

РЕЗУЛЬТАТЫ. Послеоперационные осложнения выявлены у 4 больных. В 1 случае после РЧА дренирован абсцесс печени, у двух больных после правосторонней гемигепатэктомии дренированы биломы поддиафрагмального пространства, и у 1 больного дренирован межпечетельный абсцесс. В первый год после РЧА выявлены 4 рецидива метастаза. Кумулятивная 1-, 3- и 5-летняя выживаемость изучена у 88 больных и составила 88,6%, 35,3% и 19,5%, соответственно.

ВЫВОДЫ. РЧА является эффективным методом локальной деструкции метастазов, имеет незначительное число послеоперационных осложнений и может быть использована при невозможности выполнить резекцию печени.

СИНДРОМ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ (ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ)

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилев Д.А., Наумов А.В., Братищева Н.Н.

ОГБУЗ БОКБ Святытеля Иоасафа, межрегиональный колопроктологический центр, кафедра госпитальной хирургии НИУ «БелГУ», г. Белгород Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Частая, многомоментная дефекация и недержание кишечного содержимого без ощущения позывов с чувством неполного опорожнения получили название «синдрома низкой передней резекции прямой кишки». Изучение данной проблемы имеет большое для понимания сути физиологических процессов происходящих у пациентов после органосохраняющих операций по поводу рака прямой кишки.

ЦЕЛЬ. Изучение функциональных особенностей прямой кишки, её сфинктерного аппарата и мышц тазового дна у больных после органосохраняющих операций по поводу среднеампулярного рака прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Для изучения данной проблемы мы проанализировали функциональные результаты лечения у 98 больных после брюшно-анальной резекции и у 82 больных после низкой передней резекции прямой кишки прооперированных в БОКБ Святытеля Иоасафа в период с 1998 по 2015 год. В данном исследовании группы оценены на однородность по полу, возрасту, по гистологическому строению и степени дифференцировки опухолевых клеток, по степени выраженности и распространению онкологического процесса.

Критерии включения: локализация нижнего края опухоли выше 6 см и ниже 12 см по данным жесткой ректоскопии, прохождение предоперационного курса лучевой терапии и наличие 18-ти месяцев безрецидивного течения заболевания. Основные критерий исключения: несостоятельность колоректального анастомоза и гнойно-септические осложнения в тазовой области.

Основной объем исследований осуществлен на полифункциональном лечебно-диагностическом комплексе «Polygraf ID» американской фирмы «Medtronic» с оценкой 34 показателей сократительной, рефлекторной, сенсорной и накопительной функций при проведении аноректальной манометрии, профилометрии анального сфинктера с дополнительной электромиографией.

РЕЗУЛЬТАТЫ. После брюшно-анальной резекции снижение сократительной активности наружного сфинктера прослеживается только на ранних сроках послеоперационного периода и через 4-6 месяцев мы не видим достоверной разницы в функциональных показателях между двумя операциями. Нарушения тонической активности внутреннего сфинктера стой-

кие и продолжительные и только к 9-12 месяцам после операции приближаются к показателям после низкой передней резекции, у которых изменения были весьма незначительны – около 2-3% от нормы.

Как после брюшно-анальной, так и после низкой передней резекции ректо-анальный ингибиторный рефлекс отсутствовал у всех больных. Появление нового колоанального ингибиторного рефлекса происходит не ранее 9-12 месяцев вне зависимости от выполненной операции со значительным увеличением порога рефлекса, его латентного периода, и снижением средней амплитуды и продолжительности.

Субъективные пороги чувствительности были существенно снижены без достоверной разницы между двумя операциями. Порог первого ощущения на 22-24%, порог первого позыва к дефекации на 36-39% и максимально терпимого объема на 48-51% с уменьшением диапазона между ними.

В данном исследовании мы не выявили разницы в характеристиках накопительной функции. Как после брюшно-анальной, так и после низкой передней резекции показатели адаптационной способности кишки были одинаково увеличены: величина максимального давления на 33-36%, время адаптации на 43-46% и уровень остаточного давления на 51-54%. Аналогичная ситуация с показателями эластичности: коэффициент эластичности снижен на 32-35% и порог сократительного ответа на 24-26%.

Сенсорная и накопительная функций в двух группах восстанавливаются не ранее 9-12 месяцев, при этом мы не выявили достоверной разницы в показателях между двумя операциями.

Причина худших функциональных результатов брюшно-анальной резекции по сравнению с низкой передней в нарушении тонической активности наружного сфинктера в течении 4-6 месяцев и внутреннего сфинктера в течении 9-12 месяцев после операции.

ВЫВОД. Функциональные нарушения, характерные для синдрома низкой передней резекции прямой кишки, обусловлены комплексными изменениями сократительной, рефлекторной, сенсорной и накопительной функций прямой кишки и её сфинктерного аппарата.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Майстренко Н.А., Сазонов А.А.

ВМедА им. С.М.Кирова, клиника факультетской хирургии им. С.П.Федорова, г. Санкт-Петербург, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. На территории России первичный диагноз рака толстой кишки ежегодно устанавливается у 60000 человек, при этом высокие показатели заболеваемости отмечаются и в Северо-Западном регионе. Известно, что встречаемость колоректального рака достигает пиковых значений к 65-70 годам. Отсутствие эффективных методик скрининга не позволяет улучшить показатели ранней диагностики данного заболевания. Как следствие, не снижается удельный вес местнораспространенных форм рака толстой кишки. Высокая частота местнораспространенного рака толстой кишки, наряду с его «старением», свидетельствуют об актуальности вопроса применения комбинированных вмешательств у больных пожилого и старческого возраста.

ЦЕЛЬ. Оценить результаты хирургического лечения больных местнораспространенным колоректальным раком пожилого и старческого возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С января 2010 по ноябрь 2014 г. комбинированные и расширенные вмешательства были выполнены 102 пациентам с местнораспространенным раком толстой кишки. Пациенты были разделены на 2 группы по возрастному фактору. Основную группу из 66 человек составили больные пожилого и старческого возраста. Контрольная группа была сформирована из 36 пациентов моложе 60 лет. Преобладающей локализацией первичной опухоли, как в основной, так и в контрольной группе была прямая и сигмовидная кишка. Почти у всех пациентов имелись выраженные паратуморальные осложнения, значительно ухудшавшие их общее состояние.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Послеоперационной летальности удалось избежать в обеих группах. Развитие осложнений в послеоперационном периоде было зафиксировано у 33% больных в основной группе и у 25% – в контрольной. Показатель общей двухлетней выживаемости составил: 73,2% и 78,3%, соответственно. При этом канцер-специфическая смертность в группе больных гериатрического профиля оказалась несколько ниже, чем у пациентов моложе 60 лет. Двухлетняя безрецидивная выживаемость составила 65,9% – в основной группе и 52,2% – в контрольной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Таким образом, выполнение комбинированных и расширенных операций по поводу местнораспространенного рака толстой кишки у больных старших возрастных групп сопряжено с некоторым увеличением риска развития осложнений в раннем послеоперационном периоде. Однако данная хирургическая тактика приносит обнадеживающие отдаленные результаты, а, следовательно, представляется весьма обоснованной и эффективной.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Мударисов Р.Р., Алиев С.Р., Мнойн А.Х., Мусин А.И.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, ГКБ № 15 им. О.М.Филатова, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Колоректальный рак занимает одну из основных позиций среди общего количества онкологических больных в РФ, при этом отмечается прогрессивный рост заболеваемости. Значительная часть больных колоректальным раком госпитализируется в общехирургические стационары по экстренным показаниям с осложненным течением болезни. Лечение этих больных является сложной задачей для ургентных хирургов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С января 2011 г. по декабрь 2015 года в ГБУЗ ГКБ № 15 им. О.М.Филатова ДЗМ оперировано 409 пациентов с осложненным колоректальным раком. Из них 359 (87,8%) больных, с толстокишечной непроходимостью и 50 (12,2%) пациентов с рецидивирующим кишечным кровотечением. Средний возраст больных составил 66 лет (25-101). Соотношение женщин к мужчинам 242/167 (59,2%/40,8%). Лапароскопический доступ применялся в 81 (19,8%) случае (женщин – 49 (60,5%), мужчин – 32 (39,5%).

На фоне консервативной терапии симптомы остро го состояния купированы. При обследовании опухоль правых отделов ободочной кишки выявлена у 11 (13,6%) пациентов, левой половины – у 37 (45,7%) больного, прямой – 33 (40,7%).

Стенозирующий рак диагностирован у 74 (91%) пациентов, кровотечение отмечено у 32 (26%) больных. После предоперационной подготовки, в отсроченном периоде в срок от 3 до 5 дней пациентам выполнены различного характера радикальные операции.

Из них лапароскопические резекции выполнены у 73 пациентов (резекция сигмовидной кишки – 27, из них 4 – обструктивные; передняя резекция – у 25; левосторонняя гемиколэктомия – 6, из них 2 – обструктивные; правосторонних гемиколэктомий – 10; операции Гартмана – 4; резекция п/о кишки – 1. У 4 пациентов выполнена лапароскопически-ассистируемая операция (брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки – 3, резекции сигмовидной кишки – 2). В одном случае выполнена лапароскопическая ревизия брюшной полости с сигмостомией и в двух случаях – трансверзостомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя продолжительность операции составила 113 минут (65-160). Интраоперационная кровопотеря минимальная (менее 100 мл). Дренаж из брюшной полости удалялся на следующие сутки и больные активизировались. В послеоперационном периоде уже на 2-е сутки больные не нуждались в наркотическом обезболивании. Восстановление нормальной перистальтики отмечена через 24-48 часов. В послеоперационном периоде из пролеченных пациентов у 4-х сохранялся парез желудочно-кишечного тракта, который разрешился на фоне консервативных мероприятий. Задержка мочеиспускания наблюдалась у 3 пациентов. У 2-х больных отмечена несостоятельность анастомоза на 4-е и 5-е сутки. Смертей не отмечено.

ВЫВОДЫ. При лапароскопическом доступе наблюдается малая травматичность, низкая кровопотеря, быстрая активизация больных, снижение болевого синдрома, при этом не увеличивается число послеоперационных осложнений. Применение лапароскопических технологий в общехирургическом стационаре должно стать золотым стандартом хирургического лечения осложненного колоректального рака.

О ТРАНССЕКЦИИ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Муштафин Р.Д., Есин В.И., Молчанова Ю.Р.

ГБОУ ВПО Астраханский медицинский университет, ГБУЗ АМОКБ, г. Астрахань, Россия

В исследование включены 65 пациентов, оперированных с 2009 по 2015 г. Средний возраст больных составил 65,5 лет. Мужчин было 44, женщин – 21. Выполнено 28 правосторонних гемигепатэктомий, 9 – левосторонних (из них 2 расширенных), 16 секторэктомий и 12 сегментэктомий, включая 3 резекции хвостатой доли. Все резекции печени выполняли так называемым «воротным» способом с идентификацией элементов портальной триады. У 9 пациентов на воротном этапе операции использовали так называемый экстраглиссоновый подход. Для оценки эффективности применявшихся способов транссекции паренхимы печени больные были разделены на три группы: первая группа, в которой применяли метод Kelly-crushing – 29 человек, вторая (с применением аппарата En Seal) – 20 человек, третья (Sony Scision) – 16 человек.

Статистические различия были выявлены нами между первой и третьей группами по объему интраоперационной кровопотери, времени паренхиматозной транссекции и, соответственно, продолжительности применения приема Прингла. В группе с применением метода Kelly, несмотря на достоверно более быстрое рассечение паренхимы, общая продолжительность оперативного вмешательства не отличалась от других групп, поскольку этим пациентам требовалось большее количество дополнительных 8-образных атравматических швов на этапе контроля гемостаза. Клинических различий по течению послеоперацион-