

водилась. Большинство местных рецидивов выявлены в течение первого года наблюдения. У одного из пациентов местный рецидив выявлен через 53 месяца.

У 6 пациентов выявлены отдаленные метастазы (22%). У 3 из них заболевание диагностировано во II стадии, у 3 – в III стадии. Аджьювантную химиотерапию ни один из них не получал. У большинства отдаленные метастазы диагностированы в течение 2 лет после операции. У одного пациента метастазы в легкие выявлены через 57 месяцев.

Все выявленные местные рецидивы и отдаленные метастазы оперативному лечению не подлежали.

Факторами риска возврата болезни были высокая степень инвазии, низкая дифференцировка опухоли, отсутствие лучевой терапии.

Выводы.

При опухолях нижеампулярного отдела прямой кишки с уровнем инвазии T2-T4 необходимо проведение лучевой терапии. Наиболее предпочтительна предоперационная лучевая терапия. Пациентам с наличием факторов риска, таких как большой уровень опухолевой инвазии, низкая дифференцировка опухоли, наличие метастазов в лимфоузлы, целесообразно проведение неoadьювантной химиолучевой терапии. Имеются основания для более широкого назначения адьювантной химиотерапии по показаниям, принятым для лечения рака ободочной кишки. На основании данного исследования очевидна необходимость наблюдения за пациентом в течение минимум 5 лет. Наиболее интенсивное диспансерное наблюдение должно проводиться в первые 2 года. Ввиду сложности выявления рецидива после экстирпации прямой кишки, проведения лучевой терапии и фатальности рецидива при позднем выявлении целесообразно использование ПЭТ/КТ в первый год наблюдения за пациентами группы высокого риска.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТОВ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ЦИРКУЛЯРНОГО ШВА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ ПО ПОВОДУ РАКА ПО МАТЕРИАЛАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТЮМЕНСКОГО ОНКОДИСПАНСЕРА

Н.Н. Франк, А.З. Мякишев, И.Н. Попов,
Е.М. Франк, О.Р. Хабибова, А.Н. Роговских,
А.В. Дорогина

Тюменский ООД

Рак прямой кишки занимает по частоте 3 место среди злокачественных образований органов желудочнокишечного тракта (ЖКТ). В структуре онкологических заболеваний в целом рак прямой кишки составляет 4-5%. Причем, чем выше уровень жизни в стране, тем выше заболеваемость. За последние 20 лет отмечен рост этой нозологии в несколько раз. Не является исключением в этом плане и Тюменская область.

Эффективность лечения рака прямой кишки, как и большинства других локализаций ЖКТ, во многом зависит от стадии и в большинстве случаев является комплексным. На сегодняшний день, несомненно, хирургический компонент лечения является основным определяющим фактором продолжительности жизни этой группы больных. В тоже время, большое значение имеет качество жизни оперированных. Следовательно, увеличение группы пациентов после сфинктерсохраняющих операций, не в ущерб, разумеется, радикализму, имеет одно из приоритетных направлений в хирургии рака прямой кишки.

Последние годы появилась возможность использовать для наложения колоректального анастомоза при передней резекции прямой кишки качественные одноразовые сшивающие аппараты, степлеры.

В этой статье мы хотели поделиться своим опытом применения данных аппаратов в сравнении с ручным швом. За 2011 и неполный 2012 г. на базе хирургического отделения №1 ТООД было выполнено 87 передних резекций прямой кишки по поводу рака. Возраст оперированных больных составил от 38 до 77 лет. Мужчин было 35, женщин 52. 32 больным во время операции был использован аппаратный шов (аппарат фирмы Ethicon). В большинстве случаев механический шов не укреплялся дополнительно. 55 больным при наложении анастомоза использован ручной двурядный шов. 27 больным в процессе операции была наложена привентивная трансверзостома, в 60 случаях наложение трансверзостомы не применялось.

В послеоперационном периоде отмечалось 5 (5,7%) осложнений в виде несостоятельности швов, что подтверждалось клинически и эндоскопически. В 3х случаях несостоятельность была после наложения аппаратного шва. В двух случаях – ручного. Летальных исходов не было.

Всем больным проводилось консервативное лечение с положительным результатом.

Койко-день у оперированных этой группы составил от 14 до 54. Причем средний койко-день у больных с наложением аппаратного анастомоза составил 19, ручного 25,0. Продолжительность операций колебалась от 1 ч 40 мин до 5 ч 25 мин. Длительность вмешательства зависела от многих моментов и в среднем при использовании степлера составила 2,7 часа, при ручном шве 2,9 часа.

Таким образом, с появлением в практике довольно надежных сшивающих аппаратов у хирургов расширились возможности выполнения сфинктерсохраняющих операций, что особенно актуально при выполнении так называемых низких передних резекций при раке прямой кишки.

Применение аппаратов существенно не сказалось по нашим материалам на уменьшении продолжительности операции. В то же время значительно сократилось время пребывания в стационаре с 25 до 19. Количество несостоятельств в обеих группах сопоставимо.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ИНТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ ЦИТОСТАТИКОВ ПРИ ОВАРИАЛЬНОМ И КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

А.В. Шелехов, В.В. Дворниченко, И.В. Ларионова, Р.И. Расулов, Д.Д. Мориков, А.Г. Захаров

Иркутский ООД
Иркутский ГИУВ

В настоящее время, в структуре онкологической заболеваемости, по российским данным колоректальный рак находится на 3 месте. При этом 4 стадия заболевания при раке ободочной и прямой кишки встречается в среднем в 35% - 40% случаев. Медиана выживаемости при не леченном колоректальном и овариальном раке составляет в среднем 3-4 месяца. Попытки выполнить резекционные операции у этих больных неизбежно ведут к рецидиву опухоли на брюшине, не улучшают выживаемости и качества жизни этих больных.

Системная химиотерапия для профилактики и лечения перитонеального карциноматоза неэффективна, применение регионарной внутрибрюшинной химиотерапии как самостоятельного способа лечения карциноматоза брюшины также малоэффективно.

Сочетание циторедуктивных оперативных вмешательств, направленных на максимальное удаление опухолевой ткани из брюшной полости, и гипертермической интروперитонеальной перфузии цитостатиков позволило, по мнению большого количества авторов, поменять подход к лечению перитонеального карциноматоза (Yonemura Y. et al., 1996; Mangero L.B. et al., 1999; Sugarbaker P.H. et al., 1996, 2000; Jivan S. et al., 2002).

В нашем исследовании мы демонстрируем первый опыт использования гипертермической интروперитонеальной перфузии цитостатика в сочетании с циторедуктивными оперативными вмешательствами при раке ободочной, прямой кишки и раке яичников.

Данная методика была использована в ходе лечения у 5 пациентов с диагнозами:

1. Рак прямой кишки $T_4N_1M_0$ 3 стадия, 4 клиническая группа. Канцероматоз брюшины малого таза

2. Рак яичников $T_{3c}N_1M_1$ IV ст. IV кл гр. Рост опухоли яичников в области прямой кишки, ректосигмоидного отдела толстой кишки, сигмовидной кишки. Канцероматоз брюшины левого, правого латерального канала, брюшины таза, большого сальника.

3. Рак слепой кишки $T_3N_2M_0$ 3С ст. 4 кл. гр. Канцероматоз брюшной полости.

4. Рак сигмовидной кишки $T_3N_1M_1$ 4 стадия, 4 клиническая группа. Канцероматоз париетальной брюшины.

5. Рак тощей кишки $T_3N_0M_1$ 4 стадия, 4 клиническая группа. МТС в яичники, канцероматоз малого таза.

Средний возраст пациентов составил 54,4 года, все пациенты были женщины. Во всех случаях на дооперационном и интраоперационном этапе был диагностирован и верифицирован гистологически канцероматоз брюшной полости: париетальной и висцеральной брюшины.

На дооперационном этапе всем пациентам проводилось комплексное обследование, включавшее клинико-лабораторный, рентгенологический, ультразвуковой, эндоскопический и морфологический методы исследования согласно принятым медико-экономическим стандартам.

В ходе оперативного лечения пациентам были выполнены следующие хирургические вмешательства: обструктивная брюшно - анальная резекция прямой кишки в варианте Иноятова; обструктивная комбинированная сигмоидэктомия, низкая передняя передняя