

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 ($25,6 \pm 6,7$ мм рт. ст. против $22,8 \pm 6,55$ 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 $127,0$ см³ через 1 месяц после восстановительной операции до $180,0$ см³ через 6 месяцев в основной группе ($p < 0,0001$ ANOVA) и, аналогично, от $120,0$ см³ до $167,0$ см³ – 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 РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ С ТОТАЛЬНОЙ МЕЗОРЕКТУМЭКТОМИЕЙ (ТМЕ)

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 (ТМЕ), 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 ТМЕ.

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 $55,3 \pm 13,0$. 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 ТМЕ 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 эпизиостомы. 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 эпизиостомой 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 ТМЕ; также отмечается улучшение функциональных результатов у пациентов, перенесших роботические операции на прямой кишки с ТМЕ, что обусловлено большей точностью 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 резекцией 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-

чалось значимых изменений плазменного звена гемостаза. Однако, по данным тромбозаграммы, у пациентов после ХЛТ и метастазами рака прямой кишки в печень отмечены явления умеренной гиперкоагуляции. После операции у больных 3 групп наблюдалось удлинение АЧТВ, снижение А-III, увеличение D-димера с достоверным различием в группе с резекцией кишки и печени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Динамический контроль, включающий тесты скрининговой коагулограммы (АЧТВ, фибриноген, А-III, D-димер), а также данные тромбозаграммы выявили нестабильность системы гемостаза в трех группах. Мониторинг и динамический контроль гемокоагулограммы совместно с тромбозаграммой позволяют проводить целенаправленную антикоагулянтную профилактику, а при необходимости назначать своевременную гемостатическую терапию в периоперационном периоде при раке толстой кишки.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МАНУАЛЬНО-АССИСТИРОВАННЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ ДОСТУП ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЕ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ СО СЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИЕЙ

Хитарьян А.Г., Провоторов М.Е., Глумов Е.Э., Велиев К.С., Карпова И.О., Мурлычев А.С.

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

АКТУАЛЬНОСТЬ. Рак толстой кишки занимает четвертое место в мире в структуре онкологической заболеваемости. Ежегодно в мире регистрируют более 800000 новых случаев выявления колоректального рака. Заболеваемость колоректальным раком составляет 56,4-58 на 100.000 населения. Пятилетняя выживаемость составляет примерно 60% в развитых странах и менее 40% в государствах с ограниченными ресурсами.

В последние годы стремительно развивается хирургическая колопроктология. При соблюдении онкологических принципов оперирования нет достоверных различий между показателями выживаемости, частоте отдаленных метастазов и качества жизни при лапароскопических и открытых вмешательствах. Многоцентровые исследования демонстрируют эффективность лапароскопических вмешательств сопоставимую с традиционной «открытой» хирургией. Однако не во всех случаях возможно выполнить хирургическое вмешательство лапароскопическим методом. К таким случаям относят: ожирение ИМТ (индекс массы тела) $>30 \text{ кг/м}^2$, узкий таз, особенно у мужчин, низкая локализация опухоли – до 10 см от входа в анальный канал, а так же при значительном укорочении брыжейки тонкого и толстого кишечника, высокой фиксации селезеночного изгиба ободочной кишки и интимной фиксации к селезенке, плохой подготовке кишечника при частичной кишечной непроходимости, больших размерах опухоли, при выраженном перифокальном воспалении.

ЦЕЛЬ. Разработать оптимальную методику удаления опухолей левой половины ободочной и прямой кишки у пациентов со сложной хирургической анатомией и изучить особенности периоперационного периода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2012 по 2014 гг. в хирургическом отделении НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД» по поводу

опухолей левой половины ободочной и прямой кишки со сложной анатомией данной области прооперирован 71 пациент. Им выполнена разработанная в клинике методика лапароскопической мануально-ассистированной операции. Пациенты, в зависимости от ИМТ, разделены на 2 группы до 30 кг/м^2 – в первой подгруппе и больше 30 кг/м^2 – во второй. В 1 группе состояло 52 (73,2%) пациента, во 2 группе – 19 (26,8%). Показанием к операции считали: опухоль нисходящей, сигмовидной и прямой кишки Т1-3 N0-2 M0, опухоли средне- и нижеампулярного отдела прямой кишки Т4 M0.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Наибольшая кровопотеря составила 282 мл у пациента с экстирпации прямой кишки. Наименьшая – 70,5 мл, в случае операции на левой половине ободочной и сигмовидной кишке и верхнеампулярном отделе прямой кишки. По времени операции наибольшее потребовалось при экстирпации прямой кишки и составило 321,9 минуты. Наименьшее – 151,2 минуты – при выполнении операции на левой половине ободочной и сигмовидной кишке и верхнеампулярном отделе прямой кишки. Длительность восстановления эвакуаторной функции кишечника (появление самостоятельного стула) достоверно меньше было в первой группе у пациентов не зависимо от ИМТ.

ВЫВОДЫ. Представленная техника лапароскопической мануально-ассистированной операции в боковой и спинальной позиции при удалении опухолей левой половины толстого кишечника оптимальна у пациентов со сложной хирургической анатомией. Эффективность предложенной малоинвазивной техники у больных с опухолями левой половины толстого кишечника доказана низкой кровопотерей во время операции, коротким периодом восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника.

ЧАСТОТА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАРЕЗА ЖКТ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Хомьяков Е.А., Рыбаков Е.Г., Шелыгин Ю.А.

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

ВВЕДЕНИЕ. Состояние динамической кишечной непроходимости, при котором происходит нарушение нормальной согласованной пропульсивной моторики желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), называется послеоперационный парез ЖКТ. Послеоперационный парез ЖКТ характеризуется невозможностью перорального приема пищи, отсутствием перистальтики, газов и стула через 72 часа после операции. Определение факторов риска позволит выявить группу пациентов, наиболее подверженную возникновению пареза ЖКТ в послеоперационном периоде и разработать алгоритм профилактики данного осложнения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. С ноября 2015 г. в ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, г. Москва, проводится проспективное исследование, цель которого – поиск факторов риска и разработка эффективных мер профилактики и лечения послеоперационного пареза ЖКТ. В исследование планируется включить 600 пациентов, оперированных по поводу колоректального рака. Критерий включения: больные колоректальным раком, которым выполнено радикальное оперативное вмешательство. Основным оцениваемый показатель исследования – сроки восстановления кишечной функции.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В настоящий момент в исследование включено 150 человек (78 женщин и 72 мужчин) в возрасте 25-83 лет (медиана 63 года), которым выполнено