

**ОПЫТ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ В СОЧЕТАНИИ С ИНФРАРЕНАЛЬНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ БРЮШНОЙ АОРТЫ**

*Восканян С.Э., Котенко К.В., Трофименко Ю.Г., Чолакян С.В., Артемьев А.И.*

*ФГУ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России», Москва, Россия*

**Цель** – разработать показания и оценить результаты симультанных радикальных операций у больных колоректальным раком в сочетании с аневризмой брюшной аорты (АБА).

**Материал и методы.** Проанализирован опыт симультанных операций у 24 больных, из них больных раком прямой кишки было 9, раком левой половины ободочной кишки – 15. II тип АБА по А.В. Покровскому был у 14 больных (58,3%), III тип с поражением бифуркации аорты и подвздошных артерий – у 10 больных (41,7%). Максимальный поперечный размер АБА варьировал от 40 до 70 мм и в среднем составил 54 мм, продольный размер – от 38 до 130 мм. Всем больным раком прямой кишки и левой половины ободочной кишки по онкологическим показаниям выполнялась расширенная парааортакавальная, межаортакавальная, латероаортальная лимфаденэктомия, а у больных раком прямой кишки также подвздошно-тазовая лимфаденэктомия. 14 больным (58,3%) произведено линейное протезирование инфраренального отдела брюшной аорты, 10 пациентам (41,7%) – бифуркационное аорто-подвздошное протезирование. Во всех случаях использованы синтетические кондуиты из PTFE («Экофлон», Россия). У 7 пациентов (29,2%) ввиду выраженной дистрофии и кальциноза стенки применена техника формирования проксимального анастомоза с аортой по типу «сэндвич».

**ОПЫТ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ОПУХОЛЕВОЙ ИНВАЗИЕЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ МЕЗЕНТЕРИКО-ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ВЕТВЕЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ**

*Восканян С.Э., Котенко К.В., Трофименко Ю.Г., Артемьев А.И., Забежинский Д.А., Шабалин М.В.*

*ФГУ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России», Москва, Россия*

**Цель** – разработать высокоэффективные технологии R0-резекций местнораспространенного рака головки поджелудочной железы с обширной

Спектр операций у больных колоректальным раком был представлен следующим образом: брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки – 3 больных, сфинктеросохраняющая брюшно-анальная экстирпация прямой кишки с низведением и формированием колоанального анастомоза – 3 больных, внутрибрюшная резекция прямой кишки – 3 больных, левосторонняя гемиколэктомия – 11 пациентов, расширенная резекция сигмовидной кишки – 4 больных.

**Результаты.** Средняя длительность операции составила 297,8±27,5 мин., средняя интраоперационная кровопотеря – 1243,0±345,6 мл. Случаев госпитальной летальности не отмечено. Общая частота послеоперационных осложнений составила 20,8%. Среди осложнений были отмечены госпитальные пневмонии и РДСВ-синдром (16,7%), абсцесс брюшной полости (4,2%), острый послеоперационный панкреатит (4,2%), неинфицированная гематома малого таза (4,2%), нагноение послеоперационной раны (8,3%). Осложнения купированы консервативными мероприятиями и малоинвазивными вмешательствами под УЗ-контролем. Средний послеоперационный койко-день составил 17,2±2,2 сут.

**Заключение.** Тактика лечения больных колоректальным раком при наличии у них АБА остается дискуссионной. Аневризмы инфраренального отдела брюшной аорты больших размеров несут в себе крайне высокий риск гибели больных как на госпитальном этапе, так и в раннем постгоспитальном периоде, особенно среди пациентов, которым показано выполнение расширенной забрюшинной и тазовой лимфодиссекции. Исследование демонстрирует оправданность симультанных радикальных операций по поводу абдоминальной онкологии и АБА, которые сопровождаются хорошими непосредственными результатами и нивелируют риск гибели пациентов от разрыва аневризмы в ближайшей перспективе.

опухолевой инвазией магистральных сосудов, изучить их непосредственные и отдаленные результаты.

**Материал и методы.** Представлен опыт 96 расширенных комбинированных панкреатодуоденальных резекций (ПДР) и панкреатикодуоденэктомий с резекцией и пластикой магистральных сосудов при местнораспространенном раке головки поджелудочной железы с их обширной опухолевой инвазией. Спектр пораженных опухолевым процессом магистральных сосудов, которые были подвергнуты резекции, представлен верхней брыжеечной веной, воротной веной, селезеночной веной, нижней полой веной, левой почечной веной, верхней брыжеечной артерией, общей и собственными печеноч-

ными артериями, селезеночной артерией, чревным стволом. У 27 больных (28,1%) операция дополнена свободной аутотрансплантацией тонкой кишки. Резекции магистральных вен мезентерико-портальной системы осуществлены во всех случаях «en block» в варианте R0, при этом у 66 пациентов (68,7%) они осуществлялись в условиях временного венозного байпаса по оригинальной короткой пассивной схеме. В 10 случаях (10,4%) компенсация висцерального артериального кровообращения осуществлялась с использованием оригинальной методики временного аорто-артериального байпаса. Реконструкция магистральных вен осуществлялась путем формирования анастомоза «конец в конец» (17,7%), аутовенозным протезированием (5,2%), с использованием FLL- (32,3%) или PTFE-кондуита (45,8%), реконструкция артерий производилась экстраанатомической имплантацией их в аорту (19,2%), формированием анастомоза «конец в конец» (30,7%), протезированием их аутовеной (4,5%) или PTFE-кондуитом (45,6%). При этом применено около 30 оригинальных методик реконструкций магистраль-

ных вен и артерий брюшной полости. У большинства больных (87,5%) имела место протоковая аденокарцинома различной степени дифференцировки. Отдаленная выживаемость оценена кумулятивным методом Kaplan-Meier.

**Результаты.** Госпитальная летальность составила 11,5%, общая частота послеоперационных осложнений – 41,7%. Тромбозы сосудов после их реконструкции имели место у 2 больных (2,1%) и имели фатальный исход. Медиана выживаемости составила 13 месяцев, что было существенно выше, чем в сопоставимой группе больных местнораспространенным раком головки поджелудочной железы, которым радикальное хирургическое лечение не производилось (1,5 месяца).

**Заключение.** Применение разработанного комплекса хирургических технологий позволяет добиться удовлетворительных ближайших и отдаленных результатов лечения больных местнораспространенным раком головки поджелудочной железы с обширной опухолевой инвазией магистральных сосудов.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПТФЭ-КОНДУИТОВ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН МЕЗЕНТЕРИКО-ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В ХИРУРГИИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Восканян С.Э., Котенко К.В., Трофименко Ю.Г., Мурзабеков М.Б., Артемьев А.И., Забежинский Д.А.*

*ФГУ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России», Москва, Россия*

**Цель** – оценить результаты применения ПТФЭ-кондуитов при реконструкции верхней брыжеечной, воротной и селезеночной вен после их обширных резекций у больных местнораспространенным раком поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** Для реконструкции магистральных вен мезентерико-портальной системы ПТФЭ-кондуиты применены у 42 больных (группа I). Во всех случаях реконструкции принципиальным было прямое и наиболее короткое протезирование вен, реконструкция всех основных стволов верхней брыжеечной вены (при наличии нескольких стволов) и восстановление магистрального кровотока по селезеночной вене (при необходимости резекции селезеночной или устья воротной вен). Группы сравнения составили больные, которым реконструкция вен осуществлялась с использованием кондуитов из фторлонлавсана – 31 больной (группа II) и аутовенозного протезирования – 6 больных (группа III). Все больные после операции осуществляли постоянный пероральный прием антикоагулянтов и анти-

агрегантов. Сравнивались длительность операции и её реконструктивного этапа, величина кровопотери, частота тромбоза вен в ближайшем послеоперационном периоде и отдаленная проходимость реконструированных вен, прослеженная ультразвуковым методом в сроки 6 месяцев, 1, 2 и 3 года.

**Результаты.** Средняя длительность операции в группах I, II и III составила соответственно 480,4±57,5, 498,2±55,8 и 550,2±67,2 мин., а её реконструктивного этапа – 18,6±3,6 мин., 18,2±3,1 и 36,7±5,7 мин. Величина интраоперационной кровопотери составила в группах I, II и III соответственно 520,7±70,3, 550,5±84,2 и 765,4±96,3 мл. В группах I и III ранних тромбозов кондуитов и реконструированных вен не отмечено, в группе II частота раннего тромбоза составила 6,4%, что послужило причиной смерти этих больных. Общая частота послеоперационных осложнений в группах I, II и III составила соответственно 28,6%, 51,6% и 50,0%, а госпитальная летальность – 7,1%, 19,3% и 16,7%. В группе I отмечена удовлетворительная проходимость кондуитов и реконструированных вен на всех исследованных сроках после операции, в группе II отдаленная проходимость реконструированных вен составила в сроки 6 месяцев, 1, 2 и 3 года соответственно 89,7%, 73,5%, 70,2% и 65,6%, в группе III у одного больного отмечен тромбоз аутовенозного кондуита спустя 1 год после операции в связи со сдавлением его извне в результате локорегионарного рецидива.

**Заключение.** ПТФЭ-кондуиты являются универсальным пластическим материалом, результа-