лечебный процесс и оказывает влияние на непосредственные результаты лечения.

ЦЕЛЬ. Изучить непосредственные результаты комбинированных операций в лечении местно-распространенного колоректального рака.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 153 пациентов, которым были произведены комбинированные операции за период с 01.01.2008 по 31.12.2010 гг. Среди всех пациентов было 106 женщин и 47 мужчин. Средний возраст пациентов составил 62,4±10,54 (33-88) лет. Первичная опухоль локализовалась в правом фланге ободочной кишки у 24 пациентов, в поперечной ободочной кишке – у 7, в левом фланге – у 15, в сигмовидной кишке – у 53, в области ректо-сигмоидного соединения и в прямой кишке – у 54.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Комбинированная операция предусматривала удаление первичной опухоли с резекцией, либо удалением органа и смежных тканей, вовлеченных в опухолевый процесс. Правосторонняя гемиколонэктомия выполнена 23 пациентам, резекция поперечной ободочной кишки – 3, левосторонняя гемиколонэктомия – 21, резекция сигмовидной кишки – 47, передняя резекция прямой кишки – 36, экстирпация прямой кишки – 7, операция Гартмана – 13, субтотальная колэктомия – 1, тотальная тазовая экзентерация – 1. При комбинированных операциях резекция тонкой кишки была выполнена 28 пациентам, желудка – 15, двенадцатиперстной кишки – 3, поджелудочной железы – 9, мочевого пузыря – 22, мочеточника – 11, предстательной железы – 3, брюшной стенки – 10, диафрагмы – 3, гистерэктомия, либо только аднексэктомия – 38, везикулэктомия – 2, нефрэктомия – 2, спленэктомия – 4, краевая резекция печени – 3 пациентам, соответственно. Послеоперационные осложнения, потребовавшие повторных операций и дополнительного лечения, либо приведших к летальному исходу, возникли у 21 (13,7%) пациента. Несостоятельность анастомоза с развитием перитонита была выявлена у 6 пациентов, кишечная непроходимость – у 3, ТЭЛА – у 3, интраабдоминальный абсцесс – у 2, прободная язва – у 1, интраабдоминальное кровотечение – у 1, эвентрация – у 2, обструктивная уропатия – у 3, воспаление послеоперационной раны – у 7, соответственно. Послеоперационная летальность составила 3,27% (5 пациентов).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Показатель осложнений после комбинированных операций составил 13,7%. Послеоперационная летальность составила 3,27%.

РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЯМОЙ КИШКИ В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАКЕ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ

Фоменко О.Ю., Рыбаков Е.Г.,
Пикунов Д.Ю., Белоусова С.В.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Частота выполнения брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с формированием постоянной колостомы при раке нижнеампулярного отдела составляет 18-58%. В последнее время разрабатываются хирургические методики, позволяющие сохранить элементы анального жома без снижения онкологической эффективности.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов хирургического лечения больных раком нижнеампулярного отдела прямой кишки путем доказательства функциональной целесообразности применения сфинктеросохраняющих операций.

МЕТОДЫ. В исследование включены 40 больных раком нижнеампулярного отдела прямой кишки, которым выполнена проктэктомия с частичным сохранением наружного сфинктера, формированием гладкомышечной манжетки и С-образного толстокишечного резервуара. Медиана возраста составила 54 (29-75) года, мужчин было 27 (45%). Всем пациентам выполняли интерференционную ЭМГ и аноректальную манометрию до основной операции, перед закрытием превентивной стомы и через 3,6,12 и 24 месяца после ее закрытия. Одним из критериев включения пациентов в исследование являлось отсутствие нарушений функции запирательного аппарата прямой кишки перед началом лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ. По данным ЭМГ сохраненных порций наружного сфинктера, отмечен быстрый прирост показателей биоэлектрической активности при волевом сокращении: с 61,5±5,1 мкв до 92,3±12,1 мкв (перед закрытием стомы и через 6 месяцев после включения в пассаж нефункционировавших структур запирательного аппарата, соответственно), достигая 102,4±24,3 мкв к 24 месяцам. Вероятно, при функциональной нагрузке происходит компенсаторная гипертрофия мышечных волокон сохраненных порций наружного сфинктера, что и проявляется увеличением биоэлектрической активности, особенно при волевом сокращении. При аноректальной манометри показатели среднего давления покоя перед закрытием превентивной стомы составили 28,4±9,6 мм рт. ст., при волевом сокращении – 106,6±42,4 мм рт. ст. После закрытия стомы показатели прогрессивно увеличивались, и через два года прирост составил около 50%, достигая нижних границ физиологической нормы.

ВЫВОДЫ. При помощи функциональных методов исследования доказана возможность восстановления физиологических механизмов удержания кишечного содержимого при сфинктеросохраняющих операциях по поводу нижнеампулярного рака прямой кишки.

ФОРМИРОВАНИЕ АНАСТОМОЗА «БОК-В-КОНЕЦ» – ФУНКЦИОНАЛЬНО ОБОСНОВАННЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ

Фоменко О.Ю., Шелыгин Ю.А., Рыбаков Е.Г.,
Пикунов Д.Ю., Белоусова С.В., Будтуев А.С.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. При среднеампулярном раке прямой кишки операцией выбора является тотальная мезоректумэктомия с удалением всей ампулы прямой кишки. При этом после операции в большинстве случаев наблюдаются функциональные нарушения в виде синдрома низкой передней резекции (СНПР) прямой кишки. Одним из методов профилактики СНПР может быть формирование колоректального анастомоза «бок-в-конец», аналогично другим предложенным ранее резервуарным методикам.

ЦЕЛЬ. Улучшение функциональных результатов хирургического лечения больных раком среднеампулярного отдела прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В рандомизированное исследование включены 80 больных раком среднеампулярного отдела прямой кишки, которым выполнена низкая передняя резекция с формированием колоректального анастомоза: у 40 пациентов анастомоз наложен «бок-в-конец» (основная группа), у 40 – «конец-в-конец» (контрольная группа). Медиана воз-

раста в основной группе составила 61 (55-65) лет, в контрольной – 63 (58-69) лет (p=0,06), в основной группе мужчин было 12 (30%) человек, в контрольной группе – 20 (50,0%). Все пациенты обследованы методами аноректальной манометрии: профилометрии и исследованием резервуарной функции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При оценке функции держания статистически значимых различий между группами отмечено не было. Однако, давление покоя через 1 месяц после восстановительной операции в основной группе было несколько выше, чем в контрольной (25,6±6,7 мм рт. ст. против 22,8±6,55 мм рт. ст., p=0,06). В сроки 3 и 6 месяцев эти показатели выравнивались и увеличивались, в среднем, на 30,0% от исходных. При исследовании резервуарной функции наиболее выраженной была динамика увеличения максимально переносимого объема внутри обеих групп: от 127,0 см^3 через 1 месяц после восстановительной операции до 180,0 см^3 через 6 месяцев в основной группе (p<0,0001 ANOVA) и, аналогично, от 120,0 см^3 до 167,0 см^3 – в контрольной (p<0,0001 ANOVA).

ВЫВОДЫ. При помощи функциональных методов исследования доказана возможность создания механизмов удержания кишечного содержимого при операциях с формированием колоректального анастомоза «бок-в-конец» по поводу среднеампулярного рака прямой кишки, что может служить способом профилактики СНПР.

РОБОТИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ С ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЕЙ (TME)

Хатьков И.Е., Поздняков С.В.,
Атрощенко А.О., Данилов М.А.

Московский клинический научно-практический центр Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Известно, что резекция прямой кишки, сопровождающаяся тотальной мезоректумэктомией (TME), является на настоящий момент основным методом лечения злокачественных новообразований нижне- и среднеампулярного отделов прямой кишки. Такого рода вмешательства традиционно ассоциируются с высоким риском развития урологических осложнений, сексуальных расстройств, анальной инконтиненции. В первую очередь, это обусловлено повреждением элементов вегетативной нервной системы (ВНС) во время операции. Повреждение нервных структур напрямую зависит от качества визуализации операционного поля во время вмешательства, особенно это актуально у пациентов мужского пола с избыточной массой тела (ИМТ более 35), глубоким узким тазом.

ЦЕЛЬ. Оценить непосредственные результаты роботических резекций прямой кишки с TME.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включены 14 пациентов, которым в период с января 2015 года по январь 2016 года проведено комплексное лечение рака прямой кишки (стадии T2-3N0-2M0-1); из них 5 – мужчин, 9 – женщин. Средний возраст пациентов составил 55,3±13,0. Группу сравнения составили 30 пациентов, перенесших резекцию прямой кишки лапароскопическим и традиционным лапаротомным доступом (12 – лапаротомным; 18 – лапароскопическим).

Во всех случаях выполнена роботическая резекция прямой кишки с TME и полным сохранением элементов ВНС. До операции и в послеоперационном периоде было выполнено обследование пациентов, включающее оценку по шкале IPSS, позволяющей оценить частоту и степень урологических расстройств (УР) таких как ишурия, никтурия, поллакиурия, недержание мочи. Работа анального сфинктера оценивалась по опроснику – шкале Векснера. Дополнительно оценивалось качество жизни пациентов по международной шкале QOL. Отдельно морфологами оценивалось качество мезоректумэктомии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Непосредственные результаты оценены у всех 14 пациентов. После удаления уретрального катетера мочеиспускание восстановилось у 13 пациентов в период до 4 дней после операции (от 2 до 4 дней). У 1 пациента уродинамика восстановлена в течение одного месяца, что потребовало формирования эпицистостомы. Оценка уродинамики после операции по шкале IPSS показала незначительные (не имеющие клинического значения) изменения у 13 пациентов. К моменту выписки у 13 пациентов отмечено некоторое ухудшение показателей по шкале IPSS, которые полностью восстановились в течение 6 недель.

По шкале Векснера отмечено ухудшение показателей в раннем послеоперационном периоде, с восстановлением функций через 6 месяцев после операции.

Качество жизни в послеоперационном периоде оценено 13 пациентами как хорошее и у 1 пациента с эпицистостомой как неудовлетворительное.

Качество удаленного препарата расценено как хорошее (Quarke III) у 13 пациентов, удовлетворительное (Quarke II) – у 1-го.

ВЫВОДЫ. Качество выполнения мезоректумэктомии при использовании роботической системы выше в сравнении с открытой и лапароскопической резекцией прямой кишки с TME; также отмечается улучшение функциональных результатов у пациентов, перенесших роботические операции на прямой кишки с TME, что обусловлено большей прецизионностью и лучшей визуализацией.

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Хачатурова Э.А., Савушкин А.В., Губко А.В.,
Балыкова Е.В., Ерошкина Т.Д.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. У больных при полостных операциях в колоректальной хирургии риск возникновения венозного тромбоза может быть обусловлен как обширностью, травматичностью оперативного вмешательства, так и наличием сопутствующей патологии. Проведение комбинированных операций (резекции кишки и сегментов печени) может сопровождаться профузным кровотечением или развитием тромботических осложнений. Антикоагулянтная профилактика низкомолекулярными гепаринами является одним из эффективных методов, позволяет снизить риск тромботических осложнений.

ЦЕЛЬ. Разработать дифференцированный подход к назначению низкомолекулярных гепаринов больным раком толстой кишки при различных видах хирургического вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В исследование включено 75 человек, оперированных по поводу колоректального рака. В первую группу включено 27 пациентов с резекций кишки после химиолучевой терапии (ХЛТ). Во второй группе – 24 пациента, которым проводилось удаление кишки и резекция печени при наличии в ней метастазов. Контрольную группу составили 24 пациента, которым выполнялась только резекция кишки без ХЛТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ. До операции в трех группах не отме-