

**263. Радикальные лапароскопические операции при колоректальном раке**

*С.В. Байдо<sup>1,2</sup>, А.В. Жигулин<sup>1</sup>, А.Б. Винницкая<sup>1</sup>, Г.Б. Бернштейн<sup>1</sup>, М.А. Сильвестров<sup>1</sup>, Д.А. Голуб<sup>1</sup>, С.И. Приндюк<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Больница современной онкологической помощи (ЛІСОД), Киев

<sup>2</sup>Институт медицинского образования Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого, Россия

Использование лапароскопического доступа при операциях на толстой и прямой кишке снижает травматичность вмешательства, уменьшает сроки пребывания больного в стационаре, потребность в обезболивании и уровень ранних послеоперационных осложнений без ущерба для онкологических результатов. Это подтверждено рядом рандомизированных исследований.

Представлен опыт лечения 90 больных с колоректальным раком, оперированных с использованием лапароскопического доступа. Правосторонняя гемиколэктомия выполнена у 24 больных, левосторонняя — у 18, резекция сигмовидной кишки — у 7, передняя резекция прямой кишки — у 19 (4 — с J-pouch анастомозом), экстирпация прямой кишки — у 14, реконструктивный этап после операции Гартмана — у 7. С 2009 г. при выполнении экстирпации прямой кишки у мужчин использовали промежуточный доступ по Holm. 23 из 29 больных с опухолями прямой кишки получили неоадьювантную лучевую терапию на область таза. При выполнении передней резекции у 9 пациентов наложены превентивные илеостомы. У всех больных исследовали края резекции.

За период 2000–2011 гг. выполнено 90 операций по поводу колоректального рака с использованием лапароскопического доступа (63 на базах кафедры хирургии ИМО НовГУ (2000–2009 гг.), 27 — в ЛІСОД (2008–2011 гг.)). Средний возраст больных составил 54 года. Мужчин было 46, женщин — 44. Распределение по стадиям: I — 2, IIА — 56, IIБ — 1, IIВ — 12, IIIС — 9, IVА — 10. С раком прямой кишки — 33 больных, ободочной кишки — 57. Средний послеоперационный койко-день составил 8,2. **Уровень послеоперационных осложнений** — 21,2%, значимые осложнения (тромбоэмболия легочной артерии, пневмония, инфаркт миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения) возникли у 12,4% **прооперированных** больных, значимые хирургические осложнения (абсцессы брюшной полости и таза, несостоятельность анастомоза, перитонит) — у 8,4%. Послеоперационной летальности не было.

Применение лапароскопического доступа в хирургии колоректального рака позволяет улучшить ближайшие послеоперационные результаты без ущерба онкологическому радикализму. Использование техники ТМЕ и доступа по Holm позволяет улучшить функциональные результаты операций.

**264. Лапароскопическая гастрэктомия в хирургии рака желудка. Первый опыт клиники «ЛІСОД»**

*С.В. Байдо<sup>1</sup>, П.Д. Фомин<sup>2</sup>, А.В. Жигулин<sup>1</sup>, А.Б. Винницкая<sup>1</sup>, Г.Б. Бернштейн<sup>1</sup>, Д.А. Голуб<sup>1</sup>, М.А. Сильвестров<sup>1</sup>, С.И. Приндюк<sup>1</sup>, И.А. Реут*

<sup>1</sup> Больница современной онкологической помощи (ЛІСОД), Киев

<sup>2</sup>Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев

Лапароскопические операции при раке желудка (РЖ) пока не являются общепринятым стандартом хирургического лечения, несмотря на то, что первая лапароскопически-ассистированная резекция желудка была выполнена в Kitano в 1991 г. Однако это направление активно развивается, особенно в Азиатском регионе. Исследования, сравнивающие результаты открытых и лапароскопических операций, показывают сходные отдаленные онкологические результаты при известных преимуществах лапараскопии.

Представлен первый опыт проведения видеоассистированных операций при РЖ у 4 пациентов. Операции выполнены в январе–мае 2011 г. на базе Больницы современной онкологической помощи «ЛІСОД». Средний возраст пациентов составил 59 лет (49–73 года), все мужчины. Всем пациентам выполнена

лапароскопическая тотальная гастрэктомия с эзофагоэюнопластикой по Ру с D2-лимфодиссекцией. Извлечение препарата и наложение циркулярного аппаратного эзофагоэюноанастомоза и аппаратного эюно-эюноанастомоза осуществляли с помощью системы ENDOPATH® DEXTRUS™ Ethicon, установленной при минилапаротомии в 6 см.

Среднее время операции составило 522 мин (430–600), средняя интраоперационная кровопотеря 250 мл (50–300 мл). Средний послеоперационный койко-день — 10 сут (8–14 сут), общий — 11 сут. У одного пациента течение послеоперационного периода осложнилось правосторонней нижнедолевой пневмонией, других осложнений не выявлено. У всех пациентов достигнута R<sub>0</sub> резекция по результатам исследования послеоперационного материала. Перевод пациентов из отделения интенсивной терапии и активизацию осуществляли на следующие сутки после операции. Энтеральное кормление через эюностому начинали на следующие сутки после операции.

Нами представлен первый опыт применения лапароскопических операций при РЖ Их выполнение технически возможно, сопровождается меньшей кровопотерей, скорейшей реабилитацией пациентов, меньшим числом койко-дней. Учитывая небольшое количество собственных наблюдений, отдаленные результаты требуют дальнейшего изучения.

**265. Сравнительный анализ собственных результатов комбинированного лечения рака нижнеампулярного отдела прямой кишки как поиск путей к расширению объема сфинктеросохраняющих операций**

*О.И. Балашова, Д.Л. Власенко, А.В. Хоменко, Д.Ю. Савенков*  
Днепропетровский областной клинический онкологический диспансер

Хирургическое лечение злокачественных опухолей прямой кишки сопряжено с большим количеством местных рецидивов, частота которых, колеблется от 20 до 40%. Поиск путей к увеличению количества сфинктеросохраняющих операций является приоритетным направлением в решении сложной проблемы лечения злокачественных опухолей нижнеампулярного отдела прямой кишки. Целью данного исследования было проведение ретроспективного сравнительного анализа непосредственных результатов комбинированного лечения больных раком нижнеампулярного отдела прямой кишки.

Проанализированы результаты лечения 52 пациентов, которым в 2003–2007 гг. после курса неоадьювантной дистанционной гамма-терапии (НДГТ) была выполнена радикальная операция по поводу первичнооперабельного рака нижнеампулярного отдела прямой кишки (R<sub>0</sub>). Исследование проводили в 2 группах больных. Основная группа — больные, получившие НДГТ в режиме среднего фракционирования дозы и брюшно-анальную резекцию (БАР) прямой кишки. Во 2-ю (контрольную) группу включены больные, получившие лечение в объеме НДГТ в том же режиме и брюшно-промежностную экстирпацию (БПЭ).

Исходя из полученных данных III и IV степень лечебного патоморфоза в опухоли получена у 31,5 и 26,5% больных 1-й группы и у 24,2 и 27,2% пациентов 2-й группы. Общая частота местного рецидивирования составила 10,5% в 1-й и 15,2% во 2-й группе. Частота местного рецидивирования по стадиям в группах находится в пределах от 0 при БАР и 4,3% при БПЭ (I стадия опухолевого процесса) до 14,3 и 20% при БАР и БПЭ соответственно (III стадия опухолевого процесса). В 1-й группе отмечаются лучшие показатели безрецидивной выживаемости при I и III стадиях опухолевого процесса. В 1-й и 2-й группах они составили соответственно 100 и 85,7% при I стадии и 85,7 и 87,5% при III стадии болезни. Общая безрецидивная выживаемость достоверно лучше в основной группе — 89,5% против 84,9% (p=0,08).

НДГТ в режиме среднего фракционирования дозы является эффективным методом лечения больных раком нижнеам-

пулярного отдела прямой кишки. Об этом свидетельствует частота морфологических регрессов опухолей, что создает условия для выполнения сфинктеросохраняющих операций без ухудшения непосредственных результатов лечения.

### 266. Непосредственные результаты лапароскопических операций при раке прямой кишки

*О.И. Балашова, Д.Л. Власенко, А.В. Хоменко, Д.Ю. Савенков*  
Днепропетровский областной клинический онкологический диспансер

В течение многих десятилетий доступом для хирургического лечения рака толстой кишки являлась лапаротомия. Однако в 1991 г. М. Jacobs и соавторы опубликовали первое сообщение о применении лапароскопической резекции толстой кишки при ее раке. Цель — проанализировать эффективность лапароскопического метода в хирургическом лечении больных раком прямой кишки. Задача исследования — оптимизировать качество оказания медицинской помощи больным раком прямой кишки. В хирургическом отделении выполнено 25 лапароскопических операций при раке прямой кишки. В 14 случаях выполняли лапароскопическую проктэктомии с наложением колоанального анастомоза. В 3 случаях выполнена лапароскопическая брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (БПЭ). В 8 случаях — лапароскопическая передняя резекция прямой кишки. У всех прооперированных больных отмечали II—III стадии заболевания с распространенностью T<sub>2-3</sub>N<sub>0-1</sub>M<sub>0</sub> после предоперационной ДГТ в СОД=43 Гр (ВДФ).

Средний предоперационный койко-день составил 5,5 дня. Интраоперационная кровопотеря не превышала во всех случаях 200 мл. Ни в одном случае не потребовалось перехода на лапаротомический доступ. В послеоперационный период уровень гемоглобина не снижался <100 г/л. После операции все больные 1 сут находились в отделении интенсивной терапии. Для купирования болевого синдрома применяли НПВП до 3 дней. Наркотические анальгетики не применяли. К концу 1-х суток восстанавливалась перистальтика кишечника, к концу 2-х суток — полная активация больных. У 2 больных отмечали послеоперационные осложнения: гематому полости малого таза и позиционный левосторонний плечевой плексит. Средний послеоперационный койко-день составил 6,5 дня. Через год наблюдения живы все прооперированные пациенты.

Выполнение радикальных лапароскопических оперативных вмешательств на прямой кишке позволяет существенно снизить интенсивность болевого синдрома и полностью исключить применение наркотических анальгетиков в послеоперационный период. Неоспоримые преимущества — минимизация интраоперационной кровопотери и необходимости послеоперационных гемотрансфузий, раннее восстановление перистальтики кишечника, полная активизация больных к концу 2-х суток. Таким образом, лапароскопический метод в хирургии прямой кишки по поводу рака является перспективным и обладает рядом преимуществ при адекватном дооперационном обследовании больных и правильном отборе пациентов в группу для применения малоинвазивной методики.

### 267. Первый опыт выполнения лапароскопических спленэктомий.

*О.И. Балашова, Д.Л. Власенко, А.В. Хоменко, Д.Ю. Савенков*  
Днепропетровский областной клинический онкологический диспансер

Спленэктомия занимает важное место в комплексном лечении больных с заболеваниями системы крови и очаговыми заболеваниями селезенки. Лапароскопическая спленэктомия впервые была выполнена в 1988 г. Сама методика лапароскопической спленэктомии не унифицирована и под данным понятием сосуществует несколько модификаций операций, различающихся доступом, последовательностью мобилизации, способом извлечения селезенки, отношением к дренированию.

Цель — проанализировать эффективность лапароскопической спленэктомии в лечении больных с опухолями селезенки.

В хирургическом отделении Днепропетровского областного клинического онкологического диспансера выполнено 2 лапароскопические спленэктомии. Удаление селезенки производили через минилапаротомию 6 см. Продолжительность операций 3 и 3,5 ч. Предоперационный койко-день составил в среднем 2,5 дня. Всем больным проводили антибиотико-профилактику цефалоспорином 2-го поколения в течение 24—48 ч. Интраоперационная кровопотеря не превышала во всех случаях 100 мл. В послеоперационный период больным не требовалась гемотрансфузия, поскольку уровень гемоглобина не снижался <100 г/л. После операции все больные 1-е сутки находились в отделении интенсивной терапии, где проводили стандартную инфузионную и симптоматическую терапию. Для купирования болевого синдрома применяли НПВП до 2 дней. Наркотические анальгетики не применяли. К концу 1-х суток восстанавливалась перистальтика кишечника, больные находились на оральной питании (диета 1а). К концу 2-х суток — полная активация больных. Осложнений не зарегистрировано. Послеоперационный койко-день составил в среднем 3,5 дня.

Выполнение лапароскопической мобилизации связочного аппарата селезенки, минилапаротомный доступ позволяют существенно снизить интенсивность болевого синдрома и полностью исключить применение наркотических анальгетиков в послеоперационный период. Неоспоримые преимущества — минимизация интраоперационной кровопотери и риска необходимости послеоперационных гемотрансфузий, раннее восстановление перистальтики кишечника, раннее переводение больных на оральные методы регидратации и питания с практически полным отказом от парентеральных методов, полная активизация больных к концу 2-х суток. Таким образом, лапароскопическая спленэктомия, является перспективным методом и обладает рядом преимуществ при адекватном дооперационном обследовании больных и правильном отборе пациентов в группу для применения малоинвазивной методики.

### 268. Профилактика осложнений при хирургическом лечении рака желудка и пищевода с формированием пищеводных анастомозов

*В.В. Бойко, Е.А. Новиков, С.А. Савви, А.Б. Старикова, В.В. Жидецкий*

*ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины», Харьков*

Цель исследования — улучшение результатов хирургического лечения больных раком пищевода и желудка путем применения арефлюксных методик формирования пищеводных анастомозов.

Пролечено 254 больных. Выполнено 87 пищеводно-желудочных и 167 пищеводно-кишечных анастомозов. В основной группе (124 больных) по разработанной нами методике применяли модифицированную арефлюксную технику формирования пищеводных анастомозов, при которых для наложения внутреннего шва использовали низкоаллергенные рассасывающиеся атравматичные нити (викрил, монокрин, ПДС). Произведено 67 гастрэктомий, 6 субтотальных проксимальных резекций желудка, 14 экстирпаций культи желудка, 5 резекций пищевода из абдоминального доступа, 10 резекций пищевода с пластикой по Гарлоку — Сюиту, 20 резекций пищевода с пластикой по Льюису, 2 резекции пищевода с пластикой узким желудочным стеблем. В группе сравнения произведено 73 гастрэктомии, 10 субтотальных проксимальных резекций желудка, 7 резекций пищевода из абдоминального доступа, 8 резекций пищевода с пластикой по Гарлоку — Сюиту, 18 резекций пищевода с пластикой по Льюису, 1 резекция пищевода с пластикой узким желудочным стеблем.

В основной группе отмечены следующие осложнения: несостоятельность анастомоза — 4 (3,2%), перитонит — 3 (2,4%), эмпиема плевры — 1 (0,8%), поддиафрагмальный абсцесс — 2 (1,6%), межпелетельный абсцесс — 1 (0,8%), рефлюкс-эзофа-

гит — 12 (9,7%), стенозы анастомоза — 10 (8,0%). В группе сравнения среди осложненных отмечены несостоятельность анастомоза — 10 (7,7%), перитонит 5 (3,9%), эмпиема плевры — 2 (1,5%), поддиафрагмальный абсцесс — 2 (1,5%), межпеченочный абсцесс — 1 (0,8%), рефлюкс-эзофагит — 26 (20,0%), стенозы анастомоза — 21 (16,1%).

Применение предложенной методики приводит к снижению общего количества осложнений, улучшению результатов лечения и качества жизни больных.

## 269. Результаты сфинктеросохраняющих операций при аденокарциномах анального канала

*Г.В. Бондарь, В.Х. Башеев, В.Г. Кетов, Н.В. Бондаренко, А.И. Фефелов*

*Донецкий областной противоопухолевый центр*

Аденокарциномы анального канала характеризуются агрессивным течением и плохим прогнозом. Для их хирургического лечения наиболее часто применяют брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки (БПЭ ПК), которая характеризуется повышенным риском осложнений и ухудшает качество жизни больных. Сфинктеросохраняющие операции (брюшно-анальная резекция прямой кишки — БАР ПК) при данной патологии не применяют. В связи с вышеизложенным, нами были изучены непосредственные и отдаленные результаты лечения больных, находившихся на лечении в Донецком противоопухолевом центре в 1991–2010 гг. — 84 больных, перенесших БАР ПК (основная группа), и 85 больных, перенесших БПЭ ПК (контрольная группа).

В послеоперационный период осложнения развились у 17 (20,2%) больных основной группы — гнойно-септические осложнения у 8 (9,5%), некроз низведенной кишки у 3 (3,6%), кровотечение из послеоперационной раны у 1 (1,2%), урологические осложнения у 2 (2,4%), соматические осложнения — у 3 (3,6%) пациентов. У больных контрольной группы осложнения выявлены в 29 (34,1%) случаях: гнойно-септические — у 16 (18,8%), кишечная непроходимость — у 2 (2,4%), кровотечение из полости малого таза — у 2 (2,4%), соматические — у 6 (7,1%) больных. В основной группе умер один больной (послеоперационная летальность — 1,2%), в контрольной группе — 7 пациентов (послеоперационная летальность — 8,2%).

Отдаленные результаты изучены у 73 больных основной группы и у 70 — контрольной. В основной группе 1-летняя выживаемость составила 91,8%, 3-летняя — 67,1%; 5-летняя — 52,1%. В контрольной — 87,1; 67,1 и 51,4% соответственно.

Сравнительный анализ результатов лечения больных с аденокарциномами анального канала продемонстрировал снижение частоты осложнений и летальности в ближайший послеоперационный период и тенденцию к улучшению 3- и 5-летней выживаемости больных при выполнении брюшно-анальной резекции по сравнению с брюшно-промежностной экстирпацией прямой кишки.

## 270. Внедрение новых технологий в хирургию рака желудка

*В.Г. Бондарь, Б.А. Богданов, П.П. Троян, И.В. Лисаченко, Г.В. Бондарь, В.В. Васильев*

*Донецкий областной противоопухолевый центр*

Цель исследования — внедрение технических приемов мобилизации удаляемого органа при использовании автоматизированного сварочного комплекса (АСК) и оценке непосредственных результатов хирургического лечения больных раком желудка.

В 2007–2010 гг. в Донецком областном противоопухолевом центре выполнено 955 оперативных вмешательств по поводу рака желудка при различных его локализациях. Из них 266 — с использованием АСК (гастрэктомия — 120, субкардиальная резекция желудка — 56, субтотальная резекция желудка — 72, проксимальная резекция желудка — 18.). Принципиальных отличий в проведении корригирующей терапии при отсутствии изменений в биохимических и общеклинических анализах

не было. При выраженной сопутствующей патологии лечение проводили индивидуально.

Применение АСК позволяет достаточно свободно и быстро выполнять мобилизацию удаляемого органа либо его части, а также моделировать линию предполагаемой резекции в дистальной и проксимальной части желудка, после ее полного проваривания, удаление мобилизованного препарата с опухолью, связочным аппаратом и лимфатическими узлами. В процессе выполнения оперативного вмешательства, в ранний послеоперационный период осложнений, связанных с применением АСК, не отмечено ни у одного пациента. Морфологическое исследование связочного аппарата желудка, его стенок, венозных и артериальных сосудов показали отсутствие глубоких дегенеративных изменений вокруг мест аппликации сварочного импульса. Зона термической альтерации вокруг пломбы не превышает 2 мм. В области воздействия на фоне гомогенизированной ткани присутствует значительное количество тканевых компонентов, а именно клеток структурно не измененных, что создает условия для последующего возникновения репаративных процессов.

Таким образом, использование АСК в хирургии рака желудка позволило свести к минимуму угрозу интраоперационного кровотечения; в пределах здоровых тканей мобилизовать орган и его связочный аппарат, что повышает степень абластики; сократить длительность оперативного вмешательства; снизить расход шовного и перевязочного материала.

## 271. Паллиативное лечение нерезектабельного рака поджелудочной железы, осложненного механической желтухой

*Г.В. Бондарь, Ю.В. Думанский, И.В. Халецкий, С.И. Готовкин*  
*Донецкий областной противоопухолевый центр*

Разработан комплексный подход в лечении нерезектабельного рака поджелудочной железы (РПЖ), осложненного механической желтухой, включающего новый способ формирования холедоходуоденоанастомоза (ХДА) на погружном дренаже с адьювантными курсами лучевой и химиотерапии.

Цель исследования — изучить результаты лечения больных нерезектабельным РПЖ, осложненным механической желтухой, с учетом использования разработанного способа ХДА.

411 больных нерезектабельным РПЖ, осложненным механической желтухой, пролечены в Донецком областном противоопухолевом центре за 10-летний период. Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от способа выполненной операции. В 1-ю группу включили 168 больных, у которых использован разработанный способ формирования ХДА. Во 2-ю группу были включены 154 пациента, у которых во время операции сформирован холецистоеюноанастомоз с межкишечным анастомозом по Брауну. В 3-ю группу включены 89 больных, которым выполнено наружное дренирование желчных протоков. 2-я и 3-я группы использованы в качестве сравнения.

Частота послеоперационных осложнений и летальность после формирования ХДА по предлагаемой методике составила  $1,2 \pm 0,8$  и  $0,6 \pm 0,6\%$ , после холецистоеюноанастомоза —  $5,2 \pm 1,8$  и  $2,6 \pm 1,3\%$  и наружного дренирования —  $10,1 \pm 3,2$  и  $7,9 \pm 2,9\%$ . Медиана выживаемости больных нерезектабельным РПЖ, вошедших в 1-ю и 2-ю группу, составила: после ХДА — 9,5 (95% ДИ 7,6–11,3) мес, после холецистоеюноанастомоза — 8,7 (95% ДИ 7,0–12,4) мес и после наружного дренирования — 7 (95% ДИ 5,5–8,4) мес. Частота возникновения холангита у больных после выполнения ХДА по разработанной методике была достоверно ниже, чем после холецистоеюностомии —  $1,8 \pm 1,0$  и  $5,3 \pm 1,8\%$  соответственно ( $p=0,04$ ). Подобное осложнение у больных после ХДА также было достоверно ниже, чем у пациентов с наружным дренированием желчных путей —  $1,8 \pm 1,0$  и  $7,3 \pm 2,9\%$  соответственно ( $p=0,02$ ).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что разработанный способ прост, не требует применения специальных инструментов и устройств, может быть рекомендован для использования во всех онкологических учреждениях страны.

## 272. Использование электросварочного комплекса ЭК-300М1 в хирургическом лечении колоректального рака

*Г.В. Бондарь, В.Х. Башеев, А.В. Борота, Н.В. Бондаренко, Е.Ю. Мирошниченко*

*Донецкий областной противоопухолевый центр*

Цель данной работы — усовершенствование оперативной хирургической техники при различных операциях, применяемых при колоректальном раке.

С 2005 г. на базе Донецкого областного противоопухолевого центра в различных областях онкохирургии начато активное применение электрохирургического комплекса ЭК-300М1 для электросварки мягких тканей (ЭСМТ), разработанного в Институте электросварки им. Е.О. Патона НАН Украины. В проктологическом отделении спектр вмешательств, производимых с использованием ЭСМТ, включает гемиколэктомии, сегментарные резекции ободочной кишки, брюшно-анальную резекцию и брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки, трансанальное удаление опухолей прямой кишки. За указанный период в отделении произведено около 1250 операций.

При помощи электросварочной технологии выполняются этапы мобилизации органов и тканей, при которых разделение тканей производится практически бескровно, не требуя остановки кровотечения из артерий и вен мелкого и среднего калибра. Разработаны также способы формирования задней губы инвагинационного толстокишечного анастомоза, подготовки трансплантата для низведения на промежность и коло-анального анастомозирования, формирования отсроченного колоанального анастомоза.

Основное преимущество технологии — значительное упрощение оперативных приемов (рассечение тканей, гемостаз), меньшее количество используемых шовных и перевязочных материалов, за счет чего сокращались продолжительность операций и нагрузка на хирургическую бригаду. При этом увеличения числа или изменения характера послеоперационных осложнений не отмечено.

## 273. Способы хирургического лечения рака прямой кишки

*Г.В. Бондарь, В.Х. Башеев, Ю.В. Думанский, Ю.И. Яковец, А.В. Борота, Н.В. Бондаренко, С.Э. Золотухин, О.В. Совпель*

*Донецкий областной противоопухолевый центр*

Рост заболеваемости раком прямой кишки в Донецкой области сохраняет актуальность данной проблемы в онкопроктологии. Цель — расширение показаний к выполнению сфинктеросохраняющих резекций при дистальных локализациях рака прямой кишки.

Клиника располагает опытом хирургического лечения 8376 первичных больных раком прямой кишки. Доля резектабельных случаев составила 83,0% (6949), при этом у 6255 (90,0%) пациентов выполнены сфинктеросохраняющие резекции прямой кишки. Данные показатели стали возможными благодаря разработке и внедрению в повседневную практику Донецкого областного противоопухолевого центра новых способов хирургического лечения дистального рака прямой кишки.

Полученные непосредственные, отдаленные и функциональные результаты преимущественного выполнения сфинктеросохраняющих резекций при раке прямой кишки позволяют считать оптимальной разработанную тактику лечения данной группы больных.

Разработка новых способов хирургического лечения рака прямой кишки позволила за последние десятилетия увеличить долю сфинктеросохраняющих операций до 97%.

## 274. Формирование толстокишечного анастомоза при раке ободочной кишки на фоне дивертикулеза

*Г.В. Бондарь, В.Х. Башеев, С.Э. Золотухин, А.И. Бондаренко, Г.Г. Псарас, А.О. Понсе Прадо*

*Донецкий областной противоопухолевый центр*

*Донецкий национальный медицинский университет*

Наличие опухолевого процесса на фоне дивертикулеза обуславливает повышение частоты несостоятельности швов

анастомоза в 3 раза, что свидетельствует о необходимости поиска новых технических подходов и решений при выполнении операций по поводу данной сочетанной патологии. Цель исследования — разработать оптимальную тактику хирургического лечения рака ободочной кишки на фоне дивертикулеза за счет внедрения эффективных методов профилактики и лечения гнойно-воспалительных осложнений, создания надежного способа формирования толстокишечного анастомоза для повышения удельного веса первично-восстановительных операций.

В 1992–2007 гг. в Донецком областном противоопухолевом центре прооперировано 89 больных раком ободочной кишки с сопутствующим дивертикулезом (дивертикулитом). Основной локализацией сочетанного поражения стала левая половина — у 77 (86,5%) пациентов, осложненное течение зафиксировано в 82 (92,1%) случаях, в том числе с перифокальным воспалением — 39 (43,8%) наблюдений. Эндолимфатическая антибактериальная терапия для лечения последних была использована в предоперационный период в 60 (67,4%) случаях, в послеоперационный период — в 12 (13,5%). Разработанный способ анастомозирования представляет собой модификацию известного дубликатурного анастомоза. Особенность способа — прокрашивание дивертикулов перед операцией раствором метиленового синего, что интраоперационно позволяло уточнить локализацию и распространенность дивертикулов и обеспечило возможность накладывания швов между дивертикулами.

Из 89 гемиколэктомий и резекций в 82 (92,1%) случаях операции выполнены в радикальном объеме, в 7 (7,8%) — паллиативном. У 18 (20,2%) пациентов операции носили комбинированный и симультанный характер. Удельный вес первично-восстановительных вмешательств составил 86 (96,6%). Интраоперационные осложнения возникли в 7 (7,8%) случаях и не носили тяжелого характера. Послеоперационные осложнения отмечены у 15 (16,8%) пациентов, при этом несостоятельность швов анастомоза лишь у 1 (1,1%) больного. Послеоперационная летальность составила 3 (3,3%).

Полученные удовлетворительные непосредственные результаты лечения после использования разработанной тактики и способа формирования дубликатурного толстокишечного анастомоза у больных раком толстой кишки на фоне дивертикулеза свидетельствуют о несомненной практической ценности представленной разработки.

## 275. Непосредственные результаты лечения больных после комбинированных резекций толстой кишки и мочевого пузыря по поводу колоректального рака

*Г.В. Бондарь, В.Х. Башеев, С.Э. Золотухин, В.А. Пономаренко, М.Г. Мутык, Н.В. Бондаренко, В.Н. Кравцова*

*Донецкий областной противоопухолевый центр*

Прорастание опухоли толстой кишки в мочевой пузырь часто сопровождается перифокальным воспалением и кишечной непроходимостью, что повышает риск развития серьезных послеоперационных осложнений. Это обуславливает выполнение обструктивных операций практически законченной тактикой хирургического лечения данной категории больных.

Цель — улучшение непосредственных результатов лечения после комбинированных резекций толстой кишки и мочевого пузыря по поводу колоректального рака.

Исследованы 186 больных раком толстой кишки с прорастанием мочевого пузыря, которым выполнены комбинированные резекции. В 47 (25,3%) случаях отмечены явления частичной и полной кишечной непроходимости. У 57 (30,6%) пациентов диагностировано перифокальное воспаление, в связи с чем перед операцией проведена эндолимфатическая антибактериальная терапия. После операции последняя проведена у 35 (18,8%) больных для профилактики и купирования гнойно-септических осложнений. Толстокишечно-мочепузырные свищи выявлены до операции у 11 (5,9%) пациентов,

интраоперационно — у 15(8,1%). Прорастаніє мочевого пузьря опухоллю діагностовано в 107 (57,5%) випадках до операції, в 79 (42,5%) — во время операції.

Виконані резекції товстої кишки, в том числі с низведенієм ободочної кишки на промежність — 76 (40,9%), формованієм дуплікатурного анастомоза — 110 (59,1%), в радикальному об'ємі 143 (76,9%), в паліативному 43 (23,1%). В 58(31,2%) випадках додатково резецировані другіє органи і ткани. У 39(20,9%) пацієнтів мочепузьряна стінка резецирована до слизистої оболонки, у 147 (79,1%) — со вскрытієм просвета мочевого пузьря, из них у 4 (2,1%) виконана гемірезекція, у 5(2,7%) удалено  $\frac{2}{3}$  стінки мочевого пузьря. 167 (89,8%) пацієнтам виконані первично-восстановительні і сфинктерсохраняючі резекції, 19 (10,2%) — обструктивні ввиду виражених явленій кишкової непроходимості і перифокального запалення. Послеоперационні ускладненія отмечені у 41 (22,0%) больного, летальність — в 10 (5,4%) випадках, из них в 7 (3,8%) — после паліативних операцій. Несостоятельности швов анастомоза не выявлено, в 3 (3,9%) випадках отмечен частичний некроз стінки низведенної кишки.

Разроботанная тактика комбінированих первично-восстановительных і сфинктерсохраняющих резекцій товстої кишки і мочевого пузьря по поводу колоректального рака позволила сохранить естественний пассаж кишкового содержимого і целостность мочевыводящих путей в 89,8% случаев, при удовлетворительных показателях послеоперационных ускладнених і летальности.

## 276. МРТ в визуализации поврежденій диафрагмы таза при хирургическом лечении рака прямой кишки

*Г.В. Бондарь, В.Х. Башеев, О.В. Совпель  
Донецкий противоопухолевый центр*

На основании данных МРТ больных после хирургического лечения рака прямой кишки разробатывали эффективную классификацию удерживающего аппарата аноректума.

У 26 больных раком прямой кишки после выполненных хирургических вмешательств выполняли МРТ области малого таза с использованием магнитно-резонансного томографа «Siemens Magnetom Concerto», напряженность магнитного поля 0,1 Тл, изучены основные варианты хирургических поврежденій запирательных структур мышц тазового дна, на основании чего предложена их классификация. Диагностированы следующие виды поврежденій: 1) собственно резекция прямой кишки. К этому типу поврежденій относятся осложнения, связанные с удалением ампулы прямой кишки; 2) низведение ободочної кишки на промежність — обусловлено различієм структуры мышечной оболочки удаленной прямой кишки і перемещенных дистальных сегментов ободочної; 3) пересечение анально-копчикової связки. Следствием потери основной точки фиксации прямой кишки к костным элементам малого таза является стойкая утрата аноректального угла; 4) девульсия анального канала; 5) повреждение лобково-прямокишечной мышцы. Выделяем 2 варианта поврежденій — частичное і полное; 6) повреждение подздошно-копчикової мышцы. Выделяем 2 вида поврежденія m. ileosacculus — частичное і полное; 7) повреждение внутреннего сфинктера. Выделяем 2 типа поврежденій — частичное і полное; 8) повреждение наружного сфинктера; 9) гемірезекция анального канала — наиболее тяжелый вариант поврежденія диафрагмы таза, включающий полное пересечение всех указаних анатомических структур.

Подсчет баллов для классификации поврежденій осуществляется путем простой математической суммы. 1–3 балла — первая степень поврежденія, 4–6 баллов — вторая степень поврежденія, 7–9 баллов — третья степень поврежденія, 10–12 баллов — четвертая степень поврежденія.

Проведение МРТ-исследований позволяет локализовать поврежденія замыкательного аппарата аноректума в каждом конкретном случае с учетом индивидуальных особенностей

локализации опухоли і функционального состояния мышц диафрагмы таза.

## 277. Новые подходы в лечении неэпителиальных опухолей желудка

*В.Г. Бондарь, Б.А. Богданов, В.В. Васильев, И.В. Лисаченко,  
П.П. Троян, Г.В. Бондарь*

*Донецкий областной противоопухолевый центр*

Цель работы — оптимизация тактики лечения больных с неэпителиальными опухолями желудка.

В 1989–2011 гг. в Донецком областном противоопухолевом центре пролечено 122 больных с неэпителиальными опухолями желудка (НОЖ), из них 69 — с лимфосаркомой, 43 — с лейомиомой, 5 — с лимфомами, 2 — с лейомиосаркомой, 2 — с нейрофибромой с малигнизацией, 2 — со злокачественным карциноидом.

На догоспитальном этапе всем больным выполнена ФГДС с экспресс-биопсией і определением уровня РЭА крови. На сегодня в нашей клинике внедрен метод определения гистологической структуры опухоли желудка в результате проведения иммуногистохимических анализов (ИГХ), что позволило изменить тактику ведения пациентов со ЗНОЖ с проведения адьювантных курсов полихимиотерапии (до 6 курсов по схеме СОР, СНОР), минимизировать объем оперативных вмешательств при ДНОЖ.

Выполнено 4 субтотальные резекції, 6 субкардиальных резекцій, 42 клиновидных резекції, 1 проксимальная резекция, 1 гастротомия с остановкой кровотечения, 1 резекция желудка по Бальфуру, 37 гастрэктомий, 1 обходной гастроэнтероанастомоз. Все пациенты оперированы с использованием разроботанных методик. При этом осложнений, связанных с новыми методиками, не отмечено. При выраженной сопутствующей патологии лечение проводили строго индивидуально. Не было принципиальных отличий в проведении корригирующей терапии при отсутствии изменений в клинических і биохимических анализах.

В послеоперационный период 59 пациентам с ЗНОЖ проведены 1–6 курсов ПХТ по схеме СНОР, СОР. У 46 больных со ЗНОЖ после проведенного комбінированного лечения констатирована полная ремиссия. 25 больных со ЗНОЖ умерли в течение 2 лет из-за генерализации процесса, 15 больным проведены только курсы ПХТ по схеме СНОР, СОР, 7 из них умерли из-за продолжения болезни в течение 2 лет.

Диагностика НОЖ возможна при использовании современных диагностических методов исследования ФГДС с экспресс-биопсией, определения РЭА, ИГХ. При убедительных макро- і микроскопических данных в пользу ДНОЖ объем оперативного вмешательства должен быть минимальным. Всем больным со ЗНОЖ показано проведение курсов ПХТ по схемам СНОР і СОР. Абсолютным показанием для оперативного вмешательства являются осложнения (кровотечение, перфорация, стеноз).

## 278. Полиорганный первично-восстановительный хирургия колоректального рака

*Г.В. Бондарь, А.И. Ладури*

*Донецкий противоопухолевый центр, Украина*

Большинство больных колоректальным раком обращается за медицинской помощью в запущенных стадиях, требующих выполнения комбінированных і симультанных операций.

Цель — улучшить непосредственные і отдаленные результаты хирургического лечения больных колоректальным раком, которым выполнены комбінированные і симультанные операции.

За период 1991–2005 гг. в Донецком областном противоопухолевом центре 1109 больных с распространенными опухолями толстой кишки выполнены комбінированные і симультанные операции. Из них женщин — 721 (65,1%), мужчин 388 (34,9%). Лиц пожилого возраста — 558 (50,3%), старческого — 174 (15,7%). Средний возраст 60,9 года. Из них комбінированные операции выполнены 900 (81,1%) пациентам,

симультанные — 209 (18,9%). В радикальном объеме оперированы 855 (77,1%) пациентов, в паллиативном — 254 (22,9%). Стадии заболевания: Т3—Т4 N0 M0 — у 624 (56,3%) больных, Т3—Т4 N1—3 M0 — у 322 (29,0%) больных, Т3—Т4 N1—3 M1 — у 163 (14,7%) больных. Из них у 66 (5,95%) больных отмечали первично-множественные синхронные опухоли желудочно-кишечного тракта.

Чаще всего производилась брюшно-анальная резекция прямой кишки — 329 (29,7%), резекция сигмовидной кишки — 220 (19,8%), гемиколэктомия справа — 161 (14,5%). Вследствие прорастания или интимного сращения опухоли наиболее часто дополнительно резецировали внутренние женские половые органы — у 434 (39,1%), мочевого пузыря — 140 (12,6%), петли тонкой кишки — 92 (8,3%), брюшная стенка — 83 (7,5%), предстательная железа у мужчин — 55 (4,95%), желудок и двенадцатиперстная кишка — 28 (2,5%). При симульных операциях чаще всего производили экстирпацию матки с придатками или ее надвлагалищную ампутацию, холецистэктомию, спленэктомию. Послеоперационные осложнения выявлены у 226 (20,4%) пациентов. Послеоперационная летальность — 3,78% (умерло 42 больных). Пятилетняя выживаемость при раке ободочной кишки Т3—Т4 N0 M0 — 62,7%, Т3—Т4 N1—3 — 43,2%, при симульных резекциях 64%. При раке прямой кишки Т3—Т4 N0 M0 — 5 лет живы 59,5% больных, Т3—Т4 N1—3 M0 — 39,1%, при симульных операциях — 69,9%.

Первично-восстановительные комбинированные и симульные операции при колоректальном раке улучшают отдаленные результаты лечения и качество жизни пациентов.

### 279. Возможности генератора электросварки ЭК-300M1 при резекции печени по поводу метастазов колоректального рака

*Г.В. Бондарь, И.Е. Седаков, А.В. Борота, Р.В. Ищенко  
Донецкий областной противоопухолевый центр*

Хирургическое лечение является золотым стандартом у больных как с первичным, так и с метастатическим поражением печени, но резекция возможна менее чем у 40% пациентов.

Цель — улучшить оперативную технику и снизить интраоперационную кровопотерю при резекции печени по поводу метастазов коло ректального рака.

В хирургическом отделении № 1 Донецкого областного противоопухолевого центра с апреля 2008 г. по настоящее время произведено 33 гемигепатэктомии и 26 сегментэктомий с использованием генератора электросварки мягких тканей ЭК-300M1, разработанного сотрудниками Института электросварки им. Е.О. Патона. Способ заключался в предварительной сосудистой изоляции удаляемой части печени путем последовательной перевязки воротных структур и печеночных вен, после чего производилась диссекция паренхимы генератором электросварки мягких тканей ЭК-300M1.

Использование данной методики позволило сократить интраоперационную кровопотерю в среднем на 320±55 мл. Время диссекции паренхимы сократилось на 21±4 мин. Осложнений, связанных с использованием генератора электросварки, не отмечали.

Использование генератора электросварки мягких тканей является надежной и безопасной процедурой для резекции печени по поводу метастазов колоректального рака. Разработанный способ упрощает технику операции, сокращает кровопотерю и позволяет отказаться от применения гемостатической губки и гемостатических пластин.

### 280. Использование программы комплексной реабилитации у больных раком толстой кишки

*С.Г. Бугайцов<sup>2</sup>, Н.А. Добровольский<sup>1</sup>, А.Г. Лурич<sup>1</sup>, И.А. Воронов<sup>1</sup>,  
А.А. Биленко<sup>2</sup>, А.А. Машуков<sup>1</sup>, Д.В. Рацборский<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Одесский областной онкологический диспансер  
<sup>2</sup>Одесский национальный медицинский университет*

Цель нашего исследования — улучшение качества жизни больных раком толстой кишки (РТК).

Изучали качество жизни и психологический статус больных РТК, перенесших специальное лечение и разработанную программу комплексной реабилитации. Сравнивали и сопоставляли качество жизни и психологический статус больных РТК, получавших программу комплексной реабилитации в составе специального лечения с больными РТК, перенесшими специальное лечение, и не получавшими ее.

89 больных, получивших специальное лечение по поводу опухолей толстой кишки, распределенных на 3 группы. Больные были разделены на 3 группы: 1-я группа: больные, которым проведена программа ускоренной реадaptации («fast-track surgery») и программа реабилитации; 2-я группа: больные, которым проведена только ускоренная реадaptация; 3-я группа: контроль.

Инструменты оценки качества жизни, использованные нами в процессе онкологического лечения, включали шкалу Карнофского, шкалу ECOG (Eastern cooperative oncology group), EORTC QOL CR 38 опросник (European organization for research and treatment of Cancer), шкалу дефекационных расстройств Векснера (Wexner score), шкалу Гамильтона для оценки тяжести тревожно-депрессивных расстройств. Статистическая обработка проводилась с применением непараметрических методов оценки р-значимости статистических различий исследуемых признаков по Вилкоксоу.

1. В комплексе со щадящей ходьбой, гигиенической гимнастикой, сеансами психотерапии, психофармакотерапией, минеральные воды и фиточаи оказали значимое влияние на качество жизни больных РТК по психологической, дефекационной, системной линиям профилактики (р во всех перечисленных случаях <0,05), но никак не повлияли на гастроэнтерологическое благополучие больных РТК (р=0,137).

2. Основное значение программы «ускоренного пути» носит не реабилитационный, а именно реадaptационный характер, возвращая все системы организма больного в привычное состояние ежедневной суммы обыденной физической активности и предупреждает развитие специфических иммобилизационных осложнений (р=0,03126).

### 281. Паллиативное лечение рака поджелудочной железы

*Ю.А. Винник, А.Е. Котенко, Н.Г. Романюк, А.В. Мовчан,  
Г.С. Ефимова, К.В. Меркулова*

*Харьковский областной клинический онкологический центр  
Харьковская медицинская академия последипломного образования*

Ежегодно в мире рак поджелудочной железы (РПЖ) диагностируют у 170—190 тыс. человек. В Украине заболеваемость 9,8 близка уровню смертности — 7,9 из-за сложности диагностики в начальной стадии, а также недостаточной эффективности современной терапии. Ранняя диссеминация РПЖ зачастую не позволяет проводить адекватное специальное лечение. Только 25,6% пациентов из числа заболевших охвачены специальным лечением, 76,8% первичных больных умирают в течение года с момента установления диагноза. По данным различных авторов, 5-летняя выживаемость не превышает 10—15%, а средняя продолжительность жизни после установления диагноза — 6 мес, после радикальных операций — 1,5 года. Актуальной остается проблема лечения осложненных и распространенных форм заболевания.

Цель работы — оптимизация тактики лечения больных с осложненными и генерализованными формами РПЖ.

Исследование проводили в Харьковском областном клиническом онкоцентре за период 2008—2010 гг. Пролечено 153 больных с верифицированным РПЖ. Больные представлены I—II стадия — 4%, III стадия — 35%, IV стадия — 61%. Отдаленные MTS: в печени — 40,5%, в воротах печени — 14,4%, брюшине — 5,9%. Наиболее частое осложнение РПЖ — механическая желтуха (МЖ), в нашем исследовании выявлена у 37% больных, продолжительность МЖ от 2 нед до 2,5 мес. Оперировано 45(29%) больных, локализованный рак — 25,5%, с MTS в печень — 4%. Характер операций: эндоскопическая

папиллосфинктеротомія, чрескожне — дренажування жєлєчних протоєков, холеєисто- или гепатикоеюностомія. Осложнення после операції — 4,4%: кровотєчение — 2%, печєноєно-пєчєрная недостаточность — 2%. Послеопераційна летальность — 20%. Больным с локализованным опухолевим процессом проводили дистанційну гамма-терапію мелкими фракціями до СОД 40–50 Гр, радиосенсибілізуєючіє препараты —  $^{59}\text{Fe}$ , доксорубієин, єемцитабін. В неoadьювантної и палліативної хіміотерапії применяли препараты платини, антимєтаболієты, єемцитабін, лєчение проведено 64 пацієнтам. Количєство лєчєбных курсов 1–6, в зависимости от состояния больного. Осложнения: нейтропєния 2-ї стєпени — 9%, диспєсія 1-ї стєпени — 3%. Летальных исходов не было. Средняя продолжительность жизни больных РПЖ после радикальной гаєтропанєратодуалєнальной резєкції — 17,2 мес, палліативного лєчения (хірургическая коррєкція МЖ, лучєвая и палліативная хіміотерапія) — составила 9,6 мес, у больных с метастатическим РПЖ и палліативной поліхіміотерапієй — 7,4 мес.

Таким образом, количество операбельных больных РПЖ на момент определения тактики лєчения — не более 5%. Хірургическая коррєкція МЖ с локализованным опухолевим процессом, последуюєей лучєвой и хіміотерапієй позволяють достієчь относительно удовлетворительного качества жизни больных, сравнимого с результатами радикального лєчения.

## 282. Палліативная хіміолучєвая терапія в лєчении нерєзєктабельного рака дистального отдела жєлудка, осложненного стєнозом, в зависимости от молекулярно-біологических свойств опухоли

*Ю.А. Виннієк, Т.Н. Поповская, А.В. Мовчан, С.В. Чикішев  
Харьковская медицинская академия последипломного образования*

В Украине рак жєлудка (РЖ) по показатєлю смертности до года на 2-м месте у мужєин и жєнщин. У 60–90% впервые выявленных больных РЖ отмєчают III–IV стадію. Высокий процент осложнений РЖ: каєексія, анемія, інтоксикація снижают возможность проведения специальной терапіи. 5-лєтняя выживаемость при РЖ IV стадіи не превышает 4%. Выбор лекарственных препаратов на практике основывается на их інтуїєтивном подборе без учета молекулярно-біологических свойств опухоли при РЖ.

Разрабатывали технологию палліативной хіміолучєвой терапіи нерєзєктабельного РЖ после устранения стєноза жєлудка (ГЭА с Брауновским соуєтьєм) на основе молекулярно-біологических свойств опухоли. Изучали уровень микросателлитной нестабильности (MSI), мутацию p53, экспрєсію Ki-67 в опухолевых клетках. Обосновывали показання для выбора метода хіміолучєвого лєчения. Оценивали эффективность предложенных подходов к палліативному хіміолучєвому лєчению нерєзєктабельного РЖ.

В 2008–2011 гг. пролєчено 30 больных с нерєзєктабельным РЖ, которые разделены на 2 группы: 1) 15 пацієнтов с высоким индексом Ki-67 и выраженной MSI; 2) 15 — с мутацией p53 и выраженной MSI. Всем больным наложено ГЭА с Брауновским соуєтьєм. Контрольная группа — 30 больных с ГЭА с Брауновским соуєтьєм без специального лєчения. Группы сопоставимы по основным критеріям, средний возраст 66 лєт, по TNM (2002 г.) с IV ст. Пациенты 1-ї и 2-ї групп получали такое лєчение: лучєвая терапія в 2 этапа до СОД 60 Гр: 1-ї этап до СОД 40 Гр в течение 28 днєй; после 2-недельного перерыва 2-ї этап до СОД 20 Гр в течение 14 днєй, РД — 2 Гр 5 раз в неделю, больным 1-ї группы с модификацией дисплатинном 50 мг после 16:00 раз в 7 днєй перед лучєвой терапієй; 2-ї группы — с модификацией фторурацилом 500 мг после 16:00 раз в 7 днєй. Наблюдение длилось в течение 3 лєт: медиана выживаемости (МВ) в 1-ї группе — 10 мес, у всех при повторной биопсии лєчєбный патоморфоз определялся через 2 нед после последнего сеанса лучєвой терапіи (уменьшение объема

опухолевой массы, гистологически — выраженные явления неєроза, апоптоза) наиболее выраженные явления патоморфоза у 6 больных с высоким индексом Ki-67 и MSI. У пацієнтов 2-ї группы МВ — 11 мес, у всех — патоморфоз опухоли, у 5 — выраженный патоморфоз с «диким» p53и высоким MSI. У пацієнтов 3-ї группы МВ — 7 мес.

Изучение биомаркєров демонстрирует неоднородность РЖ по молекулярно-біологическим свойствам опухоли. Включение в терапію РЖ IV стадіи хіміолучєвого лєчения в более ранние сроки после наложения ГЭА способствует повыєнию МВ при удовлетворительном качестве жизни. Выбор медикаментозного лєчения должен быть обоснован молекулярно-біологическими свойствами опухоли.

## 283. Прєвентивный алгоритм распознавания рака жєлудка

*Л.М. Герасимова, А.Ю. Шальєова, Н.В. Красноєльський  
Харьковская городская поликлиника № 26*

*Харьковский онкоцентр  
Харьковский государственный медицинский университет*

Основным звєном актуальности проблемы рака жєлудка (РЖ) являются запущенные случаи заболєвания, составляющие в общей структуре 75–85%. Высокая заболєваемость РЖ, отсутствие реального улєчения диагностики заболєвания обуславливают необходимость поиска новых путей, обеспечивающих своевременное распознавание РЖ. Во многих случаях РЖ III–IV стадіи обусловлены поздним обращением пацієнтов. Лишь разработка путей ранней диагностики может стать условием решения проблемы.

Цель исследования — предложить новый подход диагностических мероприятий, способствующих реальному повыєнию своевременного распознавания заболєвания; дать количєственную и ранговую оценку факторам риска РЖ, позволяющую формировать больных в группы прогноза заболєвания. Основная задача — выделить общеизвестные факторы возникновения РЖ дать им количєственную верификацию с последующим ранговым построением, формирование группы больных малого, среднего и высокого риска развития заболєвания.

Разработанная система скрининга (патент № 17027 Украина, 2006) требует изучения, возможно упрощения реализации, привлечения дополнительных усилий, скорее организационных. Тем не менее, по предварительным данным, предложенный подход с внедрением анкет и выделения групп больных по стєпени риска позволил достоверно повысить диагностику РЖ в ранних стадіях с  $20,6 \pm 2,5\%$  до  $28,6 \pm 1,5\%$  ( $p < 0,02$ ).

Актуальность проблемы РЖ обуславливает позднее обращение пацієнтов. Разработанная система количєственной и ранговой оценки факторов позволяет подразделять больных на стєпени малого, среднего и высокого риска заболєваемости РЖ. Поликлиническим больным гаєстроєнтерологического профиля следует заполнять анкету-опросник, что позволяет определить стєпень риска развития РЖ. Предложенный прєвентивный диагностический подход повышает своевременное распознавание РЖ в пределах 7–10%.

## 284. О сроках хірургической рєабилітациі больных после обструктивных операций по поводу осложненного колорєктального рака

*Г.Ф. Горбуров, О.В. Высоцкий, Е.А. Антонов, П.В. Безносєнєко,  
А.К. Бабєнєко, В.Р. Рєдьєко*

*Николаєвский областной онкологический диспансєр*

Отмєчается прогрєсивное повышение заболєваемости населения области колорєктальным раком в 1994–2010 гг. с 28,0 до 41,0 на 100 тыс. населения. Незначительные успехи в улєчении качества диагностики приводят к тому, что определенная часть больных опухолями этой локализации при наличии осложнений, угрожающих жизни, требует срочных хірургических вмешательств. Как правило, в большинстве случаев они заканчиваются наложением обструктивной колостомы.

За період 1994–2010 гг. в хирургическом отделении Николаевского областного онкологического диспансера выполнено 222 реконструктивно-восстановительные операции. Из числа оперированных мужчин — 44,6%, средний возраст — 63,5 года; женщин — 55,8%, средний возраст — 55,2 года.

При поступлении в стационар стомированные больные подвергались тщательному обследованию: клиническому, лабораторному, эндоскопическому, ультразвуковому с целью изучения состояния кишечной стенки колостомы, дистального участка кишечника, наличия признаков степени распространения опухолевого процесса на другие органы, выявление противопоказаний к планируемому объему оперативного вмешательства. В отделении выполнены следующие оперативные вмешательства: — илеотрансверзоанастомоз (7), илеосигмоанастомоз (3), трансверзо-трансверзоанастомоз (5), трансверзо-сигмоанастомоз (50), трансверзо-ректоанастомоз (2), десцендосигмоанастомоз (11), сигмосигмоанастомоз (79), сигмо-ректоанастомоз (65). Межкишечные анастомозы выполнялись ручным способом в модификациях по Бондарю, Матяшину, Витебскому. С целью создания декомпрессии и профилактики несостоятельности швов анастомоза, применяли наложение временной колостомы проксимальнее анастомоза. Среднее число койко-дней пребывания в стационаре составило 20,3 койко-дня. Случаев летальности после выполнения 222 реконструктивно-восстановительных операций не было.

Оптимальным сроком выполнения реконструктивной восстановительной операции мы считаем 3–5 мес. Именно в этот срок у больных проходят все последствия, связанные с первой операцией, которая выполнялась по ургентным показаниям. Наложение превентивных колостом выше реконструктивного анастомоза в случаях неуверенности в его прочности предотвращает несостоятельность швов анастомоза и сокращает сроки пребывания больного в стационаре.

### 285. Спосіб профілактики та лікування пізніх параколостомічних ускладнень

*П.І. Гордійчук, А.О. Манжура*

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика*

*Київський міський клінічний онкологічний центр*

При наявності близько 200 способів формування неприродного заднього проходу не існує ідеального щодо запобігання виникненню пізніх параколостомічних ускладнень. Попередження виникнення та лікування параколостомічних гриж та діастазу м'язів, що покращить догляд за стомою й якість життя пацієнта шляхом використання запропонованого способу формування неприродного заднього проходу.

За період 2000–2010 рр. у відділенні абдоминальної хірургії виконано 172 черевно-промежинні екстирпації прямої кишки, невід'ємним етапом яких є формування постійного неприродного заднього проходу. Серед оперованих хворих жінок було 109 (63,4%), а чоловіків — 63 (36,6%). Вік хворих — 44–83 роки, середній — 64,37±6,3 року. Незважаючи на те що виконання вищенаведеного втручання з кожним роком зменшується в рази, проблема залишається актуальною. У 18 хворих при формуванні неприродного заднього проходу і у 17 — при хірургічному лікуванні параколостомічної грижі застосований розроблений нами спосіб формування неприродного заднього проходу (Патент України на корисну модель № 51397 А61В 17/00. 12.07.2010. Бюл. № 13). Він відрізняється від прототипів тим, що перед розсіченням ендоабдоминальної фасції з очервиною відшаровуємо внутрішню поверхню поперечного м'язу живота від ендоабдоминальної фасції і в даний прошарок вкладаємо імплантат-сітку з отвором, край отвору ретельно вкриваємо апоневрозом зовнішнього косого м'язу живота і фіксуємо виведену ободову кишку

При клінічному обстеженні хворих через 1, 3 і 5 років після виконаної черевно-промежинної екстирпації прямої кишки виявлені наступні пізні параколостомічні ускладнення: — у 22 (12,79%) хворих — параколостомічні грижі (при наявності грижового мішка і воріт); у 9 (5,23%) — інвагінація кишки; у 61 (35,46%) — куполоподібне випинання в ділянці

колостоми. Ми вважаємо, що дане ускладнення за відсутності патогномонічних елементів грижі слід трактувати як діастаз параколостомічних м'язів. Постійне подразнення кишкою (перистальтичним тиском, біоелектричними імпульсами) параколостомічних м'язів передньої черевної стінки сприяє їх постійному скороченню і розходженню, а волокна, які фіксовані, атрофуються. При використанні розробленого способу післяопераційні ускладнення і летальність не виявлені.

Розроблений спосіб надійно попереджує розвиток діастазу параколостомічних м'язів і виникнення гриж, сприяє догляду за стомою з покращенням якості життя пацієнта.

### 286. Технические особенности выполнения комбинированных резекций прямой кишки при опухолях, прорастающих в матку

*А.Г. Грищев, П.Ф. Гольмamedов, О.В. Совпель, И.Р. Агдуллин, Ф.И. Додакунан, М.И. Зиганшин*

*Донецкий национальный медицинский университет имени Максима Горького*

*Казанская государственная медицинская академия Республканский клинический онкологический диспансер МЗ республики Татарстан*

*Поволжский филиал российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, Казань*

В данной работе отражен опыт двух клиник, занимающихся данной проблемой. Общее число больных составило 112 человек. У 42 пациентов отмечено истинное прорастание (из них в шейку матки и задний свод влагалища — 11 пациентов, у 31 пациентки опухоль верхне-ампулярного или средне-ампулярного отдела прямой кишки проросла в тело матки). Во всех без исключения случаях, наряду с резекцией прямой кишки, была выполнена расширенная экстирпация матки с придатками. К двусторонней перевязке внутренних подвздошных артерий прибегали в 9 случаях. Особенность выполнения операций заключалась в том, что операцию начинали с мобилизации прямой кишки по задней полуокружности, после чего обнажали подвздошные сосуды, отслеживая ход маточных сосудов и осуществляя их перевязку, также отслеживали ход мочеточника, к катетеризации прибегали в 11 случаях, у 2 больных выявляли прорастание в левый мочеточник, а у 4 — в правый мочеточник, гнойник малого таза — у 5 пациенток. При выраженных инфильтративных явлениях в малом тазу и отсутствии четких анатомических ориентиров в ряде случаев мы выполняли вскрытие просвета влагалища, рассечение его стенки, а перевязку маточных сосудов выполняли в месте их непосредственного отхождения от внутренних подвздошных сосудов.

Первично-восстановительные операции выполнены у 106 больных, операция Гартмана — у 6 больных. Структура оперативных вмешательств распределилась следующим образом: БАР прямой кишки — 25 больных, передняя резекция прямой кишки — 50, низкая передняя резекция прямой кишки — 31. Послеоперационные осложнения отмечены у 9 больных, несостоятельность анастомоза — у 3, внутрибрюшное кровотечение — у 2, ранение вен пресакрального сплетения — у 1, умерло 3 больных, общая летальность составила 2,8%.

### 287. Переваги лапароскопії в діагностиці розповсюджених злоякісних пухлин черевної порожнини

*М.А. Добровольський, А.Г. Лурін, Д.І. Косакієвський,*

*В.С. Максимовський, С.Н. Лі, А.О. Машуков*

*Одеський обласний онкодиспансер*

На сьогодні до 15–20% онкологічних захворювань виявляють у IV занедбаній стадії захворювання. Лапароскопія або лапаротомія — останній етап діагностики, що дозволяє уточнити розповсюдженість пухлини, отримати морфологічну верифікацію, прогноз захворювання і тактику лікування. Лапароскопія — легка у виконанні, високоінформативна процедура, позбавлена травматичності лапаротомії.



Порівняльний аналіз ефективності лапароскопії і лапаротомії та оцінка тяжкості перебігу післяопераційного періоду за такими критеріями: час активізації хворих, середня тривалість стаціонарного лікування, строк до початку спеціального лікування. Лапароскопія виконана 40 пацієнтам. Для порівняння ретроспективно проаналізовано 40 історій хвороб пацієнтів, яким проведена лапаротомія.

При лапароскопії карциноматоз очеревини виявлено у 38 пацієнтів (95%). У 4 хворих (10%) причиною асцити був цироз печінки. При лапаротомії карциноматоз виявлений у 40 пацієнтів (100%). У всіх хворих діагноз верифікований морфологічно. Реабілітація проходила у 1-й групі хворих значно легше. Хворі активізувались до закінчення 1-ї післяопераційної доби, починали самостійно пересуватись і приймати їжу з 2-ї доби. Середня тривалість перебування на ліжку — 4,3 ліжко-дня. Середній строк до початку спеціального лікування — 6 діб. В 2-й групі хворі активізувались з 2-ї доби, самостійно пересувались з 3-ї, приймали їжу з 3–4-ї. Середня тривалість перебування на ліжку 7,3 ліжко-дня. Середній строк до початку спеціального лікування — 8,3 доби.

Лапароскопія високоінформативна, як і лапаротомія, при виявленні карциноматозу очеревини. Але має переваги: легший перебіг періоду реабілітації, активізації цих хворих відбувалася на 1 добу раніше; скорочення середньої тривалості лікування на 41%, строку до початку спеціального лікування на 28%. Діагностичну лапароскопію слід розглядати як операцію вибору у хворих з підозрою на розповсюдженість злоякісного процесу.

## 288. Шляхи покращення реконструктивно-відновного лікування хворих похилого віку після операції Гартмана

*В.Г. Дроненко*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

Незважаючи на вагомі успіхи реконструктивно-відновної хірургії частота післяопераційних ускладнень після видалення колостоми у хворих похилого та старечого віку не зменшується. Мета — покращити результати реконструктивно-відновних операцій (РВО) у колостомованих хворих похилого та старечого віку.

Проведено комплексний аналіз реконструктивно-відновних оперативних втручань після обструктивних резекцій товстої і прямої кишки за типом Гартмана з приводу колоректального раку у 87 хворих. З них у 48 (55,2 %) пацієнтів накладено сигмомектоанастомоз, у 39 (44,8 %) — сигмосигмо-анастомоз, використовуючи два основних типи формування міжкишкового спів'єства: кінець в бік — 64 (73,6 %) хворих, кінець в кінець — 23 (26,4%) із застосуванням інвагінаційного двохрядного ручного шва. У 51 (58,6 %) хворого застосовували традиційні технічні прийоми з відновлення топографо-анатомічного розташування анастомотичних ділянок кишечника для формування анастомозу. У 36 (41,4 %) хворих використали власний метод ендоскопічної візуалізації анастомотичних ділянок.

Оцінюючи результати оперативного лікування з використанням запропонованого методу, у 35 (97,2%) хворих анастомоз був спроможним. У 1 (2,7%) хворого відмічали інтраопераційні ускладнення: кровотечу з пресакральних судин, які було зупинено діатермокоагуляцією. У 2 (5,5%) пацієнтів відмічали нестабільність гемодинаміки, зниження артеріального тиску <90 мм. рт. ст. В післяопераційний період у 3 (8,3%) хворих відмічали затяжний газовий період. В 1 (2,7%) випадку на 5-й день виникла неспроможність швів анастомозу, що змусило накладати повторну колостому. Часткову неспроможність швів спів'єства відмічали у 2 (5,5 %) хворих, яка закрилась самостійно. У 1 (2,7 %) хворого виникли лігатурні нориці післяопераційного рубця та вентральна кида.

Запропонований метод ендоскопічної візуалізації анастомотичних ділянок дозволяє зменшити тривалість оперативного втручання, зберегти адекватне кровопостачання кишки

та знизити ризик пошкодження судин малого тазу, структур сечовидільної системи.

## 289. Досвід хірургічного лікування колостомованих хворих

*В.Г. Дроненко, А.П. Ковальчук*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

Реконструктивно-відновні операції (РВО) — головний та фінальний етап в хірургічній і медико-соціалній реабілітації хворих з тимчасовими колостомами, які відносяться до технічно складних, тяжко прогнозованих хірургічних втручань з високим ризиком виникнення різноманітних ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень. Мета — розробити алгоритм та критерії встановлення терміну проведення РВО.

Проаналізовано 137 хворих віком 20–80 років з колостомами різної локалізації після реконструктивно-відновних операцій. В більшості колостоми накладені на тлі обструктивної кишкової непрохідності, спричиненої пухлиною товстої кишки — 117 (85,4%) хворих. Рідше з приводу травматичних пошкоджень товстого кишечника — у 11 (8,0%) пацієнтів, ускладнених запально-дистрофічних процесів товстої кишки, підшлункової залози — у 9 (6,7%) хворих. РВО у 8 (5,8%) хворих проведено період до 1 міс від першої операції, 2 міс — у 62 (45,3%), 3 міс — у 31 (22,6%), 4 міс — у 17 (2,9%), 5 міс і більше — у 19 (13,9%) пацієнтів. Доопераційний план обстеження включав загальноприйнятний перелік, а також дослідження морфоструктурних змін стінок колостоми та біопатів куки кишки.

Виконання РВО у 98 (71,5%) хворих ускладнювалось анатомо-топографічними змінами органів на тлі спайкового процесу різної вираженості з класичною закономірністю — чим більший термін до початку проведення реконструкції, тим більш виражений спайковий процес. Тривалий дореконструктивний період призводив до атрофічних і дегенеративних змін в заглушеній частині кишки. Під час проведення реконструкції в період до 1 міс виявлено запально-дистрофічні морфоструктурні зміни кишкової стінки, що підвищувало ризик виникнення неспроможності швів анастомозу, яку відмічали у 4 (2,9%) хворих.

Оптимальний термін РВО — 2–2,5 міс, коли відбувається адекватне відновлення функцій організму, маси тіла, структури стінки кишки і зникають вища запального процесу. У кожному випадку необхідно проводити комплексну оцінку показників гомеостазу, анатомо-топографічних особливостей ділянки запланованої операції, морфофункціональних характеристик анастомотичних ділянок кишки для отримання прогностичних критеріїв ймовірності виникнення неспроможності швів анастомозу.

## 290. Восстановление кишечной непрерывности после операции Гартмана

*Ю.В. Думанский, В.Х. Башеев, Ю.И. Яковец, О.Е. Ефимочкин*  
*Донецкий областной противоопухолевый центр*

Цель — изучить эффективность разработанных способов восстановительных операций у больных с короткой культей прямой кишки после операции Гартмана (5–6 см).

За период 1990–2005 гг. прооперирован 31 больной с короткой культей прямой кишки после операции Гартмана. Из них в 9 случаях операция Гартмана выполнялась в Донецком областном противоопухолевом центре (ДОПЦ), в 22 случаях — в других лечебных учреждениях. Средний срок до восстановительной операции составил 10 мес, в том числе после операции Гартмана, выполненной в ДОПЦ через 8 мес, других лечебных учреждений — 12 мес. Во всех случаях был использован разработанный в клинике способ восстановления кишечной непрерывности с низведением ободочной кишки на промежность интрасфинктерно позади культи прямой кишки.

Частота интраоперационных осложнений составила 16,1% (5), частота послеоперационных осложнений 12,9% (4), после операции умер 3,2% (1) пациентов. В структуре интраоперационных осложнений преобладали вскрытие параколического

абсцесса 6,5% (2), нарушение целостности серозного покрова тонкой кишки — 3,2% (1), вскрытие просвета мочевого пузыря — 3,2% (1), травма мочеточника с нарушением его целостности — 3,2% (1) пациентов. В структуре послеоперационных осложнений преобладали гнойно-септические 12,9% (4). Причиной летального исхода стал инфаркт миокарда.

Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности разработанного способа восстановления кишечной непрерывности у больных с короткой культей прямой кишки после операции Гартмана

### 291. Внутривартерияльная химиотерапия неоперабельного рака желудка

*Ю.В. Думанский, В.Г. Болдырь, А.В. Сидюк, Н.В. Крюков, Ю.В. Остапенко, Р.В. Ищенко*

*Донецкий областной противоопухолевый центр*

Цель исследования — улучшить отдаленные результаты лечения и качество жизни больных неоперабельным раком желудка путем разработки и применения способов регионарной внутривартерияльной химиотерапии.

Проведен анализ 207 больных неоперабельным раком желудка в возрасте 32–80 лет, которые находились на лечении в ДОПЦ в 2000–2009 гг., вошедших в исследуемую группу и группу контроля. В исследуемую группу включили 74 больных, у которых проведена внутривартерияльная полихимиотерапия в составе паллиативного лечения. В контрольную группу — 133 пациента после системной полихимиотерапии в паллиативном режиме. Внутривартерияльную химиотерапию проводили через катетеризованную правую желудочно-сальниковую артерию или левую желудочную артерию. В исследуемой группе пациенты получали 3–6 курсов химиотерапии флуороурацилом, который вводили внутривартерияльно в дозе 10–15 мг/кг массы тела в течение 5 дней. Курсы повторялись с интервалом 21 день. В контрольной группе пациенты получали внутривенную химиотерапию.

Изучение отдаленных результатов лечения показало, что медиана выживаемости в основной группе составила  $11 \pm 0,6$  мес, в группе сравнения —  $5,5 \pm 0,3$  мес, различие является статистически значимым. При изучении динамики болевого синдрома, слабости, потери аппетита и тошноты установлено, что пациенты исследуемой группы отмечали лучшие показатели по сравнению с больными в контрольной группе.

Таким образом, применение внутривартерияльной химиотерапии в паллиативном лечении неоперабельного рака желудка позволило достоверно увеличить выживаемость больных и значительно улучшить качество жизни пациентов.

### 292. Методы снижения осложнений при резекциях печени по поводу метастатического поражения

*Ю.В. Думанский, Р.В. Ищенко, С.И. Готовкин, Э.Г. Гайдаров*

*Донецкий областной противоопухолевый центр*

В Донецком областном противоопухолевом центре разработан и внедрен в клиническую практику способ ступенчатой редукции печеночного кровотока, который позволяет снизить до минимума количество осложнений, связанных гидродинамическим «ударом», который возникает вследствие быстрого восстановления кровообращения печени. Данная методика использована для лечения 19 больных, из которых у 8 выявлен рак ободочной кишки, 9 — сигмовидной кишки, 2 — прямой кишки и у всех отмечали метастазы в печень.

Всего в 1 случае из 19 было отмечено длительное восстановление биохимических показателей в послеоперационный период. Отдельно следует отметить, что редукция портального кровотока вследствие венозного стаза уменьшает диссеминацию опухолевых клеток, что отвечает онкологическим оперативным требованиям. По данным гистологического исследования опухолевых клеток, краев резекции не выявлено ни в одном случае. Средний период ремиссии после проведения комплексного паллиативного лечения по описанной методике составил — 1,3 года (15,6 мес). Следует отметить, что при са-

литарных метастазах длительность периода составила 2,41 года (28,92 мес). Средняя продолжительность жизни больных исследуемой группы составила  $1,47 \pm 0,17$  года (17,64 мес), что значительно превосходит статистические данные отечественных и зарубежных авторов у данной категории больных. При этом одногодичная выживаемость составила  $60,7 \pm 4,27\%$ , 3-летняя выживаемость —  $17,3 \pm 2,1\%$ , 5-летняя —  $12,5 \pm 2,3$  соответственно.

### 293. Применение У-образного анастомоза при раке левой половины ободочной кишки, осложненном острой кишечной непроходимостью

*И.П. Ерко, Г.Г. Бардаков, С.Б. Балабушко*

*Черниговский областной онкологический диспансер*

При лечении опухолевой острой толстокишечной непроходимости (ОТН) хирургу необходимо выполнить радикальную операцию, устранить непроходимость, предусмотреть медицинскую и социальную реабилитацию больных.

При раке левой половины ободочной кишки выполняли левостороннюю гемиколэктомию или резекцию сигмовидной кишки с наложением У-образного анастомоза и выведением временной одностольной колостомы при отсутствии перитонита, местного гнойного воспаления, нарушенной микроциркуляции кишечника и каловых камней. На втором этапе лечения проводили внебрюшинное закрытие колостомы после проведения колоноскопии для контроля состояния анастомоза. С 1996 по первое полугодие 2010 г. выполнено 92 операции у 66 мужчин и 26 женщин. Из них в возрасте до 60 лет — 15, старше 60 лет — 77 больных. Оперированы в день госпитализации 30 больных, на 2-е сутки — 12, на 3-и — 9, 4-е сутки — 41. Локализация рака у 17 больных — в селезеночном изгибе, у 1 — в поперечно-ободочной кишке, у 21 — в нисходящем отделе, у 38 — в сигмовидной кишке, у 15 — в ректосигмоидном отделе. По стадиям: II — у 51, III — у 33, IV — у 8 пациентов.

У-образный анастомоз наложен у 81 больных в стадии субкомпенсации, у 11 — в стадии декомпенсации. Трансверзосигмоанастомоз наложен у 21 больного, трансверзоректоанастомоз — у 16, сигмосигмоанастомоз — у 37, сигморектоанастомоз — у 18. Послеоперационные осложнения развились у 10 больных (9,2%): перфорация стрессовой язвы тонкой кишки — у 1, пневмония — у 4, нагноение послеоперационной раны — у 1, терминальный некроз трансверзостомы — у 2 больных; у 1 на фоне туберкулеза легких — пневмоторакс, у 1 — ТЭЛА, оба больных умерли. Колостому закрывали внебрюшинно в сроки до 1 мес у 50 больных, до 2 мес — у 39, через 2 мес — у 3. Случаев несостоятельности швов после закрытия колостомы не было.

Применение У-образного анастомоза при раке левой половины ободочной кишки с ОТН обеспечивает адекватную декомпрессию кишечника и профилактику несостоятельности швов анастомоза, является альтернативой операции Гартмана и обеспечивает медицинскую и социальную реабилитацию больных.

### 294. Пятилетняя выживаемость больных, пролеченных в онкологическом диспансере и общей лечебной сети по поводу рака желудка, ободочной и прямой кишки

*И.П. Ерко, В.Н. Зотов, Г.Г. Бардаков*

*Черниговский областной онкологический диспансер*

Не только urgentные, но и плановые операции по поводу рака выполняются в стационарах общей лечебной сети, где не всегда имеется возможность провести комбинированное или комплексное лечение.

Проанализирована 5-летняя выживаемость больных раком желудка, ободочной и прямой кишки I–III стадии, прооперированных в 2005 г. в областном онкологическом диспансере (ООД) и больницах общей лечебной сети (ОЛС). При раке желудка в ООД прооперирован 131 больной. По стадиям: I — 9,

II — 42, III — 80 больных. В ОЛС — 19 больных: из них II стадия отмечена у 5, III — у 14 пациентов. При раке ободочной кишки в ООД пролечено 71 больной: I стадия — 6, II — 32, III — 24. В ОЛС — 35: I стадия — 2, II — 26, III — 7. При раке прямой кишки в ООД пролечено 109 больных: I стадия — 10, II — 59, III — 40. В ОЛС — 7 больных: I стадия — 2, II — 5.

При раке желудка в ООД 5-летняя выживаемость при стадии I — 66,6%, II — 64,2%, III — 42,5%. 5-летняя выживаемость после дистальных субтотальных резекций желудка — 53,9%, проксимальных резекций желудка — 100%, гастрэктомий — 37,8%. Ни один больной с перстневидноклеточным раком желудка не прожил 3 года. Общая 5-летняя выживаемость — 51,1%. В ОЛС общая 5-летняя выживаемость составила 15,7%. При раке ободочной кишки в ООД 5-летняя выживаемость при I стадии — 66,6%, II — 50%, III — 62,5%. 5-летняя выживаемость после гемиколэктомий — 57,8%, резекций ободочной кишки — 73,3%, операций Гартмана — 0%. Общая 5-летняя выживаемость — 62%. В ОЛС общая 5-летняя выживаемость — 40%. При раке прямой кишки в ООД 5-летняя выживаемость при I стадии — 80%, II — 59,3%, III — 45%. 5-летняя выживаемость после резекций прямой кишки — 59,7%, брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки — 52,1%, операций Гартмана — 33,3%. Общая 5-летняя выживаемость — 56%. В ОЛС 5-летняя выживаемость больных — 28,5%.

Отдаленные результаты лечения больных колоректальным раком и раком желудка лучше после лечения в специализированном онкодиспансере, чем в больницах ОЛС. За исключением неотложных состояний лечение онкологических больных следует осуществлять в специализированных лечебных учреждениях.

## 295. Результаты хирургического лечения больных раком прямой кишки

*И.П. Єрко, О.В. Матвійчук, М.П. Захаров, С.Б. Балабушко  
Чернігівський обласний онкологічний диспансер*

Актуальність обумовлена значним зростанням захворюваності, стабільно низькими показниками безрецидивної та загальної виживаності, неадекватно високим рівнем екстирпацій прямої кишки, складнощами соціальної та трудової реабілітації хворих.

Основним фактором, що впливає на виживаність хворих на рак прямої кишки (РПК) є адекватність хирургічного втручання. Використання техніки ТМЕ в ад'ювантному режимі дозволяє знизити кількість локорегіонарних рецидивів з 16–20 до 4–6%, а також покращити 5-річну виживаність з 55 до 78–80%. На сьогодні збереження сфінктерного апарату прямої кишки є пріоритетним завданням при можливості досягнення адекватного онкологічного кліренсу. В Україні у 30–40% хворих на РПК виконуються екстирпації прямої кишки.

Проаналізували безпосередні та віддалені результати хирургічного лікування хворих на РПК. Проаналізовано 5-річні результати хирургічного лікування 798 хворих на РПК I–IV стадій на базі Чернігівського онкодиспансеру. З них в I–II стадії 421 хворих, III стадії — 206 хворих, IV стадії — 152 пацієнти. В радикальному обсязі прооперовано 81% хворих. Передопераційну променеви терапію крупними фракціями до СД 25,0 Гр отримали 60% хворих. Резектабельність — 93%. Кількість сфінктерозберігаючих оперативних втручань (СЗО) з первинним відновленням кишкового пасажу — 84%. Частота ускладнень — 13,4%. Внутрішньолікарняна летальність становила 2,1%. У структурі оперативних втручань домінує червно-анальна резекція прямої кишки (ЧАР ПК) в різних модифікаціях — 57%. Серед СЗО червно-анальна резекція становить 84%. При виконанні ЧАР ПК частота ускладнень — 15,5%, смертність — 2,2%. У випадку виконання червно-промежної екстирпації по Кеню — Майлсу ускладнення відмічали у 16,2%, а госпітальна летальність становила 2,6%. Загальна 5-річна виживаність у оперованих хворих становить 52%. При I–II стадії — 71%, при III стадії — 42% та при IV стадії — 8%

відповідно. При виконанні ЧАР 5-річна виживаність становила 54%. (I–II стадія — 75%, III — 39% та IV — 6% відповідно). При виконанні червно-промежної екстирпації прямої кишки за Кеню — Майлсом 5-річна виживаність становила 42%. (I–II стадія — 54%, III — 34% та при IV стадії — 0% відповідно).

Широке використання СЗО в хирургічному лікуванні хворих на РПК є онкологічно аргументованим, особливо при локалізованих формах.

## 296. Ефективність резекції печінки у поєднанні з хіміотерапією у хворих на колоректальний рак з метастазами в печінку порівняно з резекцією печінки без хіміотерапії, паліативною хіміотерапією та симптоматичним лікуванням

*М.Г. Зубарєв, Т.Г. Фецич\*, О.О. Ковальов\*, К.О. Ковальов\*\*,  
Р.Р. Ярема\*\*, А.П. Реуєра\**

*\* Львівський національний медичний університет  
ім. Данила Галицького*

*\*\* Запорізька державна медична академія післядипломної освіти*

За останнє десятиріччя в усьому світі відмічають зростання захворюваності на рак ободової та прямої кишок. В Україні захворюваність на колоректальний рак (КРР) становить 34 на 100 тис. населення і також має тенденцію до зростання. На час встановлення діагнозу у 30% хворих виявляють синхронні метастази (Мтс) в печінку. Тривалість життя таких хворих без лікування не перевищує 9 міс.

Вивчити та порівняти ефективність хирургічного та комбінованого лікування, хіміотерапії та симптоматичного лікування хворих з Мтс КРР в печінку.

Проаналізовано результати лікування 127 хворих на метастатичний КРР. I-ша група — 60 пацієнтів, які отримували комбіноване лікування, що передбачало резекцію печінки (РП) у різному обсязі в поєднанні з хіміотерапією та видаленням пухлини товстої кишки. I-ша група поділена на підгрупу А — 26 хворих (атипові РП) та В — 34 хворих (анатомічні РП). 28 хворих 2-ї групи отримували хіміотерапію (флуороурацил + лейковорин), 39 пацієнтів 3-ї групи — лише симптоматичне лікування.

У 14 пацієнтів 1-ї групи виявлено 16 ускладнень в післяопераційний період, що становить 26,6%, хирургічних ускладнень — 11, терапевтичних — 5. Післяопераційна летальність відмічена в 4 випадках — 6,6%. У 2-ї групі токсичність хіміотерапії становила 2 бали, переважала ентеротоксичність — 14%. У 7,1% хворих, які отримали хіміотерапію, вдалося перевести нерезектабельні Мтс в печінці у резектабельні. Медіана загальної виживаності (МеЗВ) хворих 1-ї групи, яким проведено РП без хіміотерапії становила 17 міс, з нею — 25 міс ( $p < 0,05$ ). Також встановлено, що МеЗВ хворих 1-ї групи залежала від кількості та розмірів Мтс, об'єму ураження печінки, наявності Мтс в лімфовузлах первинної пухлини та терміну проведення РП ( $p < 0,05$ ). На МеЗВ не вплинув обсяг РП. У хворих 2-ї групи МеЗВ становила 14,5 міс ( $p < 0,05$ ), 3-ї групи — 2,5 міс.

Обсяг РП не впливає на віддалені результати. Синхронна РП порівняно з двохетапною та самостійною є ефективнішою. Виживання хворих з солітарними, синхронними, унілобарними Мтс розміром до 2 см, яким проведено комбіноване лікування, є найдовшим. За допомогою хіміотерапії можна перевести нерезектабельні Мтс у резектабельні. Комбінацію РП з післяопераційною хіміотерапією у хворих з резектабельними Мтс КРР слід вважати найефективнішою.

## 297. Хирургическое лечение осложненного течения местно-распространенных форм злокачественных новообразований прямой кишки

*Е.В. Калинин, С.В. Антипова, А.Е. Калинин*

*Луганский государственный медицинский университет  
Луганский областной клинический онкологический диспансер*

Рак прямой кишки (РПК) зачастую сопровождается осложненным течением: кишечной непроходимостью; прорастанием в мочевой пузырь с формированием фистул; прямокишеч-

ними профузными кровотечениями. До настоящего времени в Украине нет единой тактики в лечении осложненного течения РПК. Цель — обобщить опыт лечения осложненного течения местно-распространенных форм РПК как компонента комбинированного лечения.

Исследование выполнено на базе Луганского областного клинического онкологического диспансера. Проведен сравнительный анализ лечения 644 больных местно-распространенным РПК в 1991—2010 гг., сопровождавшимся осложненным течением. Исследуемых пациентов распределили на две группы. В основную группу вошли 312 пациентов, которым проведено лечение в виде комбинированной операции с последующим проведением лучевой и химиотерапии. Курсы химиотерапии начинали с 6–7-х суток после операции. Предпочтение отдавали схеме: флуороурацил 375 мг/м<sup>2</sup> № 5 с кальция фолинатом 50 мг/м<sup>2</sup>. Вторая группа — 332 больных, которым выполнялось оперативное вмешательство в таком объеме — сигмостомия, с последующим проведением химиолучевого лечения.

Пациентам основной группы выполнена эвисцерация органов малого таза — 21 больной (6,73%), остальным выполнены комбинированные вмешательства — БАР прямой кишки с удалением части пораженного смежного органа (мочевой пузырь, женские гениталии) — 291 (93,26%). Из 2-й группы только химиотерапию получили 212 пациентов (63,85%) из-за распространенности процесса, размеров опухоли. Лишь 120 больных (36,15%) получили химиолучевое лечение. Послеоперационная летальность в основной группе — 1 пациент (0,32%), во второй — 0. Не все пациенты 2-й группы получили хирургическое вмешательство по радикальной программе (54%). Отмечена тенденция увеличения продолжительности жизни больных основной группы — 3,76 года, 2-й группы — 1,45 года.

Проведение оперативного вмешательства в объеме комбинированной операции с последующей химиолучевой терапией обосновано и целесообразно. Лечение удовлетворительно переносится пациентами, позволяет улучшить качество жизни (без колостомы, уретеростомы, цистостомы), избежать многоэтапных хирургических вмешательств, уменьшить финансовые затраты больного и больницы.

### 298. Ендоскопічна реканалізація просвіту та сорбційні технології при раку прямої кишки, ускладненого кишковою непрохідністю

О.Є. Калінін<sup>1,3</sup>, В.Г. Ніколаєв<sup>1</sup>, С.В. Антіпова<sup>2</sup>, М.А. Надірашвілі<sup>2</sup>, В.М. Коротков<sup>3</sup>, Р.А. Галаат<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є. Кавецького НАН України, Київ

<sup>2</sup>Луганський державний медичний університет

<sup>3</sup>Луганський обласний клінічний онкологічний диспансер

За частотою виявлення колоректальний рак займає 3-тє місце серед онкологічних захворювань у світі. Однією з найголовніших причин летальності є товстокишкова непрохідність (ТКН). У зв'язку з цим актуальним є пошук нових малоінвазивних методів, спрямованих на швидке вирішення цієї проблеми. Метою дослідження є підвищення ефективності лікування та якості життя хворих з раком прямої кишки, ускладненим ТКН.

У дослідження включені 24 пацієнти із злоякісним ураженням прямої кишки (Т3–Т4 N0 M0) та явищами суб- та декомпенсованої кишкової непрохідності (класифікація ГНЦ колопроктології, Росія). У 2 випадках відмічали первинно нерезектабельний процес за рахунок фіксації пухлини до крижі. Усім хворим була проведена ендоскопічна реканалізація просвіту кишечника з подальшим його лаважем та проведенням ентеро- та колоносорбції. Після усунення основних симптомів ендогенної інтоксикації хворим призначали хіміопроменеу терапію (курс ТГТ 40–60 Гр одночасно з прийомом хіміопрепарату тегафур) та ентеросорбційну корекцію проявів системної токсичності; а також через 4–5 тиж — планове оперативне втручання.

Показано, що в результаті успішної ендоскопічної реканалізації у всіх 24 хворих відмічено повну декомпресію кишечника, а використання ентеро- та колоносорбції дало можливість почати хіміопроменеу терапію вже з 4–6-ї доби після проце-

дури. Надалі, усім було виконане оперативне втручання — очеревино-анальна резекція прямої кишки 11 пацієнтам, передня резекція прямої кишки — 6 та низька передня резекція прямої кишки — 7 хворим. Ускладнені у післяопераційний період не відмічено, за станом на 6 міс після закінчення лікування усі хворі живі, ознак рецидиву і метастазування не виявлено.

Попередні результати використання даної методики дозволяють швидко усунути симптоматику кишкової недостатності; виконати в передопераційний період хіміопроменеу терапію; виконати сфінктерозберігаюче оперативне втручання; добитися явного поліпшення якості життя хворих без погіршення прогнозу основного захворювання.

### 299. Нетрадиційний спосіб гастростомії

Б.А. Косяков, Ю.Л. Шальков, І.А. Акперов

Придністровський державний університет, Молдова

В случае нерезектабельного рака пищевода и желудка, осложненного дисфагией, гастростома способна продлить жизнь больному и улучшить ее качество, создав условия для химиотерапии. Однако ни один из существующих способов гастростомии не совершенен, поскольку частые осложнения в виде подтекания желудочного содержимого, выпадения питательной трубки делают продолжительное энтеральное питание невозможным.

Целью стала разработка способа надежной фиксации питательной трубки к стенке желудка, лишённого основных недостатков и способного обеспечить длительное энтеральное питание.

Способ формирования фиксированной гастростомы (патент на полезную модель № 46812, Украина): конец зонда, введенный на 7–8 см посредством гастротомии в желудок, фиксируется 3–4 швами через стенку желудка с параллельно ему расположенной трубочкой длиной 5–6 см, уложенной на передней стенке желудка (укол иглы со стороны серозы в полость желудка, проведение иглы под внутренней трубочкой, выкол со стороны слизистой оболочки желудка и завязывание швов над наружной трубочкой), в итоге формируется «двустволка», охватывающая стенку желудка снаружи и изнутри. Затем ряд герметизирующих серозно-мышечных швов. Стенка желудка располагается между этими трубками, фиксирует их, препятствуя выпадению зонда.

Фиксированная гастростома показала свою надежность и безопасность при клиническом применении у 26 больных (основная группа). Изучение результатов выявило положительное и достоверное отличие больных с фиксированной гастростомой от 68 пациентов контрольной группы, оперированных традиционным способом (по Витцелю, Кадеру, Топроверу). Медиана жизни больных в контрольной группе составила 1,9±0,7 мес, в основной 8,4±1,3 мес (p<0,01). Средняя продолжительность жизни с 2,5 мес в контрольной группе возросла до 5 мес в основной.

Высокая надежность нетрадиционного способа гастростомии, при его доступности и минимальных финансовых затратах, предотвращает развитие характерных послеоперационных осложнений, сохраняя герметичность, обеспечивает длительное энтеральное питание, что позволяет использовать химиотерапию и достоверно продлить жизнь больным.

### 300. Ефект неад'ювантної поліхіміотерапії при лікуванні хворих на низькодиференційований та недиференційований рак шлунка

К.В. Кошель, Г.П. Олійниченко, В.Б. Коробко, С.П. Меренцев, С.І. Пенделюк

Клініка кафедри онкології НМАПО імені П.Л.Шупика, Київ

Відсутність бажаних результатів від комбінованого методу лікування хворих на рак шлунка із застосуванням поліхіміотерапії в ад'ювантному режимі, сприяла розвитку комбінованого лікування із застосуванням поліхіміотерапії на етапі передопераційної підготовки хворих. Така схема ведення хворих дозволяє отримати зменшення розмірів пухлини та девіталізацію її клітин, що неминуче розповсюджуються під впливом хірургічного втручання.

Визначали ефективність неад'ювантної поліхіміотерапії у хворих на рак шлунка, що мали ступінь диференціювання пухлини G3-G4.

Проналізовано результати лікування 106 хворих, що мали ступінь диференціювання пухлини G3-G4 і отримували курс неад'ювантної поліхіміотерапії (флуороурацил 5,0, мітоміцин С 5 мг/м<sup>2</sup> на 1-шу та 7-му добу лікування і лейковорин 100 мг/м<sup>2</sup> по одному, два курси залежно від одержаного лікувального ефекту. В контрольну групу увійшли 67 хворих після хірургічного лікування раку шлунка, що мали ступінь диференціювання пухлини G3-G4. Серед оперованих хворі у I-II та III стадіях захворювання. Проліферативна активність пухлин у хворих, як першої, так і другої групи визначали за значенням Ki-67.

На етапі передопераційного обстеження у 106 хворих, що отримували курси неад'ювантної поліхіміотерапії одержано такі дані. За даними фіброгастроскопії: зменшення розмірів пухлини визначено у 46 (43,4%) хворих, стабілізація росту у 56 (52,8%) і відсутність пухлини у 4 (3,8%) випадках. Після хірургічного лікування термін спостереження у 3 роки пережили 32,8±4,0% хворих, 5 років 16,4±3,2%. Після комбінованого лікування з неад'ювантної поліхіміотерапією 3 роки пережили 47,2±4,8% (p<0,05) та 5 років 19,8±3,9% хворих. У хворих на рак шлунка, що мали недефенційовану та низькодифенційовану форму захворювання, встановлена висока проліферативна активність пухлини.

Призначення неад'ювантних курсів поліхіміотерапії поліпшує віддалені результати лікування хворих на рак шлунка, що мають низькодифенційовану та недиференційовану форму раку. Серед цієї групи переважали хворі, що мали, за даними визначення Ki-67, високий ступінь проліферативної активності пухлини.

### 301. Застосування реконструктивно-пластичних прийомів у відновній хірургії колоректального раку.

*М.В. Красносельський<sup>1</sup>, І.А. Криворучко<sup>1</sup>, С.М. Балака<sup>1</sup>, І.А. Арсеній<sup>2</sup>, В.А. Біленький<sup>3</sup>, С.А. Шпінілов<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Харківський національний медичний університет

<sup>2</sup>Харківська обласна клінічна лікарня

<sup>3</sup>Військово-медичний шпиталь медичного клінічного центру Північного регіону МО України, Харків

Сучасна хірургія раку товстого кишечника й особливо раку прямої кишки (ПК), повинна об'єднувати принципи радикалізму та функціональності. Останній фактор особливо важливий у хворих з високою особистою реакцією на хворобу. Визначали ефективність реконструктивно-пластичних операцій при радикальних втручаннях з приводу колоректального раку.

У хірургічних клініках Харківської обласної клінічної лікарні та Військово-медичного шпиталю медичного клінічного центру Північного регіону МО України з 2000 р. в плановому порядку прооперовано 360 хворих на рак товстого кишечника із застосуванням реконструктивно-пластичних технологій. З них радикальні операції було виконано у 345 пацієнтів (95,8%). Сфінктерзберігаючі втручання — в 98,3% випадків. Протипоказанням до їх проведення була наявність плоскоклітинного раку, а не відстань розташування пухлини від анального кільця.

Крім загальноприйнятих принципів радикалізму втручання використовували наступні реконструктивно-пластичні прийоми: широку мобілізацію очеревини малого тазу для закриття його порожнини та ретроперитонеального розташування зони анастомозу при резекції лівої половини ободової кишки та передньої резекції ПК; прецизійне виділення зовнішнього сфінктера ПК у випадку інвазії його пухлиною; демукозацію наданальної зони або куки ПК при низькому розташуванні пухлини (1–3 см) і відновної операції Дюамеля для профілактики рубцевого стенозу анастомозу; створення кута й прототипу ампули при черевноанальній резекції; накладення мікросудинного анастомозу між судинами ректосигмоїдного відділу та пахвинними судинами при коротких брижах відповідного відділу, мобілізацію лівої половини й поперечної ободової

кишки при коротких брижах. Неспроможність швів анастомозу становила 2,8%, післяопераційна летальність — 3,1%.

Застосування реконструктивно-пластичних прийомів при хірургічному лікуванні колоректального раку дозволяє поліпшити безпосередні результати з високим функціональним рівнем та повинні бути обов'язково включені до технічного арсеналу.

### 302. Особливості обміну заліза у хворих на рак правої і лівої половини ободової кишки за наявності супутньої анемії

*І.В. Кухар, Т.Г. Танхарова, В.І. Перепелюк*

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ*

*Київський міський клінічний онкологічний центр*

Клінічні прояви раку правої та лівої половини ободової кишки різної локалізації мають суттєві відмінності, зокрема внаслідок наявності супутньої анемії у хворих на рак сліпої та висхідного відділу ободової кишки та її відсутності при ураженні пухлиною лівої половини ободової кишки. Анемія суттєво впливає на перебіг захворювання та результати лікування. Виявляли відмінності у показниках вмісту заліза у сироватці крові та насичення останнім трансферину у хворих на рак сліпої та різних відділів ободової кишки.

У 16 пацієнтів з раком сліпої і правої половини ободової кишки і 16 хворих на рак лівої половини ободової кишки визначали показники червоної крові (рівень гемоглобіну в крові, кількість еритроцитів в крові, гематокрит) та показники обміну заліза (рівень заліза в сироватці крові, латентна та загальна залізов'язувальна здатність крові, насичення трансферину залізом).

У пацієнтів з раком правої половини товстої кишки відмічено значно нижчий середній рівень гемоглобіну (89,43 г/л) порівняно з хворими на лівобічний рак товстої кишки (113 г/л), більшу частоту виявлення анемії — 13 (81,3%) проти 6 (37,5%) пацієнтів, частіше виявлення анемії тяжкого і середнього ступеня — 6 (25,5%) пацієнтів проти 2 (12,5%). У групі хворих на рак правої половини товстої кишки виявляли значно нижчий рівень заліза у сироватці крові — середнє значення 42,29 мкг/дл проти 87,5 мкг/дл у групі лівобічної локалізації пухлини, нижчий рівень насичення трансферину — 20,93% проти 35,84%. Не виявлено кореляції між розмірами пухлини і показниками обміну заліза.

Переважає частота, ступеня тяжкості анемії та вираженості залізодефіциту у хворих на рак сліпої і правої половини ободової кишки порівняно з локалізацією пухлини в лівій половині ободової кишки, відсутність кореляції з розмірами пухлини свідчить про наявність особливого патологічного механізму формування анемічного синдрому при локалізації пухлини у правих відділах ободової кишки, який потребує додаткового вивчення.

### 303. Послеоперационный перитонит у больных раком толстой кишки

*В.А. Лисецкий, А.Н. Ключов, В.В. Грыцив, К.В. Кошель*

*Городской клинический онкологический центр, Киев*

Опухолевая болезнь и операционная травма снижают реактивность организма больного раком толстой кишки, а интенсивная терапия, антибиотики и опиаты, применяемые в послеоперационный период, маскируют клиническую картину развития воспаления в брюшной полости, вызванную азробной и анаэробной микрофлорой толстой кишки, что объясняет скрытое, затяжное развитие перитонита и высокую летальность. Цель работы — провести клинический анализ течения послеоперационного перитонита у больных раком толстой кишки и дать рекомендации по его профилактике и лечению.

Проведен анализ клинического течения перитонита после хирургического лечения рака толстой кишки у 95 больных. Установлено два клинических варианта течения послеоперационного перитонита. У 25 — острое, прогрессирующее развитие

при массивном поступлении в брюшную полость микробов из несостоятельных швов, перфорации или десерозированной стенки кишки и сопровождалось нарастающей тахикардией, парезом, одышкой, сомнительными симптомами раздражения брюшины, небольшим лейкоцитозом. Выполненная на 3–4-е сутки релапаротомия позволила устранить причину перитонита, санировать и дренировать брюшную полость, провести декомпрессию кишечника, что наряду с интенсивной терапией и детоксикацией позволило 23 (92%) больных выписать, умерли только два пациента (8%). У 70 пациентов развитие послеоперационного перитонита было вялотекущим. У них после инфицирования брюшной полости наступало прикрытие очага фибрином, сальником. Клинически отмечали слабость, некоторую сухость во рту, слабую боль в животе при пальпации и отсутствие симптома Щеткина, но увеличивалась выраженность тахикардии, одышки, снижалась перистальтика, у 5 из них появилась тошнота и у 3 — рвота. Лейкоцитоз был 4,3–7,2 тыс. и только у 7 больных — 8–9,4 тыс., но у всех отмечали сдвиг лейкоцитарной формулы влево и повышение токсической зернистости нейтрофилов. Если с 3-го дня послеоперационное состояние больных не улучшалось, а ухудшалось то это указывает на неблагоприятное и воспаление в брюшной полости. Релапаротомии проводили на 5–11-е сутки после операции. Из 70 пациентов умерло 14 (20%). У всех умерших от послеоперационного перитонита содержание альбумина в плазме крови было <10 г/л.

Применение в период голодания (обследование и подготовка к операции) парентерального и энтерального питания, до и после операции — антибиотиков и метронидазола, раннее устранение причины инфицирования позволили снизить частоту послеоперационного перитонита у больных раком толстой кишки с 17,3 до 5,1% и летальность с 35 до 9,1%.

### 304. 5-річний досвід виконання первинно-відновних оперативних втручань колоректальної локалізації, ускладненої кишковою непрохідністю

*В.М. Лукашенко, Л.Л. Корнесва, В.М. Коротич, О.Я. Вовк*

При виконанні радикальних оперативних втручань з приводу ускладнених форм колоректальної онкопатології значною проблемою є необхідність формування колостоми, яка суттєво відображається на процесах соціально-психологічної адаптації та збільшує строки трудової реабілітації пацієнта. Визначити доцільність первинного формування анастомозу при колоректальній патології, ускладненій кишковою непрохідністю.

Дослідження базується на аналізі даних, отриманих при лікуванні 170 хворих, госпіталізованих і оперованих в ургентних умовах з обтуруючою формою раку у 2005–2010 рр. в Полтавському обласному клінічному онкологічному диспансері. З числа всіх оперованих: жінок — 84 (49,1%), чоловіків — 86 (50,2%). Вік пацієнтів становив до 60 років — 49 (28,8%), старше 60 років — 121 (71,1%) хворий. Основна частка пацієнтів госпіталізовані за екстремними показаннями, з них 92% оперовані в день госпіталізації, інші в 1-шу та 2-гу добу після, тому що потребували об'ємної доопераційної підготовки. Локалізація первинної обтуруючої пухлини: пряма кишка з ректосигмоїдним відділом — 43 (25,2%), сигмовидна кишка — 12 (7%), низхідна частина ободової кишки — 13 (7,6%), висхідна та поперековоободова частина — 27 (15,8%) хворих.

Ступінь вираженості порушень кишкової непрохідності у всіх пацієнтів, які увійшли в дослідження, характеризувались як компенсований, так і субкомпенсований. З числа всіх ургентно оперованих хворих 74 (43,5%) виконано первинно-відновне хірургічне втручання, формування колостоми — 52 (30%), у 44 (25,8%) накладено обхідні анастомози та інші обсяги втручань. У пацієнтів, яким виконано первинно-відновне втручання, середній показник ліжка-дня становив 15,2 дня. Враховуючи неможливість виконати адекватну доопераційну підготовку вищевказаній категорії хворих, інтраопераційно виконували закрити аспірацію вмісту товстої кишки з резекцією того чи іншого

відділу з пухлиною і формуванням первинного анастомозу. Ранні післяопераційні ускладнення відмічено нами в 9 (5,2%) випадках, 2 з них потребували повторного хірургічного втручання, в одному з яких — через недостатність анастомозу внаслідок сегментарного тромбозу привідного відділу. Летальності в категорії первинно відновних операціях не відмічено.

Отримані дані свідчать, що в категорії хворих на колоректальний рак, ускладнений кишковою непрохідністю, виконання первинно відновних операцій має бути основою для визначення обсягу оперативного втручання.

### 305. Внутріартеріальна химиотерапія злоякісних поражень печені

*В.Е. Маишлер, И.Н. Дыба, П.В. Терешенко*

*Днепропетровская государственная медицинская академия  
Городская многопрофильная клиническая больница № 4,  
Днепропетровск*

Цитостатическая терапия считается одним из основных компонентов в комплексном лечении злокачественных опухолей печени. Цель настоящего исследования — оценить эффективность рентген-эндоваскулярной терапии опухолей печени. В исследование включено 17 больных с морфологически верифицированным первичным и метастатическим раком печени, которым в 2009–2010 гг. выполняли различные виды эндоваскулярного лечения. Возраст больных варьировал от 52 до 64 лет. Среди них мужчин было 10 (26,6%), женщин — 7 (73,4%). Первичный рак печени был диагностирован у 5 пациентов.

Всем больным перед проведением химио-эндоваскулярной терапии проводили селективную целиакографию для оценки степени васкуляризации опухоли. Обязательным является визуализация воротной вены, так как ее тромбоз является противопоказанием для эмболизации печеночной артерии. В зависимости от анатомии отхождения общей печеночной артерии, степени смещения ее опухолью проводили суперселективную катетеризацию собственной печеночной артерии или ее долевых ветвей. В качестве эмболизата использовали взвесь фрагментов гемостатической губки и пенополиуретановые эмболы размером 400–750 мкм. Это удалось сделать в 12 случаях. При невозможности супресефективной катетеризации дистальных ветвей печеночной артерии выполняли внутриаартериальное длительное, до 24 ч, введение химиопрепарата с помощью инфузомата. Для ВАПХТ применяли доксорубин, цисплатин, митомицин, флуороурацил на фоне гипергидратации, детоксикационной, гепатотропной терапии.

Выраженный эффект отмечен в 12 случаях. Стабилизация процесса отмечена у 5 больных. Продолжительность жизни — 12 мес. Серьезных осложнений, связанных с проведением эндоваскулярных вмешательств, не было. Обычно у больных отмечали умеренное усиление боли в эпигастрии и правом подреберье, тошноту, рвоту, гипертермию до 39 °С, продолжающиеся 2–3 дня. К моменту выписки на 4–6-е сутки перечисленные симптомы купировались.

Локальное введение лекарственных препаратов позволяет значительно повысить их концентрацию в опухолевой ткани и, вместе с тем, снизить общетоксическое действие, что позволяет одновременно увеличить лечебный эффект и сократить пребывание пациента в больнице.

### 306. Превентивный алгоритм распознавания колоректального рака

*Л.А. Михайличенко*

*Харьковский областной онкологический центр*

В системе скрининга мы попытались предложить новый подход диагностических мероприятий, способствующих реальному повышению своевременного распознавания заболеваний, это достигалось при помощи: а) формирования двух групп больных — группы с достоверно установленным колоректальным раком (330 больных) и группа с различными (не онкологическими) заболеваниями желудочно-кишечного

тракта (680 пациентов); б) выделение основных факторов риска колоректального рака и выявления их частоты в обеих группах. Количественную величину каждого фактора находили по методике Неймана — Пирсона путем сравнения вероятности изучаемого признака в группах; в) с учетом величины (условно в единицах) факторы выстраивали по рангу, тем самым определяли роль каждого фактора в возникновении колоректального рака; г) сумма факторов позволяла формировать группы больных малого, среднего и высокого риска развития заболевания.

По сумме отрицательных факторов все пациенты были подразделены на три группы: малой, средней и большой вероятности возникновения колоректального рака. При этом малый риск составил 0–30% всей суммы отрицательных баллов от 0 до –5,21). Средний риск составил 30,1–70% всей суммы отрицательных баллов — от –5,22 до –12,17). И, наконец, группы больных высокого риска колоректального рака предусматривали величину отрицательных факторов 70,1–100% всей суммы отрицательных баллов — от –12,18 до –17,39). **Алгоритм диагностической тактики** предусматривал: самостоятельное заполнение предложенной схемы-анкеты (да/нет); предварительный анализ заполненных карт врачом и выявление групп риска заболевания; организацию обследования больных, включая направление в стационар. Разработанная система скрининга требует изучения. Тем не менее, предложенный подход с внедрением анкет и выделения групп больных по степени риска позволил достоверно повысить диагностику колоректального рака в ранних стадиях с 20,6±2,5% до 28,6±1,5% ( $p < 0,02$ ).

Разработанная система количественной и ранговой оценки факторов позволяет подразделять больных на степени малого, среднего и высокого риска заболеваемости колоректальным раком. Поликлиническим больным проктологического профиля следует заполнять анкету-опросник, что позволяет определить степень риска развития колоректального рака. Предложенный превентивный диагностический подход повышает своевременное распознавание колоректального рака в пределах 12%.

### 307. Непосредственные и отдаленные результаты комбинированных брюшно-промежностных экстирпаций, выполненных у больных по поводу рака прямой кишки, при комбинированном и комплексном лечении

*С.Д. Мясоедов, Г.П. Олейниченко, Д.В. Мясоедов, К.В. Кошель, П.И. Гордийчук, И.В. Кухар, С.Н. Яценко*

*Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киев*

У больных раком прямой кишки при поражении опухолю дистальных участков нижеампулярного отдела, включая анальный канал и сфинктеры, операцией выбора остается брюшно-промежностная экстирпация, границы которой существенно расширяются при вовлечении в опухолевый процесс органов таза, подвздошных сосудов и мочеточников. Изучали непосредственные и отдаленные результаты комбинированных брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки при распространенных формах заболевания, требующих комбинированного и комплексного лечения.

Непосредственные результаты лечения изучены у 30 больных. В I–II стадиях заболевания оперировано 48 (20,7±2,7%) и в III–IV — 182 (79,3±2,7%) больных. Комбинированное лечение проведено у 190 (82,6±2,4%) пациентов, комплексное — у 40 (17,4±2,4%). Комбинированные операции выполнены у 40 (17,4±2,4%) больных в III–IV стадиях заболевания с резекцией задней стенки мочевого пузыря, предстательной железы, задней стенки влагалища, мочеточников и удалением матки с придатками. Отдаленные результаты прослежены у 166 (72,1%) больных, получавших в предоперационный период, в зависимости от показаний, облучение в дозе 20–46 Гр и от 2 до 6 курсов адьювантной полихимиотерапии.

При лечении больных в I–II стадиях заболевания 3-летний срок наблюдения пережило 52,4±3,4%, а 5-летний — 43,2±3,1% больных, а при III–IV стадиях заболевания 30,2 и 14,2% соответственно. После комбинированных операций и проведенного комбинированного и комплексного лечения 3-летний срок наблюдения пережило 32,4±7,4% больных, а 5-летний — 12,5±5,2% без послеоперационной летальности.

Применение комбинированного и комплексного лечения у больных, перенесших комбинированные брюшно-промежностные экстирпации прямой кишки, позволяет приблизить отдаленные результаты лечения к таковым больным в III стадии заболевания без вовлечения в опухолевый процесс органов таза.

### 308. Качество жизни больных раком желудка после гастрэктомии с реконструкцией пищеварительного тракта путем формирования «искусственного желудка» из начальной двустольной петли тощей кишки.

*В.В. Олексенко, В.М. Соркин, С.В. Ефетов, В.А. Захаров*  
*Крымский государственный медицинский университет*  
*им. С.И. Георгиевского, Симферополь*

Одним из критериев эффективности выполненной при раке желудка гастрэктомии являются показатели качества жизни больных, которые в большинстве случаев зависят от способа реконструкции пищеварительного тракта. Изучали показатели качества жизни больных раком желудка после гастрэктомии и оценивали эффективность различных реконструктивных методов восстановления непрерывности пищеварительного тракта с позиции изучения качества жизни больных.

Для определения показателей качества жизни больных, перенесших различные способы реконструкции пищеварительного тракта после гастрэктомии, применили метод анкетирования с использованием многофакторной анкеты-опросника EORTC-QLQ-C30. Анкетирование больных проводили накануне операции и в сроки через 3, 6, 9, 12, 18, 24 мес после выполнения гастрэктомии с формированием «искусственного желудка» из начальной двустольной петли тощей кишки (патент Украины № 50085 от 25.05.2010 г.) — 1-я группа (62 больных) и 2-я группа (67 больных) — после выполнения гастрэктомии без формирования «искусственного желудка».

Показатели качества жизни больных раком желудка 1-й группы накануне лечения составили 67,8±3,0 балла, у больных 2-й группы 68,0±3,5 балла ( $p > 0,05$ ). Спустя 3 мес после операции показатели качества жизни больных 1-й группы составили 74,3±2,2 балла, спустя 6 мес — 79,4±3,1 балла, через 9 мес — 81,4±2,9 балла, 12 мес — 82,9±2,2 балла, 18 мес — 83,8±2,9 балла, 24 мес — 83,7±2,4 балла. У пациентов 2-й группы показатели качества жизни в исследуемые сроки составили: спустя 3 мес — 73,7±2,0 балла ( $p > 0,05$ ), 6 мес — 74,5±2,4 балла ( $p > 0,05$ ), 9 мес — 75,0±3,1 балла ( $p > 0,05$ ), 12 мес — 75,7±2,6 балла ( $p < 0,02$ ), 18 мес — 76,7±2,2 балла ( $p < 0,05$ ), 24 мес — 77,3±2,1 балла ( $p < 0,02$ ).

Разработанный способ реконструкции пищеварительного тракта после гастрэктомии путем формирования «искусственного желудка» из начальной двустольной петли тощей кишки позволяет достоверно улучшить качество жизни больных раком желудка.

### 309. Восстановление резервуарной функции желудка после гастрэктомии, путем формирования «искусственного желудка» из начальной двустольной петли тощей кишки

*В.В. Олексенко, В.М. Соркин, С.В. Ефетов, В.А. Захаров*  
*Крымский государственный медицинский университет*  
*им. С.И. Георгиевского, Симферополь*

При выполнении гастрэктомии утрачивается резервуарная функция желудка, что приводит к развитию тяжелых постгастрэктомических заболеваний, в частности, к развитию демпинг-синдрома. Изучали резервуарную функцию сфор-

мированного после гастрэктомии «искусственного желудка» из начальной двустольной петли тощей кишки.

Рентгенологические и радиоизотопные исследования проведены у 62 больных раком желудка (1-я группа) спустя 1, 3, 6, 9, 12, 18, 24 мес после гастрэктомии с формированием «искусственного желудка» из начальной двустольной петли тощей кишки (патент Украины № 50085 от 25.05.2010 г.) и у 58 больных (2-я группа) после гастрэктомии без формирования «искусственного желудка».

У больных 1-й группы раскрытие пищеводно-кишечного анастомоза — на  $2,0 \pm 0,5$  с, поступление рентгенконтрастной пищевой смеси в приводящую кишку «искусственного желудка» на  $7,1 \pm 2,0$  с, полное заполнение «искусственного желудка» за  $9,3 \pm 3,2$  мин. «Искусственный желудок» в виде вытянутого крючка, идущего сверху вниз, сзади наперед, в верхне-внутренней части которого визуализировался газовый пузырь. Объем «искусственного желудка» составил  $310,1 \pm 75,3$  см<sup>3</sup>. Поступление первых порций в отводящую кишку — на  $12,0 \pm 4,7$  мин, полное опорожнение в течение  $127,4 \pm 22,5$  мин. Поступление первых порций в подвздошную кишку на  $67,2 \pm 9,8$  мин, в слепую кишку — на  $78,6 \pm 11,3$  мин. У больных 2-й группы прохождение рентгенконтрастной пищевой смеси через пищеводно-кишечный анастомоз происходило через  $2,1 \pm 0,5$  с, которая беспрепятственно непрерывно проходила отводящее колено петли тощей кишки. Поступление смеси в подвздошную кишку — через  $36,1 \pm 7,8$  мин ( $p < 0,02$ ), в слепую кишку —  $46,0 \pm 9,2$  мин ( $p < 0,02$ ). При радиоизотопном исследовании коллоидный раствор удерживался в «искусственном желудке» 45–90 мин.

Разработанный способ реконструкции пищеварительного тракта после гастрэктомии путем создания «искусственного желудка» из начальной двустольной петли тощей кишки обеспечивает восстановление резервуарной функции удаленного желудка.

### 310. Перевариваемость основных ингредиентов пищи у больных раком желудка после гастрэктомии с формированием «искусственного желудка» из начальной двустольной петли тощей кишки

*В.В. Олексенко, В.М. Соркин, С.В. Ефетов, В.А. Захаров  
Крымский государственный медицинский университет  
им. С.И. Георгиевского, Симферополь*

После гастрэктомии ухудшаются процессы переваривания основных ингредиентов пищи, что определяется способом восстановления непрерывности пищеварительного тракта. Изучали пищеварение у больных раком желудка после гастрэктомии с реконструкцией пищеварительного тракта различными способами, исследовав перевариваемость основных ингредиентов пищи.

Исследованы копрограммы у 57 больных раком желудка (1-я группа) после гастрэктомии с реконструкцией пищеварительного тракта с формированием «искусственного желудка» (патент Украины № 50085 от 25.05.2010 г.) и у 48 больных (2-я группа) после гастрэктомии без формирования «искусственного желудка».

Через 12 мес у 10 (17,5%) больных 1-й группы, у 13 (27,1%) больных 2-й группы выявлено значительное количество измененных мышечных волокон, у 8 (14,0%) больных 1-й группы, у 10 (20,8%) больных 2-й группы — неизмененных мышечных волокон. Через 24 мес определено значительное количество измененных мышечных волокон у 8 (14,0%) больных 1-й группы и у 12 (25,0%) 2-й группы, а неизмененных мышечных волокон — у 6 (10,5%) больных 1-й группы и у 8 (16,7%) 2-й группы, что свидетельствовало о нарушении расщепления и всасывания мышечного белка. Спустя 12 мес у 7 (12,3%) больных 1-й группы и у 9 (18,7%) больных 2-й группы в кале выявлено значительное количество нейтрального жира. Через 24 мес нейтральный жир выявлено у 6 (10,5%) больных 1-й группы и у 10 (20,8%) 2-й группы, что связано с недостаточностью

ферментов поджелудочной железы и желчеотделения, а также является следствием быстрого продвижения пищи по кишечнику. Через 12 мес у 8 (14,0%) больных 1-й группы и у 9 (18,7%) 2-й группы, а также спустя 24 мес у 7 (12,2%) больных 1-й группы и у 9 (18,7%) 2-й группы выявлено значительное количество внеклеточного крахмала.

Разработанный способ реконструкции пищеварительного тракта после гастрэктомии путем формирования «искусственного желудка», сохраняя пассаж пищи по начальному отделу тощей кишки, создает оптимальные анатомо-физиологические предпосылки для восстановления процессов кишечного пищеварения.

### 311. Эффективность неоадьювантной терапии при колоректальном раке

*Ю.И. Олефир, И.В. Баранов, И.В. Цмай, К.М. Николенко,  
А.А. Рутгайзер, С.А. Гришко*

*Областной онкокологический центр, Днепрпетровск  
ГМКБ № 4, Днепрпетровск*

У 40–60% первичных больных раком прямой кишки отмечается выход опухолевого процесса за пределы кишечной стенки, а в 10–40% случаев опухоли прорастают в смежные органы, что определяет их резектабельность как сомнительную. Одним из важнейших факторов, способствующих максимальной эффективности хирургического лечения злокачественных опухолей, является предоперационное антибластомное воздействие. Неоадьювантная эндолимфатическая химиотерапия (НЭЛХТ), обеспечивая лечебное повреждение опухолевых клеток — лечебный патоморфоз (ЛП), а также частичную регрессию опухоли, в значительной степени позволяет решать эту задачу.

За последние 5 лет комплексное и комбинированное лечение проведено 570 больным раком прямой кишки и 442 больным раком ободочной кишки, всего: 1012 больных со стадиями T1–4N0–2M0. По локализации опухоли в толстой кишке распределение было следующим: прямая кишка — 570 больных (56%); ободочная кишка — 442 больных (44%); 242 больных с локализацией опухоли в верхнеампулярном и ректосигмоидном отделах прямой кишки и 132 с локализацией опухоли в ободочной кишке — всего 374, прошли курс НЭЛХТ. По стадиям они распределились следующим образом: I стадия T1–2N0M0 — 24 больных (6,4%), II стадия T3–4N0M0 — 184 больных (49,2%), III стадия T1–4N1–2M0 — 134 больных (35,8%), IV стадия T любое, N любое, M1 — 32 больных (8,6%). Эффективность ЭЛХТ оценивали рентгенологически, соноскопически, эндоскопически, а также по клиническим и морфологическим признакам.

Регрессия опухоли более 50% отмечена у 71 (19%) пациента. У 202 (54%) больных выявлено улучшение клинических показателей (уменьшение кровоточивости, исчезновение боли, улучшение пассажа каловых масс) на фоне незначительного эффекта или стабилизации бластоматозного процесса. Степень лечебного повреждения опухолевых клеток после НЭЛХТ определялась по шкале Лавниковой и выглядела следующим образом: 1-я степень лечебного патоморфоза — 142 (38%), 2-я степень — 123 (32,9%), 3-я степень — 107 (28,6%), 4-я степень — 2 (0,5%). Все 374 больных оперированы, 361 из них — радикально. Все радикальные операции на прямой кишке были сфинктерсохраняющими — 231 внутрибрюшных и 7 наданальных резекций.

Проведение неоадьювантной ЭЛХТ при колоректальных аденокарциномах позволяет достичь частичной регрессии опухоли и уменьшения перифокального воспалительного процесса, что облегчает условия для адекватных резекций прямой кишки.

### 312. Профилактика желудочно-кишечных кровотечений при хирургическом лечении рака прямой и ободочной кишки

*Ю.И. Олефир, И.В. Баранов, И.В. Цмай, К.М. Николенко,  
А.А. Рутгайзер, С.А. Гришко*

*Областной онкокологический центр, Днепрпетровск  
ГМКБ № 4, Днепрпетровск*

Одним из серьезных послеоперационных осложнений у пациентов с колоректальным раком (КРР) является желудочно-кишечное кровотечение на фоне исходной анемии, иммунодепрессии, нарушения гемостаза, сопутствующих заболеваний, характерных



для преклонного віку. Частота післяопераційних кровотечень в нашому центрі за 1990–2000 гг. склала 92 випадки (3,3%). В зв'язі з цим в 2000 г. в обов'язковий стандарт обстеження була включена фіброзофагогастроуденоскопія (ФЕГДС).

Вивчали ефективність противоязвеної терапії в профілактиці гастроуденальних кровотечень при ліанні коло-ректального раку. За 10 лет з цілью виявлення патологічних змін слизової оболонки желудка і дванадцятиперстної кишки ФЕГДС виконана 3345 пацієнтам.

Патологічні зміни виявлені в 2254 випадках — 67,4%, а іменню: язвенна болізна желудка, дванадцятиперстної кишки з четким язвенним анамнезом — 309 випадків (13,7%); язвенна болізна без язвенного анамнезу — 424 випадків (18,8%); ерозії слизової оболонки желудка, дванадцятиперстної кишки — 1517 випадків (67,3%). Налічне язвенного дефекта слизової оболонки діагностовано в 205 випадках — 9,1%. **Налічне ерозій, язвенного дефекта слизової оболонки** — всего 1722 випадки (51,5%) от количества оперированных (обследованных), было абсолютным показанием для противоязвеного ліанні інгібіторами протонної помпи (Омез — 80–40 мг/сут), блокаторами  $H_2$ -адренорецепторов, антацидами, антибактеріальними препаратами. Контрольна ФЕГДС виконувалась через 2 нед, назначенное ліанні было ефективним во всех случаях ерозій і в 194 (94,6%) случаях язв. Излеченные больные оперировались, остальные долечивались. В післяопераційний період противоязвенную профілактику інгібіторами протонної помпи, блокаторами  $H_2$ -адренорецепторов, антацидами получали все пацієнти з виявленими острыми і хронічними змінами в желудке і дванадцятиперстної кишкк — 2254 (67,4%). Частота післяопераційних кровотечень за період 2000–2010 гг. склала 13 випадків (0,39%).

Противоязвенное ліанні в предопераційний період необходимо, по нашим данным, 51,5% больных КРР, в післяопераційний період — 67,4%. Профілактическое применение противоязвеної терапії снижает частоту післяопераційних кровотечень с 3,3 до 0,39%, то єсть в 8,5 раза.

### 113. Опыт применения хирургического метода лечения, криодеструкции, радиочастотной термоабляции и электрокоагуляции у больных с метастазами в печени опухолей различных локализаций.

*Г.П. Олійніченко, Р.К. Таїцев, К.В. Кошель, Я.А. Терсенов, Р.Х. Аслапов*

*Киевский городской клинический онкологический центр*

Метастатическое поражение печени при висцеральных локализациях рака отмечают у каждого третьего онкологического больного, а при колоректальном раке — практически у каждого второго. Поэтому актуальность совершенствования методов ліанні этих больных не вызывает сомнений. Сравнение результатов хирургического ліанні больных, оперированных по поводу колоректальных і неколоректальных метастазов печени, а также леченных с применением электрокоагуляции і криодеструкции і их комбинаций с резекцией.

В исследование включены 38 пацієнтов с метастазами злокачественных опухолей в печени, лечившихся в 2003–2010 гг. Возраст больных составил 32–75 лет. У 13 пацієнтов первичная опухоль локализовалась в ободочной кишкк, 17 — в прямой кишкк, 7 — в желудке, у 1 — в молочной железе. Синхронное поражение у 31 пацієнта, метакронное — у 7. Солитарные метастазы у 23, множественные у 15 пацієнтов. Диагноз у всех больных подтвержден гистологически. Всего выполнено 64 вмешательства на печени. Атипичные резекции у 32, кава-льных лобэктомий — 3, бисектэктомий 1, гемигепатэктомий 1, криодеструкцій 9, электрокоагуляции метастатических узлов 14, радиочастотных термоабляцій 4, в 15 случаях выполнено одномоментно несколько манипуляций на печени. Необходимо отметить, что 12 пацієнтов до сих пор живы, за ними продолжают наблюдения.

Общая средняя выживаемость всех больных (n=38) составила — 15,18 мес, умерших (n=26) 17,81, оставшихся в живых (n=12) — 9,25. Средняя выживаемость после хирургического

ліанні составила 8,12 мес, криодеструкции 12 мес, радиочастотной термоабляции 19 мес, электрокоагуляции 13 мес. После комбинированных методов: атипичной резекции і электрокоагуляции 15,1 мес, атипичной резекции і криодеструкции 29,3 мес, криодеструкции і электрокоагуляции 20 мес.

Максимальной длительностью жизни і количеством пацієнтов, которые продолжали жить более 2 лет, характеризовалась комбинация резекции і криодеструкции — 66% пацієнтов. Таким образом, комбинация резекции і криодеструкции позволяет максимально увеличить выживаемость (более 2 лет). Полученные предварительные результаты свидетельствуют о перспективности работ по усовершенствованию методов ліанні этой тяжелой категории больных.

### 314. Сфінктерзберігаючі — операції вибору в комплексному лікуванні хворих на рак нижньоампулярного відділу прямої кишки

*Г.П. Олійніченко, П.І. Гордійчук, К.В. Кошель*  
*Київський міський клінічний онкологічний центр*  
*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ*

Сучасні наукові досягнення дозволяють сформулювати нову концепцію у хірургічному компоненті комплексного лікуванні хворих на рак нижньоампулярного відділу прямої кишки. Покращити якість життя пацієнта і сприяти його поверненню до звичної соціально-трудової активності з впровадженням сфінктерозберігаючих оперативних втручань без шкоди в радикальності.

За період 2006–2010 рр. у відділенні абдоминальної хірургії виконано 1721 оперативне втручання у хворих на рак прямої кишки, серед яких 227 (13,19%) при нижньоампулярній локалізації пухлини. На основі комплексу обстежень встановлена стадія захворювання: у 173 (76,2%) хворих —  $T_{2-3}N_xM_0$ , у 43 (18,9%) хворих —  $T_4N_xM_0$  і у 11 (4,9%) хворих —  $T_{3-4}N_xM_1$ , за ступенем диференціації у 196 (86,3%) пацієнтів  $G_{1-2}$ , а у 31 (13,6%) —  $G_{3-4}$ . На першому етапі у 84 (37,0%) хворих проведено інтенсивний курс променевої терапії (РОД — 5Гр, СОД — 25Гр), у 119 (52,4%) хворих застосовано неoad'ювантний курс променевої терапії за класичним фракціонуванням (РОД—1,8–2,3Гр, СОД—44,6 — 49,8Гр), а у 13 (5,7%) хворих курс променевої терапії застосовано після виконання симптоматичного оперативного втручання.

При локалізації нижнього полюсу пухлини вище 2 см зубчатої лінії,  $G_{1-3}$  — (125 хворих) виконано: у 38 випадках ультранизьку передню резекцію прямої кишки і у 87 — червоно-наданальну резекцію. При визначенні нижнього полюсу від  $\leq 2$  см і до зубчатої лінії, при  $G_{1-2}$ , відсутності інфільтрації і порушення функції поверхневої і підшкірної порції анального сфінктера — (47 хворих) виконана проктэктомія. При її виконанні дотримані стандартні етапи: роздільна, висока перев'язка нижньої мезентеріальної артерії та вени, електрохірургічне виконання тотальної мезоректумектомії, збереження гіпогастральних нервів, видалення внутрішнього сфінктера, а при потребі — секторально глибоку порцію анального сфінктера. За методикою клініки виконували вибір довжини й обробку кишки для низведення, її укладку і фіксацію в порожнині тазу, формування колоперианального анастомозу. Екстирпації прямої кишки була виконана у 42 хворих, серед яких у 27 випадках в комбінованому варіанті. За період спостереження частота виконання якої зменшилася в 5 разів. Післяопераційні ускладнення верифіковані у 6,6%, а летальність — 0,88%. Трирічна виживаність становила — 85,9%, місцеві рецидиви верифіковані у 5 (2,20%) випадках і віддалені метастазы у 13 (5,72%). Функціональні результати після виконаних сфінктерозберігаючих втручань свідчили про відновлення континентійної функції в період 9–12 міс.

Удосконалені в клініці сфінктерозберігаючі хірургічні втручання у 76,4% пацієнтів застосовані в комплексному лікуванні хворих на рак нижньоампулярного відділу прямої кишки

з добрими безпосередніми та віддаленими функціональними результатами.

### 315. Аналіз стану надання медичної допомоги хворим м. Києва із злоякісними новоутвореннями шлунково-кишкового тракту за 1986–2010 рр.

*Г.П. Олійниченко, К.В. Кошель, О.В. Войтко, Н.В. Якушева, В.В. Ратова*

*Київський міський клінічний онкологічний центр*

Кожен рік в Києві виявляється близько 2 тис. злоякісних новоутворень (ЗН) шлунково-кишкового тракту (ШКТ). У структурі онкологічної захворюваності та смертності ЗН ШКТ впродовж останніх років входять в першу п'ятірку. Офіційні дані Національного канцер-реєстру України, дані популяційного канцер-реєстру та міського наукового інформаційно-аналітичного центру медичної статистики Києва.

Рівень виявлення ЗН ШКТ при профілактичних оглядах постійно зростає. З 1986 р. цей показник збільшився у майже 20 разів з 0,0% до 15,8% — рак стравоходу, рак шлунку — 19,8%, рак ободової кишки — 27,5% в 2010 р. та в 2 рази перевищує відповідні показники по Україні (у 2009 р. рак стравоходу — 7,9%, рак шлунка — 9,2%, рак ободової кишки — 8,2%). Сталібно зростає рівень виявлення хворих ЗН ШКТ з I–II стадією рак стравоходу з 19,3% у 1988 р. до 47,3% у 2010 р., рак шлунка — з 24,7% у 1986 р. до 30,8%, рак ободової кишки з 31,2 до 40,4%. Це можна пояснити зміцненням матеріально-технічної бази ендоскопічних кабінетів, розвитком ендоскопічної техніки та підвищенням грамотності лікарів ендоскопістів (кількість ендоскопічних кабінетів в Києві в 1976 р. — 30, 2010 р. — 235 та кількість досліджень у 1976 р. — 359, 2010 р. — 156 393). Зріс рівень морфологічної верифікації ЗН ШКТ (1988 р. рак стравоходу — 30,8%, 1986 р. рак шлунка — 46,7%, рак ободової кишки — 60,0%, 2010 р. відповідно 83,6; 87,7; 88,7%). По Україні за 2009 р. цей показник такий: рак стравоходу — 52,5%, рак шлунка — 44,2%, рак ободової кишки — 67,7%. За вказаний період значно збільшилась частка хворих ЗН ШКТ, охоплених спеціальним лікуванням з 27,8% (рак шлунка) та 47,8% (рак ободової кишки) в 1986 р. до 45,7%, 68,3% в 2010 р. відповідно. Вишевикладені позитивні зрушення в наданні онкологічної допомоги хворим на ЗН ШКТ знайшли своє відображення в суттєвому зниженні рівня занедбаності ЗН ШКТ (1986 р. рак стравоходу — 40,3%, рак шлунка — 43,5%, рак ободової кишки 29,2%, у 2010 р. відповідно 14,0; 26,8; 21,2%) як результат високого рівня діагностики. Також це дозволило в Київському міському клінічному онкологічному центрі досягти рівня післяопераційної летальності при операціях з приводу ЗН шлунка 1,4%, ободової кишки 1,2% у 2009 р. та рівня післяопераційного ускладнення 2,7 і 2,4% відповідно.

Дані аналізу свідчать про правильну вибрану тактику організації онкологічної допомоги в місті та є результатом ефективної роботи первинної ланки медичної допомоги.

### 316. Роль радіочастотної термоабляції в комплексному ліченні метастатического колоректального рака.

*Р.А. Осипенков, Ю.В. Остапенко, А.В. Мартынов*

*ККЛПУ «Донецкий областной противоопухолевый центр»*

Общая заболеваемость колоректальным раком в Украине составляет 20,7 случаев на 100 тыс. населения, в Донецкой обл. — 22,6. Метастатические формы в Украине составляют 18,7% общей заболеваемости, в Донецкой обл. — 21,1%. Медиана выживаемости при метастатическом колоректальном раке — 12–18 мес.

При метастатическом поражении печени применяются различные методы хирургического, химиотерапевтического и радиологического лечения. Одним из альтернативных методов лечения является радиочастотная термоабляция (РЧТА). Достоинствами метода являются малая инвазивность, относительная простота выполнения, низкий процент осложнений. Девитализация опухолевых клеток, в том числе резистентных к химиолучевому лечению, достигается за счет воздействия высокой температуры с определенной экспозицией, возникающей внутри опухолевого

очага под действием тока высокой частоты без использования прямого нагрева.

В 2009–2010 гг. в нашем центре пролечено 6 больных колоректальным раком с метастатическим поражением печени, которым выполнена РЧТА. Размеры опухолевых очагов составляли 3–7 см, количество 1–2, локализация — правая доля печени. Все вмешательства выполняли под общей анестезией, применяли ультразвуковую навигацию. На 2–3-и сутки послеоперационного периода у всех пациентов отмечали гипертермию до 38,0–38,5 °С, других осложнений не выявлено. Послеоперационная терапия пациентов ограничилась приемом антибиотиков и ненаркотических анальгетиков. Через 1 мес после РЧТА выполнялась КТ с внутривенным усилением с целью оценки эффективности лечения, в последующем контрольные обследования (КТ) производились каждые 3 мес до 1 года. У всех пациентов, перенесших РЧТА, отмечали стабилизацию аблированных очагов печени в сроки от 4 мес до 1 года. Однако, у 4 больных отмечено прогрессирование опухолевого процесса в виде появления новых очагов в печени, метастазов в другие органы.

РЧТА является методом выбора в лечении печеночных метастазов колоректального рака, обладающим малой инвазивностью, относительной простотой, небольшим количеством послеоперационных осложнений. Данное вмешательство относится к палиативным, что обуславливает необходимость применения комбинации РЧТА с противоопухолевой лекарственной терапией.

### 317. Перший досвід використання полімеразної ланцюгової реакції для ранньої діагностики перитонеальної дисемінації у пацієнтів з колоректальним раком

*М.П. Павловський<sup>1</sup>, Т.Г. Фецич<sup>1</sup>, Н.І. Бойко<sup>1</sup>, А.П. Ревура<sup>1</sup>, І.К. Витвицький<sup>2</sup>, Ю.Ф. Іваночко<sup>3</sup>, З.М. Івасівка<sup>3</sup>, О.І. Щербик<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*<sup>2</sup>Львівська обласна клінічна лікарня*

*<sup>3</sup>Львівський обласний центр репродуктивного здоров'я населення*

Перитонеальну дисемінацію відмічають в 10–15 % випадків на момент встановлення діагнозу колоректального раку. Після печінки очеревина є другою за частотою локалізації метастазів раку після радикальних операційних втручань. Медиана виживання таких пацієнтів становить 5–7 міс. Діагностика перитонеальної дисемінації колоректального раку на ранній стадії та своєчасне лікування покращують медіану виживання. Традиційне цитологічне дослідження змивів з очеревини має низьку чутливість, тому актуальним є пошук альтернативних методів діагностики латентного карциноматозу очеревини. Оцінювали можливість використання методу полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) для ранньої діагностики перитонеальної дисемінації на доклінічній стадії у пацієнтів з колоректальним раком.

Ми обстежили 9 пацієнтів з колоректальним раком віком 46–75 років (з них 5 чоловіків). Хворі оперовані протягом 5 міс (2010–2011 рр.). Макроскопічна дисемінація по очеревині під час операції відмічена в одного пацієнта. На початку операції аспірували асцитну рідину або, при її відсутності, промивали черевну порожнину ізотонічним розчином NaCl. Наявність злоякісних клітин у цьому матеріалі визначали методом ПЛР в режимі реального часу за рівнем експресії гену раково-ембріонального антигену (PEA). Для ПЛР використовували реактиви виробника Fermentas (Литва), праймери виробника Metabion (Німеччина) та ампліфікатор iCycler iQ5 (Bio-Rad, США-Франція).

У 2 із 9 пацієнтів виявлено вільні злоякісні клітини в досліджуваному матеріалі, в тому числі і в пацієнта з карциноматозом очеревини, діагностованим підчас операції. В інших 7 пацієнтів отримали негативний результат.

Діагностика перитонеальної дисемінації на ранній стадії у хворих на колоректальний рак методом полімеразної ланцюгової реакції може розглядатися як вигідна альтернатива цитологічному дослідженню. Висока чутливість методу, зумовлена визначенням експресії гену PEA, дозволяє виявляти

поодинокі злоякісні клітини і на ранніх стадіях карциноматозу очеревини розпочати адекватне лікування.

## 318. Риск розвитку колоректального рака у больных неспецифическим язвенным колитом

*Г.Е. Полушин, Ф.И. Гольмамедов, И.Е. Седаков, В.И. Шаламов*  
Областной колoproктологический центр, Донецк  
Областной противоопухолевый центр, Донецк

Неспецифический язвенный колит (НЯК) как факультативное предраковое заболевание отмечают довольно часто. Заболеваемость НЯК составляет 1,3–15, распространенность 50–80 (а по данным клиники Мейо достигает 225,5) случаев на 100 тыс. населения в год. НЯК всегда сопровождается гиперплазией эпителия толстой кишки, что в конечном итоге может привести к развитию полипоза и колоректального рака (КРР).

Проанализированы результаты лечения 690 больных с НЯК. У 27 (3,9±0,7%) диагностирован КРР. Мужчин было 15, женщин 12. Городских жителей было 21, жителей сельской местности — 6. Возраст дебюта НЯК у больных КРР в среднем составил 35,5±3,9 лет (у больных болезнью Крона (БК) этот показатель составил 46,8±4,1 года,  $p < 0,05$ ). У 21 (77,8%) пациента выявлено тотальное, у 6 (22,2%) — левостороннее поражение толстой кишки. Время, прошедшее от дебюта НЯК до диагностики КРР, в среднем составило 15,6±1,6 года (медиана равна 14 годам). У 25% (нижний квартиль) временной интервал от дебюта НЯК до диагностики КРР составил 2–6 лет, у 75% (верхний квартиль) — 2–22 года. Возраст, в котором диагностирован КРР, в среднем составил 51,0±3,0 года (медиана равна 52 годам): у 25% (нижний квартиль) пациентов возраст составил 24–37 лет (что значительно ниже показателей при БК: 29–49 лет), у 75% (верхний квартиль) — 24–61 год. Максимальный возраст диагностики КРР составил 77 лет. У 1 (3,7%) больного диагностирована I стадия заболевания (согласно классификации UICC и TNM), у 14 (51,9%) — II, у 5 (18,5%) — III, у 7 (25,9%) — IV.

Оперировано 25 пациентов, 2 проведена лучевая терапия. В послеоперационный период умер 1 больной, причина смерти — интоксикация на фоне нарастания синдрома полиорганной недостаточности.

## 319. Риск развития колоректального рака у больных болезнью Крона

*Г.Е. Полушин, Ф.И. Гольмамедов, И.Е. Седаков, В.И. Шаламов*  
Областной колoproктологический центр, Донецк  
Областной противоопухолевый центр, Донецк

Рак — известное осложнение неспецифических воспалительных заболеваний толстой кишки (НВЗТК), поэтому НВЗТК относят к факультативным предракам. Заболеваемость болезнью Крона (БК) составляет 0,5–15 случаев (в Северной Европе, США, Японии — до 65 случаев), а распространенность — 9–119 случаев на 100 тыс. населения в год.

Проанализированы результаты лечения 330 больных с БК. У 12 (3,6±1,0%) диагностирован колоректальный рак (КРР). Мужчин было 3, женщин — 9. Городских жителей было 11, сельской местности — 1. Возраст дебюта БК у больных КРР в среднем составил 46,8±4,1 года. У 7 (58,3%) пациентов выявлено тотальное, у 3 (25,0%) — левостороннее, у 2 (16,7%) — правостороннее поражение толстой кишки. Время, прошедшее от дебюта БК до диагностики КРР в среднем составило 10,0±1,5 лет (медиана равна 8 годам). У 25% (нижний квартиль) временной интервал от дебюта БК до диагностики КРР составил 5–5,5 года, у 75% (верхний квартиль) — 5–14 лет. Возраст, в котором диагностирован КРР, в среднем составил 55,8±4,3 года (медиана равна 57 годам), причем с увеличением возраста возрастал и риск развития КРР: у 25% (нижний квартиль) пациентов возраст составил 29–49 лет, у 75% (верхний квартиль) — 29–63 года. Максимальный возраст диагностики КРР составил 78 лет.

У 1 (8,3%) больного диагностирована I стадия заболевания (согласно классификации UICC и TNM), у 6 (50,0%) — II, у 3 (25,0%) — III, у 2 (16,7%) — IV. Все больные оперированы.

В послеоперационный период умер 1 больной, причина смерти — тромбоз легочной артерии.

## 320. Применение блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов с целью профилактики язвенных кровотечений у онкобольных

*Е.В. Рябченко, А.К. Белозорова, И.А. Бородина, А.В. Василишин*  
Городская многопрофильная клиническая больница № 4, Днепропетровск  
ОАИТ

Гомеостазсохраняющие функции организма находятся в коррелятивной зависимости от стресс-реализующих и стресс-лимитирующих систем. Квамател (фамотидиновый ряд) относится к третьему поколению блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина, и ряд фармакологических свойств сделал его на сегодня одним из наиболее эффективных лекарственных средств, используемых в лечении кислотозависимых поражений желудочно-кишечного тракта. Квамател ингибирует секрецию соляной кислоты на 70–80%. Его концентрация в крови достигает максимума через 3–4 ч и удерживается на достаточно высоком уровне до 10–12 ч и дольше.

По данным зарубежных исследователей, положительные результаты при консервативном лечении желудочных кровотечений (не требующие оперативного вмешательства), вызванных пептической, стрессорной или медикаментозной язвой, а также эрозивным поражением после 7-дневной терапии были достигнуты в 68–75% случаев.

Нами пролечено 43 больных, которые прооперированы по поводу рака толстого кишечника. Квамател применяли с целью профилактики послеоперационных осложнений у больных с язвенным анамнезом (21 пациент) — 20 мг внутривенно при вводимом наркозе и через 12 ч в первые сутки, затем 1 раз в сутки в течение 10 дней послеоперационного периода. Препарат также применяли у больных на фоне химиолучевой терапии, у которых на фоне язвенной болезни возникло кровотечение (22 пациента), подтвержденное эндоскопическими исследованиями (фиброзоэзофагогастроскопия). Проводилась лечебная терапия квамателом в дозе 100 мг в сутки в течение 7 сут. Положительный эффект заживления язвы и остановки кровотечения подтверждены эндоскопическим методом.

Квамател — надежный препарат у больных с отягощенным язвенным анамнезом, у онкобольных, получающих химио- и гормонотерапию после лучевой терапии. Обязательная гастропротекторная терапия при оперативных вмешательствах, комбинированном лечении рака толстого кишечника — залог положительных результатов.

## 321. Симптоматическое и паллиативное лечение нерезектабельного рака дистального отдела желудка

*Ю.А. Салиев, Ю.В. Остапенко, О.Н. Марусов, Р.В. Звездин*  
Донецкий областной противоопухолевый центр

75–80% больных раком желудка на момент начала лечения имеют запущенную форму, что соответствует III–IV стадии. Локализация опухоли в дистальном отделе желудка отмечена в 40–65% случаев. Цель — снизить частоту послеоперационных осложнений, что позволит увеличить продолжительность жизни и повысить ее качество; разработать способы симптоматических операций.

Обследовано 164 пациента, которым выполнены гастроэнтеростомии по поводу нерезектабельного рака дистального отдела желудка. Больные разбиты на 3 группы в зависимости от методики выполненной операции с аналогичной степенью распространенности опухоли. В 1-ю группу вошли больные, перенесшие гастроэнтеростомию с частичным поперечным пересечением желудка по методике клиники, во 2-ю — больные, которым сформирован передний гастроэнтероанастомоз, в 3-ю — задний позади- или впередиободочный. Внутри групп выделены подгруппы в зависимости от стадии заболевания: I — T4N0–3N0, II — T1–3N0–3M1, III — T4N1–3M1. Прослежена продолжительность жизни пациентов, получивших эндолимфатическую полихимиотерапию после произведенных симптоматических операций.

Специальное лечение получили 84% пациентов 1-й группы и по 69% пациентов 2-й и 3-й групп. **Выявлено, что продолжительность жизни выше у больных I подгруппы 1-й группы по сравнению с пациентами таких же подгрупп 2-й и 3-й групп.** В подгруппах с наличием отдаленных метастазов этот показатель статистически не отличается. Осложнений опухолевого процесса в виде кровотечения из опухоли и ее перфорации у пациентов 1-й группы не выявляли.

Применение симптоматических оперативных вмешательств с изоляцией опухоли из пищеварительного канала в комплексе с эндолимфатической полихимиотерапией позволяет повысить продолжительность жизни и улучшить ее качество у пациентов с местнораспространенными опухолями выходного отдела желудка. У больных с выраженным канцероматозом симптоматические вмешательства и химиотерапия не влияют на продолжительность жизни.

### 322. Вклад наследственных факторов риска в развитие рака желудка у мужчин АР Крым

*Б.Д. Сеферов, В.М. Соркин, В.И. Проняков*

*Крымский государственный медицинский университет, Симферополь*

По данным различных авторов от 5 до 50% случаев рака желудка (РЖ) имеют наследственную природу происхождения. Цель работы — определить в сравнении долю вклада наследственных факторов риска в общую предрасположенность к РЖ в популяциях с разной заболеваемостью РЖ.

В исследовании было включено 2140 больных РЖ мужчин (исследуемая группа), из которых 1972 принадлежали к славянской, а 168 — к крымско-татарской популяциям. Для изучения влияния факторов риска РЖ была создана контрольная группа из 251 мужчины без признаков онкологической патологии (129 славян и 122 крымских татарина).

Заболеваемость РЖ в славянской этнической группе в 2007 г. была  $34,0 \pm 2,2$  на 100 тыс. мужского славянского населения, а в крымско-татарской —  $15,9 \pm 2,4$  на 100 тыс. мужского крымско-татарского населения. В семьях больных РЖ наиболее высокой величина генетического компонента (ГК) в общей предрасположенности к РЖ оказалась в крымско-татарской этнической группе ( $GK_r = 53,2 \pm 0,8\%$  против  $GK_c = 21,5 \pm 0,8\%$  у славян;  $p < 0,001$ ). Сегрегационная частота РЖ, определяющая вероятность появления больного потомка в семьях родителей с различным генотипом и фенотипом, в крымско-татарской этнической группе была вдвое выше (16,3%), по сравнению со славянской (8,6%;  $p < 0,05$ ).

Оценку степени влияния генетической отягощенности проводили на основании расчета относительного риска (ОР) развития РЖ. Данные расчетов показали, что относительный риск возникновения злокачественных новообразований в крымско-татарской популяции (ОР=5,0 при 95% ДИ 1,8–4,4) почти в 2 раза превышал этот показатель в славянской этнической группе (ОР=2,7 при 95% ДИ 1,3–3,2).

В крымско-татарской этнической группе доля генетического компонента в общей предрасположенности к РЖ не только достоверно более чем вдвое выше влияния прочих факторов риска, но и превышает этот показатель в славянской популяции. Это указывает на преимущественное влияние внешнесредовых факторов в развитии рака желудка в славянской популяции Крыма.

### 323. Мультивисцеральные резекции в лечении пациентов с метастазно-розповсюдженим раком прямої кишки

*А.І. Суходоля, М.А. Янчук, В.В. Балицький, В.В. Керничий*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова Хмельницька обласна лікарня*

Висока захворюваність на рак прямої кишки (РПК) та збільшення частки хворих з метастазно-розповсюдженими формами вимагають виконання мультивисцеральних резекцій як єдиного радикального методу лікування даної категорії

хворих. Мета — покращити результати лікування хворих з місцево-розповсюдженим РПК.

За період 2008–2010 рр. у відділенні проктології Хмельницької обласної лікарні виконано 13 розширених екстрафасціальних, мільтвісцеральних резекцій з приводу місцево-розповсюдженого РПК. Співвідношення чоловіки/жінки становило 6/7. Середній вік хворих — 64 роки. В гістологічній структурі помірно диференційована аденокарцинома становила 76,9%, низькодиференційована аденокарцинома — 23,1%. Передопераційна променева терапія проведена 3 пацієнтам. 8 хворих госпіталізовані з клінікою хронічної обтураційної товстокишкової непрохідності в стадії субкомпенсації. Втягнення в пухлинний процес сім'яних міхурців і простати відмічали у 5 чоловіків та втягнення сечового міхура і лівого сечоводу — у 1 пацієнта, втягнення матки з додатками відмічали у 7 жінок, з яких у 2 — і задньої стінки піхви, у 2 — з крижової фасції. Середня тривалість оперативного втручання становила 225 хв. Червонно-анальна екстрафасціальна резекція прямої кишки з резекцією сім'яних міхурців і простати виконана 5 чоловікам та в 1 хворого — внутрішньочеревна резекція прямої кишки, парціальна мезоректумектомія, резекція сечового міхура, резекція лівого сечоводу з подальшою реконструкцією сечовидільної системи, формування колоректального анастомозу та превентивної трансверзостомії. Червонно-анальна екстрафасціальна резекція прямої кишки з екстирпацією матки з додатками виконана у 5 пацієнток та задня супрелеваторна евісцерация малого тазу — у 2 пацієнток. Сфінктерозберігаючі, первинновідновлюючі операції проведено 7 (53,8%) пацієнтам.

Післяопераційні ускладнення виникли у 5 (38,4%) хворих, що вимагало проведення заходів інтенсивної консервативної терапії. Померло 2 хворих в ранній післяопераційний період з приводу ТЕЛА. Післяопераційна летальність становила 15,3%. Період післяопераційного спостереження становить 1–22 міс. 9 (69,2%) пацієнтам в післяопераційний період проводили системну хіміотерапію.

Виконання розширених мультивисцеральних резекцій в пацієнтів з місцево-розповсюдженим РПК є єдиним можливим методом продовжити життя і забезпечити його якість.

### 324. Применение Тахокомба (Nucomed) при ушивании перфорации полых органов на фоне разлитого перитонита

*С.В. Терещенко, В.Е. Машталер, В.Ф. Завизион*

*Днепропетровская государственная медицинская академия  
Городская многопрофильная клиническая больница № 4,  
Днепропетровск*

Високий ризк несостоятельности швов при ушивании полого органа (ПО) на фоне разлитого перитонита (РП) наталкивает на мысль о необходимости прикрытия линии шва увеличивающей прочностью субстанцией, в качестве которой нами применен тахокомб. Цель сообщения — продемонстрировать возможность применения тахокомба в целях укрепления швов ПО в условиях РП, для снижения развития послеоперационных осложнений, сокращения сроков лечения.

Тахокомб применен у 5 больных отделения общей хирургии на стадии серозно-фибринозного перитонита. У 3 из них — перфорация опухоли желудка в III–IV стадии онкопроцесса, у 1 больного — перфорация слепой кишки как осложнение деструктивного аппендицита, у 1 больного — перфорация сигмовидной кишки рыбной костью. Во всех случаях инфльтрация тканей, вовлеченных в перипроцесс не позволила ушить более чем двумя рядами швов ПО, на всем протяжении линии швов была фиксирована пластина тахокомба, прижата за 3 мин. Раны дренированы обычными методами.

Продолжительность послеоперационного периода 10–14 сут. Воспалительных изменений, несостоятельности швов не выявлено. Использование тахокомба позволило избежать стомирования больных.

Применение тахокомба повышает надежность швов ПО в условиях РП, позволяет избежать стомирования больных,

снизить риск несостоятельности и повторных оперативных вмешательств, тем самым сократить сроки пребывания больных в стационаре.

## 325. Анализ результатов комбинированного лечения рака желудка в зависимости от локализации опухоли

*М.И. Хворостенко, И.Н. Бондаренко, Ю.М. Хворостенко, В.И. Саник*

*Днепропетровская государственная медицинская академия*

Исследование базируется на ретроспективном анализе данных обследования, лечения и наблюдения за 218 больными раком желудка (РЖ). Локализация опухоли в верхней трети (кардиоэзофагеальный рак) выявлена у 55 больных, среди которых: с I стадией — 14 (25,4%), II — 16 (29,1%), III — 20 (36,4%), IV — 5 (9,1%). В средней трети (тело) опухоли выявлено у 72 больных: с I стадией — 25 (34,7%), II — 18 (25,0%), III — 25 (34,7%), IV — 4 (5,6%). В нижней трети (пилорический и антральный отдел) у 64: с I стадией — 20 (31,2%), II — 20 (31,2%), III — 19 (29,8%), IV — 5 (7,8%). Опухоль поражала средний и нижний отделы у 27 пациентов: с I стадией — 6 (22,2%), II — 7 (25,9%), III — 12 (44,5%), IV — 2 (7,4%).

Облучение проводили на кобальтовых аппаратах «РОКУС», «АГАТ» в статическом режиме с двух встречных фигурных полей (абдоминальное и вертебральное) размером 14×16 и 16×20 см. В зону 80–90% изодозы включали желудок и регионарные лимфатические узлы: перигастральные, брыжеечные, ворот печени, селезенки и параортальные. Режим облучения — 4 Гр через день до суммарной очаговой дозы (СОД) 40–44 Гр (88–97 ед. ВДФ, что в перерасчете на традиционное фракционирование по 2 Гр 5 раз в неделю соответствует 54–56 Гр). Оперативное лечение проводили на 3-й неделе после окончания облучения. После комбинированного лечения из 55 больных с поражением верхнего отдела более 5 лет прожили 19 (34,5%), при СОД 40–42 Гр более 5 лет прожили 23,3%, при СОД 54–56 Гр — 48% пациентов.

5-летняя выживаемость больных с локализацией опухоли в средней трети составила 41,7%, при СОД 40–42 Гр — 33,3%, при СОД 54–56 Гр — 58,3%. Более 5 лет прожили 27 (42,2%) из 64 при локализации опухоли в нижних отделах желудка. Увеличение СОД с 40–42 Гр до 54–56 Гр увеличило 5-летнюю выживаемость с 32,5 до 58,3%. Выживаемость больных с локализацией опухоли в средней и нижней трети (33,3%) сравнима с выживаемостью при поражении верхней трети. Увеличение СОД позволило улучшить 5-летние результаты жизни у этой группы пациентов с 20 до 50%.

Таким образом, поражение верхних отделов желудка является неблагоприятным прогностическим фактором по сравнению с локализацией опухоли в других отделах. Лучевая терапия в СОД, близкой к канцероцидной, достоверно ( $p < 0,05$ ) увеличивает 5-летнюю выживаемость при любой локализации опухоли.

## 326. Предоперационное резервирование и использование препаратов аутокрови при обширных резекциях печени

*В.И. Черный, К.Н. Олейников, С.А. Бубнов, А.Г. Михаленко, Е.А. Колганова*

*Донецкий областной противоопухолевый центр*

Цель исследования — повышение качества хирургического лечения пациентов с очаговым поражением печени посредством использования эффективной методики кровесбережения.

В 2009–2011 гг. выполнено 36 резекций печени. Проведен анализ течения анестезии у 13 мужчин и 23 женщин в возрасте 30–75 лет I–III класса по ASA. В I группе больных ( $n=18$ ) была использована методика предоперационного резервирования аутокрови (ПРАК) и нормоволемической гемодиллюции (НВГ). ПРАК заключалось в аутозаборе 2 доз крови больного по 450 мл с восполнением дефицита ОЦК кристаллоидами

под контролем показателей системной гемодинамики и лабораторных данных. Из эксфузируемой крови путем центрифугирования изготавляли эритроцитарную массу и СЗП для переливания в операционной. НВГ проводили до начала операции кристаллоидами в объеме 15–20 мл/кг до достижения значения ЦВД 10–12 см вод. ст. Во II группе ( $n=18$ ) инфузионную терапию проводили по стандартной схеме: восполнение осуществляли по мере прогрессирования интраоперационной кровопотери кристаллоидами и коллоидами в соотношении 2:1, донорскую СЗП переливали при снижении ПТИ  $\leq 60\%$ , а эритроцитарную массу при уменьшении показателя Нв  $\leq 80$  г/л у соматически компенсированных больных и Нв  $\leq 90$  г/л при сопутствующей кардиальной патологии.

Темп инфузии и величину ЦВД регулировали в зависимости от этапа операции. Для уменьшения кровопотери во время резекции уровень ЦВД поддерживали в пределах 3–5 см вод. ст., а после выполнения гемостаза увеличивали до 8–10 см вод. ст., наращивая скорость инфузии. Установлено, что востребованность препаратов аутокрови составила 86% в I группе больных. НВГ позволила при кровопотере до 20% ОЦК компенсировать ее кристаллоидными растворами, до 30% ОЦК — использовать только препараты аутокрови, до 30–50% ОЦК — уменьшить объем аллогенных гемотрансфузий на 30–45%.

Внедрение в практику данной методики позволило снизить потребность больных в препаратах донорской крови и ее компонентов, уменьшить число пациентов, перенесших одну и более гемотрансфузий. Таким образом, удалось снизить риск возникновения посттрансфузионных осложнений и сократить экономические затраты на проведение инфузионной терапии.

## 327. Оценка негативных факторов рака толстой кишки в свете локализации процесса

*Ю.Л. Шальков, А.Г. Ворожко, В.А. Бельский*

*Харьковская медицинская академия послепломного образования*

*5-я городская клиническая больница, Сумы*

*Военно-медицинский клинический центр Северного региона, Харьков*

Утверждение о худших непосредственных результатах оперативного лечения левой половины толстой кишки не нашло научного подтверждения. Цель исследования: изучить основные признаки толстокишечного рака, которые характеризовали бы качество хирургической помощи с учетом правой и левосторонней локализации.

Проведен ретроспективный анализ 430 случаев оперативного лечения больных в двух группах: с правосторонним поражением (83) и с левосторонней локализацией (347). Методика заключалась в выборе и количественном определении факторов, характеризующих злокачественность процесса, а также объем оперативного пособия и оценку результатов. В основу исследования положен метод индивидуального прогноза Неймана — Пирсона. В целом летальность составила  $13,3 \pm 1,6\%$  (57 из 430), при правосторонней локализации умерли 6 из 82 оперированных ( $7,3 \pm 2,8\%$ ), что превысило в 2 раза летальность у больных с левосторонним раком —  $15,7 \pm 2,0\%$  (51 из 324). Согласно количественным величинам отрицательные факторы прогноза левосторонней локализации были обусловлены: несостоятельностью анастомоза ( $J=0,85$  ед.), наличием осложненного течения рака при поступлении больных ( $J=0,54$  ед.), возрастной фактор проявлялся лишь у больных пожилого и старческого возраста (более 70 лет) ( $J=0,44$  ед.) исходной IV стадии рака.

Учитывая достоверную частоту несостоятельности левосторонних по локализации соустьев, следует максимально ограничить показания к первично-восстановительным операциям. Прогноз улучшения результатов сводится к совершенствованию техники формирования толстокишечного анастомоза, при возможности в состав анастомоза включать тонкую кишку. По возможности, следует снижать частоту операций при первично осложненном раке. Неизменными остаются мероприятия

своевременного распознавания заболевания и превентивного выполнения оперативных вмешательств.

### 328. Ефективність операції гартмана в хірургічному лікуванні ускладненого колоректального раку

*В.П. Шевченко, В.І. Конанихін, М.І. Солодченко, В.О. Братушка, Ю.І. Собольєв, І.А. Мисловський, В.В. Шевченко*  
Сумський державний університет, медичний інститут  
СООД, СОКЛ, Суми

Ще у 1921 р. на 30-му Конгресі французької хірургічної асоціації Н. Hartmann повідомив про 2 хворих з обструктивною карциномою сигмовидної кишки, яким проведена оригінальна операція, яка потім стала епонімом його імені. Існують різні погляди на доцільність використання операції Гартмана (ОГ) при ГКН. Одні автори вважають, що ОГ застаріла і зараз вийшла із моди «out of vogue», інші, навпаки, розглядають її як золотий стандарт в ургентній хірургії ускладненого КРР, яка дає можливість одночасно усунути кишкову непрохідність і видалити злоякісну пухлину.

Проаналізували хірургічні, онкологічні і функціональні результати ургентної ОГ при ускладненому КРР. Проведено ретроспективний аналіз результатів ОГ у 46 хворих на КРР, ускладнений ГКН. Середній вік хворих — 64,1±1,7 року. Жінок — 25 (54,3%), чоловіків — 21 (46,7%).

Після ОГ відмічали такі ускладнення: нагноєння післяопераційних ран — 11 (23%), неспроможність кукси прямої кишки — 4 (8,7%), легеневі — 7 (15,2)%, тазовий абсцес — 3 (6,5%), обмежений перитоніт — 2 (4,3%), некроз сигмостоми — 4 (8,7%), параколомостомічну флегмону — 4 (8,7%). Загалом ускладнення відмічали у 25 (54,3%) хворих. Післяопераційна летальність становила 15,2%. З 39 хворих, виписаних із клініки, після ОГ через 3 міс — 1,5 роки рецидиву раку виявлені у 9 (23,1%), віддалені метастази у 3 (7,7%) з них. Другий етап операції для відновлення цілісності кишкового тракту проведено у 21 (45,7%) пацієнта, у більшості (12) через 6–12 міс, у 6 — через 3 міс, у 3 термін перевищував 1 рік. Відновити природний пассаж і видалити колостому вдалося у 16 (34,8%) пацієнтів. Післяопераційні ускладнення після ВРО відмічали у 10 (37%) хворих. Післяопераційна летальність становила 14,3%, загалом після двох етапів операції цей показник становив 21,7%. Показник 1-, 3-річної виживаності після ОГ — 71,8 і 47,8% відповідно.

Таким чином, ОГ є ефективним способом усунення ускладнень КРР у пацієнтів похилого віку з високим операційним ризиком, мінімізуючи післяопераційну летальність. Відновний етап операції доцільно проводити у максимально короткий термін після стабілізації загального стану хворих, що дозволить своєчасно діагностувати рецидиви раку і виконати радикальне оперативне втручання.

### 329. Безпосередні результати виконання оментобурсектомії при хірургічному лікуванні хворих на рак шлунка

*І.Б. Щепотін, О.О. Колеснік, Д.О. Розумій, А.В. Лукашенко, Ю.О. Жуков, А.А. Бурака, М.О. Волк*  
Національний інститут раку, Київ

Бурсектомія — хірургічне видалення очеревини, що утворює сальникову сумку — покриває передню поверхню підшлункової залози, передню поверхню брижі поперечної ободової кишки разом із виконанням радикальної гастректомії. На сьогодні, за даними світової літератури, вплив бурсектомії на віддалені результати хірургічного лікування залишаються сумнівними. Мета дослідження — розробити методику виконання бурсектомії, оцінити безпосередні результати при хірургічному лікуванні хворих на рак шлунка.

Дослідження проводили з включенням 156 хворих віком 40–65 років, які були розподілені на групи: I (дослідна) — 94 хворих на рак шлунка (РШ), яким була виконана мобілізація сальникової сумки; II (контрольна) — 62 хворих на РШ, яким виконували операцію без мобілізації сальникової сумки. За основними показниками, які визначають прогноз захворювання

(ступінь поширення пухлини, ураження лімфатичних вузлів, обсяги втручання) суттєві розходження між дослідними групами відсутні. Мобілізацію сальникової сумки починають з правого кута товстої кишки. Цю маніпуляцію виконують, не порушуючи цілісність сумки. Поверхневий листок відокремлюють до нижнього краю підшлункової залози. Під час подальшого виділення перев'язують праву шлунково-сальникову артерію, а капсулу підшлункової залози разом з жировою тканиною та лімфовузлами зміщують у гору, спрямовуючи до шлунка.

Розроблена методика майже не збільшує крововтрату (185 мл проти 123 мл в контрольній групі), подовжує час операції на 27 хв. В структурі післяопераційних ускладнень достовірних розходжень між хворими основної та контрольної груп не виявлено. Післяопераційні ускладнення виникли в дослідній групі у 17% хворих, в контрольній — 13%. Однорічна виживаність хворих I групи становила 91,4%, II групи — 83,4%.

Виконання бурсектомії не погіршує безпосередні результати лікування, не збільшує кількість післяопераційних ускладнень. Отримані дані свідчать про покращення 1-річної загальної виживаності хворих на РШ.

### 330. Ефективність сфинктеросохраняющих операций у больных дистальным раком прямой кишки

*І.Б. Щепотін, Е.А. Колеснік, В.В. Приймак, А.П. Безносенко, С.Б. Балабушко*  
Національний інститут раку, Київ

Цель исследования — повысить эффективность хирургического лечения больных нижеампулярным раком прямой кишки (РПК).

Проведен анализ результатов сфинктеросохраняющих операций у больных нижеампулярным РПК T2–3N0–1M0. В зависимости от методики формирования анастомоза проведен сравнительный анализ результатов лечения 3 групп больных: I — проктэктомия с формированием ручного колоперианального анастомоза (40 больных); II — низкая передняя резекция с формированием степлерного колоректального анастомоза и превентивной илеостомы (40 больных); III — БАР прямой кишки с низведением и формированием ручного колоанального анастомозов в два этапа (40 больных). Все больные получили неoadъювантную лучевую терапию согласно стандартам.

За период с января 2008 по сентябрь 2010 г. проведено хирургическое лечение 120 больных РПК II–III стадии. В I группе послеоперационных осложнений не выявлено. Во II группе у двух больных (5%) отмечали несостоятельность анастомоза, которую устраняли консервативно. В III группе послеоперационные осложнения отмечали в 5 случаях (12,5%) — в 4 случаях (13,3%) возник некроз низведенной кишки. Срок пребывания в стационаре после операции составил в среднем для больных I группы — 12±3 дня; II группы — 13±5 дней; III группы — 20±4 дня. Степень анальной инконтиненции по шкале FISI через 6 мес после оперативного вмешательства была ниже у больных II группы после низких резекций прямой кишки и составила 32±5 баллов, соответственно у больных I группы — 39±5 баллов, III группы — 43±5. В настоящее время 32 из 40 больных I группы (после проктэктомии) удерживают твердый и жидкий стул. Средний срок наблюдения больных составил 18 (10–32) мес. Локальные рецидивы диагностированы у 1 больной I группы и у 1 больного III группы. Внедрение разработанной методики формирования колоанального анастомоза на уровне перианальной кожи позволило не накладывать дивертивную кишечную стому.

Непосредственные и функциональные результаты лечения больных нижеампулярным РПК лучше в группах низких передних резекций. Проктэктомия может быть альтернативой брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки у больных нижеампулярным РПК.

## 331. Мультиmodalная программа «Fast Track Surgery» (FTS) в хирургическом лечении рака ободочной кишки

*И.Б. Щепотин, Е.А. Колесник, И.И. Лесной, А.В. Лукашенко, В.В. Приймак, В.В. Шептицкий, Р.Р. Хворостовский, Д.Э. Махмудов*  
 Национальный институт рака, Киев

Программа FTS основана на патофизиологических принципах и призвана снизить стрессовую реакцию организма вследствие хирургической травмы и боли, ускорить выздоровление и сократить срок пребывания больного в стационаре.

Проведено рандомизированное исследование мультиmodalной программы FTS по сравнению со стандартным лечением у больных РОК II–IV стадий ( $T_{2-4}N_{0-1}M_{0-1}$ ). Рандомизация 2:1. Основные положения программы FTS: отсутствие стандартной подготовки кишечника, эпидуральная анестезия, поперечные оперативные доступы, ранняя активизация и энтеральное питание (1-е сутки). Изучаемые параметры: частота осложнений, болевой синдром (шкала NRS), возобновление пассажа по желудочно-кишечному тракту, сроки реабилитации и начала адьювантной терапии, длительность послеоперационного пребывания в стационаре.

В исследование включено 105 пациентов РОК (70 в FTS-группе и 35 — в стандартной). Пациентам обеих групп были выполнены хирургические вмешательства в объеме право-/лево-сторонней гемиколэктомии, резекции поперечной ободочной кишки. В группе FTS установлено раннее восстановление функции желудочно-кишечного тракта (перистальтика, первая дефекация): 16 ч против 48 ч ( $p < 0,05$ ), статистически достоверное уменьшение NRS по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,001$ ). Длительность послеоперационного койко-дня составила  $5,9 \pm 3$  (группа FTS) против  $12,2 \pm 3$  (группа контроля) дня ( $p < 0,001$ ). Длительность оперативного вмешательства составила в среднем  $120 \pm 20$  и  $130 \pm 15$  мин соответственно. Среднее значение затрат денежных средств на лечение одного пациента в основной группе было в 2 раза меньше.

Использование мультиmodalной программы FTS у больных РОК способствует сокращению сроков реабилитации, дает возможность вдвое снизить расходы на лечение, что приводит к экономии бюджетных средств.

## 332. Обґрунтування вибору неoad'ювантної поліхіміотерапії у комбінованому лікуванні хворих на рак шлунка

*І.Б. Щепотин<sup>1,2</sup>, О.О. Колеснік<sup>1</sup>, А.В. Лукашенко<sup>1</sup>, А.А. Бурлака<sup>2</sup>, В.В. Приймак<sup>1</sup>, Д.О. Розумій<sup>1</sup>, Ю.О. Жуков<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Национальный институт рака, Київ

<sup>2</sup>Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца МОЗ України, Київ

Неoad'ювантна поліхіміотерапія вважається перспективним напрямком у лікуванні раку шлунка, однак залишається гострою проблемою пошук адекватних біомаркерів, використання яких забезпечить індивідуальний підхід до прогнозування регресії/прогресування пухлини у відповідь на цитотоксичну терапію.

Нами проаналізовано літературні дані та результати власних досліджень ефективності використання для прогнозування перебігу захворювання у хворих раку шлунка біологічних маркерів: дигідропіримідин-дегідрогенази та її ізоформ, білків ERCC1, p53, VEGF, VEGFR, HIF-1 $\alpha$ , bcl-2. Проведена оцінка застосування неoad'ювантного режиму хіміотерапії у комбінованому лікуванні хворих на рак шлунка. Дослідження проведені із 10 хворими на резектабельний рак шлунка ( $T_2N_0M_0$  —  $T_4N_3M_0$ ). Після встановлення діагнозу виконувалось дослідження експресії молекулярних маркерів в біопсійному матеріалі аденокарцином шлунка із подальшим проведенням двох курсів поліхіміотерапії (режим ECF) та плановим оперативним лікуванням.

Оцінку ефективності поліхіміотерапії проводили за результатами спіральної комп'ютерної томографії та фіброгастродуоденоскопії згідно з критеріями RECIST 1.1. Виявлені

кореляційні зв'язки між рівнем експресії у аденокарциномах шлунка молекулярних маркерів p53, VEGF, bcl-2 та чутливістю клітин пухлин шлунка до неoad'ювантної поліхіміотерапії.

Отримані результати лікування свідчать, що дослідження рівнів експресії біологічних маркерів створює можливість для прогнозування відповіді пухлин шлунка на цитотоксичну терапію. Крім того, це є підтвердженням ефективності розробленої методики для вдосконалення стратегії комбінованого лікування хворих на резектабельний рак шлунка.

## 333. Комбинированные или этапные резекции печени у больных колоректальным раком с метастазами в печень

*И.Б. Щепотин, Е.А. Колесник, А.В. Лукашенко*  
 Национальный институт рака, Киев

Резекции печени по поводу отдаленных метастазов, возникших в различные сроки после радикальных операций, приносят достаточно удовлетворительные результаты: 5-летняя выживаемость составляет 30–40%. Оптимальная последовательность хирургической резекции первичной опухоли и синхронных метастазов колоректального рака (КРР) в печени до сих пор не определена.

Цель исследования — сравнить результаты хирургического лечения пациентов КРР с синхронными метастазами в печень, которым была выполнена комбинированная резекция метастазов в печени и первичной опухоли, с таковыми у пациентов, которым выполнены этапные резекции печени (в пределах 3–6 мес). Проведен ретроспективный анализ 36 случаев оперированных пациентов с синхронным первичным КРР и метастазами в печень за 2008–2010 гг., которым выполнены комбинированные (12 пациентов, группа I) или этапные (24 пациента, группа II) резекции печени.

Никаких значимых различий между группами комбинированных и этапных резекций не выявлено: длительность операции (в среднем 400 против 360 мин), кровопотеря (в среднем 890 против 880 мл), медиана безрецидивной выживаемости после резекции печени (11 против 11 мес). Общая продолжительность госпитализации была значительно короче в группе комбинированных резекций по сравнению с этапными резекциями (в среднем 24 против 11 дней;  $p < 0,001$ ). Выявлено, что в группе I риск развития послеоперационных осложнений был выше (53% против 34%). Прогрессирование заболевания в этой группе отмечено в 3 случаях (8, 3%) в период через 3; 5 и 11 мес после операции. В группе II этапные резекции печени сопровождались относительно низкой частотой послеоперационных осложнений и отсутствием летальности. Послеоперационная летальность в группе I составила 8%.

Этапные (отсроченные) резекции толстой кишки и печени более безопасны и эффективны, чем комбинированные (одномоментные) резекции.

## 334. Результати хірургічного лікування раку шлунка із застосуванням мультиmodalної програми Fasttracksurgery

*І.Б. Щепотин, О.О. Колеснік, А.В. Лукашенко, В.В. Приймак, Д.О. Розумій, Ю.А. Жуков, Д.Е. Махмудов, А.А. Бурлака*  
 Национальный институт рака, Київ

Оцінювали результати хірургічного лікування раку шлунка із застосуванням мультиmodalної програми FastTrackSurgery.

Проведене рандомізоване дослідження ефективності мультиmodalної програми FastTrackSurgery у хірургічному лікуванні раку шлунка. В дослідження включені 156 пацієнтів із вперше виявленим раком шлунка, стадія I–IV ( $T_1-4N_0-2M_0-1$ ), яким виконане оперативне лікування в обсязі гастректомії із лімфодисекцією в обсязі D2plus та бурсектомії з перитонектомією. Пацієнти розподілені на дві групи: основна група (76 пацієнтів) — оперативне лікування поєднане із застосуванням програми FastTrackSurgery, контрольна група (80 пацієнтів) — оперативне лікування проведено за стандартною методикою.

Хірургічних ускладнень, що вимагали екстреного оперативного втручання, не відмічено в обох групах. Середня тривалість оперативного втручання становила  $200 \pm 30$  хв в основній групі та  $240 \pm 20$  хв в контрольній групі. Інтраопераційних

ускладненнь не виявлено в обох групах. Появу перистальтики відмічали в середньому через  $18 \pm 6$  год в основній групі та через  $32 \pm 8$  год в контрольній, рентгенологічно відновлення пасажу по шлунково-кишковому тракту відбулося в середньому через  $24 \pm 4$  год в основній групі та через  $72 \pm 7$  год в контрольній. Видалення назоінтестинального зонду виконане одразу після рентгенологічного підтвердження відновлення пасажу. Ентеральне введення білково-вуглеводних харчових сумішей в основній групі розпочато в середньому через  $8 \pm 2$  год після операції, в контрольній групі — через  $24 \pm 5$  год. Активізація пацієнта здійснювалась в основній групі на 1-шу добу після операції, в контрольній — на 3–4-ту добу. Видалення сечового катетера проводилось на 1–2-ту добу в пацієнтів основної групи та на 4–5-ту добу в пацієнтів контрольної групи. Середня тривалість госпіталізації пацієнтів основної групи становила  $7 \pm 3$  доби, контрольної —  $20 \pm 5$  діб.

Застосування мультимодальної програми FastTrackSurgery покращує результати хірургічного лікування раку шлунка в порівнянні з традиційною методикою.

### 335. Выбор торакоабдоминального доступа при комбинированных резекциях правой доли печени

*И.Б. Щепотин, Е.А. Колесник, А.В. Лукашенко, Д.А. Розумий, В.В. Приймак, Ю.А. Жуков, А.А. Бурака  
Национальный институт рака, Киев*

Анатомичне резекції печини в настоящеє время являються безопасним методом хірургічного лічення как метастатического поражения, так и первичного рака печени. Одним из основных прогностических факторов является радикальное удаление опухоли (R0). Опухоли правой доли печени часто распространяются на диафрагму, правое легкое, нижнюю полую вену (НПВ). При выборе оперативного доступа к поражению правой доли, как правило, применяется J-образная лапаротомия либо лапаротомия типа «мерседес». В последующем после ревизии при подтверждении распространения опухоли на диафрагму либо НПВ лапаротомный доступ дополняется торакотомией по межреберью, являющемся биссектрисой к J-образному доступу. Данная методика достаточно травматична.

В клинике Национального института рака применяется следующая тактика выбора торакоабдоминального доступа: изначально выполняется поперечная лапаротомия с ревизией, при отсутствии данных о распространении опухоли на диафрагму без вовлечения НПВ операция выполняется из J-образного доступа либо доступа «мерседес», при наличии опухолевой инвазии в НПВ либо печеночные вены поперечный доступ дополняется косой торакотомией по 8-му межреберью. В 2009–2010 гг. выполнено 4 комбинированных операции, из них 2 гемигепатэктомии, 2 удаления задней секции печени (Sg 7,6).

Таким образом, использование предложенного нами алгоритма выбора торакоабдоминального доступа при комбинированных резекциях правой доли печени позволяет избежать необоснованной операционной травмы и снижает риск развития осложнений в послеоперационный период.

### 336. Эффективности неoadьювантной лучевой терапии у больных резектабельным раком прямой кишки: сравнительное рандомизированное исследование

*И.Б. Щепотин, Е.А. Колесник, В.В. Приймак, А.П. Безносенко, В.В. Кикоть, В.Н. Диденко, С.Б. Балабушко  
Национальный институт рака, Киев*

Цель исследования — повысить эффективность лечения больных раком прямой кишки (РПК) II–III стадия. Проведено контролируемое рандомизированное исследование больных резектабельным РПК T2–4N0–1M0 с применением неoadьювантной лучевой терапии (ЛТ) 30 Гр (15x2 Гр) с отсроченным оперативным лечением (группа I) по сравнению с ЛТ 20 Гр (4x5 Гр) и с последующим хирургическим вмешательством через 24–48 ч (группа II). Эффективность ЛТ оценивали согласно

критериям RECIST. Оперативные вмешательства выполнены в объеме проктэктомии, низкой передней резекции, передней резекции, экстирпации прямой кишки.

В исследовании был включен 181 пациент с РПК. У большинства больных I и II группы диагностирован рак дистальных отделов прямой кишки (73–77%) с распространением Т3 (79–78%). Объективный эффект ЛТ, за счет снижения показателя Т, наступил в виде частичной или полной регрессии опухоли у 41% больных I группы. В связи с этим количество пациентов, которым первоначально (до проведения ЛТ 30 Гр) планировалось выполнение брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки, сократилось в 2,7 раза ( $p < 0,005$ ) и, соответственно, составило 7 (8,7%) во II и 19 (23,7%) случаев — в I группе. В I группе число больных, которым выполнены сфинктерсохраняющие операции, составило 73 (91,3%), во II группе — 61 (76,3%).

Послеоперационные осложнения сопоставимы в обеих группах (8,8 и 7,5%). По данным послеоперационного патогистологического исследования, полная морфологическая регрессия опухоли прямой кишки зарегистрирована в 7 случаях у больных I группы. В процессе наблюдения локальные рецидивы выявлены у 9 (11,3%) больных II группы и у 2 (1,9%) больных I группы.

Предварительные результаты рандомизированного исследования показали, что комбинированное лечение больных РПК II–III стадии с использованием техники оперативного вмешательства ТМЕ и неoadьювантной ЛТ дробными фракциями является эффективным методом, который дает возможность повысить количество сфинктерсохраняющих операций и улучшить качество жизни больных.

### 337. Чрескожно чреспеченочное дренирование при механической желтухе как первый этап перед радикальным лечением больных с опухолевой обтурацией внепеченочных желчных протоков

*И.Б. Щепотин, Е.А. Колесник, В.В. Приймак, Д.А. Розумий, А.В. Лукашенко, В.В. Шептицкий  
Национальный институт рака, Киев*

Основной причиной обструкции желчных протоков у 47% пациентов являются злокачественные новообразования поджелудочной железы, желчного пузыря — у 15%, холангиокарцинома — у 20%, опухоли периапулярной зоны. В 2010 г. в Национальном институте рака выполнено 47 чрескожных чреспеченочных холангиостомий (ЧЧХС) по поводу механической желтухи: 30 — при опухолях головки поджелудочной железы, 10 — при опухоли Клацкина, 2 — при метастатическом поражении печени. В 5 случаях выполнено двустороннее дренирование, в 2 наружно-внутреннее.

Все процедуры выполнены под ультразвуковым наведением, под местной анестезией. Показаниями для двустороннего дренирования были развитие холангита в недренированной доле и длительное снижение уровня билирубина. Осложнения, потребовавшие лапаротомии, возникли в 4 случаях: гемоперитонеум в 2 случаях, 1 желчный перитонит, 1 некупируемый консервативно холангит. Летальных исходов не отмечено.

Методика ЧЧХС является безопасным и эффективным методом устранения механической желтухи на этапе подготовки больных к радикальной операции.

### 338. Резекции печени при метастатическом колоректальном раке

*И.Б. Щепотин, Е.А. Колесник, В.В. Приймак, Д.А. Розумий, А.В. Лукашенко, Ю.А. Жуков, В.В. Кикоть, В.В. Шептицкий  
Национальный институт рака, Киев*

В Украине колоректальный рак (КРР) занимает 3-е место в структуре онкозаболеваемости и смертности. При первичном обращении запущенные формы (III–IV стадия) рака ободочной и прямой кишки диагностируют в 71,4 и 62,4% соответственно. Основной локализацией отдаленных метастазов является печень (80%). Целью работы было внедрение принципов



анатомических резекций печени, что позволило расширить показания к оперативному лечению метастазов.

Проведен анализ непосредственных и ближайших результатов резекций печени у 36 больных с КРР IV стадии, выполненных в Национальном институте рака за период с 2008 по 2010 г. Диаметр метастазов составил 1–15 см (в среднем 4,5 см). У 9 больных диагностировано поражение обеих долей печени, у 10 — множественные метастазы. Анатомических резекций выполнено 42, атипичных — 7. Атипичные резекции печени выполняли при условиях выявления метастаза (-ов) размерами до 3–3,5 см в диаметре, расположенных субкапсульно или при краевой локализации. Расширенные анатомические резекции (4 и более сегмента) составили — 10 (23,8%) операций, экономные (до 3 сегментов) — 32 (76,2%). При комбинированном хирургическом лечении наряду с резекцией печени выполнялись: правосторонняя гемиколэктомия — 5, резекция сигмовидной кишки — 4, передняя резекция прямой кишки — 6, резекция купола диафрагмы — 3, правосторонняя нефрэктомия — 1.

Послеоперационные осложнения отмечали у 14 (38,8%) больных: печеночную недостаточность — у 3, желчеистечение — у 2, внутрибрюшной абсцесс — у 1, кишечный свищ — у 1, плеврит — у 2, асцит — у 1, инфекцию раны — у 3, пневмонию — у 1 пациента. Послеоперационная летальность составила 5,6% (2 больных).

Анатомическая резекция печени — эффективный метод хирургического лечения метастатического КРР, сопровождающийся приемлемыми показателями послеоперационных осложнений, летальности.

### 339. Результаты комбинированного лечения больных колоректальным раком с метастазами в печень

*И.Б. Щепотин, Е.А. Колесник, Н.Н. Храновская, А.В. Лукашенко, Р.Р. Хворостовский*  
Национальный институт рака, Киев

Сочетание химиотерапии (ХТ) и хирургии является известным подходом к повышению выживаемости больных колоректальным раком (КРР) с метастазами в печень. Однако существуют отрицательные моменты использования неоадьювантной ХТ, а именно стойкие морфологические изменения в здоровой ткани печени, что повышает риск послеоперационных осложнений. Цель исследования — повысить эффективность лечения больных КРР с метастазами в печень путем применения радикальных оперативных вмешательств и выбора режимов адьювантной химиотерапии (АХТ).

Проведен анализ результатов лечения 81 пациента РТК с метастазами в печень. Использованы режимы АХТ с учетом молекулярных тестов чувствительности: уровня экспрессии тимидилатсинтетазы (TS), полиморфизма фермента уридиндифосфат-глюкуронозил-трансферазы (UGT1A1), активности фермента ERCC1 для репарации ДНК, пролиферативного потенциала опухоли (ДНК-статус). Группа 1А — режимы FOLFIRI/FOLFOX (n=20), группа 2А — режим 5-ФУ/ЛВ (n=17). **Количество курсов АХТ составило 6–8. Две контрольные группы с АХТ без определения чувствительности: группа 1 — FOLFIRI/FOLFOX (n=17), группа 2 — 5-ФУ/ЛВ (n=27).**

У 69 (88%) больных диагностированы синхронные метастазы в печень; билобарные метастазы — у 49 (63%) больных. Всем больным выполнена **R0 резекция первичной опухоли и метастазов** в печени, из них в 91% случаев — резекция >2 сегментов печени: левосторонняя гемигепатектомия — 4, правосторонняя гемигепатектомия — 9, трисегмент- и бисегментектомии — 46 и 26 атипичных резекций. Послеоперационные осложнения отмечали у 11 больных (14%).

Медиана выживаемости больных в группе 1А не достигнута, в группе 1 — 36 мес, группе 2А — 28 мес, группе 2 — 15 мес. Общая 3-летняя выживаемость соответственно составила 94,3±7,1; 81,3±8,1; 43,3±8,4; 13,3±6,9%.

Использование молекулярных тестов позволило индивидуализировать адьювантную ХТ и увеличить выживаемость больных.

### 340. Вивчення статусу сторожових лімфовузлів при хірургічному лікуванні раку шлунка

*І.Б. Щепотін, О.О. Колеснік, Д.О. Розумій, А.В. Лукашенко, Ю.О. Жуков, О.І. Штанько, В.І. Кульмінський, А.А. Бурлака, М.О. Волк*

Розробка хірургічних методів вдосконалення лікування хворих на рак шлунка (РШ) є актуальним питанням. Одним з напрямків є вивчення визначення шляхів сторожових лімфовузлів (СЛВ) інтраопераційно. Суть методу полягає в можливості індивідуальної оцінки наявності метастатичного ураження регіонарного лімфатичного апарату інтраопераційно, індивідуалізації показань до лімфодисекції (ЛД) та покращення віддалених результатів оперативного лікування. Мета роботи — вивчити можливість та точність методики визначення сторожового лімфатичного вузла (СЛВ) при хірургічному лікуванні раку шлунка (РШ).

Дослідження проводилось на базі Національного інституту раку у відділенні пухлин черевної порожнини та заочеревинного простору, в яке було включено 157 хворих на РШ (T2–4 N0–2 M0), яким виконано радикальне оперативне лікування в обсязі радикальної гастректомії та лімфодисекції D2. Біопсію СЛВ проводили з використанням інтраопераційного контрастування лімфовузлів введенням 1–2 мл водорозчинного барвника (метиленового синього) субсерозно по периферії пухлини, через 8–15хв візуально визначали +/- забарвлення сигнальних лімфовузлів.

СЛВ були виявлені у 116 з 157 пацієнтів; загальна кількість видалених СЛВ становила 225, в середньому по 2 (від 1 до 3). У 55 хворих виявлено метастази у СЛВ. 205 з 225 визначених СЛВ (91%) належали до першого рівня лімфатичного відтоку, а тільки 20 СЛВ (9%) до другого рівня. Лише 10 випадків експрес-дослідження СЛВ виявилися помилково негативними. У 31 з 41 пацієнта з відсутністю контрастування СЛВ (75,6%) виявлено метастази у лімфатичні вузли, і у 10 (24,4%) pN0-статус. Встановлено здатність біопсії СЛВ прогнозувати стан регіонарного лімфатичного колектору з чутливістю методу 91% та специфічністю 100%.

Наше дослідження показало, що методика визначення сторожового лімфатичного вузла при оперативному лікуванні РШ технічно можлива, має високу чутливість та специфічність, крім того, вона дає можливість оптимізувати об'єм лімфодисекції при оперативному лікуванні хворих на РШ.

### 341. Современные подходы в лечении забрюшинных сарком

*И.Б. Щепотин, А.В. Лукашенко, Д.А. Розумий, В.В. Приймак, Ю.А. Жуков*  
Национальный институт рака, Киев

Забрюшинные саркомы (ЗС) составляют до 0,3% всех злокачественных новообразований. Данные опухоли слабо поддаются консервативным методам лечения. Учитывая большую склонность к рецидивированию (более 50%) ЗС, необходим наиболее агрессивный подход при выборе объема оперативного вмешательства. Мультицентричный рост опухоли обуславливает необходимость тотального удаления ретроперитонеальной клетчатки со скрупулезным выделением всех интактных структур.

Проведен анализ лечения 603 пациентов за последние 40 лет. Оперативное лечение выполнено 541 пациенту (89,7%), в том числе комбинированное оперативное вмешательство — 187 больным (34,6%). Наиболее часто в комбинации с удалением опухоли производилась нефрэктомия (35,3%). 5-летняя выживаемость составила 50,2±3,6%. Количество пробных операций — 10,2%. Основной причиной пробных операций стало распространение опухоли на структуры печеночной связки, нижнюю полую вену, брюшную аорту, подвздошные сосуды. В настоящее время нами пересмотрена концепция

оперативного лечения больных с забрюшинными сакромами. Выполняются резекции и протезирование крупных сосудов. Применяются трансплантационные методики для выполнения органосохраняющих операций. Согласно полученным непосредственным результатам, выполнение комбинированных операций с тотальным протезированием нижней полой вены, даже при наличии двустороннего или феморального тромбоза является безопасной методикой, которая обеспечивает хорошие функциональные результаты. Концепция «трансплантации в безопасное место» позволяет не только сохранять здоровый орган, но и вывести его из зоны потенциального рецидива.

Учитывая совершенствование хирургических технологий, необходима концентрация пациентов с ЗС в специализированных центрах для выполнения операций в радикальном объеме с использованием всех современных методик, что на фоне увеличения продолжительности значительно повысит качество жизни больных.

### 342. Методика изолированной реконструкции при панкреатодуоденальной резекции

*И.Б. Щепотин, А.В. Лукашенко, Д.А. Розумий, В.В. Приймак*  
 Национальный институт рака, Киев

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) является единственным эффективным методом лечения локализованных форм рака поджелудочной железы. Однако даже в специализированных клиниках уровень послеоперационных осложнений составляет 18–54%, основное осложнение ПДР — несостоятельность панкреато-дигестивного анастомоза, что в последующем может приводить к летальности до 20%. Основными патогенетическими механизмами развития несостоятельности панкреато-дигестивного анастомоза является активизация протеолитических ферментов поджелудочной железы посредством операционной травмы и дальнейшего воздействия желчи при классическом варианте реконструкции. С целью повысить надежность панкреато-еюноанастомоза нами была разработана методика раздельной реконструкции при ПДР.

Суть метода — изолированное формирование панкреато-еюноанастомоза на одной тонкокишечной петле; гастро-еюно и гепатико-еюноанастомозов на второй петле с их разделением путем наложения заглушки, что в последующем обеспечивает раздельный пассаж панкреатического сока, желчи и желудочного сока без попадания в зоны соседних анастомозов. Описанная методика была применена у 11 больных, в послеоперационный период не отмечали случаев несостоятельности панкреато-еюноанастомоза. Методика зарекомендовала себя как безопасная и показала удовлетворительные начальные результаты.

### 343. Методика профилактики тромбоза протеза при реконструкциях нижней полой вены

*И.Б. Щепотин, А.В. Лукашенко, Д.А. Розумий, В.В. Приймак,*  
*Ю.А. Жуков, А.А. Бурака*  
 Национальный институт рака, Киев

Основным методом лечения забрюшинных сарком является радикальная операция. В случаях удаления опухолей размером >10 см часто радикальный объем (R0) невозможен без резекции смежных органов, в том числе нижней полой вены (НПВ). Тотальное протезирование НПВ политетрафторэтиленовым (ПТФЭ) протезом, включая бифуркацию, может сопровождаться значительным снижением кровяного давления в протезе, следствием чего является тромбоз в ранние сроки с необходимостью срочного оперативного вмешательства.

За период 2009–2010 гг. в Национальном институте рака было выполнено 5 комбинированных удалений забрюшинных опухолей с резекцией и протезированием НПВ протезом ПТФЭ с использованием ряда профилактических хирургических мероприятий. Так, выполняется двусторонняя забрюшинная лимфодиссекция с максимально возможной перевязкой венозных коллатералей с целью повышения ско-

рости кровотока в протезе. Выполняется тесная фиксация венозного протеза к аорте для обеспечения передаточной пульсации, перитонезация протеза брыжейкой тонкой кишки либо большим салынником, круглой связкой. В послеоперационный период проводится стандартная инфузионная гепаринотерапия с последующим переводом пациента на таблетированные не-прямые антикоагулянты. Допплер-контроль проходимости протеза — каждые 8 ч в 1-е сутки.

Предложенная методика показала удовлетворительные непосредственные результаты, может быть рекомендована как профилактическая для предотвращения тромбозов ПТФЭ протеза НПВ в ранние послеоперационные сроки.

### 344. Технічні аспекти формування антирефлюксного гастроэзофагеального анастомозу при виконанні проксимальних резекцій шлунка

*І.Б. Щепотін, А.В. Лукашенко, Д.О. Розумій, В.В. Приймак,*  
*Ю.О. Жуков, А.А. Бурака*  
 Національний інститут раку, Київ

Проксимальна резекція шлунка (ПРШ) є операцією вибору при пухлинах, які локалізуються у верхній третині шлунка. Згідно з даними, у близько 50% пацієнтів у післяопераційний період виявляють на гастроэзофагеальну рефлюксну хворобу, що призводить до розвитку стриктур стравоходу, стравоходу Баррета та підвищення ризику розвитку злякисних новоутворень стравоходу.

Запропонована методика полягає в створенні обтураційного кільця із культу шлунка. Після формування езофагогастроанастомозу (кінець — до передньої стінки шлунка), ми виконуємо додаткове огортання анастомозу кукушою шлунка. Таким чином, забезпечується формування антирефлюксної муфти.

Було виконано 54 ПРШ у хворих на рак верхньої третини шлунка (T1–2N2–0M0) із використанням вищеописаної техніки накладення езофагогастроанастомозу у науководослідному відділенні пухлин органів черевної порожнини та заочеревинного простору Національного інституту раку у 2008–2010 рр. Тривалість операції збільшилась в середньому на 18 хв. У даній когорти хворих не було зареєстровано ускладнень у післяопераційний період. Оцінка функції анастомозу виконувалась рентгенологічно у ранній післяопераційний період та у 3-місячний термін з моменту виконання оперативного лікування, даних про рефлюкс не було отримано. У 25% пацієнтів було зареєстровано анастомозит першого ступеня тяжкості під час ендоскопічного обстеження. У 75% хворих було зареєстровано фізіологічний рівень кислотності слизової оболонки стравоходу.

Запропонована методика формування антирефлюксного езофагогастроанастомозу є безпечною та забезпечує істотне покращення якості життя хворих на рак верхньої третини шлунка.

### 345. Ургентные хирургические вмешательства в практике Донецкого областного противоопухолевого центра

*Ю.И. Яковец, С.И. Готовкин, С.И. Тюрин*  
 Донецкий областной противоопухолевый центр

В Донецком областном противоопухолевом центре за последние 3 года было выполнено 432 ургентных оперативных вмешательства, из них — 236 (54,6%) пациентам с заболеванием прямой и ободочной кишки в связи с кишечной непроходимостью, перфорацией опухоли и различными послеоперационными осложнениями после радикальных операций. При осложненном опухолевом процессе в 20% случаев выполнялись радикальные оперативные вмешательства: операция Гартмана — 6; гемиколонэктомия — 12; операция Микулича — 9; брюшно-анальная резекция — 9; резекция сигмы — 10. При раке желудка выполнено 42 (9,7%) ургентные операции по поводу кровотечения и перфорации. Из них: на фоне кровотечения было выполнено 7 гастрэктомий и 1 операция Льюиса. При перфорации опухоли 6 ушиваний перфоративного отверстия с оментагастропексией и 8 резекций желудка.

При других локализациях рака urgentные операции выполняются значительно реже: при раке матки и яичника за 3 года выполнено всего 28 операций. Всем больным раком эндометрия выполнено радикальное оперативное вмешательство. При раке мочевого пузыря и предстательной железы (13 операций) производились трансуретральные резекции.

Таким образом, наличие осложненной опухолевой процесса не является противопоказанием к радикальным, в том числе и к первично-восстановительным оперативным вмешательствам.

## 346. Комбіновані операції в хірургічному лікуванні ускладненого колоректального раку

*М.А. Янчук, В.В. Балицький, В.В. Керничний,  
Хмельницька обласна лікарня*

Комбіновані оперативні втручання з приводу місцево-поширеного, а також ускладненого наявністю гематогенних метастазів колоректального раку знаходять все більше застосування. У 2000–2010 рр. у відділенні проктології Хмельницької обласної лікарні було прооперовано 64 пацієнти з ускладненим колоректальним раком. Локалізація первинної пухлини була наступною: сліпа кишка – 1, печінковий кут – 3, поперечно-ободова – 2, селезінковий кут – 9, низхідна кишка – 2, сигмовидна кишка – 16, ректосигмоїдний кут – 12, пряма кишка – 19.

Пацієнтам були проведені такі оперативні втручання: правобічна геміколектомія – 4, резекція поперечно-ободової кишки – 2, лівобічна геміколектомія – 14, резекція сигмовидної кишки – 11, операція Гартмана – 5, внутрішньочеревна резекція прямої кишки – 13, ЧАР прямої кишки – 8, червонно-промежинна екстирпація прямої кишки – 7. Радикальні операції були виконані 54 (84,4%) пацієнтам, а паліативні – 10 (15,6%) хворим. При проведенні комбінованих операцій були виконані резекції таких органів: черевна стінка – 5, шлунок – 2, печінка – 5, підшлункова залоза – 6, діафрагма – 3, тонка кишка – 19, сечовий міхур – 7, простата – 3, піхва – 5. Також в ході комбінованих операцій були проведені видалення таких органів: селезінка – 8, матка – 9, маткові труби та яєчники – 15, апендикс – 1, жовчний міхур – 1, великий чепець – 3.

Істинне проростання пухлини в оточуючі органи, за даними гістологічного дослідження, було виявлено у 56 (87,4%) пацієнтів. У всіх випадках резекції печінки (5) з приводу вузлових утворень за даними гістологічного дослідження були виявлені метастази первинної пухлини кишечника. В післяопераційний період померло 4 (6,25%) хворих від тромбоемболічних ускладнень.

Застосування комбінованих операцій в хірургічному лікуванні місцево-поширеного колоректального раку дозволяє уникнути тяжких ускладнень пухлинного процесу та значно зменшити ракову інтоксикацію. Виконання одномоментних резекцій органів з приводу їх метастатичного ураження не супроводжується збільшенням частоти післяопераційних ускладнень і дозволяє значно збільшити тривалість життя пацієнтів.

## 347. Интраперитонеально дисемінований рак шлунка: чи існує спосіб покращити прогноз?

*Р.Р. Ярема<sup>1</sup>, Т.Г. Фецич<sup>1</sup>, М.А. Огорчак<sup>2</sup>, М.Г. Зубарєв<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*<sup>2</sup>Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр*

Місцево-поширені та дисеміновані форми раку шлунка становлять 55–90% випадків первинної діагностики. Найчастішим шляхом метастазування раку шлунка є перитонеальна дисемінація, що характеризується найпесимістичнішим прогнозом з-поміж інших шляхів метастазування — медіана виживання таких хворих рідко перевищує 3–6 міс. Після хірургічного лікування місцево-поширеного раку шлунка метастатичний карциноматоз очеревини розвивається у 34–60% хворих. Незважаючи на консервативний підхід попередніх

років, сьогодні активно впроваджується концептуально нова стратегія комбінованого лікування таких хворих з використанням циторедуктивних втручань та інтраопераційної гіпертермічної внутрішньочеревної хіміоперфузії (ІГВХ). Оцінювали ефективність застосування ІГВХ в комбінованому лікуванні місцево-поширеного раку шлунка з високим ризиком імплантаційного метастазування та раку шлунка з маніфестованим карциноматозом очеревини.

У 2008–2010 рр. 29 хворих на рак шлунка отримали комбіноване лікування з використанням циторедуктивних втручань та ІГВХ, серед яких: 11 пацієнтів з маніфестованими перитонеальними метастазами, 11 хворих на місцево-поширений рак шлунка та 7 хворих з напруженим асцитом (виконувалась тільки ІГВХ з метою ліквідації асциту).

Циторедуктивні втручання проводили в обсязі субтотальної резекції шлунка чи гастректомії з D2-лімфаденектомією (22 хворих), парціальної перитонектомії (7), оваріектомії (3), резекції ободової кишки (2) та спленектомії (1). ІГВХ проводили закритим способом протягом 90 хв з середньою інтраабдоминальною температурою 42,5 °С з використанням мітоміцину та цисплатину. Інтраопераційних ускладнень зафіксовано не було. Післяопераційні ускладнення (ниркова токсичність 2 хв, ентероколіт 2 хв, піддіафрагмальний абсцес 1 хв) та післяопераційна летальність (мезентерійний тромбоз 1 хв) становили 17,2 та 3,5% відповідно. Редукція симптоматичного асциту виявлена у всіх 7 пацієнтів. Медіана виживання хворих дослідної групи (не враховуючи пацієнтів з напруженим асцитом) становила 15 міс, тоді як у контрольній групі — 8 міс ( $p=0,0057$ ,  $\log$ -rang).

ІГВХ в складі комбінованої терапії є ефективним методом лікування хворих на рак шлунка з субклінічним та маніфестованим перитонеальним карциноматозом.

## 348. Сравнительная оценка хирургического и комплексного методов лечения рака желудка

*В.И. Ярынич, К.В. Ярынич, Ю.А. Скородумов*

*Кировоградский областной онкологический диспансер*

Лечение больных раком желудка только хирургическим путем не обеспечивает длительного выздоровления. Необходимость применения комплексной терапии обусловлена биологией опухолевого роста и тем, что, по нашим наблюдениям, в 89,2% случаев отмечали низкодифференцированные аденокарциномы желудка. В понятие комплексного лечения вкладываем предоперационную интенсивную ТГТ с применением индуктора эндогенного интерферонообразования (курантила); радикальную операцию; раннюю послеоперационную полихимиотерапию (ПХТ) с иммуномодуляторами. Предоперационную ТГТ проводили крупными фракциями по 4 гр ежедневно, суммарно 20 гр. Интервал между облучением и хирургическим вмешательством 1–3 дня. Индукцию эндогенного интерферонообразования осуществляли введением курантила за сутки до ТГТ, за сутки до операции и через неделю после нее. ТГТ позволила повысить процент радикальных операций с 58,5 до 71,7%.

В Кировоградском онкодиспансере в 1988–2007 гг. при раке желудка произведено 768 радикальных операций. Из них 478 субтотальных резекций, 275 гастректомий и 15 эктомий культи желудка. Раннюю послеоперационную ПХТ проводили внутривенно, внутрибрюшинно и эндолимфатически. С 7-го дня после операции внутривенно вводили флуороурацил и адриамицин. При прорастании опухоли в серозную оболочку первый курс ПХТ — внутрибрюшинно теми же препаратами. При поражении брюшинных лимфоузлов — эндолимфатическая ХТ через бедренные лимфососуды. С 5-х суток после операции неспецифическая активная иммунотерапия осуществлялась тималином, тактивиним, спленином. За последние годы комплексным методом пролечено 157 больных раком желудка, что составило 20,4% от числа радикально прооперированных.

Сравнение эффективности лечения этих групп больных с помощью комплексного, комбинированного (с применением курсов химиотерапии) и хирургического методов показывает заметное повышение выживаемости после комплексного лечения: к концу 1-го года число живущих без рецидивов и метастазов составило 98%, при применении комбинированного метода — 93% и хирургического — 67%. К концу 2-го года — соответственно 93; 80 и 53%. 3-летняя выживаемость составила при комплексном лечении 90%, при комбинированном — 65% и при хирургическом — 38%. 5-летняя составила соответственно 70; 50 и 32,6%, 10-летняя — 38; 18,7 и 8%.

Таким образом, комплексное лечение дает лучшие результаты, но охват этим методом лечения недостаточен, так как 41% больных лечится в общелечебной сети.

### 349. Радикальне лікування хворих на рак прямої кишки

*К.В. Яриніч, В.І. Яриніч, О.С. Чалий, С.С. Брудун, К.І. Багно, О.І. Косьмін*

*Кіровоградський обласний онкологічний диспансер*

В проктологічному відділенні у 1985–2009 рр. прооперовано радикально 2003 хворих на рак прямої кишки. Хвори віком до 20 років не було, віком 20–29 років — 0,1%, 30–39 років — 1,2%, 40–49 років — 4,2%, 50–59 років — 13%, 60–69 років — 31,13%, старше 70 років — 50,37%. У більшості випадків ми виявляли аденокарциному. Її питома вага становить 97%. Рак I стадії відмічений у 68 хворих, що становить 3,4%, II стадії — 1181 (58,89%), III стадії — 602 (30,06%), IV стадії — 152 (7,57%).

Характер оперативних втручань: черевно-промежинна екстирпація прямої кишки за Кеню — Майлсом загальною кількістю 486, з них померло 22 (4,5%); черевно-анальна резекція з низведенням — 1022, з них померло 33 (3,23%); операція Гартмана — 50, з них померло — 2 (4,0%); внутрішньочеревна резекція — 365, з них померло — 8 (2,2%); трансанальне видалення пухлини — 80, з них померли — 1 (2,4%). Всього прооперовано 2003, виписано 1936 хворих. Післяопераційна летальність 3,3%.

При локалізації пухлини в анальному каналі виконували черевно-промежинну екстирпацію прямої кишки за Кеню — Майлсом. В останні роки при формуванні колоректальних анастомозів використовуємо циркулярні зшиваючі апарати фірми «Ethicon». У 390 хворих виконана розширена черевно-анальна резекція з мобілізацією лівої половини ободової кишки та пересіканням нижньо-брижевої артерії. Така тактика дозволила збільшити кількість сфінктерозберігаючих операцій до 73,3% за 25 років. За останні 10 років кількість сфінктерозберігаючих операцій зросла до 84%.

У предопераційний період 88% хворих опромінювали за інтенсивно-розщепленою методикою. З 2007 р. застосовуємо також дрібно-розщеплену методику опромінення.

П'ятирічна виживаність пацієнтів при хірургічному лікуванні становила — 65,8%, після комбінованого лікування — 70,5%. Серед післяопераційних ускладнень 1-ше місце зайняли гнійні та серцево-судинні. Післяопераційна летальність хворих на рак прямої кишки становила 3,3%. Причиною смерті були серцево-судинна недостатність, тромбоемболія. Відсоток сфінктерозберігаючих операцій у 2000–2009 рр. зріс до 84% порівняно з 62,5% за 1985–1999 рр.