

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Урюпина А.А., Грошин В.С., Погосян А.А.
ФГБОУ ВО «РостГМУ» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Одной из актуальных проблем в колоректальной хирургии остается несостоятельность межкишечных анастомозов. По данным литературы, проблема встречается от 4 до 32%. Учитывая внедрение большого количества разновидностей толстокишечных швов, способов формирования и укрепления соустьев, применения различной техники, частота несостоятельности анастомозов не имеет тенденции к снижению. Центральное место в развитии несостоятельности межкишечных анастомозов отводится нарушению кровообращения, от которого зависит характер заживления.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения путем интраоперационной профилактики несостоятельности межкишечных анастомозов.

МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ. Работа выполнена на базе клиники ФГБОУ ВО РостГМУ и МБУЗ ГБ № 6 г. Ростова-на-Дону. Проведен анализ результатов оперативного лечения 84 пациентов, которые перенесли операции на толстой и прямой кишке с формированием межкишечных соустьев. Средний возраст пациентов составил $56,1 \pm 1,8$ года. Больные были разделены на две группы. В 1-ю включены 32 пациента, которым интраоперационно до формирования межкишечного соустья (как механическим, так и ручным швом) внутривенно вводился р-р индоцианина зеленого 25 мг с целью оценки кровотока в области формирующегося анастомоза по разработанной методике. Во 2-ю группу вошли 52 пациента, которым данная оценка не выполнялась.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Во 2-й группе ранний послеоперационный период осложнился несостоятельностью в 5 (9,6%) случаях, что потребовало выполнения экстренного оперативного вмешательства. В 3 (5,8%) случаях в отдаленные послеоперационные сроки отмечены стриктуры в области сформированного межкишечного соустья. В 1 (1,9%) случае зарегистрировано формирование кишечного свища. В 1-й клинической группе в раннем послеоперационном периоде, на фоне проводимой противовоспалительной, антибактериальной терапии осложнений отмечено не было, однако, на 7 сутки в 2 (6,25%) случаях было отмечено кровотечение, что было связано с прорезыванием лигатуры. Данное осложнение было купировано консервативно. При оценке результатов лечения в отдаленные сроки в 1-й клинической группе, осложнений потребовавших повторного оперативного вмешательства выявлено не было.

ВЫВОДЫ. Полученные результаты доказывают, что оригинальная методика профилактики несостоятельности колоректальных анастомозов при передней резекции прямой кишки, позволяет снизить частоту осложнений как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленный сроки, улучшить результаты лечения больных. Разработанный способ профилактики показал свою эффективность, что позволяет его рекомендовать к внедрению в клиническую практику.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕСТНЫМ РЕЦИДИВОМ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Назаров И.В.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Отсутствуют критерии прогноза больных с местными рецидивами рака ободочной кишки, нет принятых стандартов лечения.

ЦЕЛЬ. Определить факторы прогноза пациентов с местными рецидивами (МР) рака ободочной кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В проспективное исследование вошли 52 пациента с МР рака ободочной кишки без карциноматоза и отдаленных метастазов, находившихся на лечении в ГНЦК с 2009 по 2017 гг.

Медиана времени возникновения местного рецидива – 17,6 месяцев. На момент диагностики РЭА был повышен у 24 (46,2%), СА 19-9 – у 4 (7,7%) пациентов. Вмешательства по удалению МР выполнены 48 (92%) больным. Радикальные вмешательства в 60% случаев потребовали резекции более одного органа. В 26 (54%) случаях в ходе удаления первичной опухоли была произведена низкая перевязка питающего сосуда, подтверждением чему служило наличие значительного фрагмента сохранённой брыжейки ободочной кишки. Операция дополнена внутрибрюшинной химиотерапией (ВБХТ) в 12 (23,1%) случаях.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Радикальное удаление МР оказалось возможно у 34 (70,8%) больных. В 12 (25,0%) случаях МР удалён в объёме R1, а у 2 (4,2%) выполнены паллиативные резекции. У 34 (70,8%) больных развились осложнения различной степени тяжести. Летальных исходов не было. Прослежены 46 (95,8%) из 48 оперированных больных. Медиана наблюдения составила 19,5 (8,6-34,7) месяца. У 12 (26,1%) пациентов не было признаков возврата онкологического заболевания. У 16 (34,8%) больных развились только отдалённые метастазы. Повторный МР развился у 18 (39,1%) пациентов, у 12 он сочетался с отдалёнными метастазами. Общая 5-летняя выживаемость (ОВ) составила 38%; безрецидивная – 17,5%. Медиана ОВ – 42,8 мес; безрецидивной – 15,2. У пациентов с ВБХТ и без неё достоверных различий в ОВ не было. При многофакторном анализе определены факторы, влияющие на выживаемость пациентов с МР рака ободочной кишки: высокий РЭА, СА 19-9, позитивный край резекции при удалении опухоли МР, высокая перевязка при удалении первичной опухоли являются факторами негативного прогноза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Выполнение R0 резекции является главным фактором, улучшающим выживаемость больных, снижающим частоту возникновения повторных рецидивов. Интраоперационная внутрибрюшинная химиотерапия не оказывает влияния на результаты лечения местных рецидивов рака ободочной кишки.