНК-сорб-В". ПЛР-реакцію проводили із використанням Taq-ДНК-полімерази та специфічних праймерів. Дискримінацію алелей проводили за допомогою специфічних ендонуклеаз рестрикції AVA1 і AVAII ("Fermentas", Литва) у реакції гідролізу. Рестрикційні продукти ПЛР розділяли за допомогою електрофорезу у 2% агарозному гелі в присутності трисборатного буфера (ТТБ), концентрованого з бромідом етидію, 30-45 хвилин: розділяли "мутантну" AVAII-резистентну Т-алель та "дику" С-алель [1]. Фрагменти візуалізували за допомогою транслюмінатора у присутності маркера молекулярних мас 100-1000 бр ("СибЭнзим", Росія).

Статистичну обробку результатів дослідження проводили шляхом визначення критеріїв Стюдента та Фішера, а також коефіцієнта ймовірності.

Результати. Обговорення

Причинами гострого перитоніту у обстежених пацієнтів були: гострий деструктивний апендицит - 30 хворих (28,3%), холецистит - 44 хворих (41,51%), перфоративна виразка шлунку чи дванадцятипалої кишки - 11 хворих (10,38%), гінекологічна патологія - 21 хвора (19,81%).

Розповсюдженість запального процесу по очеревинній порожнині визначали за класифікацією І.Ю. Полянського та співав. [7]. Місцевий перитоніт виявлено у 7 випадках (6,6%), дифузний - у 83 (78,3%), розлитий - у 12 (11,32%), загальний - у 4 (3,78%).

Виявлено чітку пряму залежність між розповсюд-

Таблиця 1. Концентрація IL 1β пг/мл в залежності від форми перитоніту.

№ п/п	Розповсюдженість перитоніту	Концентрація у плазмі інтерлейкіну (пг/мл)
1	Місцевий	181,05±0,65
2	Дифузний	184,42±2,49
3	Розлитий	232,5±3,68 p ₁₋₃ * p ₂₋₃ *
4	Загальний	236,62±3,34 p ₁₋₄ * p ₂₋₄ *

Примітка: * - коефіцієнт вірогідності p між вказаними формами <0,01(наведені тільки статистично вірогідні відмінності).

женістю запального процесу по очеревинній порожнині та концентрацією у крові інтерлейкіну 1β (табл. 1). Це свідчить, що одним із провідних чинників прогресування запального процесу є цитокіновий дисбаланс з перевагою прозапальних цитокінів.

Відомо [4], що активність цитокінів носить генетичну детермінацію і залежить від варіантів поліморфізму гену, що кодує їх синтез.

При аналізі варіантів гену IL1β -511(С/Т) встановлено (рис. 1), що у 93,75% пацієнтів з розлитим та загальним перитонітом зустрічались переважно СТ- та ТТ-варіанти цього гену, для яких характерно активний синтез інтерлейкіну 1β [2, 11], а СС варіант, при якому синтез цього цитокіну найнижчий, зустрічались тільки у 6,25% випадків.

При місцевому та дифузному перитоніті СС варіант цього гену був домінуючим у цих групах хворих (96,67% випадків), СТ варіант виявлено у 3,33% і у жодного пацієнта не виявлено несприятливий ТТ варіант.

Це свідчить, що вираженість запального процесу, його розповсюдження по очеревинній порожнині генетично детерміновані і залежать від варіантів генів, що кодують активність медіаторів запалення.

За теорією шансів, ймовірність розвитку розповсюджених форм перитоніту при СТ та ТТ варіантах гену IL1β-511 становить 87,5%, а при СС варіанті - всього 12,5% (p<0,01).

Результати генетичних досліджень, які, з нашого погляду, повинні включатись у комплексне обстежен-



Рис. 1. Частота виявлення варіантів поліморфізму гена інтерлейкіна 1β-511(С/Т) при різних формах гострого перитоніту.

ня хворих при поступленні у стаціонар, дають можливість високо вірогідно прогнозувати характер запального процесу, його прогресування, що повинно стати невід'ємною складовою вибору лікувальної тактики.

У таких хворих лікувальна тактика повинна бути спрямованою на попередження прогресування запального процесу по очеревинній порожнині та його ліквідацію шляхом більш ретельної та інтенсивної санації очеревинної порожнини адекватними антисептиками та локальним підведенням антицитокінових засобів.

Завдання оперативного втручання при перитоніті направлені на вирішення щонайменше трьох завдань: ліквідації причини перитоніту; ефективну санацію очеревинної порожнини; створення умов для контролю за перебігом запального процесу, локального впливу на змінені ділянки очеревини, евакуації ексудату [9, 10].

Як свідчить наш клінічний досвід, лапароскопічні технології у багатьох випадках створюють можливості для успішного вирішення всіх цих завдань.

Так, у всіх 30 хворих, у яких причиною перитоніту був гострий апендицит, нами виконана лапароскопічна апендектомія. При цьому вважаємо, що механічний шов кукси червоподібного відростку є більш надійним, ніж ручні методи його обробки.

При гострому холециститі, як причини перитоніту, нами у 44 випадках виконана лапароскопічна холецистектомія, яка має суттєві переваги перед лапаротомною. Об'ємна візуалізація структур, малотравматичні і гемостатичні технології виділення жовчного міхура з його ложе, надійний гемостаз та перекриття міхурової протоки дозволяють рекомендувати цю операція як метод вибору. Разом з тим, у 4 випадках нами виконана конверсія із-за неможливості ідентифікації елементів жовчного міхура та прилеглих структур у щільному інфільтраті та у 4 випадках - через кровотечі, яку лапароскопічно зупинити не вдавалось.

Зашивання перфоративного отвору шлунка чи ДПК лапароскопічними методиками виконано нами у 11 випадках. Разом з тим, при локалізації перфоративного отвору на задній стінці цибулини ДПК чи шлунку (2 випадки), наявності суб- чи декомпенсованого стенозу, коли виникла потреба у дренажних операціях (1 випадок), операцію закінчили лапаротомним методом.

При різній гінекологічній патології, яка слугувала причиною перитоніту у 21 хворої, у переважній більшості випадків (19 випадків) усунути його причину вдавалось лапароскопічними технологіями, у 2 випадках виникла потреба у конверсії із-за необхідності розширення об'єму гінекологічних операцій.

Найбільш проблемним у лікуванні гострого перитоніту є ефективна санація очеревинної порожнини. При місцевому, дифузному та розлитому перитоніті лапароскопічна санація не поступається такій при лапаротомії. Як свідчать проведені нами мікробіологічні дослідження, багаторазове промивання уражених ділянок очеревини розчинами антисептиків дозволяє зни-

зити мікробну забрудненість майже на 80%. Перевагу надаємо антисептикам з поверхневою активністю, які подаємо в очеревину шляхом створення тиску киснем, що сприяє оксигенації розчину, збільшує його антимікробні властивості, особливо до анаеробів [9]. Ці методи більш доцільними є при несприятливих варіантах перебігу перитоніту, визначених з врахуванням варіантів гену IL1 β -511 (С/Т). У таких пацієнтів вважаємо за необхідне після санації зрештувати очеревину розчинами антицитокінових препаратів за розробленою методикою [10].

Операцію завершували розміщенням у зоні ураження дренажів, кількість і локалізація яких залежало від характеру запального процесу, його розповсюдженості та прогнозованої ймовірності прогресування запального процесу, визначеної за допомогою генетичних досліджень. Дренажі у таких хворих використовували також для локального підведення антицитокінових препаратів у післяопераційному періоді.

Як свідчать проведені нами дослідження, при розповсюджених формах перитоніту одномоментною санацією очеревинної порожнини досягти її абактеріальності не представляється можливим, у зв'язку з чим виникає потреба у повторних санаціях, особливо у пацієнтів з несприятливим прогнозом перебігу перитоніту. Для цього нами розроблені пристрої, які дозволяють заводити в очеревинну порожнину лапароскопічні інструменти через залишені порти, які на період між санаціями слугували місцями виведення дренажів. Це дозволяло проводити повторні санації без ризику пошкодження структур при заведенні інструментів.

У 4 випадках програмована лапароскопічна санація не дозволяла ефективно санувати відмежовані гнійники в очеревинній порожнині, що потребувало виконання УЗД-контрольованих пункцій та дренажу абсцесів.

У 2 пацієнтів для розкриття та дренажу піддіафрагмального та тазового абсцесів використали лапаротомні доступи та застосовані запрограмовані лапароскопічні інструменти - повторні лапаротомні санації очеревинної порожнини.

Летальних випадків у обстеженій групі пацієнтів не було. Середній термін стаціонарного лікування хворих з використанням малоінвазивних технологій був суттєво меншим за такий при використанні лапаротомних методів.

Таким чином, лапароскопічні технології у більшості випадків (87,74%) дали можливість виконати основні завдання хірургічного лікування гострого перитоніту: усунути його причину, провести санацію зони ураження та забезпечити ефективне дренажування і, за потреби, провести повторні лапароскопічні санації та дренажування очеревинної порожнини.

Разом з тим, використання малоінвазивних технологій не може бути єдиним, безальтернативним ме-

тодом лікування хворих на гострий перитоніт. Обмежені технічні можливості для забезпечення адекватної санації та дренирування важкодоступних відділів очеревинної порожнини вимагають застосування лапаротомних методів, у тому числі і повторних запрограмованих лапароскопій.

Оптимальний вибір методу пролонгованої санації є основою успішного лікування хворих на гострий перитоніт.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Проведені дослідження свідчать, що існує залежність між вираженістю запального процесу в очеревинній порожнині та концентрацією в плазмі крові IL1 β , активність синтезу якого генетично детермінована.

2. У хворих з СТ та ТТ варіантами гена IL1 β -511(C/T) слід прогнозувати надмірну вираженість запального процесу, швидке прогресування альтеративних, ексудативних, некробіотичних змін, розповсюдження запального процесу по очеревинній порожнині, що зумовлює вибір адекватної лікувальної тактики.

3. Лапароскопічні технології за певних умов дають змогу надійно усунути причину перитоніту, провести ефективну санацію очеревинної порожнини та її дренирування, однак при сумнівах у їх адекватності необхідно використовувати лапаротомні методики, в т. ч. і повторні розкриття очеревинної порожнини.

Перспективними є різнобічні дослідження генетично детермінованих чинників запального процесу при перитоніті та розробка високотехнологічних малоінвазивних методів лікування таких хворих.

Список літератури

1. Бондарев Р. В. Выбор метода послеоперационной санации брюшной полости у больных с острым разлитым перитонитом осложненным сепсисом / Р.В. Бондарев С.С. Селиванов // Сучасні медичні технології. - 2010. - № 1. - С. 5-8.
2. Влияние полиморфизма -511 T/C гена интерлейкина 1 β на развитие и течение хронической *Helicobacter pylori*-ассоциированной патологии гастродуоденальной области у детей / Р.А. Файзуллина, И.И. Ахметов, Е.В. Абдуллина, А.А. Архипова // Вопросы детской диетологии. - 2012. - Т. 10, № 2. - С. 5-10.
3. Гаджиев Н. Дж. Результаты цитокинотерапии в лечении больных с распространенным перитонитом / Н. Дж. Гаджиев // Український журнал хірургії. - 2013. - № 1 (20). - С. 114-120.
4. Генетический полиморфизм цитокинов / В.Н. Цыган, А.М. Иванов, Т.А. Камилова [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2010. - № 2(30). - С. 211-219.
5. Годлевський А. І. Діагностика та моніторинг ендотоксикозу у хірургічних хворих / А.І. Годлевський, С.І. Саволюк. - Вінниця: Нова книга, 2015. - 230 с.
6. Динаміка клініко-лабораторних показників ендогенної інтоксикації у хворих з поширеним перитонітом / І.Д. Дужий, О.В. Кравець, Г.І. Пятикоп [та ін.] // Вісник Української медичної стоматологічної академії. - 2013. - Т. 13, Вип. 1 (41). - С. 93-95.
7. Класифікація гострого перитоніту / І.Ю. Полянський, Ф.В. Гринчук, В.В. Андриєць [та ін.] // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. - 2012. - Т. 11, № 2. - С. 68-70.
8. Полянський І. Ю. Лапароскопічні оперативні втручання при гострих хірургічних захворюваннях у пацієнтів із супутньою патологією / І.Ю. Полянський, Ф.В. Гринчук // Практична медицина. - 2009. - Т. 9, №1.- С. 56-58.
9. Полянський І. Ю. Лікувальна тактика у хворих на гострий перитоніт / І.Ю. Полянський // Шпитальна хірургія. - 2008. - № 8. - С. 12-14.
10. Полянський І. Ю. Нові підходи до лікування хворих на гострий перитоніт / І.Ю. Полянський // Acta Medica Leopoliensia Львівський медичний часопис. - 2008. - Т. 14, № 3. - С. 97-99.
11. Association of a promoter -511C/T polymorphism of the interleukin-1 β gene with susceptibility to duodenal ulcer disease in Russians of Central-Chernozem region of Russia / V.P. Ivanov, A.V. Polonikov, D.A. Belugin [et al.] // HGVS scientific meeting. - Kyoto, Japan. - 2012. - P. 12.
12. Guillame R. Septic peritonitis: Treatment and prognosis / R. Guillame, A. Bennet // Critical care. - 2011. - Vol. 1, № 1. - P. 1186-1195.

Полянський І.Ю., Мороз П.В., Москалюк В.І., Андриєць В.В., Гринчук А.Ф.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПЕРИТОНИТА

Резюме. В работе показаны возможности лапароскопических технологий в комплексном лечении 106 больных с различными формами перитонита. Доказана важная роль интерлейкина 1 β в прогрессировании воспалительного процесса по брюшинной полости, доказана зависимость его концентрации в плазме крови от вариантов гена интерлейкина 1 β 511 (C/T), что стало основой для разработанного способа прогнозирования течения перитонита. Показано, что в большинстве случаев малоинвазивные методы позволили устранить причину перитонита, провести эффективную санацию брюшинной полости и ее дренирование. Приведены причины конверсии, сформулированы показания к лапаротомным вмешательствам. Описаны разработанные методики повторных лапароскопических санаций, способы повышения эффективности санации брюшинной полости.

Ключевые слова: перитонит, генетические исследования, прогнозирование, лапароскопические технологии.

Polianskiy I.Yu., Moroz P.V., Moskaliuk V.I., Andriiets V.V., Grynychuk A.F.

LAPAROSCOPIC TECHNIQUES IN TREATMENT OF ACUTE PERITONITIS

Summary. The article shows the possibilities of laparoscopic technology in the treatment of 106 patients with different forms of peritonitis. The important role of interleukin 1 β in the progression of inflammation in peritoneal cavity was shown and the dependence of its concentration in blood plasma from interleukin gene variant 1 β 511 (C/T) was proved, which became the basis for the development of predicting method of peritonitis. It is shown that in most cases minimally invasive techniques allowed to remove the cause of peritonitis and to conduct effective sanitation and drainage of peritoneal cavity. The causes of conversions are shown in the article. According to the results of research the indications of laparotomic access interventions are expanded. The article describes the

developed "second look" laparoscopic techniques of peritoneal cavity sanitation and shows the ways of improving of such sanitation efficacy.

Key words: peritonitis, genetic research, predicting, laparoscopic technology.

Рецензент - д.мед.н., проф. Коновчук В.М.

Стаття надійшла до редакції 11.11.2016 р.

Полянський Ігор Юлійович - д.мед.н., проф., зав. кафедри хірургії №1 БДМУ; +38(050)5192472; ipolyanskiy@ukr.net
Мороз Петро Васильович - асистент кафедри хірургії №1 БДМУ; +38(050)9369245; moroz-petro@ukr.net
Москалюк Володимир Іванович - к.мед.н., асистент кафедри хірургії №1 БДМУ; +38(050)1061494; surgery_OKL@bsmu.edu.ua
Андрієць Володимир Васильович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії №1 БДМУ; +38(050)5930622; surgery_OKL@bsmu.edu.ua
Гринчук Андрій Федорович - магістрант кафедри хірургії №1 БДМУ; +38(066)6634205; surgery_OKL@bsmu.edu.ua

© Саволюк С.І., Багрій О.С., Негря Є.В., Глаголева А.Ю.

УДК: 616.345/.35 - 006.6 - 007.272 - 089:[616 - 072 - 77 +621.791.318

Саволюк С.І.¹, Багрій О.С.², Негря Є.В.², Глаголева А.Ю.¹

¹Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, кафедра хірургії та судинної хірургії (вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112), ²Київська міська клінічна лікарня № 8 (04201, Україна, м. Київ, вул. Юрія Кондратюка, 8)

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МЕТАЛЕВИХ СТЕНТІВ, ЩО РОЗПРАВЛЯЮТЬСЯ, У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗЛОЯКІСНОЮ КОЛОРЕКТАЛЬНОЮ ОБСТРУКЦІЄЮ

Резюме. Незважаючи на численні дискусії щодо переваг чи недоліків використання металевих стентів, що самостійно розправляються (СРМС), у порівнянні з оперативним лікуванням у якості первинного етапу в стратегії ведення хворих на злоякісну колоректальну обструкцію, наше дослідження показало, що встановлення СРМС при кишковій непрохідності, викликаній злоякісними пухлинами колоректальної зони, є безпечним варіантом лікування з прийнятним профілем ризику. Ми не змогли визначити чинники, які б могли спрогнозувати розвиток ускладнень, або фактори, які можуть вплинути на довгострокове виживання. Проте, на основі існуючих рекомендацій та даних нашого дослідження визначено, що використання СРМС при злоякісній колоректальній обструкції є найкращим варіантом паліативного лікування та підготовчим етапом (bridge to surgery) до радикального онкологічного хірургічного втручання.

Ключові слова: металеві стенти, що розправляються, кишкова непрохідність, паліативна допомога, колоректальний рак.

Вступ

Використання СРМС зросло в останні роки як паліативний захід, так і в якості "мосту до операції" [35, 31, 17, 3]. Використанням СРМС асоційоване з ризиками перфорації кишки [31, 17, 3, 15, 20], міграції стента [31, 17, 3, 15, 2] та повторної обструкції просвіту кишки при прогресуванні пухлинного процесу [31, 17, 3]. Також тривають дебати щодо доцільності використання СРМС в порівнянні з операцією в якості початкової стратегії в лікувальному процесі в умовах економічної кризи [11, 23], і, навіть, щодо можливого негативного впливу на виживання хворих [23, 29]. Проте, СРМС залишається перспективним варіантом початкового або заключного етапу лікування через можливість уникнення оперативних ризиків у декомпенсованих та непідготовлених хворих, одноетапність хірургічного лікування без виведення стом [32, 26], нижчі показники ранніх ускладнень, що зумовлюють високу летальність, коротші терміни госпіталізації [30, 32, 26], а також менші загальні витрати на лікування хворого [31]. У подальшому необхідно опрацювати способи виявлення чинників та передбачення можливих ускладнень, які можуть вплинути на ранні результати та на довгострокове виживання від використання СРМС в лікуванні злоякісної колоректальної обструкції, та визначити фактори оптимального відбо-

ру пацієнтів.

Мета - оцінити безпосередні результати встановлення СРМС у пацієнтів із обструкцією ободової та прямої кишок злоякісними новоутвореннями.

Матеріали та методи

Було проведено ретроспективний аналіз випадків за 2014-2016 рр. Всі пацієнти з колоректальною обструкцією включались у дослідження на основі даних комп'ютерної томографії (КТ) та підлягали або передопераційній декомпресії ободової кишки з перспективою одноетапної хірургічної операції, або паліативному лікуванню при неоперабельному раку.

Усі демографічні характеристики були зібрані шляхом аналізу історій хвороб та включали: вік, стать, симптоми, супутні захворювання, показання для встановлення СРМС, дату процедури, дату наступної операції (якщо така виконувалась), локалізацію, довжину стенозу, стадію пухлини, отримання пацієнтом нелад'ювантої хіміотерапії, успішність встановлення СРМС (а також причину невдалої установки), довжину СРМС, будь-які ускладнення, які мали місце після введення СРМС, час від появи початкових симптомів до встановлення СРМС. З дослідження виключались пацієнти з наявні-