

Избранные материалы

I Конгресса Общества специалистов по онкологической колопроктологии

Москва, 1–2 ноября 2012 г.

Влияние факторов риска на прогрессирование колоректального рака III стадии после радикального лечения

И.В. Ануфреенок, В.Т. Кохнюк

ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», Минск, Республика Беларусь

Цель исследования: изучить влияние факторов риска на выживаемость без прогрессирования опухолевого процесса у пациентов, страдающих колоректальным раком III стадии после радикального лечения. На основании изученных факторов разработать номограммы для расчета ожидаемой вероятности прожить 3 и 5 лет без признаков возобновления болезни.

Материалы и методы. Объектом исследования послужили пациенты ($n = 395$) с первичным колоректальным раком III стадии, получившие лечение в ГУ РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова с 1999 по 2010 г. Медиана наблюдения за всеми исследуемыми составила 39 мес. В случае локализации опухоли в прямой кишке пациентам проводилась лучевая терапия разовой очаговой дозой 5 Гр, суммарной очаговой дозой 25 Гр в течение 5 дней. После ее окончания на 1–3-е сутки выполнялось радикальное оперативное вмешательство. Все пациенты с опухолями ректосигмоидного соединения и ободочной кишки получили радикальное хирургическое лечение в зависимости от локализации опухоли. Аджьювантное лечение проведено 192 пациентам из 395 по схеме: кальция фолинат 200 мг/м² 30-минутная в/в инфузия, 5-фторурацил 400 мг/м² 4-часовая в/в инфузия 1–5 дни. Начало первого курса — на 28–30-й день после операции. Интервал между началами курсов 28 дней. Проводилось 4–6 курсов. Из набора данных исключены пациенты, которым проведены 1–3 курса адьювантной химиотерапии. В качестве рецидива заболевания принимался факт регистрации локорегионарного рецидива, отдаленных метастазов или смерти пациента от основного заболевания. Выживаемость оценивалась методом Kaplan & Meier Test и Log-Rank Test. Доверительные интервалы рассчитывались на основе оценки стандартной ошибки по формуле Гринвуда. В качестве факторов риска рассмотрены: возраст, пол, локализация опухоли (согласно Международной классификации болезней), глубина инвазии опухолью стенки кишки (T), степень метастатического поражения регионарных лимфатических узлов (N), степень злокачественности опухолевых клеток (G), отсутствие адьювантной химиотерапии в предложенном режиме. Для оценки совместного влияния потенциальных факторов риска на выживаемость использовался регрессионный ана-

лиз. В анализе использовалась непараметрическая модель пропорциональных рисков Кокса.

Результаты. Неблагоприятные факторы прогноза для развития любого прогрессирования опухолевого процесса у пациентов с колоректальным раком III стадии после радикального лечения в течение 5 лет по степени значимости распределились следующим образом:

Метастатическое поражение 4 и более регионарных лимфатических узлов (N2): относительный риск (ОР) = 2,2 (95 % ДИ (1,6 ÷ 3,0)), $p = 1,04e^{-06}$;

Глубина инвазии опухолью стенки кишки, соответствующая T4:

ОР = 1,6 (95 % ДИ (1,1 ÷ 2,2)), $p = 0,0100$;

Отсутствие адьювантной химиотерапии по разрабатываемой схеме:

ОР = 1,5 (95 % ДИ (1,09 ÷ 2,04)), $p = 0,0116$;

Локализация опухоли в прямой кишке (C20):

ОР = 1,5 (95 % ДИ (1,06 ÷ 2,0)), $p = 0,0204$.

Построены номограммы для расчета ожидаемой вероятности выживания без прогрессирования опухолевого процесса (3 и 5 лет) пациентов с колоректальным раком III стадии.

Выводы. Построенные на основании выявленных в унивариантном анализе неблагоприятных предикторов прогноза номограммы для расчета ожидаемой вероятности прожить 3 и 5 лет без признаков возобновления болезни для пациентов с колоректальным раком III стадии, позволяют индивидуализировать программу комплексного лечения пациентов.

Проспективная оценка эффективности предоперационной МРТ у больных резектабельным раком прямой кишки

Т.П. Березовская, А.А. Невольских, З.Н. Шавладзе, Б.А. Бердов, Н.А. Горбань, Л.М. Кондрашова
ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» Минздрава России, Обнинск

Введение. Мультидисциплинарный подход к ведению больных раком прямой кишки (РПК) предполагает использование магнитно-резонансной томографии (МРТ) с целью оптимизации выбора лечебной тактики в зависимости от местной распространенности опухоли.

Цель исследования. Оценить точность первичного МРТ-стадирования РПК по категории T и возможность прогнозирования положительной циркулярной границы резекции (ЦГР).

Материал и методы исследования. Для исследования были отобраны истории болезни 32 больных с диагнозом гистологически подтвержденной аденокарциномы прямой кишки (0–12 см от анального края), получивших радикальное хирургическое лече-

ние в ФГБУ МРНЦ Минздравсоцразвития РФ в период 2008–2012 гг. У всех больных до начала лечения было проведено первичное стадирование с использованием МРТ. Хирургическое вмешательство в объеме тотальной мезоректумэктомии выполняли через 4–22 дня после исследования. У 21 больного до операции была проведена лучевая терапия в СОД 25 Гр фракциями по 2,5 Гр дважды в день на зону опухоли и латеральный коллектор метастазирования. У 24 (75 %) больных опухоль локализовалась в среднеампулярном отделе (5,1–10,0 см от анального края), опухоль ниже- и верхнеампулярного отделов прямой кишки имели по 4 (12,5 %) больных. У всех больных при гистологическом исследовании операционных препаратов были определены pT стадия и расстояние от опухоли до ЦГР.

Для анализа были использованы заключения МРТ из историй болезни. МРТ было проведено на МР-томографе 1,5 Т с гибкой матричной катушкой. При исследовании был использован методический подход, принятый в Европе и включавший получение T2 взвешенных изображений высокого разрешения в 3 плоскостях, ориентированных вдоль (сагиттально и коронарно) и поперек стенки кишки на уровне опухоли. В анализ были включены МРТ-оценки T стадии и состояния потенциальной ЦГР.

Результаты исследования. При МРТ-стадировании были диагностированы следующие стадии: cT1 – у 1 больного, cT2 – у 11, cT3 у 16, cT4 – у 4. При гистологическом исследовании операционных препаратов pT1 стадия была установлена у 2 больных, pT2 – у 8, pT3 у 20, pT4 – у 2. Общая точность стадирования составила 59 %. При МРТ стадия была завышена в 7 (22 %) случаях, занижена – в 6 (19 %). Завышение стадии в 4 случаях касалось наличия экстрамурального распространения опухоли и в 2 случаях – вовлечения тазовых органов и брюшины. Причиной завышения стадии была ошибочная трактовка МР-признаков перитуморального воспаления. Основной причиной занижения стадии были трудности в выявлении минимального экстрамурального распространения опухоли в пределах 1 мм.

Вовлечение ЦГР (расстояние от опухоли до ЦГР ≤ 1 мм) при гистологическом исследовании удаленных препаратов прямой кишки было установлено в 4 случаях: у 1 больного с T4 категорией и у 3 больных с T3 категорией опухоли. Во всех этих случаях МРТ позволила прогнозировать его вовлечение.

Выводы. Несмотря на среднюю общую точность МРТ-стадирования РПК, выявление органного и перитонеального распространения опухоли имело высокую точность. Установлена высокая прогностическая значимость положительного результата МРТ для оценки состояния ЦГР у больных с T3–T4 категорией опухоли прямой кишки.

Первично-множественный рак толстой кишки и рак молочной железы – выявляемость и выживаемость

С.В. Головачев¹, К.Б. Макиева²

¹ ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Минздрава России;

² Национальный центр онкологии Министерства здравоохранения Республики Кыргызстан, Бишкек

Первичная множественность злокачественных новообразований толстой кишки и рака молочной железы (РМЖ) не является редкостью и, по данным различных авторов, составляет от 5 % до 31 %. Учитывая то обстоятельство, что пик заболеваемости РМЖ приходится на возраст 50–55 лет, а раком толстой кишки (РТК) – 65–70 лет, следует ожидать, что чаще РТК будет возникать метакронно к РМЖ, и, вероятно, являться гормонозависимым.

Цель исследования – изучить характер выявляемости первично-множественного РМЖ и РТК, возможности радикального лечения и уровень выживаемости таких больных.

Материалы и методы – ретроспективно изучены материалы канцер-регистров Кыргызстана и Ярославской области за период 1995–2005 гг., выявлено 163 больных, имевших первичную множественность РТК и РМЖ.

Результаты. Как и предполагалось, в большинстве случаев сочетание вышеуказанных новообразований являлось метакронным, медиана времени между их возникновением составила 5 лет 7 мес. Все больные на момент диагностики первичной опухоли имели ту или иную степень ожирения, что следует считать определенным фактором риска. Кроме того, имелась гиперэстрогения (ановуляция, бесплодие, неконтролируемый прием комбинированных оральных контрацептивов) в 54 % случаев. Синхронный рак составил лишь 5 % (8 случаев). Однако, вопреки ожиданиям, первичной диагностированной опухолью явился РТК (56 % случаев – 86 больных, $p > 0,01$). Большинство больных имели ранние (I–II) стадии заболевания – 72%, что позволило провести им адекватное лечение. РМЖ у данных больных по распределению по стадиям не отличался от таковой в общей популяции, показатели общей выживаемости также оказались сопоставимы. В группе больных, где первично диагностирован РМЖ, 7 больных имели III–IV стадии и не получили радикального лечения (не позднее 1,5 лет в дальнейшем у них диагностирован РТК, лечение паллиативное), большинство больных имело II стадию – 64 %. Абсолютное большинство больных имели II–III стадии РТК (82 %), остальные имели первично выявленные отдаленные метастазы, I стадии не диагностировано. Общая выживаемость соответствовала таковой у больных со спорадическим РТК или РМЖ.

Выводы — синхронные РМЖ и РТК имеют общие эндокринно-обменные механизмы канцерогенеза, наибольшее влияние на выживаемость оказывают стадия и характер лечения при диагностике первичной опухоли и качество последующего диспансерного наблюдения.

Рак прямой кишки: нервосохраняющие операции и предоперационная лучевая терапия

А.А. Доманский, И.И. Алиев, К.К. Лебедев,
М.А. Беляев

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова»
Минздрава России, Санкт-Петербург

Цель исследования. Хирургические вмешательства по поводу рака прямой кишки ассоциируются с высоким уровнем послеоперационных мочеполовых расстройств вследствие интраоперационного повреждения тазовых вегетативных нервов и нервных сплетений. Лучевая терапия, широко используемая в лечении ректального рака, также оказывает негативное влияние на нервную ткань. Таким образом, комбинация предоперационного облучения и хирургической агрессии оказывает сочетанное повреждающее действие на вегетативные нервные структуры таза. Целью настоящего исследования является оценка частоты послеоперационных нарушений мочеиспускания при выполнении нервосохраняющих операций по поводу рака прямой кишки в зависимости от варианта предоперационной лучевой терапии.

Методы. Исследование проводится с 2003 г. и основано на результатах анализа 238 операций по поводу рака прямой кишки с удалением первичной опухоли и применением нервосберегающей техники. Предоперационная лучевая терапия методом крупного фракционирования дозы (5 x 5 Гр, СОД 25 Гр) выполнена 32 больным, мелко-протяженным методом (28 x 1,8 Гр, СОД 50,4 Гр) — 59 больным. У 147 больных предоперационное облучение не проводилось. Оценка функции мочеиспускательной системы проводилась у всех пациентов до операции, в раннем послеоперационном периоде и через 3 месяца после операции методом анкетирования с использованием опросников IPSS и UDI-6.

Результаты. Полное сохранение основных элементов вегетативной иннервации таза выполнено у 78 % больных, не получавших предоперационной лучевой терапии; у 67,3 % больных, получавших крупнофракционное облучение; у 34,6 % больных, получавших мелко-протяженное облучение. Послеоперационные расстройства мочеиспускания приблизительно с одинаковой частотой встречались в группах больных, облучавшихся методом крупного фракционирования

дозы и не получавших лучевой терапии (13,8 и 14,5 % соответственно). У больных, получавших длительные курсы предоперационной лучевой терапии, частота послеоперационных расстройств мочеиспускания была существенно выше (34,4 %), а симптомы дизурии имели более выраженные проявления.

Вывод. Постлучевой фиброз тканей, вызванный применением длительных курсов предоперационной лучевой терапии, затрудняет выполнение нервосохраняющего этапа операции, что приводит к увеличению частоты и выраженности послеоперационных расстройств мочеиспускания.

Первый опыт закрытия дефектов тазового дна после экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки

А.А. Доманский, А.Г. Рылло, К.К. Лебедев,
П.А. Сапронов

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова»
Минздрава России,

СПбГУЗ «Городской клинический онкологический
диспансер», Санкт-Петербург

Цель исследования. В последнее десятилетие в лечении дистального рака прямой кишки широкое распространение получили экстралеваторные брюшно-промежностные экстирпации прямой кишки (ЭЛБПЭ). К основным достоинствам ЭЛБПЭ можно отнести возможность обеспечения опухоленегативной циркулярной границы резекции. Одним из проблемных моментов является то, что при ЭЛБПЭ формируется обширный дефект тазового дна с высоким уровнем воспалительных осложнений (ВО) в послеоперационном периоде. Для закрытия промежностной раны предложен ряд методик, включающих пластику как собственными тканями, так и с использованием аллотрансплантатов. Целью настоящего исследования является оценка непосредственных результатов при использовании различных методик закрытия дефекта тазового дна после ЭЛБПЭ. К моменту публикации накоплен опыт 31 ЭЛБПЭ, поэтому представленные результаты носят предварительный характер; исследование продолжается.

Методы. Исследование основано на анализе результатов лечения 31 больного (16 женщин и 15 мужчин), перенесших ЭЛБПЭ по поводу рака прямой кишки в период с 2009 г. по сентябрь 2012 г. Семнадцать (54,8 %) пациентов получали предоперационную лучевую терапию. Все больные были разделены на 3 группы. В группу А включено 10 (32,3 %) больных, которым была выполнена глютеопластика дефекта тазового дна. Группу Б составили 7 (22,5 %) пациентов,

которым была выполнена аллопластика с использованием синтетической сетки с антиадгезивным покрытием. Остальным 14 (45,2 %) пациентам (группа В) была выполнена простая пластика местными тканями. В раннем послеоперационном периоде оценивалась частота клинически значимых ВО со стороны промежностной раны.

Результаты. Данные о частоте воспалительных осложнений в зависимости от варианта закрытия дефекта тазового дна приведены в таблице.

	Группа А (n = 10)	Группа Б (n = 7)	Группа В (n = 14)	Итого
Без предоперац. ЛТ (n = 16)	1	0	1	2
Предоперац. ЛТ (n = 17)	1	2	3	6
Итого	2 (20 %)	2 (27,6 %)	4 (33,3 %)	8 (25,8 %)

У одного больного группы А имел место частичный некроз кожного лоскута, и у одного больного — подкожная серома. Случаев некроза перемещенного мышечного лоскута не отмечено. В группе Б у 2 пациентов наблюдалось нагноение раны, в 1 случае потребовалось удаление трансплантата. После простой пластики нагноения, потребовавшие разведения краев промежностной раны, имели место у 4 больных.

Выводы

1. ЭЛБПЭ ассоциируется с высокой частотой ВО со стороны промежностной раны.
2. При использовании простой пластики наблюдается наиболее высокий уровень ВО, что связано с натяжением тканей и формированием полости.
3. У больных не получавших предоперационную химиолучевую терапию, оптимальным является использование аллопластики.
4. После предоперационной лучевой терапии частота воспалительных осложнений ниже при выполнении глютеопластики.

Для получения окончательных выводов требуется продолжение исследования.

Наложение стомы – возможный исход операции при патологии ободочной и прямой кишки

Г.М. Евдокимов, О.М. Конопацкова, В.А. Семенченя,
И.Н. Сидоров, О.В. Щеголева
ГБОУ ВПО «Саратовский государственный
медицинский университет им. В.И. Разумовского»
Минздрава России

Актуальность. За последние годы увеличивается число операций на кишечнике с наложением пожизненной или временной стомы. К сожалению, эти цифры весьма приблизительны, поскольку в РФ отсутствует статистика в отношении этой группы пациентов.

Цель исследования. Определить количество больных, которым произведены стомирующие операции в ЛПУ г. Саратова и области с 2000 по 2011 г.

Материал и методы. На кафедре факультетской хирургии и онкологии произведен ретроспективный статистический анализ историй болезней пациентов, которым за этот период наложен наружный кишечный свищ.

Результаты. За 12 лет в ЛПУ г. Саратова и области выполнено 3929 стомирующих операций больным в возрасте от 16 до 89 лет (в 2000 г. — 156; в 2001 г. — 164; в 2002 г. — 162; в 2003 г. — 169; в 2004 г. — 256; в 2005 г. — 257; в 2006 г. — 320; в 2007 г. — 399; в 2008 г. — 448; в 2009 г. — 592; в 2010 г. — 535; в 2011 г. — 471). Из них по экстренным показаниям — 868 (22,1 %) (в 2000 г. — 48; в 2001 г. — 38; в 2002 г. — 49; в 2003 г. — 68; в 2004 г. — 68; в 2005 г. — 78; в 2006 г. — 90; в 2007 г. — 89; в 2008 г. — 61; в 2009 г. — 79; в 2010 г. — 108; в 2011 г. — 92). Мужчин было 1806 (46 %) человек; женщин — 2123 (54 %). Место проживания: г. Саратов — 52 %; районные центры — 31 %; село — 17 %. Причиной наложения стом являлись: колоректальный рак — 90,7 % (3561 больной); «доброкачественные» заболевания органов брюшной полости — 8 % (316); злокачественные новообразования других органов — 1,3 % (52). При колоректальном раке в 48,2 % стомирование было следствием радикальных операций (1893): брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки — у 891 (47 %) больного; «типа Гартмана» — у 505 (27 %); обструктивная резекция сигмовидной кишки — у 241 (12,6 %) и других отделов ободочной кишки — 256 (13,4 %). С паллиативной целью стома наложена 2036 (51,8 %) пациентам.

В 83,7 % наблюдений наружный свищ накладывался на различные отделы ободочной кишки, и у 16,3 % — на тонкую (в 81,7 % с превентивной целью). С использованием лапароскопической техники операции произведены 145 (3,7 %) больным, из «мини-доступа» — 436 (11,1 %). По экстренным показаниям операции выполнены у 868 (22,1 %) больных (перфорация опухоли, дивертикула; кровотечение; ущемление гры-

жи; травма кишки; острая кишечная непроходимость; тромбоз сосудов; перитонит; несостоятельность швов анастомоза; панкреонекроз).

В клинике с 2008 по 2011 г. выполнено закрытие колостомы 65 пациентам (мужчин — 38, женщин — 27). Одноствольная стома была у 36 больных, двухствольная — у 29.

Выводы. В ЛПУ г. Саратова и области операции по поводу патологии ободочной и прямой кишки в 47,5 % случаев заканчиваются наложением временного или постоянного наружного кишечного свища. Основной причиной стомии (90,7 %) является колоректальный рак. По экстренным показаниям операции производятся у 22,1 % больных. Ежегодно возрастает число стомированных пациентов, которым в последующем возможно выполнение восстановительных операций.

Дифференциальная диагностика муцинозных злокачественных образований толстой кишки и яичников

А.Ю. Кашурников², Ю.Г. Паяниди¹, В.В. Казимирчук², В.Ю. Сельчук²

¹ ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва;

² кафедра онкологии факультета последипломного образования ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Введение. На сегодняшний день малоизученным и во многих отношениях спорным остается вопрос дифференциальной диагностики синхронных и метастатических муцинозных злокачественных опухолей толстой кишки и яичников. В мировой литературе описаны лишь единичные случаи муцинозной аденокарциномы яичников и толстой кишки, интерпретируемые как первично-множественные заболевания. **Материалы и методы.** В ФБГУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН с 1990 по 2004 г. синхронные и метастатические муцинозные злокачественные опухоли в толстой кишке и яичниках были выявлены у 49 больных. У 37 (75,51 %) из них морфологически был подтвержден диагноз рак толстой кишки с метастазами в яичниках, а в 12 (24,49 %) наблюдениях после планового гистологического исследования был поставлен диагноз первично-множественный синхронный (метастатический) рак яичников и рак толстой кишки. Принимая во внимание однотипное морфологическое строение (муцинозные опухоли), очень часто одних только гистологических критериев бывает недостаточно в выяснении клинической ситуации первично-множественного или метастатического поражения. В исследовании был применен иммуногистохимический

метод с использованием цитокератина 7 (1 : 100; Novocastra) и цитокератина 20 (1 : 50; Novocastra) во всех 12 случаях первично-множественного муцинозного рака и в 10 случаях метастатических муцинозных опухолей из толстой кишки.

Результаты. В плазматической мембране и цитоплазме большинства клеток опухолей яичников экспрессия цитокератина 20 была выявлена во всех 22 (100 %) исследуемых случаях. Напротив, практически полностью отсутствовала иммунореактивность цитокератина 7. Полученные результаты опровергли первоначальный диагноз первично-множественных опухолей у 12 исследуемых больных и показали, что при наличии синхронных или метастатических злокачественных муцинозных опухолей толстой кишки и яичников чаще всего речь идет о метастатическом поражении последних из первичного очага органов колоректального тракта.

Выводы. На основании полученных данных можно сделать вывод, что окончательно диагноз может быть установлен только путем комплексного обследования больного с использованием различных диагностических методик, а примененные в нашем исследовании иммуногистохимические профили (цитокератин 7 и цитокератин 20) являются объективным критерием для дифференциальной диагностики первично-множественного муцинозного рака яичников и метастатических опухолей из толстой кишки.

Обширные резекции печени с предоперационной, регионарной, внутриартериальной химиотерапией по поводу метастазов колоректального рака в печени у больных с неблагоприятными прогностическими факторами

К.Г. Мамонтов, А.Г. Котельников, С.А. Лазарев, С.Л. Хайс, А.Ф. Лазарев

Алтайский филиал
ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Барнаул

Актуальность. В структуре онкологической заболеваемости колоректальный рак (КРР) занимает 3-е место. При этом заболеваемость и смертность увеличиваются. У каждого 3-го заболевшего КРР имеются метастазы в печени. Только 10–20 % пациентов может быть выполнена резекция печени. Больные с благоприятными факторами составляют 1/3 от 10–20 %.

Цель исследования. Провести анализ пациентов с отрицательными прогностическими факторами и проанализировать общую и безрецидивную выживаемость.

Материалы и методы. Материалом для работы послужили 101 пациент с метастазами КРР в печени, находившиеся на лечении в Алтайском филиале РОНЦ им. Н.Н. Блохина с ноября 2005 г. по июнь 2011 г., которым выполнена обширная резекция печени с проведением предоперационной регионарной, внутриартериальной химио- и биотерапии (1-я группа — FOLFOX6, 2-я группа — FOLFOX6 + Бевацизумаб). Средний возраст пациентов составил 54 ± 5 . Мужчины — 55 ± 3 . Женщины — 53 ± 4 . Локализация первичной опухоли: ободочная кишка — 60 (60 %), прямая — 41 (40 %). Стадия первичной опухоли по Dukes: I (A) ст. — 3 (3 %), II (B) ст. — 28 (28 %), III (C) ст. — 24 (23 %), IV (D) ст. — 46 (46 %). Синхронные метастазы — 54 (53 %). Метахронные метастазы — 47 (47 %). Билобарное поражение — 62 (62 %) больных. Правая доля — 32 (31 %). Левая доля — 7 (7 %) больных. Единичные метастазы — 46 (46 %), множественные — 55 (54 %). Размер метастазов от 1,5 до 27 см, что в среднем составило 6 см. Полной регрессии не наблюдалось ни у одного больного. Частичный регресс опухоли — 26 (26 %), стабилизация — 53 (53 %). Прогрессирование — 21 (21 %) больной. Частота эффекта лечения — 9 (79 %). Обширная резекция печени с резекцией контралатеральной доли выполнена у 39 (39 %) больных. Правосторонняя гемигепатэктомия — 53 (52 %). Левосторонняя гемигепатэктомия — 18 (18 %). Расширенная правосторонняя гемигепатэктомия — 25 (25 %). Расширенная левосторонняя гемигепатэктомия — 5 (5 %). Внепеченочные метастазы — 23 (23 %). Метастазы в лимфоузлы гепатодуоденальной связки — 18 (18 %) больных.

Результаты. При однофакторном анализе были выявлены 3 неблагоприятных фактора: билобарное поражение печени ($p = 0,0089$), множественные метастазы в печени ($p = 0,0005$), метастазы в гепатодуоденальную связку ($p = 0,0004$). Многофакторный анализ выявил 2 неблагоприятных прогностических фактора: множественные метастазы в печени ($p = 0,047$), метастазы в гепатодуоденальную связку ($p = 0,043$). Общая выживаемость с FOLFOX + Бевацизумаб: медиана — 29 мес; 1 год — 94 ± 4 ; 2 года — 66 ± 9 ; 3 года — 34 ± 11 ; 4 года — 14 ± 8 ; 5 лет — не достигнута. FOLFOX6: медиана — 26 мес; 1 год — 95 ± 3 ; 2 года — 95 ± 3 ; 3 года — 37 ± 8 ; 4 года — 24 ± 8 ; 5 лет — 13 ± 7 . Общая выживаемость при наличии метастазов в лимфоузлах гепатодуоденальной связки. Есть метастазы: медиана — 23 мес; 1 год — 94 ± 6 ; 2 года — 20 ± 12 ; 3 года — нет; 4 года — нет; 5 лет — нет. Нет метастазов: медиана — 33 мес; 1 год — 95 ± 3 ; 2 года — 71 ± 6 ; 3 года — 45 ± 7 ; 4 года — 24 ± 7 ; 5 лет — 15 ± 7 . Общая выживаемость больных в зависимости от количества очагов в печени. Единичные: медиана — 34 мес; 1 год — 95 ± 3 ; 2 года — 72 ± 6 ; 3 года — 48 ± 8 ; 4 года — 26 ± 8 ; 5 лет — 21 ± 8 . Множественные: медиана — 23 мес; 1 год — 95 ± 5 ; 2 года — 43 ± 11 ; 3 года — 12 ± 8 ; 4 года — нет; 5 лет — нет.

Заключение. Основными критериями, характеризующими агрессивность опухоли, являются количество очагов в печени и метастазы в гепатодуоденальную связку, которые определяют распространенность опухоли.

Наш опыт выполнения лапароскопически ассистированных операций на толстой кишке

О.И. Миминошвили, А.О. Миминошвили,
С.В. Ярошак, В.Ю. Михайличенко

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака» НАМН Украины, Донецк

Мини-инвазивные технологии на сегодняшний день достаточно широко используются в колоректальной хирургии. При этом нередко отсутствуют единые стандарты проведения как лапароскопических, так и лапароскопически ассистированных вмешательств на толстой кишке. Выполнение лапароскопически ассистированных операций на толстой кишке должно проводиться с учетом онкологических концепций и адекватной лимфодиссекции при злокачественных заболеваниях.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных с заболеваниями толстой кишки путем внедрения малоинвазивных технологий.

Материалы и методы. В Институте неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины в период с 2009 по 2012 г. было выполнено 27 лапароскопически ассистированных операций на толстой кишке. Возраст больных колебался от 54 до 83 лет, женщин было 15, мужчин — 12. Всем больным в дооперационном периоде проводились общеклинические и биохимические анализы крови, электрокардиография, ультразвуковое исследование брюшной полости и малого таза, колоноскопия, а также компьютерная томография. Операция проводилась под общей анестезией с использованием видеолапароскопической системы «Olympus». Суть операции заключалась в том, что в брюшную полость вводятся 2–3 стандартных троакара 5 мм и 10 мм, а на переднюю брюшную стенку через мини-лапаротомический разрез устанавливается специальное устройство (лап-диск), через которое вводится рука оперирующего хирурга. При широкой мобилизации толстой кишки с адекватной лимфодиссекцией использовали ультразвуковой скальпель «Harmonic». Для обработки сосудов применяли титановые клипсы длиной 5–10 мм.

Результаты. У 24 из 27 пациентов операции выполнены по поводу злокачественных новообразований толстой кишки. Лапароскопически ассистированная правосторонняя гемиколэктомия выполнена у 7 больных, левосторонняя гемиколэктомия у 9 больных,

резекция сигмовидной кишки у 3 больных, передняя резекция прямой кишки у 5 больных. У одного пациента операция выполнена по поводу дивертикулярной болезни — была произведена резекция сигмовидной кишки. У 2 пациентов операция выполнена по поводу хронического декомпенсированного колостаз — произведена лапароскопически ассистированная колэктомия. В 11 случаях через мини-лапаротомический разрез для лап-диска выводили мобилизованную кишку с опухолью и формировали экстракорпоральный ручной анастомоз «конец в конец». У остальных больных раком сигмовидной и прямой кишки при наложении колоректального анастомоза использовали аппаратный шов. Мы применяли степлеры фирмы Эतिकон типа Curved Intraluminal Stapler диаметром от 29 до 33 мм для наложения циркулярного анастомоза. С использованием данного метода прооперировано 16 больных. Показанием к наложению аппаратного шва мы считаем наличие удалимой опухоли, не прорастающей в окружающие органы, и достаточной для формирования анастомоза культи прямой кишки не менее 5 см. Во всех наблюдениях выполняли формирование анастомоза по типу «конец в конец». Длительность первых операций колебалась около 3,5 часов, по мере накопления опыта она снизилась до 2 часов. Радикальность операции определялась возможностью резекции толстой кишки в соответствии с онкологическими принципами и удалением регионарных лимфатических узлов. В послеоперационном периоде осложнений не было. Перистальтика выслушивалась на 2–3-е сутки после операции. Ранняя активизация больных была достигнута путем малой травматичности операции. Летальных случаев зарегистрировано не было.

Выводы. Таким образом, применение лапароскопически ассистированных операций на толстой кишке свидетельствует о преимуществах данного метода перед традиционными открытыми вмешательствами. Данная методика является, безусловно, перспективной в лечении ряда заболеваний толстой кишки и требует дальнейшего накопления опыта и анализа полученных результатов.

Циркулярная граница резекции у больных резектабельным раком прямой кишки и ее прогностическое значение

А.А. Невольских, Б.А. Бердов, Н.А. Горбань,
Л.А. Кондрашова

ФГБУ МРНЦ Минздрава России, Обнинск

Цель исследования. Изучить частоту вовлечения циркулярной границы резекции (ЦГР) и влияние этого показателя на отдаленные результаты лечения больных со II–III стадией рака прямой кишки (РПК).

Материал и методы. Исследование проведено у 92 радикально оперированных больных. Во всех случаях опухоли были представлены аденокарциномой с локализацией нижнего полюса на расстоянии 0–15,0 см (медиана — 8) от анального края. Соотношение мужчин и женщин составило 1,3 : 1, а медиана возраста больных — 63 года (27–85). У 79 (85,7 %) больных имелось распространение опухоли на жировую клетчатку (pT3), у 8 (8,7 %) — брюшину (pT4a) и у 5 (5,4 %) больных имело место вовлечение задней стенки влагалища (pT4b). Метастазы в регионарные лимфатические узлы отмечены у 53 (57,6 %) больных, у 33 (38,9 %) больных — множественные (pN2). Лучевая терапия до операции проведена у 88 % больных. Медиана наблюдения составила 34 месяца (1–124). Расстояние от опухоли до ЦГР определяли при микроскопическом исследовании. ЦГР считали вовлеченной в тех случаях, когда это расстояние составляло 0–1 мм.

Результаты. Расстояние от опухоли до ЦГР варьировало в пределах 0–17 мм (медиана — 5), у 16 (17,3 %) больных оно составило 0–1 мм. При последующем наблюдении местные рецидивы выявлены у 4 (25 %) больных с вовлечением ЦГР и 4 (5,2 %), у которых расстояние от опухоли до ЦГР составило > 1 мм (OR 6,08 [95 % ДИ 1,34–27,66]; $p = 0,028$). Отдаленные метастазы выявлены у 7 (43,7 %) и 15 (19,7 %) больных соответственно (OR 3,21 [95 % ДИ 1,03–10,03]; $p = 0,053$). Статистически значимые различия были получены по показателям безрецидивной 5-летней выживаемости ($38,7 \pm 15,1$ % и $76,4 \pm 5,5$ %; $p = 0,001$). При многофакторном анализе неблагоприятное прогностическое влияние на безрецидивную выживаемость оказывало расстояние от опухоли до ЦГР ≤ 1 мм ($p = 0,009$) и наличие множественных метастазов в регионарные лимфатические узлы ($p = 0,035$).

Выводы. Наиболее важными прогностическими факторами у больных со II–III стадией РПК является расстояние от опухоли до ЦГР и состояние регионарных лимфатических узлов. Больным, у которых при МРТ органов малого таза можно предположить вовлечение ЦГР, или имеются множественные метастазы в регионарные лимфатические узлы, показано проведение пролонгированной химиолучевой терапии.

Способ трансанальной эндоскопической микрохирургии. Техника аппаратного и ручного шва

К.В. Пучков, Д.А. Хубезов, А.Ю. Огорельцев

ГОУ ВПО «Рязанский государственный
медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России;

Центр клинической и экспериментальной хирургии,
Москва

Цель. Разработка доступного и надежного способа трансанального эндоскопического удаления опухолей прямой кишки с использованием аппаратного и ручного шва.

Материалы и методы. Для полностенного удаления опухоли использовалась преимущественно аппаратная техника, а для подслизистой резекции — ручной шов. Вместо операционного проктоскопа использовалось специальное разработанное нами пластиковое устройство-экспандер (заявка № 2001133226 от 06.12.01). Устройство состоит из прозрачного пластикового эластичного контейнера цилиндрической формы с отверстиями для введения инструментов и «окна» для доступа к опухоли. При инвагинации нижней стенки цилиндра внутрь уменьшается почти вдвое его диаметр. Под эндовидеоконтролем в нерасправленном положении вводится устройство совместно с лапароскопом и располагается «окном» над опухолью. Перед введением инструментов устройство расправляется пальцем, введенным снаружи через просвет цилиндра. Аппаратная техника. Основание полипа прошивается через все слои z-образным швом, берется на держалки и, осуществляя тракцию в противоположную опухоли сторону, инвагинируется при этом стенка кишки с опухолью внутрь устройства, после чего клиновидно захватывается стенка кишки между браншами аппарата Endo GIA-30, прошивается и отсекается участок кишки с опухолью. Ручной шов. Операция начинается с инъекции раствора адреналина в подслизистый слой. Намечаются границы резекции обычным эндоскопическим крючком непрерывно по всему периметру, отступая 0,5–1,0 см от края опухоли. Границы намечаются, как бы подрываясь в слизистую оболочку, при этом коагуляция происходит при движении крючка от стенки кишки, что предотвращает глубокую травматизацию стенки кишки. Осуществляя тракцию за край слизистой, в режиме коагуляции проводится подслизистая резекция опухоли, при этом используется техника, схожая с техникой лапароскопической холецистэктомии. Целесообразнее заранее тщательно намечать границы резекции в виде ромба, что в дальнейшем облегчает сопоставление тканей при ушивании и препятствует грубой деформации и стенозу прямой кишки, это особенно важно при полностенной

резекции. Ушивание дефекта проводится непрерывным швом атравматичным материалом, узлы формируются аналогично лапароскопической экстракорпоральной технике. Данный способ был использован у 23 больных в возрасте 69–82 года. У 10 больных имел место рак прямой кишки, у 10 — «сидячая» ворсинчатая опухоль, у 2 — карциноид, и у 1 — лейомиома прямой кишки. У 14 больных имела тяжелая сопутствующая патология. Нижний край опухоли локализовался на расстоянии 8–13 см от ануса. Из 10 пациентов, оперированных по поводу рака, у 2 имелся рак *in situ*, у 5 — T1, у 3 — T2. Всем (3) пациентам с T2 ранее было отказано в оперативном лечении из-за крайне тяжелой сопутствующей патологии.

Результаты. Осложнений и летальных исходов не было. Средняя продолжительность операций составила $28,2 \pm 3,2$ мин, средний послеоперационный койко-день — $3,5 \pm 1,0$ мин. Отмечена хорошая экспозиция операционного поля, комфортный послеоперационный период. При последующих осмотрах (фиброкколоноскопия) выявлено 2 рецидива. В одном случае рецидивировал рак T2, в другом — ворсинчатая опухоль. Максимальный период наблюдения 46 мес.

Выводы. Таким образом, наши результаты показали, что предложенный способ и устройство обладает рядом преимуществ перед традиционным методом трансанальной эндоскопической микрохирургии, важнейшими из которых являются: надежность, доступность, минимальная инвазивность. Доступность предложенной техники обуславливается небольшой стоимостью устройства и возможностью использования комплекта аппаратуры для лапароскопической хирургии, который имеется практически в каждом городском хирургическом стационаре.

К вопросу о необходимости комбинированных и расширенных операций при местно-распространенном колоректальном раке

Е.Н. Танцерева¹, А.В. Семенов¹, Н.А. Мольков²

¹ ГБОУ ВПО «Ивановская государственная
медицинская академия» Минздрава России;

² ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер»

Цель исследования: показать необходимость выполнения расширенных оперативных вмешательств при местно-распространенном колоректальном раке, оценить влияние регионарного метастазирования на исход лечения заболевания и выживаемость больных.

Материалы и методы: на базе колопроктологического отделения Ивановского областного онкодиспансера был осуществлен ретроспективный анализ результатов лечения 132 пациентов, оперированных

в 2004–2006 гг. Включенные в исследование пациенты были разделены на 4 группы на основании верифицированной у них патологической стадии процесса. В 1-ю группу вошли больные с pT3N0M0 ($n = 12$), ко 2-й были отнесены 7 человек с pT3N1–2M0, в 3-ю группу было включено 77 больных в стадии pT4N0M0 и 36 человек, имеющих pT4N1–2M0, составили 4-ю группу.

При местно-распространенном процессе (3-я и 4-я группы пациентов) выполнялись расширенные и комбинированные операции (резекция мочевого пузыря, надвлагалищная ампутация матки, удаление придатков матки, резекция тонкой/толстой кишки, резекция брюшной стенки). Все проведенные операции выполнены в объеме R0.

Максимальное время наблюдения за пациентами составило 97 мес (медиана 63,5 мес). Диспансерное наблюдение проводилось в соответствии с федеральным стандартом.

Для статистической обработки результатов исследования использован непараметрический анализ (ППП Statistica 6.0). Выживаемость больных оценивалась по методу Каплана–Майера, различия выживаемости в группах определялись с помощью теста Кокса–Ментеля.

Результаты: медиана выживаемости в первой группе составила 65,5 мес, во второй 34 мес, в третьей 68 мес и в четвертой – 32 мес. При дальнейшем анализе мы позволили себе объединить данные по общей выживаемости пациентов в 1-й и 3-й группе и во 2-й и 4-й группе соответственно, так как из вышеприведенного анализа следует, что главным предиктором неблагоприятного исхода является наличие/отсутствие пораженных региональных лимфоузлов (N+).

Было выявлено, что медиана выживаемости в группе больных с местно-распространенным колоректальным раком (pT3–4N0M0) составила 66 мес, что достоверно превышает аналогичный показатель группы сравнения (pT3–4N1–2M0) – 32 мес (различия достоверны, $p = 0,00182$).

Выводы

Полученные результаты позволяют заключить, что активная агрессивная хирургическая тактика при местно-распространенном колоректальном раке является оптимальной.

Наличие метастазов в регионарные лимфоузлы ухудшает выживаемость данных пациентов.

Способ формирования концевой колостомы при хирургическом лечении у больных колоректальным раком

З.М. Тойчуев, И.Г. Гатауллин, И.Р. Аглуллин

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России

Целью исследования является поиск оптимальных способов формирования концевой колостомы при раке средне- и нижеампулярного отдела прямой кишки при брюшно-промежностной экстирпации.

Материал и методы. Изучен опыт применения различных способов формирования одностольной колостомы у 48 больных с дистальным раком прямой кишки, проходивших лечение в Республиканском клиническом онкологическом диспансере МЗ РТ с 2009 по 2011 г.

Нами был предложен новый способ формирования концевой колостомы, который заключается в укреплении колостомической раны аллопластическим материалом со стороны брюшной полости. Всем больным было выполнено оперативное лечение в объеме брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с формированием сигмостомы. Всем больным проводилась предоперационная лучевая терапия в дозе 25 Гр – 5 дней по 5 Гр, после чего осуществлялось оперативное вмешательство. Стадия T2–4N0M0 (стадия В по Dukes) – у 37 пациентов, T2–4N1–2M0 (стадия С по Dukes) – у 11 больных. Мужчин было 33 пациента, женщин – 15. Возраст больных составил $55,4 \pm 5,6$ года. Для улучшения результатов хирургического лечения больных с концевыми колостомами нами был разработан оптимальный комплекс мероприятий для ведения таких больных в послеоперационном периоде. Он включал в себя подбор оптимальной диеты с учетом действия пищевых компонентов на функцию желудочно-кишечного тракта. Для ликвидации воспалительных явлений в зоне колостомы использовались мази на гидрофильной основе: паста Лассара, актовегиновая, солкосериловая, метилурациловая мази, присыпки с трихополом, повязки с диоксидином.

Результаты. При использовании рутинного способа формирования концевой колостомы «столбиком», с выведением кишки через всю толщу брюшной стенки и подшиванием стомы к брюшине, апоневрозу и к коже передней брюшной стенки у 32 (16,66 %) больных были выявлены следующие ранние послеоперационные осложнения: пролапс в брюшную полость, выведенной колостомы у 1 (3,1 %) пациента, инфильтрат в параколостомической области у 5 (15,62 %) пациентов, дерматит у 12 (37 %) и заворот тонкой кишки вокруг стомы у 2 (6,2 %) пациентов.

По предложенному нами способу наложения концевой колостомы прооперировано 16 пациентов. Из них

были выявлены ранние послеоперационные осложнения в виде дерматита у 2 (12,5 %) пациентов и инфильтрата в параколомической области у 1 (6,25 %) пациента.

Выводы. Предложенный новый способ формирования концевой колостомы и комплекс лечебно-профилактических мероприятий по уходу за ней позволяет минимизировать частоту возникновения таких ранних осложнений, как развития параколомической грыжи, выпадения выведенной кишки, дерматита и заворота тонкой кишки вокруг стомы у онкопроктологических больных после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

Свойства аппаратного шва толстой кишки в зависимости от времени компрессии

Д.А. Хубезов, А.Ю. Огорельцев, М.В. Мнихович,
Е.А. Юдина

ГОУ ВПО «РязГМУ им. акад. И.П. Павлова»
Минздрава России, Рязань

Цель исследования. Изучить влияние длительности компрессии тканей при прошивании на механическую прочность и биологические свойства тканей в области степлерного шва.

Материалы и методы. Проведено экспериментальное интраоперационное исследование свойств степлерного шва в зависимости от времени компрессии. Резецируемый участок ободочной и подвздошной кишки до пересечения брыжейки с питающими сосудами трижды прошивались аппаратом Endo GIA-60: одномоментно, с компрессией 20 сек и 2 мин. Исследование механических свойств степлерного шва проводилось методом определения силы отрыва скрепки. Также после удаления препарата производилось изучение конфигурации скрепки. Биологические свойства тканей области степлерного шва изучались по ин-

тенсивности кровотечения из зоны шва, а также при гистологическом исследовании образцов тканей.

Результаты. Сила отрыва скрепки (СОС) из шва подвздошной кишки составила:

- при одномоментном прошивании: 260 + 25 г;
- при компрессии 20 сек: 284 + 19 г;
- при компрессии 2 мин: 186 + 34 г.

При этом различия между 1-й и 2-й группами оказались недостоверными, а СОС из шва с компрессией 2 мин была достоверно меньше.

СОС из шва ободочной кишки составила:

- при одномоментном прошивании: 227 + 31 г;
- при компрессии 20 сек: 322 + 26 г;
- при компрессии 2 мин: 231 + 25 г.

Различия между показателями статистически достоверны.

Таким образом, механическая прочность степлерного шва толстой кишки достоверно выше при прошивании с компрессией 20 сек. При исследовании формы скрепок, извлеченных из линии анастомоза, было установлено, что кривизна загнутой скрепки прямо пропорциональна длительности компрессии. При оценке биологических свойств шва отмечалось выраженное пульсирующее кровотечение из области шва после одномоментного прошивания. Гистологическое исследование препаратов показало наименьшие изменения тканей при одномоментном прошивании как в подвздошной, так и в ободочной кишке. В зоне шва с компрессией 20 сек местами отмечались нарушения кровоснабжения, разрушение капилляров. Клеточные структуры были сохранены. В линии шва с компрессией 2 мин были отмечены диффузные кровоизлияния, фрагментация тканевых коллагеновых волокон с потерей дифференцировки слоев кишечной стенки, деструкция клеточных элементов, в частности ядер.

Выводы. Лучшие механические свойства показал шов толстой кишки, сформированный с 20-секундной компрессией, что подтверждается гистологическими находками.

Уважаемый коллега!

Спасибо Вам за проявленный интерес к журналу «Онкологическая колопроктология» – изданию Региональной общественной организации «Общество специалистов по онкологической колопроктологии» (ОСОК)!

Благодаря высокой заинтересованности врачей журнал активно развивается. **С мая 2012 г. он официально включен в перечень рецензируемых журналов ВАК.** Его объем, количество актуальных материалов и тираж динамично увеличиваются. Растет территория распространения издания – на сегодняшний день это и Россия, и страны СНГ. Но увеличились и расходы, связанные с производством и распространением журнала.

Правлением ОСОК принято решение **с января 2013 г.** сохранить бесплатное распространение печатной версии журнала «Онкологическая колопроктология» только среди членов ОСОК, проживающих на территории Российской Федерации. Члены Общества, проживающие в странах СНГ, будут получать печатную или электронную версию журнала по запросу. Другие подписчики, не являющиеся членами Общества, смогут бесплатно ознакомиться с электронной версией журнала на сайте Общества (через год после выхода печатной версии издания).

Если Вы до сих пор не являетесь членом РОО «Общество специалистов по онкологической колопроктологии» (ОСОК), то мы предлагаем Вам вступить в Общество и продолжать бесплатно получать журнал «Онкологическая колопроктология» в печатном варианте. Вступительный взнос составляет 100 рублей, членский взнос – 400 рублей (оплачивается ежегодно до 30 октября текущего года). Заполнить заявление (или электронную анкету) для вступления в РОО «Общество специалистов по онкологической колопроктологии» и **оплатить взносы можно несколькими способами:**

1. Через отделение банка, распечатав бланк квитанции на сайте Общества www.oncoproct.ru.

2. На любом мероприятии Общества.

3. В исполнительном комитете Общества (Каширское шоссе, д. 23, 9-й этаж, каб. 903).

Что дает членство?

Члены Общества специалистов по онкологической колопроктологии:

- бесплатно получают журнал “Онкологическая колопроктология” (рассылка по РФ, доступ к электронной версии для жителей СНГ);
- получают пластиковую карту члена Общества (при наличии фото в цифровом формате);
- получают скидки при покупке печатных изданий ИД «АБВ-пресс»;
- получают бесплатно русскоязычное издание Клинических рекомендаций по лечению колоректального рака Ассоциации колопроктологов Великобритании и Ирландии (ACRPGBI), карманный справочник специалиста и прочую научную продукцию ОСОК;
- могут бесплатно участвовать в мероприятиях, проводимых ОСОК;
- участвуют в конкурсах, проводимых ОСОК;
- могут стать региональным представителем ОСОК;
- имеют доступ к передовому опыту ведущих специалистов страны;
- имеют доступ к новейшей информации в области онкопроктологии;
- могут направлять тезисы на конгрессы ОСОК, статьи в журнал ОК;
- получают рассылку новостей от ОСОК.

Надеюсь на дальнейшее сотрудничество!

*Председатель ОСОК, главный редактор журнала,
д.м.н., профессор Ю.А. Барсуков*