

сти анастомозов DULK и выполнением проктографии с водорастворимым контрастным препаратом на 7-е сутки послеоперационного периода при формировании колоректальных анастомозов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среднее количество обнаруженных ЛУ составило 21,7±8,28 (от 12 до 37). Метастатическое поражение ЛУ имело место в 7 случаях, обнаружено от 1 до 18 метастатически пораженных ЛУ. В 4-х случаях было отмечено метастатическое поражение ЛУ третьего порядка, при котором имело место также метастатическое поражение ЛУ 1 и 2 порядков. Успешное паратуморальное введение ИЗ удалось во всех случаях, вне зависимости от качества подготовки кишки к эндоскопическому вмешательству, что обеспечило визуализацию ЛУ 1 и 2 порядка во всех случаях и визуализацию ЛУ 3 порядка в 9 случаях из 10. В одном случае ЛУ третьего порядка не визуализировались ИЗ, однако был обнаружен метастатически пораженный ЛУ. В одном случае после оценки кровоснабжения анастомозируемых участков кишки была изменена запланированная область пересечения кишки. В одном случае развилась клинически незначимая несостоятельность анастомоза после формирования низкого колоректального анастомоза с превентивной двустольной трансверзостомой, выявленная при проведении проктографии. Ни в одном случае не отмечено развитие побочных действий, связанных с введением ИЗ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Результаты нашего наблюдения говорят о том, что применение ИЗ является безопасным и удобным методом в колоректальной хирургии, который в большинстве случаев облегчает выполнение D3 лимфаденэктомии и может быть полезен для снижения частоты развития несостоятельности анастомоза.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЛИНЧА У РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Ачкасов С.И., Цуканов А.С., Варданян А.В., Шубин В.П., Семенов Д.А.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Синдром Линча (СЛ) составляет 3% всех случаев заболевания колоректальным раком (КРР) в мире. СЛ вызван наследственными мутациями в генах системы репарации ДНК и проявляется раком толстой кишки, эндометрия, яичников и других органов в возрасте до 45 лет. У европейских больных рак желудка занимает лишь шестое место. Согласно базе данных InSiGHT у большинства европейцев мутации чаще встречаются в гене MSH2.

ЦЕЛЬ. Выявить особенности диагностики и разработать оптимальную схему лечения российских пациентов с синдромом Линча.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование, проводимое в ГНЦК им. А.Н.Рыжих, включено 105 пациентов, у которых впервые выявлен или был в анамнезе рак различной локализации в возрасте до 45 лет и/или отмеченотягощенный наследственный онкологический анамнез. Пациентам, соответствующим вышеупомянутым критериям, было выполнено исследование опухоли на наличие микросателлитной нестабильности (МСН). При выявлении МСН изучались гены системы репарации ДНК.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 41 (39%) из 105 пациентов генетически подтвержден СЛ. В этой группе пациентов было 17 (41%) мужчин и 24 (59%) женщины. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1,4. Средний возраст возникновения первичного рака – 38±9,1 лет. В семейном онкологическом анамнезе больных встре-

тилось 172 случая злокачественных новообразований. Стоит отметить, что рак желудка был выявлен в 19 (11%) случаях.

Мутация в гене MLH1 была выявлена у 19 (50%) из 38 семей, а мутация MSH2 – у 15 (38%).

При анализе проведенных хирургических вмешательств у пациентов с первичным КРР, медиана наблюдения составила 48 месяцев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Полученные результаты позволяют говорить о раннем возникновении КРР у российских пациентов с СЛ. У российских пациентов с синдромом Линча мутация в гене MLH1 встречается в 50% случаев. В структуре заболеваемости рак желудка находится на 2 месте.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ РАКОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Велиев Т.И., Пантюков Е.Д.
Краевой колопроктологический центр КГБУЗ «Горбольница № 4», Барнаул, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В последнее время отмечается рост заболеваемости раком толстой кишки среди раковых опухолей различной локализации.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Установить эффективность эндоскопической электроэксцизии ранних раков толстой кишки у лиц пожилого возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен динамический анализ группы больных с ранними раками толстой кишки, у которых была выполнена эндоскопическая электроэксцизия в период с 1992 по 2017 гг. Отдаленные результаты оценивались на основании контрольных колоноскопий с взятием биопсий в порядке динамического наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Всего под наблюдением находилось 62 больных. Мужчин – 40, женщин – 22. Возраст пациентов составил 60-88 лет. Все больные находились под диспансерным наблюдением в связи с наличием компенсированной и субкомпенсированной форм сердечно-сосудистой патологии, заболеваний органов дыхания. У всех больных была выполнена эндоскопическая электроэксцизия опухолей.

ВЫВОДЫ. Эффективность эндоскопической электроэксцизии ранних раков толстой кишки у лиц пожилого возраста с сопутствующей патологией составила 100%. Отсутствие рецидивов после эндоскопической электроэксцизии позволило ограничиться эндоскопической операцией у пожилых больных.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Галашев Н.В., Макаров А.И., Мандрощенко Т.Ю., Свиньин С.Л.

Северный государственный медицинский университет, ОКБ, Архангельск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Обтурационная толстокишечная непроходимость (ОТКН) является одним из наиболее частых и тяжелых осложнений колоректального рака (КРР).

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшить результаты лечения больных ОТКН опухолевого генеза на основе оптимизации тактики хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 66 пациентов (28 мужчин и 38 женщин) в возрасте 37-86 лет (средний – 62,4). У 86% пациентов имелись от 2 до 5 сопутствующих болезней. У всех пациентов

верифицирована аденокарцинома. Радикальная операция (РО), завершённая межкишечным анастомозом, выполнена 30-ти пациентам (1-я группа), и завершённая КС, выполнена 12-ти пациентам (2-я группа). В 24-ти случаях первым этапом лечения больных была КС, а вторым – РО (3-я группа).

РЕЗУЛЬТАТЫ. После РО, выполненных больным ОТКН при отсутствии осложнений и отдаленных метастазов (1-я гр.), послеоперационные осложнения и летальность не отмечены. У больных с наличием региональных и отдаленных метастазов, внутри- и внебрюшных осложнений ОТКН до операции после РО с КС послеоперационные осложнения развились в 5 (38%), а летальные исходы – в 3 (23%) случаях. У больных 3-й группы осложнения после операций развились в 3 (12,5%) случаях (летальный исход – в 1 (4,1%) случае). Реконструктивный этап пациентам 2-й группы (закрытие КС) выполнен, в среднем, через 8-10 месяцев. РО и закрытие КС больным 3-й группы выполнялся, в среднем, через 27 суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Лапароскопическая РО, завершённая межкишечным анастомозом, целесообразна больным неосложнённой ОТКН опухолевого генеза. Двухэтапное хирургическое лечение больных осложнённой ОТКН (на 1-м этапе – КС и на 2-м – РО) позволило снизить послеоперационные осложнения с 38% до 12,5% и летальность – с 23% до 4,1%.

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА СИГМОВИДНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ: ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

Дарвин В.В., Краснов Е.А.,
Добалюк А.В., Варганова А.Н.

БУ ВО ХМАО-Югры СурГУ, БУ ХМАО-Югры
Сургутская ОКБ, Сургут, Россия

ЦЕЛЬ. Провести анализ результатов лечения несостоятельности швов при формировании колоректальных и низких толстокишечных анастомозов и оценить результаты внедрения в клиническую практику виртуальной илеостомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты лечения 310 больных с раком сигмовидной и прямой кишки, оперированных в плановом порядке. Объем операции: резекция сигмовидной кишки с анастомозом – 105 (33,8%), передняя резекция прямой кишки с анастомозом – 142 (45,9%), резекция сигмовидной кишки и левосторонняя гемиколэктомия с проксимальной колостомией – 17 (5,5%), передняя резекция прямой кишки с концевой колостомией – 18 (5,8%), передняя резекция прямой кишки с протективной илеостомией – 28 (9,0%). У 275 (88,7%) больных операции завершены формированием первичного анастомоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В послеоперационном периоде несостоятельность швов толстой кишки отмечена у 57 (20,7%) оперированных, из которых повторно оперированы 50: у 34 – разобщение анастомоза и выведение концевой колостомии и у 16 – отключение пассажа по толстой кишке из локального доступа. В послеоперационном периоде умерли 5 больных. У всех умерших имела место несостоятельность анастомоза, потребовавшая разобщения анастомоза. Учитывая опыт применения дифференцированной тактики при развитии несостоятельности колоректальных анастомозов, мы у 26 больных (лапароскопическим доступом оперировано 16 больных, лапаротомным – 10) внедрили технологию формирования виртуальной илеостомы – «при-

зрак» (Ghost ileostomy). У 21 (80,8%) больного послеоперационный период протекал гладко, турникет из силиконовой трубки удален на 8 сутки. У 5 (18,2%) больных на 3-5 сут. появились клинические признаки нарушения заживления швов анастомоза, в связи с чем виртуальная илеостома – «призрак» переведена в реальную илеостому (из локального доступа). Иных вне(внутри)брюшных осложнений и летальных исходов в данной группе не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, при низких толстокишечных и колоректальных анастомозах частота несостоятельности швов составляет 20,7%, при этом послеоперационная летальность, сопряжённая с несостоятельностью швов, достигает 8,8%. Перспективным направлением для улучшения результатов формирования низких толстокишечных и колоректальных анастомозов является виртуальная колостомия.

РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ: РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ – ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ВЫСОКОДОЗНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ С ПРОГРАММОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РАДИОМОДИФИКАЦИИ МЕТРОНИДАЗОЛОМ

Захарченко А.А.¹, Попов А.В.¹, Винник Ю.С.¹,
Путилин А.В.², Маркелова Н.М.¹

¹ Красноярский государственный медицинский университет,

² Сибирский клинический центр ФМБА России, Красноярск, Россия

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Оценить эффективность и безопасность комбинированного лечения резектабельного рака прямой кишки (РПК) с использованием предоперационной программы эндоваскулярной радиомодификации метронидазолом (ЭРМ МЗ) и высокодозной лучевой терапии разовой очаговой дозой (ВЛТ РОД)13 Гр.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Анализированы результаты комбинированного лечения 40 пациентов (исследуемая группа – ИГ) с резектабельным РПК II_{A-B} и III_{A-B} стадии (TNM, 2009, 7 версия) с использованием ЭРМ МЗ и ВЛТ РОД13 Гр + радикальная операция (через 20-24 часа). Группы клинического сравнения: 1 – хирургическое лечение (ГКС 1, n=40), 2 – комбинированное лечение с предоперационной крупнофракционной лучевой терапией (КЛТ – 5 Гр × 5) до СОД 25 Гр + радикальная операция через 24-48 часов (ГКС 2, n=40). Общее состояние по шкале ECOG – 0-2 балла. Средний возраст – 55,0±4,1 лет. II_{A-B} стадия в группах сравнения – 33,7%, III_{A-B} stage – 66,3%. Морфология – аденокарциномы (100%). Радиомодификатор в ИГ: Метронидазол – электронно-акцепторное соединение: сенсибилизирует гипоксические клетки опухоли к облучению, цитотоксичен в условиях гипоксии. В ИГ предоперационную ЭРМ МЗ (0,5% 100 ml) выполняли через верхнюю ректальную артерию (ВРА) при локализации опухоли в верхней ампуле. При локализации в средней и нижней ампуле – дополнительно (0,5% 50 ml) через внутренние подвздошные артерии (ВПА). Через 1,5±0,3 часа после ЭРМ МЗ проводили ВЛТ РОД13 Гр на линейном ускорителе СЛ – 75 (Россия). Операции (РО) выполняли через 20-24 часа после облучения. Сфинктеро-сохраняющие вмешательства в группах сравнения – 71,3%. Функционально-сохраняющие – 28,7%. Все операции – по технологии TME (by R. Heald). 5-летние результаты прослежены у 112/120 (93,3%) пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Системные реакции и осложнения