

устранения. По данным Saha A.K. (2009), осложнения после закрытия петлевых превентивных колостом развились в 22,8% наблюдений, в 10,0% это были несостоятельности наложенных анастомозов, летальность составила 2,5%.

ЦЕЛЬ. Проанализировать результаты низких колоректальных анастомозов, наложенных без превентивных колостом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении колопроктологии КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С.Берзона» г. Красноярска низкие передние резекции традиционно выполняются без наложения превентивной колостомы. Таким образом, выполнен ретроспективный анализ послеоперационного периода у 149 больных после низких передних резекций с наложением колоректального анастомоза без превентивной колостомы за период с 1996 по 2015 гг. Низкими считали анастомозы, локализующиеся не выше 10 см от зубчатой линии. В анализ не включены больные после брюшно-анальных резекций и экстирпаций прямой кишки с низведениями толстой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 149 больных женщин – 103 (69,1%), мужчин – 46 (30,9%). Преобладали больные в возрасте от 51 до 70 лет (59,1%). У 129 (86,6%) больных причиной резекции прямой кишки была злокачественная опухоль. У 113 (75,9%) больных анастомоз наложен сшивающими аппаратами, у 26 (17,4%) наложен позадипрямокишечный анастомоз с избытком, у 10 (6,7%) – низкий ручной однорядный анастомоз. Осложнения, потребовавшие релапаротомий, развились у 14 (9,4%) больных, в группе с осложнениями мужчины и женщины распределились поровну 7 и 7. При этом частота осложнений среди женщин составила 6,8%, а среди мужчин – 15,2%, подтверждающая мужской пол в качестве неблагоприятного фактора развития послеоперационных осложнений. Число несостоятельности анастомозов – 8 (5,4%), все несостоятельности развились после операции по поводу злокачественных новообразований. Из 8 больных с несостоятельностью у 7 наложены аппаратные колоректальные анастомозы и у 1 – ручной колоректальный анастомоз. Умерло 2 больных из 149 прооперированных (летальность – 1,3%), в обоих случаях смерть наступила на фоне прогрессирующего перитонита, ассоциированного с несостоятельностью колоректального анастомоза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Проведенный ретроспективный анализ свидетельствует о том, что частота осложнений и летальность после низких колоректальных анастомозов, наложенных без превентивных колостом, не превышает суммарных данных по осложнениям и летальности после низких передних резекций с превентивной колостомией и последующих реконструктивно-восстановительных вмешательств.

ВНУТРИБРЮШНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК КРИТЕРИЙ ТЯЖЕСТИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Черданцев Д.В.,¹ Поздняков А.А.,¹
Шпак В.В.,² Рябков Ю.В.²

¹ ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого МЗ России

² КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С.Берзона», г. Красноярск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Обтурационная толстокишечная непроходимость (ОТКН) считается многогранной патологией, клиническая картина которой зависит от локализации препятствия (правая или левая половина), от выраженности нарушения пассажа (полная

или частичная) и, что очень важно для выбора лечебной тактики, степени компенсации (присоединение тонкокишечной непроходимости, развитие органических дисфункций). В связи с этим, клиническая классификация ОТКН многократно видоизменялась и дополнялась. В актуальных клинических рекомендациях по колопроктологии, под редакцией Шельгина Ю.А. (2015), рекомендована для клинического применения классификация, основанная на работе проф. Ачкасова Е.Е. (2009), в основу которой положена рентгенологическая семиотика тяжести ОТКН. В этой классификации выделяют два уровня непроходимости (высокая и низкая), две степени нарушения пассажа (полную и частичную), три степени компенсации (компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную).

ЦЕЛЬ. Оценить уровень ВБГ, как дополнительный простой диагностический критерий определения степени компенсации ОТКН, основанный на непрямом измерении внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) через мочевого пузыря.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Методика непрямого измерения ВБГ через мочевого пузыря технически проста и доступна в любом лечебном учреждении. Нами проведено исследование уровня ВБГ при различных степенях тяжести ОТКН. Уровень ОТКН определяли при ирригоскопии. В исследование включено 60 больных, экстренно госпитализированных с клинической картиной ОТКН и полной обтурацией просвета толстой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ. У 16 больных диагностирована компенсированная ОТКН, у 24 – субкомпенсированная ОТКН и у 20 – декомпенсированная ОТКН. Всем больным при поступлении рутинно, в процессе предоперационной подготовки, выполняли измерение уровня ВБГ.

В результате исследования, установлено, что у больных с компенсированной высокой и низкой ОТКН уровень ВБГ не превышал 20 мм рт. ст. составляя, в среднем, 16,4±2,8 мм рт. ст. При субкомпенсированной высокой и низкой ОТКН уровень ВБГ составил 22,1±1,8 мм рт. ст., не превышая 25-26 мм рт. ст. Декомпенсированная ОТКН сопровождалась повышением уровня ВБГ выше 25 мм рт. ст., составляя, в среднем, 28,8±2,7 мм рт. ст.

Таким образом, компенсированная ОТКН сопровождается ВБГ I-II ст. тяжести по классификации WSACS, субкомпенсированная ОТКН соответствует III ст. тяжести ВБГ, а при декомпенсации ОТКН у всех больных наблюдается IV ст. тяжести ВБГ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Величина ВБГ в предоперационном периоде может служить дополнительным критерием, позволяющим определить степень компенсации ОТКН, независимо от уровня непроходимости. Может служить дополнительным критерием при трудностях постановки диагноза на основании рентгенологической картины или временного фактора.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Черкасов М.Ф., Грошили В.С., Дмитриев А.В.,
Помазков А.А., Перескоков С.В.

ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России,
Кафедра хирургических болезней ФПК и ППС,
Кафедра хирургических болезней № 2,
г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проблема хирургического лечения метастатического колоректального рака приобретает все большее социальное значение. Многочисленные публикации авторов, как в отечественной, так и в зару-

бежной литературе указывают на то, что отсутствует единый взгляд и подход к лечению столь тяжелой категории больных, что, несомненно, является поводом для проведения дальнейших исследований.

ЦЕЛЬ. Оптимизировать хирургическое лечение больных колоректальным раком с метастатическим поражением печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2005 по 2015 гг. на лечении находились 535 больных. У 171 (31,9%) человека диагностированы внутривенные метастазы. У 132 (77,2%) больных диагностировано билобарное поражение печени. Этим пациентам выполнены циторедуктивные операции. 39 (22,8%) пациентам выполнены сочетанные операции: 22 больным проведена РЧТА метастазов в моноварианте, 9 – резекции печени, и еще у 8 – резекции с локальной деструкцией оставшихся узлов. Общее количество узлов, подвергнутых РЧТА, составило 63. В 12 случаях с нерезектабельными опухолевыми поражениями печени и близостью их расположения к крупным протоковым и сосудистым структурам проводились сеансы селективной трансартериальной химиоэмболизации 5-фторурацилом. В данной группе пациентов диаметр узлов составлял от 78,0 до 134,3 мм.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Осложнения после операций выявлены у 18 (10,5%) больных. 30-дневная летальность отмечена в 5 (2,9%) наблюдениях. Безрецидивный период после операций на печени составил $12,4 \pm 3,2$ мес. Отдаленные результаты лечения прослежены у части пациентов с метастатическим поражением печени (38%). 3-летняя выживаемость у пациентов с сочетанными операциями составила 39%, при медиане жизни в 38,5 месяцев. Основная причина летальных исходов связана с рецидивом и прогрессированием метастатического поражения печени (69%) и наличием неблагоприятных факторов. Медиана жизни у пациентов после ТАСЕ составила 15,5 месяцев. У остальных пациентов 3-летней выживаемости не отмечено. Не выявлено и 3-летней выживаемости у пациентов после циторедуктивных операций на фоне проведения системной химиотерапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Объем операций при колоректальном раке должен основываться на оценке первичной опухоли, состояния регионарных лимфоузлов, лимфоузлов гепато-дуоденальной связки, количества метастазов в печени и объема поражения, расстояния от края опухоли до линии резекции не менее 1 см.

ОБОСНОВАНИЕ ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В.,
Помазков А.А., Старцев Ю.М.

ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России,
Кафедра хирургических болезней ФПК и ППС,
Кафедра хирургических болезней № 2,
г. Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Циторедуктивные операции при колоректальном раке занимают особую роль. Объясняется это не только ростом количества больных с диссеминированными формами данного заболевания, но и увеличением продолжительности жизни и снижением послеоперационной летальности на фоне применения современных схем системной химиотерапии и таргетных препаратов.

ЦЕЛЬ. Изучение и обоснование результатов циторедуктивных операций при метастатическом колоректальном раке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2005 по 2015 гг. на

лечении находились 535 больных. У 171 (31,9%) человека диагностированы внутривенные метастазы. У 132 (77,2%) больных диагностировано билобарное поражение печени. 98 пациентам выполнены циторедуктивные операции с удалением первичного опухолевого очага. У 34 больных выполнены паллиативные вмешательства в объеме наложения обходных анастомозов, обструктивных резекций, двухствольных колостомий. В 12 случаях с нерезектабельными опухолевыми поражениями правой доли печени и близостью их расположения к крупным протоковым и сосудистым структурам проводились сеансы селективной трансартериальной химиоэмболизации 5-фторурацилом. Всем пациентам проводились курсы системной химиотерапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 12 (9,0%) больных: гнойные осложнения – 6, несостоятельность анастомоза – 5, тромбоэмболия легочной артерии – 1. Умерло 4 больных. Причины смерти: тромбоэмболия легочной артерии – 1, разлитой перитонит – 2, ДВС-синдром – 1. Послеоперационная 30-дневная летальность составила 3,0%. Медиана жизни у пациентов после ТАСЕ составила 15,5 месяцев. 360-дневная выживаемость в общей группе пациентов составила 34%. 3-летней выживаемости не отмечено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Относительно низкий уровень послеоперационных осложнений и летальности после паллиативных и циторедуктивных операций свидетельствует о возможности и целесообразности их выполнения у больных с метастатическим колоректальным раком, что позволяет не только улучшить качество жизни пациентов, но и дает возможность проведения полных курсов адъювантной химиотерапии. В каждом конкретном случае объем операции выбирается индивидуально, однако всегда следует стремиться к максимально полному удалению опухолевой ткани. Только в случае невозможности удаления опухоли следует прибегать к выполнению паллиативной операции, направленной на ликвидацию осложнений опухолевого процесса.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ VEGF И EGFR КАК ПРЕДИКТОРОВ ОТВЕТА НА ХИМИОЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ У БОЛЬНЫХ НИЖНЕАМПУЛЯРНЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Черниченко М.А., Сидоров Д.В., Бойко А.В.,
Завалишина Л.Э.* , Ложкин М.В., Петров Л.О.

МНИОИ им. П.А.Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ»
Минздрава России,

* ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва,
Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Одной из нерешенных проблем современной лучевой терапии остается возможность индивидуального прогноза радиочувствительности и/или радиорезистентности опухоли. Прогнозирование ответа опухоли на предоперационную химиолучевую терапию (ХЛТ) является одним из актуальных вопросов при выборе лечебной тактики у больных раком нижнеампулярного отдела прямой кишки.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов комбинированного лечения больных раком нижнеампулярного отдела прямой кишки при определении предикторов химиолучевой терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. 32 больным нижнеампулярным раком прямой кишки проведено комбинированное лечение с предоперационной ХЛТ до СОД 47 Гр и операцией через 7 недель. Лечебный патоморфоз (по