

**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

Мустафин 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-