

### **Заключение**

Использование протокола цветового картирования орбит значительно облегчает установление стадии эндокринной офтальмопатии при отечном экзофтальме (липогенном и смешанном вариантах) по характеру цветовых показателей ретробульбарной клетчатки, соответственно, назначать адекватное лечение. Преимущество данного способа в его высокой информативности, наглядности и простоте интерпретации полученных результатов. Способ не зависит от субъективного мнения исследователя и позволяет иллюстрировать полученные результаты и архивировать их для динамического контроля. Способ не требует дополнительных затрат и времени обследования для пациента. Проводится путем постобработки полученных изображений при классическом КТ-исследовании орбит с использованием стандартного набора программ компьютерного томографа.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бровкина, А. Ф. Эндокринная офтальмопатия / А. Ф. Бровкина. — М., 2004.
2. Peter M. Som., Hug D. Curtin // Head and Neck Imaging. — 1996. — Vol. 2. — P. 1064, 1099–1101.

**УДК 616.351-006.6-089.168**

## **НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ**

**Михайлов И. В., Бондаренко В. М., Подгорный Н. Н.,  
Евсеев Д. А., Платошкин В. Э.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Учреждение**

**«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Рак прямой кишки (РПК) является одной из наиболее распространенных форм злокачественных новообразований. Заболеваемость РПК в Беларуси в 2010 г. составила 21,0 случай на 100 тыс. населения, смертность — 11,2 на 100 тыс. [1]. Частота данной патологии продолжает расти, высок удельный вес распространенных и осложненных форм заболевания, нередко требующих выполнения травматичных комбинированных операций, со значительным риском послеоперационных осложнений.

### **Цель**

Анализ непосредственных результатов лечения пациентов с РПК.

### **Клинический материал и методы исследования**

Проведен анализ непосредственных результатов лечения 313 пациентов, оперированных по поводу РПК в абдоминальном хирургическом отделении Гомельского областного клинического онкологического диспансера в период с 2005 по 2007 гг. Создана электронная база в среде MS Access 2000. Статистический анализ проводился с использованием программы «Statistica» 6.0 (Statsoft). Различия показателей оценивались с использованием непараметрических критериев ( $\chi^2$ , односторонний точный критерий Фишера).

### **Результаты и обсуждение**

**Клиническая характеристика пациентов.** Возраст пациентов исследуемой группы колебался от 24 до 88 лет, средний возраст составил  $64,5 \pm 10,9$ . Мужчин было 168 (53,6 %), женщин — 145 (46,4 %).

Опухоль с одинаковой частотой локализовалась в верхнеампулярном и среднеампулярном отделах прямой кишки — по 101 (32,2 %) случая соответственно. Рак нижне-

ампулярного отдела наблюдался у 77 (24,6 %) пациентов. Поражение всей ампулы имело место в 4 (1,3 %) случаях, рак ректосигмоидного перехода в 24 (7,7 %). По поводу местного рецидива РПК оперировано 6 (2,0 %) пациентов. По степени распространенности опухолевого процесса распределение было следующим: T1 — 14 (4,4 %) случаев, T2 — 21 (6,7 %), T3 — 133 (42,5 %), T4 — 143 (45,7 %), Tis — 2 (0,7 %). Регионарные лимфогенные метастазы наблюдались в 74 (23,6 %) случаях. Отдаленные метастазы (поражение печени, легких, перитонеальная диссеминация) наблюдались в 27 (8,6 %) случаях. Осложнения опухолевого процесса наблюдались в 23 (7,3 %) случаях. Анемия наблюдалась у 9 пациентов, острая кишечная непроходимость — у 4, хроническая кишечная непроходимость — у 3, кровотечение, перфорация стенки кишки и перифокальный абсцесс наблюдались по 2 раза соответственно. Разлитой перитонит на фоне микроперфорации опухоли наблюдался в 1 случае.

Выраженная сопутствующая патология, а также заболевания, потребовавшие выполнения симультанных операций, наблюдалась у 28 (8,9 %) пациентов. ДГПЖ с хронической задержкой мочи была диагностирована у 8 пациентов, декомпенсированный сахарный диабет — у 3, осложненные формы ЖКБ — у 3, ожирение IV степени — у 3, осложненные формы язвенной болезни желудка — у 2, хронический пиелонефрит, осложненный ХПН, — у 1, миома матки — у 1, лейомиома желудка — у 1, ущемленная бедренная грыжа — у 1, лейомиома тонкой кишки — у 1, аденома надпочечника — у 1, шизофрения — у 1. Наблюдалось по 1 случаю метакронного рака щитовидной железы и поджелудочной железы, и 1 случай синхронного рака молочной железы.

*Проведенное лечение.* При локализации опухоли в ампуле прямой кишки установленная степень распространенности опухолевого процесса за пределы кишечной стенки (сT3-сT4) являлась показанием к проведению предоперационной дистанционной лучевой терапии (ЛТ) в суммарной очаговой дозе 25 Гр (5 фракций по 5 Гр). Противопоказанием к проведению предоперационной ЛТ являлось осложненное течение РПК (кишечная непроходимость, перифокальные воспалительные инфильтраты и абсцессы, кровотечение). При нерадикальном и условно-радикальном характере операций проводилась послеоперационная ЛТ в режиме классического фракционирования до суммарной очаговой дозы 60–70 Гр. Противопоказанием к проведению послеоперационной ЛТ являлось осложненное течение послеоперационного периода (несостоятельность анастомоза, хроническая задержка мочи вследствие послеоперационной атонии мочевого пузыря либо сопутствующей ДГПЖ).

В структуре операций преобладала передняя резекция прямой кишки, которая была произведена в 173 (55,2 %) случаях. Анастомоз был наложен вручную в 117 (67,6 % передних резекций) случаях, с помощью циркулярных сшивающих аппаратов — в 56 (32,3 %) случаях. Брюшно-промежностная экстирпация выполнена 105 (33,5 %) пациентам, операция Гартмана — 22 (7,0 %), брюшно-анальная резекция — 4 (1,2 %), трансанальное иссечение опухоли — 9 (2,9 %). Комбинированные операции были произведены в 61 (19,4 %) случаях, в том числе резекция печени — в 17 случаях (5,4 %), гистерэктомия с резекцией влагалища — в 9 (2,7 %), аднексэктомия — в 4 (1,2 %), резекция предстательной железы — в 3 (0,9 %), резекция тонкой кишки — в 2 (0,6 %), резекция влагалища — в 2 (0,6 %), нефроуретероэктомия — в 2 (0,6 %), резекция мочевого пузыря — в 2 (0,6 %), правосторонняя гемиколэктомия — в 1 (0,3 %), резекция подвздошной артерии — в 1 (0,3 %) случае.

Симультанные операции выполнены в 16 (26,6 %) случаях, в том числе эпицистостомия (по поводу ДГПЖ с хронической задержкой мочи) — в 10, холецистэктомия (по поводу ЖКБ) — в 5, резекция желудка (по поводу осложненной хронической язвы) — в 2 (0,6 %), мастэктомия (по поводу синхронного рака молочной железы) — в 1 случае.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 39 (12,4 %) пациентов. Несостоятельность колоректального анастомоза развилась в 9 (2,9 %) случаях, что составило 5,2 % передних резекций, спаечная кишечная непроходимость возникла у 3 (1,0 %) пациентов, нагноение послеоперационной раны — у 3 (1,0 %), некроз краев колостомы — у 2 (0,6 %), внутрибрюшное кровотечение — у 1 (0,3 %), желудочно-кишечное кровотечение — у 1 (0,3 %), острая язва тонкой кишки — у 1 (0,3 %), эвентрация кишечника — у 1 (0,3%), перфорация стенки тонкой кишки — у 1 (0,3 %), тромбоз правой подвздошной артерии — у 1 (0,3 %), некроз мочеочника, перитонит — у 1 (0,3 %), лимфорей — у 1 (0,3 %), гематома промежности — у 1 (0,3 %), послеоперационная атония мочевого пузыря — у 2 (0,6 %), острая почечная недостаточность — у 2 (0,6 %), острая сердечная недостаточность — у 1 (0,3 %) пациента. Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре составила  $22,4 \pm 16,9$  дня (от 7 до 244 дней).

От послеоперационных осложнений умерло 4 пациента, летальность (послеоперационная и госпитальная) составила 1,2 %.

Причинами летальных исходов явились: несостоятельность колоректального анастомоза, разлитой перитонит у пациента 58 лет, перенесшего комбинированную переднюю резекцию прямой кишки по поводу рака ректосигмы (1 случай), тромбоз воротной вены, несостоятельность тонкокишечного анастомоза, разлитой перитонит у больного 79 лет, перенесшего комбинированную переднюю резекцию прямой кишки на фоне параректального абсцесса (1), тромбоэмболия легочной артерии у пациента 67 лет с ожирением и сахарным диабетом, перенесшего брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки (1) и острая почечная недостаточность у пациентки 60 лет, перенесшей брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки с резекцией илеоцекального угла, нефроуретерэктомией справа и преаортальной лифодиссекцией (1).

### **Выводы**

1. Структура оперативных вмешательств соответствует современным подходам, направленным на сохранение качества жизни пациентов при соблюдении принципов онкологического радикализма. Удельный вес брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки составил лишь 33,5 %. Колоректальный или колоанальный анастомозы одномоментно были сформированы у 56,4 % пациентов. Удельный вес комбинированных и симультанных операций составил 46,0 %.

2. Непосредственные результаты операций, являвшихся в условиях онкологического стационара в большинстве случаев плановыми, характеризуются низкой частотой послеоперационных осложнений (12,4 %). Наиболее часто наблюдалась несостоятельность колоректального анастомоза, возникшая в 5,2 % передних резекций.

3. Послеоперационная летальность составила 1,2 %. Умер 1 (11,1 %) из 9 пациентов с несостоятельностью колоректального анастомоза, в подавляющем большинстве случаев данное осложнение закончилось выздоровлением. Другими причинами летальных исходов явились: тромбоз воротной вены, несостоятельность тонкокишечного анастомоза, разлитой перитонит (1), тромбоэмболия легочной артерии (1) и острая почечная недостаточность (1). Большинство умерших пациентов перенесли комбинированные операции по поводу распространенного и осложненного опухолевого процесса, или имели выраженную сопутствующую патологию.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Злокачественные новообразования в Беларуси 2001-2010 [статистический сборник / А. Е. Океанов [и др.]; под редакцией О. И. Суконко, М. М. Сачек. — Минск: РНПЦ МТ, 2011. — 220 с.