

рациональное использование возможно только при условии координации действий нейрохирургов, радиологов и химиотерапевтов.

В случаях, когда хирургическое лечение представляется нецелесообразным из-за диффузного характера роста опухоли или ее расположения в функционально значимых зонах головного мозга, возможно использование лучевой терапии и химиотерапии как самостоятельных методов лечения. Использование Темодала в лечении злокачественных глиом приводит к убедительным хорошим результатам. Препарат значительно продвинул вперед возможности лечения злокачественных глиом, увеличив продолжительность жизни пациентов без ухудшения качества жизни.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

*А.М. Сухоруков, А.А. Поздняков,  
Д.Н. Тараденко, А.Е. Попов*

Красноярского ГМУ  
ГКБ №20 им. И.С.Берзона, г. Красноярск

Статистические данные свидетельствуют о том, что в Российской Федерации сегодня колоректальный рак занимает одну из ведущих позиций. За последние 20 лет рак толстой кишки переместился в структуре онкологической заболеваемости населения Российской Федерации с 6-го на 3-е место.

Скрытое течение заболевания на ранних стадиях развития, трудности в диагностике ведут к высокой частоте запущенных случаев и как следствие высокой летальности. По данным М.И. Давыдова, Е.М. Аксель (2002), на 100 вновь выявленных больных раком ободочной и прямой кишки приходится более 70 умерших, из них на 1-м году с момента установления диагноза — около 40%. Данное обстоятельство обусловлено тем, что при первичном обращении пациентов к врачу запущенные формы рака (III-IV стадии) диагностируются у 71,4% больных раком ободочной кишки и у 62,4% в случаях заболевания раком прямой кишки.

С 1993 года в г. Красноярске функционирует специализированный городской колопроктологический центр (ГЦК) на базе городской клинической больницы №20, оказывающий плановую и круглосуточную экстренную помощь.

За период с 1993 года в отделении колопроктологии пролечено 2737 больных с различными формами рака толстой кишки. Ежегодно госпита-

лизуется в среднем 161 больной, из них 1013 (37%) госпитализированы по экстренным показаниям с явлениями обтурационной толстокишечной непроходимости. За последние 5 лет эти показатели составили соответственно 181 больной и 44% экстренно госпитализированных, а за последний 2009 год 221 и 50%. Таким образом, отмечается не только общее увеличение количества больных злокачественными новообразованиями толстой кишки, но и рост удельного веса осложненных форм этой патологии. В настоящее время более четверти коечного фонда специализированного проктологического отделения занято больными с опухолевым поражением толстой кишки.

Диагностическая тактика у экстренных больных подразумевает, наряду с общеклиническим обследованием, применение обзорной рентгенографии брюшной полости, ирригоскопии, по показаниям — колоноскопии, с целью уточнения топической локализации опухолевого процесса. Лечение больных начинали с консервативных мероприятий, заключавшихся в опорожнении кишки очистительными клизмами, коррекции нарушений водно-электролитного баланса. Больные с кишечной непроходимостью, успешно устраненной консервативными мерами, были подготовлены к операциям в плановом порядке. Следует отметить, что при локализации опухолевого процесса в прямой кишке консервативные мероприятия чаще приводили к устранению явления острой толстокишечной непроходимости в 56,4% случаев (545 больных), в то время как при локализации опухоли в ободочной кишке эффективность консервативной терапии составила лишь 18,4% (326 больных).

Безуспешность консервативного лечения в течение 4-6 часов, нарастающая картина непроходимости, развитие перитонита или других осложнений явились показанием к экстренному оперативному вмешательству. В хирургическом лечении рака толстой кишки, осложненного обтурационной непроходимостью, придерживаемся главного принципа: не только ликвидировать непроходимость, но и, по возможности, произвести радикальное удаление опухоли при первом же вмешательстве. Преимущество радикальной операции основано на первичном устранении источника интоксикации и дальнейшего прогрессирования злокачественного процесса. Важно исходно, совместно с анестезиологом, оценить возможности пациента перенести оптимальный объем вмешательства.

При анализе возрастной характеристики группы больных, экстренно госпитализированных с осложненными формами рака толстой кишки, наибольшее число вошло в возрастную

группу 50-80 лет (67%), пик – 60-70 лет, без существенных различий между мужчинами и женщинами. Однако стоит отметить, что еще 5-6 лет назад больные моложе 40, а тем более моложе 30 лет были крайней редкостью, то в настоящее время мы имеем минимум 2-3 больных в год этой возрастной группы.

Среди экстренных пациентов у 1771 больного (64,7%) - процесс локализовался в ободочной кишке, у 996 (45,3%) - в прямой кишке.

Анализируя варианты осложнений рака толстой кишки, можно отметить следующее, наиболее частыми осложнениями явились острая толстокишечная непроходимость – (1905 больных) 69,6% и кровотечение из распадающейся опухоли – (613 больных) 22,4%. Реже наблюдались перфорация опухоли – 9,0%, воспалительные инфильтраты брюшной полости – 8,3%, внутрибрюшные абсцессы и перитонит – по 9,0% соответственно.

У подавляющего числа больных – (1144 больных) 41,8%, диагностирована IIIA стадия опухолевого процесса, причем запущенные формы заболевания в этой группе установлены у 67,2% больных.

Однако при планировании и выполнении оперативного вмешательства стремимся выполнять первичные радикальные вмешательства с удалением отдаленных метастазов, даже при выявлении местно распространенных опухолей. В целом радикальные вмешательства составили 57,4% (1571 больной), паллиативные резекции – 9,3% (254 больных), наложение разгрузочных колостом или обходных анастомозов без резекции опухолевой ткани – 32,3% (884 больных), диагностические – 1,0%. С 2008 года применяем метод радиочастотной термоабляции метастазов печени и легких.

Можно отметить, что при выполнении первичного радикального удаления опухоли по экстренным показаниям значительно чаще, чем в группе плановых больных выполняется операция Гартмана при локализации процесса в прямой кишке 28,4% и 4,3% соответственно. Число наложенных трансверзостом и сигмостом при симптоматическом оперативном лечении как экстренных, так и плановых больных было одинаковым. Это требует постоянного поиска решений в оптимизации интраоперационной тактики с целью сократить количество первичных колостом.

При анализе частоты послеоперационных осложнений, отмечается снижение их числа с накоплением опыта лечения больных этой категории. Так если до создания специализированного отделения в группе экстренно оперированных больных общее число послеоперационных осложнений составляло 56,8%, то за период с 1993 года по

2006 год количество послеоперационных осложнений сократилось до 12,9%, а в течение последних лет сохраняется на уровне 9,0%.

Основные послеоперационные осложнения – несостоятельность швов (кишечных анастомозов и колостомических), эвентерация, кровотечение, некроз колостомы.

Послеоперационная летальность среди экстренно оперированных больных закономерно выше, в сравнении с больными, оперированными в плановом порядке 11,2% и 3,6% соответственно. Это еще раз подтверждает необходимость проведения предоперационной терапии, направленной на купирование осложнений, адекватной декомпрессии кишечника в том числе с применением внутрикишечного стентирования, перевод их в подострую форму с последующим оперативным лечением больных в плановом порядке.

Выводы:

Создание специализированной колопроктологической службы, состоящей из стационарного и амбулаторного звеньев, работающих в тесном взаимодействии с централизованной круглосуточной экстренной помощью в масштабах крупного города позволяет улучшить уровень оказания специализированной помощи, успешно работать по раннему выявлению онкологической патологии толстой кишки.

Такая структура экстренной и плановой колопроктологической службы, позволяет широко применять современные тактические решения и новые инструментальные технологии у тяжелой категории онкологических больных, существенно влиять на количество осложнений, послеоперационную летальность, сроки и качество жизни таких пациентов

## **РАЗЛИЧНЫЕ ОБЪЕМЫ ЛИМФОДИССЕКЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЖЕЛУДКА**

*Н.А. Шаназаров<sup>1</sup>, А.Г. Синяков<sup>2</sup>, Н.С. Райков<sup>2</sup>*

Тюменская ГМА<sup>1</sup>  
Тюменский ООД<sup>2</sup>

Несмотря на введение в широкую практику агрессивной хирургической тактики при лечении рака желудка, применение различных режимов химиотерапии, лучевой терапии его результаты остаются неудовлетворительными, а смертность больных высокой. Учитывая, что наибольшее число больных (более 75%) поступают в стационары с распространенными формами заболевания в III-IV стадии, резектабельность опухоли не превышает 40-50%. Этот показатель отражается на