

ции (ГХИ), показатели летальности.

Сфинктеросохраняющие операции (ВБР ПК / БАР ПК) выполнены у 31/40 (77,5%) пациента. Функционально-сохраняющие вмешательства – БПЭ ПК / интерсфинктерная БАР ПК с формированием неоректум, неосфинктера, промежностного неонануса – у 9/40 (22,5%) больных.

Все операции – по технологии ТМЕ. Отдаленные результаты прослежены у всех больных (100%) – частота местных рецидивов (в течение 3-х лет), общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость. Группа клинического сравнения (ГКС) – хирургическое лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Постэмболизационный период: системных осложнений и реакций при МХЭ РА не зарегистрировано. Выраженные явления постэмболизационного болевого синдрома отсутствовали. Местных осложнений (некроз ПК, парапроктит, перитонит, перфорация артерии, аневризма) не было. Гематома в месте пункции бедренной артерии – 1/40 случаев (2,5%). Флюоресцентная микроскопия и спектрофотометрия: средняя концентрация 5-ФУ в ткани опухоли через 72 часа составила 218,7 мкг/г. При визуализации клеточной фракции опухоли выявлено активное включение 5-ФУ как в цитоплазме, так и в структурах ядра и ДНК – признак разрушения ее структуры и летального или сублетального повреждения клеток опухоли. Быстрой элиминации химиопрепарата препятствовала окклюзия локального артериального кровотока и липидол. Микроскопическая диссеминация и морфология опухоли: частота интраоперационной микроскопической диссеминации составила 15,0% (в ГКС – 27,5%, $p < 0,05$). При этом клетки свободных раковых комплексов были с сублетальными и летальными повреждениями. Лекарственный патоморфоз опухолей III степени выявлен в 33/40 (82,5%) случаях, II степени – в 7/40 (17,5%). Иммуногистохимия: показатель апоптоза (ИМ TdT) составил $7,0 \pm 0,2$ (в ГКС – $0,78 \pm 0,12$), пролиферации (ИМ PCNA) – $39,15 \pm 0,27$ (ГКС – $82,08 \pm 0,28$). МХЭ РА привела к усилению апоптоза в 9 раз, а угнетение пролиферации было эффективнее в 2,1 раза ($p < 0,01$). Клинические результаты: ГХИ при использовании МХЭ РА составила 4/40 (10,0%) случаев (в ГКС – 7,5%, $p > 0,05$). Послеоперационная летальность – 1/40 (2,5%) случаев (в ГКС – 2,5%, $p > 0,05$). Частота местного рецидивирования (в течение 3-х лет) – у 1/40 (2,5%) пациента (в ГКС – 13,2%, $p < 0,01$). Общая и безрецидивная 5-летняя выживаемость (вне зависимости от стадии), соответственно, 36/39 (92,3%) и 34/39 (87,2%). В ГКС, соответственно, 75,7% и 70,2% (Log-Rank Test, $p = 0,003$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Предоперационная МХЭ РА (процедура RASHEL) в комбинированном лечении больных РПК обладает достаточно высокой туморицидной эффективностью, относительно безопасна, позволяет выполнять сфинктеро- и функционально-сохраняющие вмешательства, не увеличивает риск развития послеоперационной ГХИ и летальности.

В сочетании с технологией ТМЕ обеспечивает значительную абластичность хирургического вмешательства, достаточно низкую частоту местного рецидивирования и высокую 5-летнюю общую и безрецидивную выживаемость и может конкурировать с известными методами предоперационной лучевой терапии в комбинированном лечении рака прямой кишки.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Полозов С.В.

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»

БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Острая обтурационная кишечная непроходимость является самым частым осложнением колоректального рака. Общая и послеоперационная летальность при этой патологии остаются крайне высокими.

ЦЕЛЬ. Оценка эффективности консервативного лечения и видеокколоноскопии у больных с острой обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимостью.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты лечения 74 больных с острой обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимостью, пролеченных в Сургутской окружной клинической больнице в период 2012–16 гг. Мужчин – 25 (33,8%), женщин – 49 (66,2%). В анализируемой группе с декомпенсированной кишечной непроходимостью – 42 (56,8%) пациента, с субкомпенсированной – 24 (32,4%), с компенсированной – 8 (10,8%). Ведение больных проводилось в соответствии с принятым в клинике протоколом «Диагностика и лечение острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза». Проведена оценка консервативной терапии по критериям клинической эффективности лечения. Изучена роль экстренной видеокколоноскопии в протоколе лечебно-диагностической программы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Дооперационная визуализация опухоли толстой кишки при выполнении экстренной видеокколоноскопии достигает 85,1%. Комплекс консервативных мероприятий, в том числе и стентирование опухоли толстой кишки, позволили разрешить кишечную непроходимость у 59 (79,7%) больных, остальные 15 (20,3%) пациентов оперированы в экстренном порядке.

У 13 (31%) больных с декомпенсированной непроходимостью диагностическая видеокколоноскопия явилась одновременно и лечебной. У данной группы проведено стентирование опухоли с использованием трубчатого дренажа, что позволило избежать оперативного лечения в экстренном порядке. Осложнений экстренной диагностической видеокколоноскопии и стентирования опухоли толстой кишки не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Комплекс консервативных мероприятий при острой обтурационной кишечной непроходимости, включая стентирование толстой кишки, обеспечивает восстановление пассажа по пищеварительному тракту не менее чем у 79,7% пациентов.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А., Исаев В.Р.
ФГБОУ ВО СамГМУ МЗ РФ, Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. При осложненных формах колоректального рака (КРР) – (кровотечение, непроходимость, перфорация) в 40–80% выполняются двухэтапные хирургические вмешательства, заканчивающиеся формированием одностольной кишечной стомы. Восстановительные операции по устранению одно-

ствольной колостомы относятся к наиболее сложным оперативным вмешательствам на толстой кишке.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов хирургического лечения больных с кишечными стомами после оперативных вмешательств по поводу КРР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты хирургического лечения 145 больных с одностольными и двустольными кишечными стомами за период 2014-2016 гг. в колопроктологическом отделении СамГМУ. Мужчин – 71, женщин – 74. Средний возраст больных 48,9 лет. Одностольные стомы были у 89 пациентов, двустольные стомы – у 50, цекостомы – у 6 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все больные обследованы в предоперационном периоде для исключения прогрессии КРР, оценки функции анального держания, воспалительных изменений отдаленных отделов толстой кишки. Восстановление целостности толстой кишки после операции типа Гартмана выполнена 56 больным. Восстановительные операции у 60,7% больных выполнены в период от 6 до 12 мес. после радикальной операции. Механический шов применен у 53 (94,6%) больных: циркулярный анастомоз «конец-в-конец» с использованием одноразовых степлеров (CDH 29, EEA 28, KYGZ 28,5) – у 51 пациента, анастомоз «бок-в-бок» с применением линейно-режущих аппаратов (GIA 60) – у 2 больных. Ручной двурядный шов использован у 3 (5,4%) больных. Механический шов использован у 7 (24,1%) пациентов, ручное формирование анастомоза применено у 22 (75,9%). Послеоперационные осложнения отмечены у 7 (8,2%) больных: нагноение раны – 3 (3,5%), кровотечение из линии степлерного шва – 1 (1,2%), несостоятельность степлерного анастомоза, перитонит – 1 (1,2%), частичная несостоятельность ручного анастомоза с формированием кишечного свища – 1 (1,2%), стриктура в области анастомоза – 1 (1,2%). Умер один больной от несостоятельности толстокишечного анастомоза и прогрессирующего перитонита.

ВЫВОДЫ. Восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки по поводу КРР относятся к операциям высокой степени сложности. Выполнение данных операций больным позволяет провести полную медицинскую и социальную реабилитацию и значительно улучшить качество жизни пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Куликовский В.Ф., Ефремов А.Б.

ОГБУЗ «Областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Аденомы прямой кишки занимают одно из ведущих мест в общей структуре заболеваний этого органа и подвергаются малигнизации в 19,5-90% случаях. Это вызвало в последние десятилетия возрастающий интерес к их раннему выявлению и радикальному лечению с использованием современных малоинвазивных методов.

ЦЕЛЬ. Анализ накопленного клинического опыта и оценка результатов применения трансанальной эндоскопической микрохирургии (ТЭМ) в лечении доброкачественных новообразований прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ результатов лечения 86 больных в возрасте от 43 до 82 лет с полипами прямой кишки с использованием

метода ТЭМ за период с 2012 по 2016 гг. Все ТЭМ-вмешательства выполняли в плановом порядке под эпидуральной анестезией. Использовали операционный проктоскоп фирмы Richard Wolf (Германия) с набором оригинальных и лапароскопических инструментов. При локализации полипа в нижнеампулярном отделе прямой кишки до уровня 4,5-5,0 см выше зубчатой линии использовали упрощенную методику ТЭМ без инфуляции газа. При расположении аденом от зубчатой линии выше 5 см применяли классический ТЭМ метод (Gerhard Buess).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Выполнено 53 оперативных пособия с использованием открытой «безгазовой» ТЭМ, у 33 пациентов применялась классическая методика. Средняя продолжительность ТЭМ составила 52 минуты. Интраоперационных осложнений не было, у 5 пациентов с ворсинчатыми аденомами в поверхностных слоях выявлены очаги высокодифференцированной аденокарциномы. Ректоскопический мониторинг у этих больных рецидива заболевания не выявил. Отдаленные результаты прослежены за период от 4 месяцев до 3,5 лет. Рецидивы полипов выявлены у 8 (9,6%) пациентов.

ВЫВОДЫ. 1. Полученные результаты позволяют нам оценить методику ТЭМ как достаточно эффективный способ лечения доброкачественных новообразований прямой кишки.

2. Дифференцированный подход к выбору метода ТЭМ в зависимости от локализации полипа может быть использован как альтернатива традиционному трансанальному иссечению опухоли и травматичной трансабдоминальной резекции прямой кишки.

ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Солошенко А.В., Сторожил Д.А., Наумов А.В.

ОГБУЗ БОКБ Святителя Иоасафа.

Региональный колопроктологический центр, Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Удаление метастазов колоректального рака в печени позволяет достичь 5-летней выживаемости у 37-45% больных. Однако резектабельными являются не более 15% метастазов. По своей эффективности радиочастотная абляция (РЧА) является основным методом локальной деструкции метастазов печени.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить частоту послеоперационных осложнений и отдаленные результаты после РЧА.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты хирургического лечения 144 больных с метастазами колоректального рака в печени, находящихся на лечении в региональном колопроктологическом центре и центре хирургии печени и поджелудочной железы ОГБУЗ БОКБ Святителя Иоасафа с 2004 по 2016 гг. У 63 больных операция на печени выполнялась одновременно с резекцией толстой кишки, а остальным больным – в разные сроки после удаления первичной опухоли. Единичный метастаз выявлен у 96 больных, множественные – у 48. Диаметр очагов колебался от 1 до 20 см. Резекция печени выполнена 49 пациентам с помощью ультразвукового деструктора-аспиратора CUSA. Объем операции распределился следующим образом: левосторонняя гемигепатэктомия – 8; правосторонняя гемигепатэктомия – 19; резекция отдельных сегментов – 22. РЧА выполняли аппаратом RADIONICS. Пролечено 95 пациентов и выполнена абляция 184 узлов. Эффективность РЧА оценивали интраоперационной сонографией.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Послеоперационные осложнения