

после ЭРМ МЗ – 0%. Местные: клинически невыраженный болевой синдром в тазу – у 10 (25,0%) пациентов, подкожная гематома в месте пункции бедренной артерии – у 1 (2,5%). Некроз ПК / парапроктит / перитонит / перфорация артерии / ложная аневризма – 0%. Общие лучевые реакции после ВЛТ РОД 13 Гр: I степени (тошнота, рвота, гипертермия) – в 17,5% случаев. Местные лучевые реакции и осложнения – 0%. После КЛТ СОД 25 Гр – преобладали местные – 18,5%: со стороны кожи I степени, цистит, проктит.

Частота интраоперационной микроскопической диссеминации в ГКС 1, ГКС 2 и ИГ, соответственно – 28,8%, 21,4% и 13,2% ( $p < 0,05$ ). В ИГ: в большинстве клеток – сублетальные и летальные повреждения. Индекс уровня апоптоза (IM TdT), соответственно –  $0,78 \pm 0,12$ ,  $4,68 \pm 0,15$  ( $>$  в 6 раз, чем в ГКС 1) и  $7,75 \pm 0,11$  ( $>$  в 10 раз, чем в ГКС 1) ( $p < 0,01$ ), индекс уровня экспрессии пролиферации (PCNA), соответственно –  $82,08 \pm 0,28$ ,  $55,21 \pm 0,24$  ( $<$  в 1,5 раза, чем в ГКС 1) и  $35,62 \pm 0,23$  ( $<$  в 2,3 раза, чем в ГКС 1) ( $p < 0,05$ ). PSNA/TdT, соответственно –  $r = -0,96$ ,  $r = -0,94$  и  $r = -0,92$  [Spigmen] – отрицательная корреляция. Спектрофотометрия в ИГ: концентрация МЗ в ткани опухоли –  $221,5 \pm 5,2$  мкг/г, достаточная для адекватной радиосенсибилизации. Морфология в после ЭРМ МЗ и ВЛТ РОД 13 Гр: лучевые биологические реакции в опухолях (туморцидный эффект) III и II степени, соответственно – в 82,5% и 17,5% случаев (III  $>$  в 5 раз) ( $p < 0,05$ ). В клетках опухолей – дисконфлексация и коллапс желез, склероз и гиалиноз стромы, накопление слизи, атипичические митозы, участки некроза.

Технических трудностей по ходу оперативных вмешательств, связанных с ЭРМ МЗ и ВЛТ РОД 13 Гр, не отмечено. Послеоперационная гнойная хирургическая инфекция (ГХИ) в ГКС 1, ГКС 2 и ИГ, соответственно, 7,5%, 20,0% ( $>$  в 3 раза, чем в ГКС 1) и 15,0% ( $>$  в 2 раза, чем в ГКС 1) ( $p < 0,05$ ). В группах комбинированного лечения ГХИ преобладала со стороны раны промежности и таза – зоны максимальной лучевой нагрузки. Местные рецидивы (3 года), соответственно в ГКС 1, ГКС 2 и ИГ – 13,2%, 7,7% ( $<$  в 1,7 раз, чем в ГКС 1) и 2,6% ( $<$  в 5 раз, чем в ГКС 1) ( $p < 0,05$ ). 5-летняя выживаемость (вне зависимости от стадии TNM:  $\Pi_{A-B}/\text{III}_{A-B}$ ): общая, соответственно – 75,7%, 80,6% и 94,7%, безрецидивная, соответственно – 70,2%, 77,8% и 89,5% (Log-Rank Test,  $p = 0,003$ ).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Предоперационная программа ЭРМ МЗ и ВЛТ РОД 13 Гр в комбинированном лечении резектабельного РПК  $\Pi_{A-B}/\text{III}_{A-B}$  стадии (TNM) по сравнению с неoadъювантной КЛТ СОД 25 Гр является более эффективной технологией, обладает максимально возможным туморцидным эффектом и достаточным профилем безопасности, способствует снижению интраоперационной диссеминации раковых комплексов, уменьшает риск локорегионарного рецидивирования, увеличивает аблатичность операции, позволяет без дополнительных технических трудностей проводить сфинктерно- и функционально-сохраняющие вмешательства, увеличивает 5-летнюю общую и безрецидивную выживаемость.

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Каторкин С.Е., Журавлев А.В., Чернов А.А.  
ФГБОУ ВО СамГМУ, Самара, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** При осложненном КРР в 40-80% операции завершаются формированием одностольной колостомы. Увеличивается число превентивных

двустольных стом при плановой хирургии КРР.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Улучшить результаты лечения больных с колостомами после операций по поводу КРР.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Изучены результаты лечения 145 больных за 2014-2016 гг. Мужчин – 71 (48,9%). Женщин – 74 (51,1%). Средний возраст – 48,9 лет. Одностольная стома была у 89 (61%) пациентов, двустольная – у 50 (35%), цекостомы – у 6 (4%). Опухоль Т3-4 выявлена в 95%. Гистологическое заключение – аденокарцинома.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Пациенты обследованы для исключения прогрессии КРР, колита отключенной толстой кишки, оценки анального держания. После операции Гартмана РВО выполнена 56 (92%) больным. Причинами отказа от РВО были: предельно короткая культя ПК с узким малым тазом у 2, инфильтрат культи ПК – у 1, прогрессия КРР – у 2 больных. РВО у 60,7% больных выполнены в период от 6 до 12 мес. РВО с устранением параколостомической или вентральной грыжи выполнено 28 (50%) больным, резекцией культи ПК и S кишки – у 43 (76,8%), резекцией левых отделов и колэктомия – у 12 (21,5%). У 23 (41,1%) больных выполнено более двух симультанных операций.

Механический шов применен у 53 (94,6%) больных (анастомоз «конец-в-конец» – у 51, «бок-в-бок» – у 2), ручной шов – у 3 (5,4%). При двустольных стомах использован парастомальный доступ. Механический шов использован у 7 (24,1%) пациентов, ручное формирование анастомоза – у 22 (75,9%). Послеоперационные осложнения отмечены у 7 (8,2%) больных: нагноение раны – 3 (3,5%), кровотечение из линии степлерного шва – 1 (1,2%), несостоятельность анастомоза – 2 (2,4%) с перитонитом – 1 (1,2%), и кишечным свищом – 1 (1,2%), стриктура анастомоза – 1 (1,2%). Умер один больной (1,2%).

**ВЫВОДЫ.** РВО после обструктивных резекций толстой кишки по поводу КРР следует выполнять в специализированных колопроктологических отделениях. Необходимо исключить прогрессию КРР, исследовать функцию анального сфинктера и отключенного отдела толстой кишки. РВО позволяет провести полную медицинскую и социальную реабилитацию больным с одностольными и двустольными колостомами.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕАБИЛИТАЦИИ РЕФЛЕКТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОНКОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В.,  
Сторожиков Д.А., Наумов А.В., Братищева Н.Н.,  
Кривчикова А.П., Аленичева М.С.

ОГБУЗ БОКБ «Святителя Иоасафа», межрегиональный колопроктологический центр. Кафедра госпитальной хирургии НИУ «БелГУ», Белгород, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Сохранение и последующая реабилитация функции держания кишечного содержимого после оперативного лечения рака прямой кишки является достаточно сложной задачей. Имеющиеся технические трудности при выполнении манипуляций в глубине малого таза, полное или частичное удаление органа и послеоперационная травма сфинктерного аппарата прямой кишки приводят к не всегда удовлетворительным функциональным результатам лечения и недержанию кишечного содержимого.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Изучение реабилитации рефлекторной функции в механизме держания кишечного содержимого у больных после операций по поводу

рака прямой кишки.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Для изучения данной проблемы проанализировано функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки у 218 больных после брюшно-анальной и низкой передней резекции прямой кишки, прооперированных в БОКБ Святителя Иоасафа в период с 1998 по 2016 годы. С локализацией опухоли выше 6 см. и ниже 12 см., прошедших предоперационный курс лучевой терапии при наличии 18-ти месяцев безрецидивного течения, без признаков несостоятельности колоректального анастомоза и гнойно-септических осложнений. В динамике оценивались показатели рефлекторной функции при проведении аноректальной манометрии после различных видов оперативного лечения до и через 3, 6, 9, 12 и 18 месяцев после операции.

**РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.** У пациентов после низкой передней резекции прямой кишки в ранние сроки послеоперационного периода отмечается снижение показателей рефлекторной функции: увеличение порога ректо-анального ингибиторного рефлекса внутреннего сфинктера с уменьшением его амплитуды и продолжительности, что полностью коррелирует со снижением сократительной активности внутреннего сфинктера в состоянии покоя. Давление на уровне внутреннего сфинктера в покое снижено при отсутствии медленных и ультрамедленных волн его тонической активности со снижением векторного объема, средней амплитуды и протяженности профиля анального сфинктера в покое. У пациентов после брюшно-анальной резекции рефлекторная функция отсутствует полностью. Восстановление тонуса внутреннего сфинктера и рефлекторная активность появляется только в поздние сроки после операции (12-18 месяцев), приближаясь к показателям, характерным для пациентов после низкой передней резекции прямой кишки.

**ВЫВОД.** Сохранность и реабилитация рефлекторной функции прямой кишки у пациентов после низкой передней резекции лучше, чем у пациентов после брюшно-анальной резекции прямой кишки, особенно в первые месяцы после операции. В более поздние сроки, через год после операции, данное различие уменьшается и зависит от функциональной активности и анатомической целостности мышечных волокон внутреннего анального сфинктера.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АТИПИЧНЫХ РАДИОЧАСТОТНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Муравьев А.В., Линченко В.И., Бруснев Л.А.  
«Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

По данным публикаций последних лет, имеется явная тенденция к росту заболеваемости колоректальным раком во всём мире. На момент установки этого диагноза выявляются отдалённые метастазы в печень у 7-10% больных.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Оценить отдаленные результаты атипичных радиочастотных резекций печени при метастазах колоректального рака.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Нами изучены результаты лечения больных раком толстой кишки с единичными или несколькими (до 4-х) метастазами в печень, пролеченных в колопроктологическом отделении ГБУЗ «ГКБ № 2» г. Ставрополя за период 2011-2018 гг. Всего было 18 больных. Атипичные резекции печени выполнялись системой радиочастотной деструкции «RITA

1500х» по методике Habiba. Шести больным выполнена атипичная радиочастотная резекция левой доли печени по поводу 2-3 метастазов; 4-м – резекция 7 сегмента печени по поводу единичных метастазов; 3-м – резекция 7 сегмента с переходом на 8 (1 метастаз); 3-м – резекция 8 сегмента (единичные метастазы), одному – резекция 5 сегмента печени (1 метастаз) и одной больной гемигепатэктомия. Всем больным в послеоперационном периоде проведена адьювантная химиотерапия.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Нами прослежены результаты лечения у всех больных от 1 до 7 лет. Всем больным с целью контроля выполнялись УЗИ, КТ и МРТ исследования через 3, 6 и 12 месяцев после операции. Рецидива заболевания и повторных метастазов в печень не выявлено у 12 больных. Четверо больных, оперированных в 2011-2012 гг., умерли от прогрессирования онкопроцесса. Один больной умер от сопутствующих заболеваний. У одной больной, оперированной в 2011 г. по поводу рака нисходящей ободочной кишки, развился метастатический рак прямой кишки, по поводу которого выполнена экстирпация прямой кишки в 2018 г. При предоперационном обследовании и при интраоперационной ревизии данных за рецидив метастазов нет.

**ВЫВОДЫ.** При лечении колоректального рака с метастазами в печень целесообразно выполнять радикальную операцию и атипичные радиочастотные резекции печени по поводу метастазов, это даёт возможность увеличить продолжительность жизни пациентов и улучшает её качество.

## РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ БУШКЕ-ЛЕВЕНШТЕЙНА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Мухин А.Г., Мухин И.А., Зароченцева Н.В.

ООО «Клиника Андрологии», Москва, Россия,  
ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» Минздрава Московской области, Москва, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** При беременности остроконечные кондиломы представляют высокий риск возникновения преждевременных родов, инфицирования плода, возможно развитие осложнений во время родов и послеродовом периоде.

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Улучшение результатов хирургического лечения больных с остроконечными кондиломами Бушке-Левенштейна в период беременности.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** В клинику обратилась пациентка Н., 33 лет с жалобами на наличие образований на больших половых губах и перианальной области, невозможность находиться в положении сидя. Установлен диагноз: Беременность 21-22 недели.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Современные комбинированные методы лечения с применением радиоволнового хирургического скальпеля «Сургитрон», человеческого рекомбинантного интерферона альфа-2b с высокоактивными антиоксидантами витаминами Е и С (Виферон в виде ректальных суппозиторий по 1 млн. МЕ по 1 свече 2 раза в день в течение 10 дней до операции, повторение аналогичного курса сразу после оперативного лечения. Параллельно проводилось топическое применение геля Виферон – 36 000 МЕ ИФН альфа 2b – 2 раза в сутки в течение 30 дней), тщательное наблюдение и обследование позволили пролонгировать беременность и успешно родоразрешить пациентку через естественные родовые пути. В 40 недель