

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-