

ствольной колостомы относятся к наиболее сложным оперативным вмешательствам на толстой кишке.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение результатов хирургического лечения больных с кишечными стомами после оперативных вмешательств по поводу КРР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты хирургического лечения 145 больных с одностольными и двустольными кишечными стомами за период 2014-2016 гг. в колопроктологическом отделении СамГМУ. Мужчин – 71, женщин – 74. Средний возраст больных 48,9 лет. Одностольные стомы были у 89 пациентов, двустольные стомы – у 50, цекостомы – у 6 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Все больные обследованы в предоперационном периоде для исключения прогрессии КРР, оценки функции анального держания, воспалительных изменений отключенных отделов толстой кишки. Восстановление целостности толстой кишки после операции типа Гартмана выполнена 56 больным. Восстановительные операции у 60,7% больных выполнены в период от 6 до 12 мес. после радикальной операции. Механический шов применен у 53 (94,6%) больных: циркулярный анастомоз «конец-в-конец» с использованием одноразовых степлеров (CDH 29, EEA 28, KYGZ 28,5) – у 51 пациента, анастомоз «бок-в-бок» с применением линейно-режущих аппаратов (GIA 60) – у 2 больных. Ручной двурядный шов использован у 3 (5,4%) больных. Механический шов использован у 7 (24,1%) пациентов, ручное формирование анастомоза применено у 22 (75,9%). Послеоперационные осложнения отмечены у 7 (8,2%) больных: нагноение раны – 3 (3,5%), кровотечение из линии степлерного шва – 1 (1,2%), несостоятельность степлерного анастомоза, перитонит – 1 (1,2%), частичная несостоятельность ручного анастомоза с формированием кишечного свища – 1 (1,2%), стриктура в области анастомоза – 1 (1,2%). Умер один больной от несостоятельности толстокишечного анастомоза и прогрессирующего перитонита.

ВЫВОДЫ. Восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки по поводу КРР относятся к операциям высокой степени сложности. Выполнение данных операций больным позволяет провести полную медицинскую и социальную реабилитацию и значительно улучшить качество жизни пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Куликовский В.Ф., Ефремов А.Б.

ОГБУЗ «Областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Аденомы прямой кишки занимают одно из ведущих мест в общей структуре заболеваний этого органа и подвергаются малигнизации в 19,5-90% случаях. Это вызвало в последние десятилетия возрастающий интерес к их раннему выявлению и радикальному лечению с использованием современных малоинвазивных методов.

ЦЕЛЬ. Анализ накопленного клинического опыта и оценка результатов применения трансанальной эндоскопической микрохирургии (ТЭМ) в лечении доброкачественных новообразований прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ результатов лечения 86 больных в возрасте от 43 до 82 лет с полипами прямой кишки с использованием

метода ТЭМ за период с 2012 по 2016 гг. Все ТЭМ-вмешательства выполняли в плановом порядке под эпидуральной анестезией. Использовали операционный проктоскоп фирмы Richard Wolf (Германия) с набором оригинальных и лапароскопических инструментов. При локализации полипа в нижнеампулярном отделе прямой кишки до уровня 4,5-5,0 см выше зубчатой линии использовали упрощенную методику ТЭМ без инсуфляции газа. При расположении аденом от зубчатой линии выше 5 см применяли классический ТЭМ метод (Gerhard Buess).

РЕЗУЛЬТАТЫ. Выполнено 53 оперативных пособия с использованием открытой «безгазовой» ТЭМ, у 33 пациентов применялась классическая методика. Средняя продолжительность ТЭМ составила 52 минуты. Интраоперационных осложнений не было, у 5 пациентов с ворсинчатыми аденомами в поверхностных слоях выявлены очаги высокодифференцированной аденокарциномы. Ректоскопический мониторинг у этих больных рецидива заболевания не выявил. Отдаленные результаты прослежены за период от 4 месяцев до 3,5 лет. Рецидивы полипов выявлены у 8 (9,6%) пациентов.

ВЫВОДЫ. 1. Полученные результаты позволяют нам оценить методику ТЭМ как достаточно эффективный способ лечения доброкачественных новообразований прямой кишки.

2. Дифференцированный подход к выбору метода ТЭМ в зависимости от локализации полипа может быть использован как альтернатива традиционному трансанальному иссечению опухоли и травматичной трансабдоминальной резекции прямой кишки.

ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Солошенко А.В., Сторожилев Д.А., Наумов А.В.

ОГБУЗ БОКБ Святителя Иоасафа.

Региональный колопроктологический центр, Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Удаление метастазов колоректального рака в печени позволяет достичь 5-летней выживаемости у 37-45% больных. Однако резектабельными являются не более 15% метастазов. По своей эффективности радиочастотная абляция (РЧА) является основным методом локальной деструкции метастазов печени.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить частоту послеоперационных осложнений и отдаленные результаты после РЧА.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты хирургического лечения 144 больных с метастазами колоректального рака в печени, находящихся на лечении в региональном колопроктологическом центре и центре хирургии печени и поджелудочной железы ОГБУЗ БОКБ Святителя Иоасафа с 2004 по 2016 гг. У 63 больных операция на печени выполнялась одновременно с резекцией толстой кишки, а остальным больным – в разные сроки после удаления первичной опухоли. Единичный метастаз выявлен у 96 больных, множественные – у 48. Диаметр очагов колебался от 1 до 20 см. Резекция печени выполнена 49 пациентам с помощью ультразвукового деструктора-аспиратора CUSA. Объем операции распределился следующим образом: левосторонняя гемигепатэктомия – 8; правосторонняя гемигепатэктомия – 19; резекция отдельных сегментов – 22. РЧА выполняли аппаратом RADIONICS. Пролечено 95 пациентов и выполнена абляция 184 узлов. Эффективность РЧА оценивали интраоперационной сонографией.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Послеоперационные осложнения

выявлены у 4-х (2,8%) больных. В 1 случае после РЧА дренирован абсцесс печени, у 2-х больных после правосторонней гемигепатэктомии дренированы биломы поддиафрагмального пространства и у 1 больного дренирован межпечетельный абсцесс. В первый год после РЧА выявлены 4 рецидива метастаза. Кумулятивная 1-, 3- и 5-летняя выживаемость изучена у 88 больных и составила 88,6%, 35,3% и 19,5%, соответственно.

ВЫВОДЫ. РЧА является эффективным методом локальной деструкции метастазов, имеет незначительное число послеоперационных осложнений и позволяет достичь 3-летней выживаемости у 35% больных.

НИЗКООПИОИДНАЯ АНЕСТЕЗИЯ КАК КОМПОНЕНТ ПРОГРАММЫ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ХИРУРГИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Мартынов Д.В., Альникин А.Б., Грошилин В.С.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Концепция ускоренной реабилитации пациентов после хирургических операций (ERAS, Fast-track) подразумевает, что пациент в послеоперационном периоде должен быть максимально быстро активизирован, не испытывая при этом боли, тошноты или пищеварительного дискомфорта. Лапароскопические операции традиционно считаются малотравматичными, однако интраоперационно используются довольно большие дозы фентанила, побочные эффекты которого (обстипация, тошнота, сонливость) хорошо известны. В настоящем исследовании мы попытались уменьшить интраоперационную дозу фентанила при операциях на ободочной кишке с целью более ранней реабилитации пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Целью данного исследования было сократить интраоперационное введение опиоидов за счет воздействия на другие антиноцицептивные системы и проанализировать, как это отразится на качестве периоперационного обезболивания и возможности ранней активизации пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Мы проанализировали данные 29 пациентов хирургического отделения клиники Ростовского ГМУ в возрасте от 45 до 77 лет, обоих полов, оперированных по поводу рака ободочной кишки лапароскопическим способом. Риск по ASA у всех пациентов соответствовал II-III степени. Операции выполнялись в условиях комбинированной эндотрахеальной анестезии (индукция пропофолом, поддержание – севофлуран) и миоплгической релаксации бромидом. Пациенты были разделены на 2 группы случайным образом, всем пациентам выполнялась лапароскопическая операция на ободочной кишке. В 1 группе (n=14) использовалась традиционная методика введения фентанила болюсно, во 2 группе (n=15) – у всех пациентов 100 мкг фентанила вводилось однократно перед интубацией трахеи, периоперационно проводилась дозированная инфузия растворов дексметометидина, кетамина и лидокаина (по методике Muller J.P. с модификациями). Для оценки результатов принимались во внимание: расход фентанила интраоперационно и выраженность болевого синдрома на различных этапах послеоперационного периода. Для оценки выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде использовалась 10-балльная визуально-аналоговая шкала (ВАШ) через 2, 4 и 18 часов после операции. Результаты обрабатывались статистически с помощью прикладного пакета программ Microsoft Excel 2007 и STATISTICA 8.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Получены следующие результаты: расход фентанила во время операции во II группе оказался достоверно (p=0,003) ниже ($1,5 \pm 0,1$ мкг/кг веса) против показателей I группы ($4,9 \pm 0,3$ мкг/кг веса). Интенсивность болевого синдрома по ВАШ в первые 2 часа после операции составила в I группе 3,9 против 3,8 во II группе (p=0,6); после 4 часов 3,0 и 2,3 соответственно (p=0,07); 1,2 и 0,5 – после 18 часов от окончания операции (p<0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Уменьшение расхода наркотических анальгетиков без ухудшения качества послеоперационного обезболивания и самочувствия пациентов является, несомненно, важным преимуществом, позволяющим минимизировать отрицательные эффекты опиоидов в раннем послеоперационном периоде, способствует более ранней активизации пациентов.

ВЫБОР СПОСОБА РАССЕЧЕНИЯ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Мустафин Р.Д., Есин В.И., Молчанова Ю.Р., Рудык Р.Е.

Астраханский медицинский университет, ГБУЗ АМОКБ, Астрахань, Россия

Одним из ее нерешенных вопросов гепатохирургии остается выбор оптимального способа разделения паренхимы с минимизацией кровопотери и риска билиарных осложнений.

ЦЕЛЬ. Оценка эффективности различных способов диссекции паренхимы печени при ее анатомических резекциях у больных с метастазами колоректального рака.

В исследование включены 65 пациентов, оперированных с 2009 по 2015 гг. Средний возраст больных составил 65,5 лет. Мужчин было 44, женщин – 21. Выполнено 28 правосторонних гемигепатэктомий, 9 – левосторонних (из них 2 расширенных), 16 секторэктомий и 12 сегментэктомий, включая 3 резекции хвостатой доли. Все резекции печени выполнялись так называемым «воротным» способом с идентификацией элементов портальной триады. Для оценки эффективности применявшихся способов транссекции паренхимы печени больные были разделены на три группы: первая группа, в которой применяли метод Kelly-crushing – 29 человек, вторая (с применением аппарата En Seal) – 20 человек, третья (Sony Scision) – 16 человек.

Статистические различия были выявлены нами между первой и третьей группами по объему интраоперационной кровопотери, времени паренхиматозной транссекции и, соответственно, продолжительности применения приема Прингла. В группе с применением метода Kelly, несмотря на достоверно более быстрое рассечение паренхимы, общая продолжительность оперативного вмешательства не отличалась от других групп, поскольку этим пациентам требовалось большее количество дополнительных 8-образных атравматических швов на этапе контроля гемостаза. Клинических различий по течению послеоперационного периода между группами пациентов нами выявлено не было, мы также не обнаружили в группах пациентов клинически значимых проявлений печеночной недостаточности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Все три проанализированные нами способа операции являются эффективными и достаточно безопасными. Вместе с тем, выбор способа разделения паренхимы печени остается обсуждаемым вопросом, в значительной степени зависит от опыта хирурга и от технического оснащения операционного блока.