

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 случая 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 (χ^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 %), гистэктомия 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.