

Быстрой элиминации химиопрепарата препятствовала окклюзия локального артериального кровотока и липидол.

Микроскопическая диссеминация и морфология опухоли (операционный препарат): 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%) случай (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 RACHEL) в комбинированном лечении больных РПК обладает достаточно высокой туморцидной 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.

ВЛИЯНИЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ КОЛОСТОМИИ НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Зитта Д.В., Субботин В.М., Баклашова В.В.

Кафедра факультетской хирургии с курсом урологии, ГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А.Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Превентивная колостомия широко применяется для предупреждения последствий несостоятельности анастомоза после низкой передней резекции прямой кишки. Однако влияние превентивной колостомии на отдаленные функциональные результаты остается малоизученным.

ЦЕЛЬ. Оценить влияние превентивной колостомии на отдаленные результаты низких передних резекций прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Больные, перенесшие низкую переднюю резекцию прямой кишки с анастомозом в отделении колопроктологии, были осмотрены в сроки от 6 месяцев до 4 лет после операции. 68 больных без превентивной стомы составили основную группу. 78 пациентов, которым была сформирована, а затем закрыта превентивная стома, вошли в группу сравнения. Анализировались такие показатели, как частота стриктур анастомоза и свищей, наличие недержания и количество дефекаций в течение суток.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В основной группе оказалось 4 боль-

ных, у которых возникла несостоятельность анастомоза, была выполнена релапаротомия, трансверзостомия без разобщения анастомоза, затем закрытие колостомы. В группе сравнения несостоятельность анастомоза была выявлена у 7 пациентов, релапаротомия не потребовалась ни в одном случае. В основной группе диаметр анастомоза до 0,5 см был у 4 больных, от 0,5 до 1 см – у 10, от 1 до 2 см – у 36, более 2 см – у 18. В группе сравнения диаметр анастомоза до 0,5 см был у 4 больных, от 0,5 до 1 см – у 27, от 1 до 2 см – у 37, более 2 см – у 10.

У 3 больных основной группы произошло формирование свищей. В группе сравнения свищи с внутренним отверстием в зоне анастомоза выявлены у 7 пациентов.

Клинически значимого недержания кишечного содержимого не было ни в одном случае. В основной группе частота дефекации в сутки до 1 р. имела место у 12 больных, 2-4 р. в сутки – у 26, больше 4 – у 30. В группе сравнения частота дефекации до 1 р в сутки наблюдалась у 10 пациентов, 2-4 р. в сутки – у 31, более 4 – у 37.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Превентивная колостомия не снижает риска развития несостоятельности анастомоза, но позволяет избежать развития тяжелых последствий и повторных операций. Наличие превентивной колостомы не оказывает существенного влияния на отдаленные функциональные результаты низкой передней резекции прямой кишки.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСРЕКТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Иванов В.А., Денисов А.Е., Малушенко Р.Н.

РУДН, 24 ГКБ, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Повышенное внимание к онкологическим заболеваниям, в последнее время, обусловлено устойчивой тенденцией к росту заболеваемости данной патологией.

ЦЕЛЬ. Показать возможности трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) прямой кишки с наполнением просвета кишки жидкостью в выявлении объемных образований и распространенности процесса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследования проводились на аппарате Philips iU 22 микроконвексным объемным датчиком с частотой 4-8 МГц и углом обзора 130 градусов. ТРУЗИ проводилось в положении больного лежа на левом боку с подведёнными к животу коленями, после введения в прямую кишку около 200 мл жидкости с помощью клизмы. Всего обследовано 105 (100%) пациентов: 36 (34,3%) мужчин и 69 (65,7%) женщин. Возраст обследуемых пациентов колебался от 34 до 87 лет. Средний возраст составил $61 \pm 9,3$ лет. У всех пациентов имелась гистологическая верификация диагноза. Оценивались следующие параметры объемных образований: размеры, контуры, эхоструктура, наличие инвазии стенки кишки, прорастание в окружающие органы и ткани, наличие увеличенных регионарных лимфатических узлов.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В случае аденокарциномы и недифференцированного рака образования визуализировались пониженной эхогенности в 36 (34,3%), умеренной эхогенности – в 27 (25,7%) случаях. Неровность и нечеткость контуров определялись в 63 (60,0%) случаях. Наличие инвазии стенки кишки выявлено у 59 (56,2%) больных, прорастание в окружающие ткани – у 18 (17,1%) пациентов, наличие увеличенных регионарных лимфатических узлов – у 23 (21,9%)

больных. При ворсинчатой аденоме образования определялись как умеренно повышенной экзогенности с четкими, неровными контурами, с гиперваскуляризацией при ЦДК у 42 (97,7%) больных. Совпадение заключения УЗИ с клиническим диагнозом имелось у 103 (98,1%) пациентов.

ВЫВОДЫ. 1. Современная методика ТРУЗИ прямой кишки, с наполнением просвета кишки жидкостью, позволяет с высокой вероятностью выявлять объемное образование прямой кишки и определять его размеры.

2. С помощью ТРУЗИ удастся получить достоверную информацию о распространенности опухолевого процесса по прямой кишке и за ее пределы.

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ТОТАЛЬНАЯ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЯ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Казиева Л.Ю., Рыбаков Е.Г., Чернышов С.В., Майновская О.А., Шельгин Ю.А.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Трансанальная тотальная мезоректумэктомия – миниинвазивная технология в хирургии рака прямой кишки, разработанная с целью улучшения качества удаляемых препаратов и, соответственно, онкологических результатов у пациентов с узким тазом, висцеральным ожирением, передней локализацией опухоли и неoadъювантной химиолучевой терапией.

ЦЕЛЬ. Оценка качества удаленных препаратов и непосредственных результатов при трансанальной эндоскопической тотальной мезоректумэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Пациенты с морфологически верифицированным раком прямой кишки cT2-3N1-2M0-1, с дистальным полюсом опухоли на 7,1±2,2 (3-11) см от края ануса.

РЕЗУЛЬТАТЫ. 30 пациентам (19 мужчин) со средним возрастом 60±11,16 (40-76) лет была выполнена трансанальная тотальная мезоректумэктомия с лапароскопической ассистенцией. Средний индекс массы тела составил 24,8±2,6 (19-30) кг/м². Сопутствующие заболевания имелись у 12 (40%) пациентов. Трансанальный этап вмешательства выполнялся с использованием операционного ректоскопа Karl Storz, Tuttlingen, Germany. Двенадцати пациентам была выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки, 16 – низкая передняя резекция прямой кишки, 2 – операция Гартмана. При этом у 27 пациентов был сформирован анастомоз «конец-в-конец», 1 пациентке выполнен резервуаро-ректальный анастомоз по «бок-в-конец».

Интраоперационные осложнения развились в 7 случаях, что потребовало конверсии у 3 пациентов.

Длительность операции колебалась от 210 до 400 мин., в среднем – 294,3±57 минуты. При этом длительность непосредственно трансанального этапа составила 114,3±46,88 (40-200) минуты. Объем кровопотери во всех случаях был минимален.

Частота послеоперационных осложнений, соответствующих III степени по Clavien-Dindo и потребовавших повторного вмешательства, составила 6,6%. Необходимость повторных операций была связана с развитием атонии мочевого пузыря, в связи с чем у 2 пациентов была выполнена троакарная эпицистостомия. Летальности в сроки до 30 дней отмечено не было. Медиана послеоперационного койко-дня составила 10 (7:14) дней. Потребность в применении наркотических анальгетиков была минимальной.

При морфологическом исследовании качество удаленных препаратов в 5 (17%) случаях оценено как Grade 1, в 17 (56%) случаях как Grade 2, в 8 (27%) – как Grade 3 (по Ph. Quirke). Циркулярная граница резекции, в среднем, составила 5,0±4,1 (0,5-15) мм, при этом у 5 пациентов она была позитивной, (в 4 препаратах – по лимфатическому узлу). Дистальная граница резекции во всех случаях была интактной – 25,6±11,4 (13-65) мм. Среднее количество исследованных лимфоузлов составило 24,2±10,0 (11-53) мм, метастатически пораженных – 6,8±7,0 (1-22). В основном, преобладала II-III стадия заболевания – n=23 (76,6%).

19 пациентам из 28 с ранее сформированными анастомозами выполнены восстановительные операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Методика трансанальной тотальной мезоректумэктомии требует дальнейшего изучения для оценки ее преимуществ, определения показаний к применению и выявлению группы пациентов, которым ее выполнение будет наиболее целесообразно.

СИМУЛЬТАННЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ

Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Гасанов А.Г., Муслимов М.И., Муслимов В.И., Раскатова Е.В.

ЦВКГ им. А.А.Вишневого, г. Красногорск, Московская обл., Россия

МИУВ ГУ ПП, г. Москва, Россия

ГБУЗ «НЦРБ», г. Ногинск, Московская обл., Россия

Оперативные вмешательства, выполняемые по поводу местнораспространенного рака прямой кишки, как правило, дополняются проведением аортоподвздошной или аортоподвздошнотазовой лимфодиссекцией. В последующем это нередко приводит к возникновению стриктур дистальных третей мочеточников с нарушением пассажа мочи по ним и требующим различных методов его восстановления.

В колопроктологическом центре ЦВКГ им. А.А.Вишневого и ЛРКЦ МО РФ в период с 1996 по 2014 годы на лечении находилось 584 пациента по поводу рака прямой кишки, поздние стадии заболевания были у 481 (82,4%).

Поздние стадии рака отмечены: ободочной кишки – 589 (81,0%), прямой кишки – 481 (82,3%) случаев.

Из них местнораспространенные формы рака прямой кишки отмечены у 102 (21,2%) пациентов. В последующем у 23 (22,5%) пациентов в сроки от 6 до 18 месяцев были диагностированы стриктуры дистальных третей мочеточников, сопровождавшиеся нарушением пассажа мочи. В 16 (69,6%) случаях это были стриктуры левого мочеточника, в 3 (13,6%) – правого, и в 4 (17,4%) случаях – обоих мочеточников. У 12 (52,2%) пациентов с ограниченными по протяженности стриктурами восстановление проходимости мочеточников было выполнено с применением малоинвазивных методов. У 11 (47,8%) пациентов декомпенсированные рубцовые стриктуры мочеточников возникли после повторных циторедуктивных оперативных вмешательств типа Гартмана с иссечением тазовой брюшины. Они были протяженными и занимали практически всю дистальную треть мочеточников от места перехлеста их через подвздошные сосуды до юкставезикальных отделов. Последней группе больных в предоперационном периоде были выполнены чрезкожные нефростомии. Симультантные реконструктивно-восстановительные операции проводились в сроки от 9 до 24 месяцев, во всех случаях рецидивов рака толстой кишки обнаружено не было. Всего