

на операционном столе. Полное расправление стентов достигнуто на первые сутки после имплантации. Нормализация стула получена на вторые – третьи сутки.

В одном случае у пациентки с доброкачественной стриктурой возникла перфорация зоны анастомоза, которая была сразу же диагностирована. 9 пациентов радикально оперированы после подготовки кишечника на 4-7 сутки. Пациент с неоперабельным раком прямой кишки после стентирования, в течение первых 6 месяцев дважды обращался в клинику для повторной имплантации стента, вследствие его миграции. Смерть пациента через 5 месяцев. До последнего дня жалоб на нарушения стула не было.

ВЫВОДЫ. Установка никелид-титановых саморасправляющихся колоректальных стентов для купирования явлений острой кишечной непроходимости с последующим выполнением радикального вмешательства является оптимальным вариантом хирургической тактики.

Эндопротезирование позволяет улучшить качество жизни пациентам с неоперабельным раком толстой кишки в качестве окончательного способа лечения.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ИНВАЗИЕЙ В ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНУЮ КИШКУ

Помазкин В.И.

Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург, Россия

Лечение местнораспространенного рака толстой кишки с вовлечением в опухолевый процесс органов панкреатодуоденальной зоны вызывает большие трудности.

Целью работы являлся анализ нашего опыта хирургического лечения рака ободочной кишки при инвазии опухоли в двенадцатиперстную кишку. В исследование включены результаты лечения 7 больных в возрасте от 68 до 76 лет. У 1 пациента была выполнена панкреатодуоденальная резекция с правосторонней гемиколэктомией. У 6 больных правосторонняя гемиколэктомия сочеталась с атипичной резекцией двенадцатиперстной кишки. Для замещения ее дефекта, составляющего от 2/3 до 3/4 окружности, использовали трансплантат, выкроенный из начального отдела тощей кишки с созданием дуоденоюноанастомоза по типу «бок-в-бок». При исследовании маркированных краев удаленной части двенадцатиперстной кишки, у всех больных они оставались интактными от опухолевого роста, что позволяло расценивать радикальность резекции на уровне R0. В раннем послеоперационном периоде летальных исходов не было. Послеоперационные осложнения были: панкреатический свищ (14,3%), спаечная кишечная непроходимость (14,3%), кровотечение из острых язв желудка (14,3%). Ни один из пациентов не требовал повторного оперативного вмешательства. В отдаленном периоде все больные отмечали удовлетворительную функцию работы верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Умер 1 пациент с панкреатодуоденальной резекцией через 6 месяцев при генерализации опухолевого процесса. Среди пациентов с резекцией двенадцатиперстной кишки спустя 3 года после операции не имели отдаленных метастазов или местных рецидивов 5 (83,3%) больных. Комбинированные операции при местнораспространенном раке ободочной кишки с изолированной инвазией в двенадцатиперстную кишку с атипичной ее резекцией имеют хорошие непосредственные и отдаленные результаты. Образовавшийся дефект двенад-

цатиперстной кишки может быть ликвидирован созданием дуоденоюноанастомоза с петлей начального отдела тощей кишки.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ ДВУХЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕВОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Помазкин В.И.

Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург, Россия

Единого мнения по вопросам хирургической тактики при обтурационной опухолевой непроходимости левой половины толстой кишки до настоящего времени нет. Целью работы была оценка отдаленных результатов двух вариантов двухэтапного лечения опухолевой толстокишечной непроходимости. В основную группу включено 260 больных с формированием на первом этапе двустольной колостомы и последующей резекции толстой кишки с удалением опухоли и ликвидацией стомы. В контрольную группу включено 192 пациента с выполнением на первом этапе обструктивной резекции кишки и последующей восстановительной операцией. Группы были сопоставимы по возрасту, половому составу, стадии опухоли. Средний срок существования колостомы в основной группе составил 41,2 дня, в контрольной – 196,3. При восстановительной операции отсутствие спаек в брюшной полости было у 45,4% больных основной группы, в контрольной – лишь у 5,2%. В тоже время, выраженный спаечный процесс 3 степени был, соответственно, у 4,5% и 22,4% пациентов. На восстановительном этапе послеоперационная летальность в основной группе составила 1,2%, в контрольной 1,5%. Осложнения после операции наблюдались, соответственно, у 9,2% и у 34 (17,7%) пациентов. Уже на этом этапе в контрольной группе ранний местный рецидив опухолевого процесса был выявлен у 8,8% больных. При оценке качества выполненной первичной операции Гартмана, неудаленная зона регионарного лимфооттока была обнаружена у 25,2% пациентов. После завершающего этапа лечения местные рецидивы выявлены у 5,1% больных основной группы и 13,7% контрольной группы. Соответственно, частота выявленных метастазов составила 7,1% и 16,7%. Кумулятивная выживаемость через 3 года в основной группе была 81,6%, в контрольной – 65,7%, через 5 лет – 69,4% и 50,9%, соответственно. Выполнение разгрузочной колостомы при опухолевой непроходимости левой половины толстой кишки и отсроченной радикальной операции с одномоментным восстановлением целостности кишечного тракта имеет лучшие отдаленные результаты по сравнению с неотложными радикальными обструктивными резекциями толстой кишки и последующим восстановлением пассажа.

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ В СТРУКТУРЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Помазков А.А., Черкасов М.Ф., Хиндикайнен А.Ю., Кушнарева О.Э., Федорова К.Ю.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Нейроэндокринные опухоли (НЭО) составляют до 20% новообразований желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). До 89% НЭО ЖКТ локализу-

ются в пределах тонкой и толстой кишки. В большинстве случаев НЭО диагностируются на поздней стадии из-за небольших размеров, медленного роста и полиморфизма клинической симптоматики, что значительно снижает шансы пациентов на выздоровление.

ЦЕЛЬ. Изучить распространенность НЭО кишечника среди пациентов хирургического отделения клиники РостГМУ за 10 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Материалом исследования стали 1020 историй болезни пациентов, оперированных по поводу злокачественных опухолей в хирургическом отделении клиники РостГМУ с 2005 по 2014 гг. Выделен 431 случай опухолей ЖКТ, из них – 345 случаев опухолей кишечника, НЭО ЖКТ наблюдались в 69 случаях. НЭО кишечника диагностированы в 51 случае (20 мужчин и 31 женщина), что составило 74% НЭО ЖКТ и 15% всех опухолей кишечника. Средний возраст пациентов составил $51 \pm 11,2$ год. Гендерные различия не выявлены.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Распределение НЭО кишечника по локализации: ободочная кишка – 45% (сигмовидная кишка – 35%, сочетанное поражение отделов ободочной кишки – 22%, поперечно-ободочная кишка – 17%, восходящий отдел – 13%, селезеночный изгиб – 9%, печеночный изгиб – 4%), прямая кишка – 35%, слепая кишка – 16%, подвздошная кишка – 4%. Распределение по системе TNM: pT4N0M0 – 47%, pT4N1M0 – 25%, pT3N0M0 – 18%, pT4N1M1 – 6%, pT3N1M0 – 4%, что соответствовало следующим стадиям: II стадия – 65%, III – 29%, IV – 6%. По степени злокачественности НЭО распределились следующим образом: G2 – 82%, G3 – 12%, G1 – 2%, сочетания G1-G2 и G2-G3 отмечены в 4% случаев.

ВЫВОД. Нейроэндокринный компонент выявлен в 15% (51 из 345) случаев всех опухолей кишечника. НЭО кишечника составляют 74% НЭО ЖКТ и чаще возникают в возрасте $51 \pm 11,2$ года. Онкологический процесс в большинстве случаев локализуется в ободочной (45%) и прямой (35%) кишках. Наиболее частые характеристики НЭО кишечника по системе TNM: pT4N0M0 (47%), II стадия (65%), G2 (82%).

ИЗМЕНЕНИЕ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Пугаев А.В., Негребов М.Г., Алекперов С.Ф., Александров Л.В., Калачёв О.А.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Опухолевая толстокишечная непроходимость (ОТКН) остается заболеванием с летальностью от 12 до 48% и не всегда обоснованной хирургической тактикой.

ЦЕЛЬ. Изучить изменения внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) при ОТКН.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. При компенсированной ОТКН на рентгенограмме выявляли пневматизацию и/или уровни жидкости в тонкой кишке (ТК) и ободочной кишке (ОК). Субкомпенсация проявлялась пневматизацией ОК с уровнями жидкости в ОК и ТК, но без гастростазов. При декомпенсации на рентгенограммах были признаки, как и при субкомпенсации ОТКН, но с гастростазом. При изучении (ВБГ) использовали заключения согласительной конференции Всемирного общества по изучению ВБГ. В послеоперационном периоде ВБГ рассматривали как острую на фоне хронической ВБГ (из-за длительного развития ОТКН) и придерживались классификации Шайна М. ВБГ исследовали у 18 больных в возрасте

между 50 и 60 годами, без сопутствующих заболеваний. Показатели ВБГ при компенсированной ОТКН (5 пациентов) были $15-19$ мм рт. ст. ($17,2 \pm 0,5$). При субкомпенсированной ОТКН (7 пациентов) ВБГ $13-18$ мм рт. ст. ($15,3 \pm 0,8$), а при декомпенсации ОТКН (6 больных) $14-18$ мм рт. ст. ($16,5 \pm 0,7$). ВБГ до операции оставалось постоянной. Таким образом, любая тяжесть ОТКН не влияла на степень ВБГ, которая была умеренной ($p > 0,05$). В зависимости от тактики лечения в I группу включили 7 пациентов, которым операции выполняли путем лапаротомии, а во II группу 11 больных, у которых ОТКН разрешали путем илео- или колостомии из минидоступа.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В I группе развился синдром кишечной недостаточности (СКН) тяжелой степени по илеусному типу с ВБГ средней тяжести, а у пациентов с осложнениями сохранялись проявления тяжелого СКН с присоединением тяжелой ВБГ. Разрешение СКН наступало раньше у пациентов с компенсированной ОТКН. Развитие тяжелого СКН после устранения суб- и декомпенсированной ОТКН у подавляющего большинства больных первой группы требовало продолжительной ИВЛ более 3 суток. У больных II группы с любой степенью компенсации ОТКН, проведение малоинвазивной декомпрессии кишечника сопровождалось быстрым снижением ВБГ в течение 1-2 часов с устранением ВБГ.

ВЫВОДЫ. Степень компенсации ОТКН не влияет на ВБГ. Малоинвазивная декомпрессия кишечника при любой степени ОТКН способствует быстрому устранению ВБГ.

ОЦЕНКА В ПРЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Савушкин А.В., Хачатурова Э.А.,
Капитанов М.В., Ерошкина Т.Д.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Известно, что распространенность недостаточности питания среди госпитализированных больных пожилого и старческого возраста составляет 25-65%, что усугубляет их выздоровление после операции. В рамках исследования, направленного на выявление факторов, влияющих на оптимизацию периоперационного периода пациентов старшей возрастной группы с колоректальным раком, нами произведена оценка трофологического статуса (ТС).

ЦЕЛЬ. Выявить частоту нутритивной недостаточности в предоперационном периоде у пациентов пожилого и старческого возраста с колоректальным раком.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты оценки трофологического статуса 38 в возрасте $74,7$ ($CO-5,6$) лет пациентов накануне плановой операции по поводу колоректального рака. Использовались соматометрические (индекс массы тела, окружность плеча, толщина кожно-жировой складки) и лабораторные (общий белок сыворотки крови, альбумин, трансферрин, абсолютное число лимфоцитов) методы исследования. Оценка состояния питания по ИМТ производилась согласно рекомендациям ВОЗ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Недостаточность питания выявлена в 82% случаев (1 показатель был снижен у 34%, 2 – у 29%, 3 – у 11%, 4 – у 5%, 5 – у 3%). Недостаточность питания установлена по абсолютному числу лимфоцитов в 71%, толщине кожно-жировой складки в 50%, по ИМТ только в 5% случаев. У пациентов с избытком массы тела недостаточность питания составила