

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-

ного периода между группами пациентов нами выявлено не было, по основным клинико-биохимическим параметрам, мы не обнаружили в группах пациентов клинически значимых проявлений печеночной недостаточности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Все три проанализированные нами способа операции являются эффективными и достаточно безопасными. Вместе с тем, выбор способа разделения паренхимы печени при выполнении ее анатомической резекции остается обсуждаемым вопросом и в большей степени зависит от технического обеспечения учреждения.

ПОВТОРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Мустафин Р.Д., Есин В.И., Шабеева М.М.

Астраханский государственный медицинский университет, Александро-Мариинская областная клиническая больница, г. Астрахань, Россия

Повторные резекции печени при метастазах колоректального рака являются сложным вмешательством, особенно при возникновении компрессионной или обтурационной желтухи. Приводим наше наблюдение. Больной Х., 62 лет, в 29.10.2012 года оперирован в связи с аденокарциномой прямой кишки Т3N0M0, выполнена низкая передняя резекция. 15.01.2013 – правосторонняя гемигепатэктомия в связи с метастазами в S6-8.

В феврале 2014 г. при КТ-исследовании в IV сегменте печени обнаружен метастаз размерами 3,3×4,5 см с расширением долевого и сегментарных протоков, выполнена ЧЧХ с дренированием левого долевого протока. 29.04.2014 оперирован. Лапаротомия J-образным разрезом. Выраженный спаечный процесс вокруг гипертрофированной культи печени. По верхнему контуру культи S4a имеется плотная округлая опухоль диаметром около 4 см, распространяющаяся по задней поверхности на сохранившиеся элементы печечно-12 перстной связки. На остальном протяжении паренхима печени без признаков опухолевого поражения. Решено выполнить резекцию S4 с формированием гепатикоюноанастомоза. После пересечения дистального отдела холедоха выполнена диссекция гепатодуоденальной связки с отделением ее от хвостатой доли, рассечена воротная пластина, под ней обнаружен свободный от опухоли участок желчного дерева, которое на этом уровне пересечено. Выполнена резекция S4 методом Kelly, идентифицированы и выделены три расположенных «вплотную» друг к другу крупных желчных протока (S4b, S2, S3) – тотчас выше развилки левого долевого протока. Сформировано позадибодочное соустье трех сегментарных протоков с тощей кишкой однорядным прецизионным атравматическим швом («моноплос» 4/0) по Ру. В послеоперационном периоде сформировался наружный желчный свищ, который самостоятельно закрылся через 3 недели. Пациенту было проведено 8 курсов полихимиотерапии по схеме FOLFOX+бевацизумаб (бевацизумаб пациент получал в течение года).

Осмотрен через 2 года. Жалоб не предъявляет, признаков рецидива и прогрессирования заболевания не выявлено, ведет активный образ жизни.

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ LST И РАННИХ ФОРМАХ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Нечай И.А., Афанасьева Е.П., Мальцев Н.П.

Отделение колопроктологии СПб ГБУЗ № 40, кафедра ПДМО СПб ГУ, г. Санкт-Петербург, Россия

ВВЕДЕНИЕ. Ворсинчатые стелющиеся опухоли и полипы прямой кишки имеют, как известно, высокий риск малигнизации. Степень этого риска увеличивается с размером образования [Bond, 2000 г.] Наибольшие трудности возникают при выборе оптимального метода лечения злокачественных опухолей ранних стадий, ворсинчатых аденом стелющегося типа роста (LST) и на широком основании. Такие образования могут занимать значительную площадь стенки кишки и иметь разную степень интраэпителиальной неоплазии в отдельных участках. Поэтому способы удаления этих образований должны быть радикальными, безопасными и органосохраняющими.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включен 41 пациент с гистологически подтвержденными ворсинчатыми аденомами прямой кишки, опухолями стелющегося типа роста (LST) и аденокарциномами Tis-T2, проходивший лечение в отделении колопроктологии СПб ГБУЗ ГБ № 40 с 2011 по 2015 гг. В исследовании участвовало 19 (46%) женщин и 22 (54%) мужчины, возраст от 35 до 86 лет.

До операции всем больным проводилось обследование: пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, колоноскопия, МРТ с контрастированием, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография грудной полости, анализы крови и мочи. LST, располагающиеся в нижеампулярном отделе прямой кишки, удаляли путем трансанального иссечения с использованием аноректотрактора. Опухоли, локализовавшиеся в средне- и верхнеампулярном отделе, удаляли через операционный проктоскоп фирмы Karl-Storz, с помощью набора специальных инструментов. Всем пациентам выполнено полное иссечение кишечной стенки с опухолью с последующим ушиванием раны. В 1 случае возникло осложнение в виде кровотечения из раны на 9 сутки после операции – остановлено прошиванием сосуда в условиях операционной. У 1 больного с LST на передней стенке верхнеампулярного отдела прямой кишки произошла перфорация кишечной стенки во время иссечения образования. Дефект ушит с использованием техники формирования внутрикишечного шва. Выполнена лапароскопия, проведена воздушная проба, которая была отрицательная. Колостомы не накладывались. Гладкое послеоперационное течение.

Всего удалено 41 образование, в том числе 8 злокачественных опухолей Tis-3; T1-4; T2-1. По результатам патоморфологического исследования удаленных препаратов еще в 2 (4,9%) случаях была определена высокодифференцированная аденокарцинома (1 – T1sm2, 1 – T1sm3), а при исходно биопсийном обследовании – ворсинчатая аденома. Эти пациенты получали адьювантную лучевую терапию и находятся под нашим наблюдением, как и все другие пациенты.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Отдаленные результаты оценены у 35 пациентов, у которых с момента операции прошло не менее 12 месяцев. У 4 (9,7%) пациентов диагностирован рецидив. В одном случае, у пациента через 6 месяцев после ТЭО возник рецидив ворсинчатой опухоли в зоне послеоперационного рубца – 0-Is – выполнена эндоскопическая полипэктомия. У другого пациента диагностирован рецидив через 9 месяцев, ему проведено повторное ТЭО. В третьем случае, рецидив выявлен у пациентки после трансанального иссечения ворсинчатой опухоли нижеампулярного отдела прямой