

Выводы:

1. Частота развития послеоперационных гнойно-септических осложнений у пациентов, прооперированных по поводу метастатического поражения позвоночника, составила 11,3%.
2. Удельный вес инфекционных осложнений в структуре всех послеоперационных осложнений – 40,0%.
3. Самыми частыми послеоперационными осложнениями инфекционного характера были пневмония и нагноение послеоперационной раны, частота развития которых составила 5,3 и 4,7%, соответственно, а удельный вес в структуре осложнений гнойно-септического характера – 47,1 и 44,1%, соответственно.
4. Сепсис в послеоперационном периоде выявлен у 2 (0,7%) пациентов.
5. Летальных исходов от гнойно-септических осложнений не было.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Каторкин С. Е., Журавлев А. В., Чернов А. А.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

Актуальность. При осложненных формах КРР (кровотечение, непроходимость, перфорация) в 40-80% выполняются двухэтапные хирургические вмешательства, заканчивающиеся формированием одноствольной кишечной стомы. В плановой хирургии рака прямой кишки в последнее время отмечается значительное увеличение числа радикальных сфинктеросохраняющих операций (низких передних резекций прямой кишки) при которых в большинстве случаев формируется превентивная трансверзостома или илеостома. Восстановительные операции по устранению одноствольной колостомы относятся к наиболее сложным оперативным вмешательствам на толстой кишке.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с кишечными стомами после оперативных вмешательств по поводу колоректального рака.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 145 пациентов с одностольными и двустольными кишечными стомами за период 2014-2016 гг. в колопроктологическом отделении СамГМУ. Мужчин – 71 (48,9%). Женщин – 74 (51,1%). Средний возраст 48,9 года (24-79 лет). Пациенты с одностольными колостомами были ранее оперированы в других лечебных учреждениях, в основном в экстренном порядке. Одностольные стомы были 89 (61%) пациентов, двустольные стомы – у 50 (35%), цекостоми – у 6 (4%). Одностольные кишечные стомы представлены сигмостомой у 52 (59%) пациентов, трансверзостомой – у 27 (30%), илеостомой – у 10 (11%). Двустольные стомы у 22 (44%) представлены трансверзостомой, у 11 (22%) сигмостомой, у 14 (28%) илеостомой и у 3 (6%) илео-трансверзостомой. Наиболее частой причиной формирования одностольной и двустольной кишечной стомы был колоректальный рак – 61 (72%). Дивертикулярная болезнь толстой кишки привела к формированию стомы у 16 (19%) пациентов, ЯК – у 6 (7%), травма кишечника – у 2 (2%). Резекция толстой кишки по поводу КРР с завершением по Гартману выполнена 57 пациентам, колэктомия при первично-множественном КРР с выведением одностольной илеостомы – 4. Формирование двустольной трансверзостомы 20 пациентам и илеостомы – 3 пациентам выполнено для защиты сформированного толстокишечного анастомоза после передней резекции прямой кишки. У 3 чел. имелась двустольная сигмостома после операции Микулича. Илео-трансверзостома 3 пациентам была сформирована после резекции правых отделов толстой кишки по Лахей по поводу рака. У всех пациентов имелась аденокарцинома разной степени дифференцировки. Стадия опухоли Т3-4 была у 95% оперированных пациентов.

Полученные результаты. Все пациенты обследованы в предоперационном периоде для исключения прогрессии КРР, оценки функции анального держания, воспалительных изменений отключенных отделов толстой кишки. При выявлении

диверсионного колита проведено лечение с использованием препаратов 5-АСА, топических глюкокортикоидов. Пациенты в период обследования находились под наблюдением врача кабинета реабилитации стомированных пациентов. Восстановление целостности толстой кишки после операции типа Гартмана выполнена 56 (92%) пациентам. Причинами отказа от выполнения восстановительной операции были: предельно короткая культя прямой кишки (3-4 см) при наличии анатомического узкого малого таза у 2, воспалительный инфильтрат в области культи прямой кишки у 1 пациента, прогрессия рака в виде метастазов в забрюшинные лимфатические узлы и канцероматоза брюшины у 2. Восстановительные операции у 60,7% пациентов выполнены в период от 6 до 12 месяцев после радикальной операции. Одновременное устранение параколомической и вентральной грыжи выполнено 28 (50%) пациентам, резекция культи прямой и сигмовидной кишки у 43 (76,8%), резекции левых отделов и колэктомия при сопутствующем дивертикулезе и полипозе ободочной кишки у 12 (21,5%). У 23 (41,1%) пациентов одновременно выполнено более двух симультанных операций. Механический шов применен у 53 (94,6%): циркулярный анастомоз «конец в конец» с использованием одноразовых степлеров (CDH 29, EEA 28, KYGZ 28,5) – у 51 пациента, анастомоз «бок в бок» с применением линейно-режущих аппаратов (GIA 60) – у 2. Ручной двурядный шов использован у 3 (5,4%) пациентов. Восстановление целостности кишечника при двустольных кишечных стомах всем пациентам проведено из парастомального доступа. Механический шов использован у 7 (24,1%) пациентов, ручное формирование анастомоза применено у 22 (75,9%). Послеоперационные осложнения отмечены у 7 (8,2%) пациентов: нагноение раны – 3 (3,5%), кровотечение из линии степлерного шва 1 (1,2%), несостоятельность степлерного анастомоза, перитонит – 1 (1,2%), частичная несостоятельность ручного анастомоза, с формированием кишечного свища – 1 (1,2%), стриктура в области анастомоза – 1 (1,2%). Умер один пациент от несостоятельности толстокишечного анастомоза и прогрессирующего перитонита. Летальность составила 1,2%.

Выводы. Восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки по поводу КРР относятся к операциям высокой степени сложности, которые необходимо выполнять в специализированных колопроктологических отделениях хирургами, имеющими подготовку по онкоколопроктологии. Перед восстановительным этапом необходимо исключить прогрессию КРР, провести исследование функционального состояния анального сфинктера и отключенного отдела толстой кишки. Выполнение реконструктивно-восстановительных операций пациентам с одностовольными и двустовольными кишечными стомами после радикального лечения КРР позволяет провести полную медицинскую и социальную реабилитацию и значительно улучшить качество жизни пациентов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОРФОМЕТРИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кириллов В. А.¹, Ерохина О. А.², Курклинская Г. А.¹,
Гапанович Е. А.²

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

²Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им Н. Н. Александрова, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Характер узловых образований в поджелудочной железе (ПЖ), выявленных различными инструментальными методами (УЗИ, КТ, МРТ), достоверно можно разграничить лишь с помощью морфологической диагностики, одним из методов которой является тонкоигольная аспирационная биопсия с изготовлением цитологических мазков. Точность пункционной цитологии в диагностике злокачественного характера очаговых поражений ПЖ составляет чуть более 70%, особенно трудно разграничение хронического панкреатита и высокодифференцированной аденокарциномы ПЖ. Сложности цитологической диагностики обусловлены совпадением основных дифференциально-диагностических признаков атипии в клеточных элементах, что затрудняет аналитическую оценку,