

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

11–12 червня 2015 р., Київ

Первый опыт выполнения резекций печени при первичном и метастатическом раке печени в условиях Днепропетровского областного клинического онкологического диспансера

*О.И. Балашова, Д.Ю. Савенков, В.В. Ханов,
А.В. Хоменко, С.С. Сирый, Е.А. Перепелица*

*Коммунальное учреждение «Клинический
онкологический диспансер» Днепропетровского
областного совета», Днепропетровск, Украина*

Колоректальный рак (КРР) по-прежнему остается одной из наиболее распространенных форм опухолей, прогрессируя до IV стадии у 70% больных. Печень — первый «орган-мишень» на пути гематогенного распространения, а лечение метастазов этой локализации во многом определяет дальнейший прогноз. Резекция печени повышает 5-летнюю выживаемость у 35–60% пациентов.

В Днепропетровском клиническом областном онкологическом диспансере резекции выполняют с 2013 г. Проведены 22 анатомических резекций печени:

- 4 правосторонние гемигепатэктомии (в том числе одна из них с одномоментной резекцией сигмовидной кишки);
- 1 мезогепатэктомия;
- 12 бисегментэктомий;
- 5 одномоментных резекций прямой кишки с удалением одного или двух сегментов.

А також 28 атипичних резекцій печінки.

Из 22 больных — 10 мужчин и 12 женщин. Все пациенты имели класс А по шкале Child-Pugh. Средний возраст составлял 62 года: от 39 до 74 лет. Гистологические варианты опухоли: 1 гепатоцеллюлярный рак печени, 1 метастаз гранулезоклеточного рака яичника, 19 метастатических КРР, 1 крупноузловой цирроз печени (сегментэктомия с левосторонней гемиколэктомией). Применяемая аппаратура: сварочный аппарат Патона, высокочастотный электрохирургический аппарат Erbe ICS 300 с биполярной коагуляцией.

Продолжительность операции: правосторонней гемигепатэктомии — 240±30 мин, бисегментэктомии — 120±40 мин. Объем кровопотери: при правосторонней

гемигепатэктомии — 2000 мл (минимальный — 1000 мл, максимальный — 2500 мл), бисегментэктомии — 635±150 мл. Сроки пребывания в отделении анестезиологии и интенсивной терапии — 2–3 сут. Печеночная недостаточность не зарегистрирована.

Осложнения (4 случая — 18%): тромбоз левой печеночной вены с летальным исходом; гематома по линии резекции объемом 20 мл; наружный желчный свищ; пневмония.

В настоящее время резекция печени — стандарт в комплексном лечении пациентов с метастатическим КРР. С развитием хирургической техники частота послеоперационных осложнений после резекции печени заметно снизилась, что позволяет широко применять этот метод лечения у онкологических больных.

Сучасні підходи в комбінованому і комплексному лікуванні пацієнтів із раком прямої кишки

*В.В. Балицький, М.А. Янчук, В.В. Керничний,
В.М. Галушко*

*Вінницький національний медичний
університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця,
Україна*

*Хмельницька обласна лікарня, Хмельницький,
Україна*

Невпинне підвищення захворюваності населення на рак прямої кишки потребує розробки і застосування нових схем лікування пацієнтів цієї категорії.

Із січня 2014 р. по травень 2015 р. у відділенні проктології Хмельницької обласної лікарні проліковано 83 хворих на рак прямої кишки. Із пухлинами верхньоампулярного відділу було 26 (31,3%) пацієнтів, середньоампулярного — 34 (40,9%), нижньоампулярного — 22 (26,5%), середньо-і нижньоампулярного — 1 (1,2%) хворий.

І стадію раку виявлено у 18 (21,7%) хворих, II стадію — у 28 (33,7%), III стадію — у 33 (39,8%), IV стадію — у 4 (4,8%).

Передопераційна крупнофракційна променева терапія (сумарна вогнищева доза 20 Гр) із радіомодифікацією 5-флуороурацилом і метронідазолом була проведена у 45 (54,2%) пацієнтів. Пролонгований двоетапний дрібнофракційний курс променевої терапії (сумарна вогнищева доза 72 Гр) з радіомодифікацією

капецитабіном і метронідазолом (ендоректально) застосовано у 34 (41,0%) хворих.

Характер проведених операцій: передня резекція прямої кишки — 14 (16,9%), низька передня резекція — 28 (33,7%), наднизька передня резекція — 20 (24,1%), червонно-анальна резекція прямої кишки з низведенням — 5 (6,0%), інтерсфінктерна резекція — 8 (9,6%), червонно-промежинна екстирпація прямої кишки за Кеню — Майлсом — 1 (1,2%), трансанальне видалення пухлини — 3 (3,6%) пацієнти.

Степлерний колоректальний анастомоз сформовано у 18 (22,8%) пацієнтів, ручний колоректальний та колоанальний анастомоз — у 60 (75,9%).

У 75 (95,0%) хворих були проведені радикальні (R0) хірургічні втручання, 4 (5,0%) пацієнтам із IV стадією — паліативні операції в обсязі радикальних. Кількість сфінктерозберігаючих операцій становила 78 (98,7%).

Усім пацієнтам у післяопераційний період призначали хіміотерапію за схемами FOLFIRI, FOLFOX, XELOX.

У 4 (4,8%) пацієнтів після пролонгованих двоетапних курсів променевої терапії з радіомодифікацією капецитабіном і метронідазолом під час ендоскопічного спостереження впродовж I року при неодноразових мультифокальних біопсіях у місці пухлини не виявлено ознак пухлинного росту.

Післяопераційна летальність становила 2,5% (2 пацієнти). Частота локальних рецидивів — 1,3% (1 пацієнт).

Застосування сучасних підходів до комбінованого і комплексного лікування хворих на рак прямої кишки дозволяє значно знизити післяопераційну летальність, збільшити кількість сфінктерозберігаючих операцій і зменшити частоту локальних рецидивів.

Результати хірургічного лікування хворих із метастатичним ураженням легень

*Л.В. Бороров, А.В. Ганул, Ю.М. Кондрацький,
Б.О. Борисюк, О.І. Кобзєв, В.М. Савенко,
А.В. Семиволос*

Національний інститут раку, Київ, Україна

Метастазування злоякісних пухлин у легені, за даними різних авторів, виявля-

ють у 1,6–55,4% хворих залежно від локалізації та гістологічної структури первинної пухлини. Донедавна появу віддалених метастазів у легенях та інших органах вважали ознакою дисемінації злоякісного процесу та безнадійності хворого. Таким пацієнтам нерідко призначали лише симптоматичну терапію чи відмовляли їм у проведенні спеціального лікування.

Метою роботи є покращення результатів хірургічного і комплексного лікування хворих із метастазами злоякісних пухлин у легені.

У відділенні пухлин органів грудної порожнини проведено хірургічне і комплексне лікування 274 хворих із метастазами злоякісних пухлин у легені. Критеріями відбору пацієнтів для хірургічного видалення метастазів із легень вважали: радикальне хірургічне видалення первинної пухлини; відсутність метастатичного ураження інших органів; обмежена кількість метастатичних вузлів, доступних для повного видалення.

Для досягнення часткової регресії чи стабілізації процесу, за показаннями, проводили неoad'ювантну хіміотерапію. Ризик власне оперативного втручання не має бути високим. Оптимальними оперативними втручаннями при видаленні легневих метастазів були економічні атипичні резекції, рідше — лобектомії. Виконання пневмонектомії при метастатичному ураженні легень не бажане, але можливе при великих солітарних вузлах, розташованих у корені легень у пацієнтів молодого віку.

За даними канцер-реєстру Національного інституту раку проведено аналіз фактичної 5-річної виживаності хворих. Найкращі результати отримано при хірургічному та комплексному лікуванні пацієнтів із метастазами у легенях злоякісних пухлин нирки — 72,8%, матки та яєчника — 44,3%, грудної залози — 26,9%, м'яких тканин — 30,0% та кісток — 21,6%. У хворих на рак прямої кишки, ободової кишки та легень ці показники гірші та становлять відповідно 15,5; 14,6 та 12,5%.

Результати проведеного дослідження дозволяють зробити висновок про доцільність видалення метастазів із легень для покращення результатів лікування хворих зі злоякісними пухлинами різних локалізацій.

Діагностика раку шлунка із застосуванням сучасних методів відеоезофагогастроуденоскопії (клінічний випадок)

Т.В. Бухарін¹, В.О. Яковенко^{1,2}, О.Г. Курик^{1,2}

¹Універсальна клініка «Оберіг», Київ, Україна

²Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Київ, Україна

Використання технологій підсилення ендоскопічного зображення має безсумнівні переваги над рутинною фіброезофагогастроуденоскопією (ФЕГДС) для діагностики передракових захворювань і раку шлунка (РШ). Наводимо випадок із практики.

Пацієнтка *М.*, 48 років, звернулася до Медичного центру «Універсальна клі-

ніка «Оберіг» зі скаргами на біль у шлунку, слабкість, різку втрату маси тіла, запаморочення, блювання «кавовою гушею», кал чорного кольору. З анамнезу відомо, що захворіла гостро 3 тиж тому, коли з'явився біль у шлунку. Звернулася у клініку за місцем проживання, де було проведено звичайну ФЕГДС і виявлено еритематозну гастропатію. Призначено пантопризол 40 мг 2 рази на добу. Через тиждень від початку лікування стан хворої погіршився, її госпіталізували у міську лікарню зі шлунковою кровотечею, де вдруге виконано ФЕГДС. Висновок: ерозивна гастропатія, ускладнена кровотечею Forrest I-b.

На базі відділення ендоскопії та малоінвазивної хірургії клініки «Оберіг» виконано відеоезофагогастроуденоскопію, ендомікроскопію ($\times 115$), NBI-хромоскопію, інверсію в шлунку, прецизійну біопсію (апарат Olympus Q-160Z, процесор Olympus EVIS EXERA II). По малій кривизні у середній третині тіла шлунка з переходом на задню стінку — виразковий процес розміром 7,0–4,0 см, у центрі виразка 1,5 см у діаметрі, під фібрином, краї горбисті. Фібрин частково відмито, чітко диференціюються ділянки з нерегулярним судинним малюнком, шпороподібні судини. Проведено політопну прецизійну біопсію. Ендоскопічний висновок: карцинома тіла, кардіального відділу шлунка (2-й тип), догістологічний висновок — персеподібноклітинний рак? Патоморфологічний висновок: низькодиференційована аденокарцинома з елементами персеподібноклітинного раку, G3.

Отже, для підвищення якості діагностики РШ необхідно: використання відеоендоскопів експертного класу; ділянка слизової оболонки має бути відмита від фібрину, детриту, залишків слизу з використанням симетикону; біопсію слід проводити з ділянок із нерегулярним судинним малюнком або наявністю шпороподібних судин.

Використання ендоскопів із високою роздільною здатністю в режимах високого збільшення і вузькосмугової візуалізації є перспективним у діагностиці РШ.

Фактори ризику виникнення панкреатичних нориць після резекцій підшлункової залози

*О.І. Дронов, С.В. Земсков, О.С. Вороняк,
К.С. Бурміч, П.П. Бакунець, І.С. Климиук*
Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця, Київ, Україна

Київський Центр хірургії печінки, підшлункової залози та жовчних шляхів ім. В.С. Земскова, Київ, Україна

В основу роботи покладено аналіз результатів лікування 101 пацієнта зі злоякісними захворюваннями підшлункової залози, які перебували на стаціонарному лікуванні в Київському Центрі хірургії печінки, підшлункової залози та жовчних шляхів ім. В.С. Земскова на базі Київської міської клінічної лікарні № 10 за період з 2010 по 2014 р. Із них 82 хворим виконано проксимальну та 19 — дистальну резекцію підшлункової залози, в тому числі резекцію підшлункової залози як етап мультівісцє-

ральної резекції та криоабляцію резидуальної пухлини.

Визначення післяопераційної панкреатичної нориці виконували відповідно до рекомендацій International Study Group of Pancreatic Surgery. За критерієм χ^2 визначено зв'язки ($p < 0,01$) між виникненням панкреатичних нориць і такими клініко-морфологічними факторами, як м'яка структура паренхіми підшлункової залози, інтраопераційна крововтрата > 1000 мл, індекс маси тіла > 25 кг/м², рівень альбуміну в крові до операції < 35 г/л та виконання резекції підшлункової залози як етапу мультівісцєральної резекції та/або криоабляції пухлини.

До можливих методів прогнозування належить чітке визначення обсягу оперативного втручання до операції. Сучасні МР-технології дають змогу з високою ймовірністю виявляти інвазію пухлини в стінки судини та фасціальні листки. Це визначає стандартну, судинну, мультівісцєральну резекцію чи можливість застосування криоабляції з метою досягнення локального контролю пухлини.

Профілактика полягає в корекції гіпоальбумінемії до операції та зменшенні інтраопераційної крововтрати за рахунок вдосконаленої хірургічної техніки і використання сучасних хірургічних технологій зварювання тканин.

Мікробіологічні особливості перебігу гострого поширеного перитоніту на тлі раку ободової кишки

О.І. Іващук, І.Я. Гушул, В.П. Унгуран
Буковинський державний медичний
університет, Чернівці, Україна

Гострий поширений перитоніт є одним із найтяжчих ускладнень багатьох захворювань органів черевної порожнини. Нерідко у хірургічній практиці трапляється гострий поширений перитоніт, джерелом якого є злоякісне новоутворення ободової кишки. Перитоніт, який виник на тлі вже існуючих патологічних змін, спричинених власне раковою хворобою, має низку патогенетичних особливостей, які значно ускладнюють його перебіг і призводять до незадовільних результатів лікування.

Експериментальне вивчення мікробіологічних особливостей перебігу гострого поширеного перитоніту на тлі злоякісного новоутворення ободової кишки дасть змогу ефективніше проводити лікування пацієнтів із цим захворюванням.

У зв'язку з вищевикладеним метою нашої роботи було вивчити в експерименті якісний і кількісний склад мікрофлори перитонеального ексудату після моделювання гострого поширеного перитоніту на тлі раку ободової кишки.

Експеримент виконано на 28 щурах, яким змодельовано гострий поширений перитоніт шляхом інтраперитонеального введення 30% калової суспензії. Основну групу становили 16 тварин, яким за 2 тиж до моделювання гострого поширеного перитоніту прищеплено пухлину Герена в ободову кишку (пат. № 98406). Групу порівняння утворили 12 тварин без раку ободової кишки. Посів ексудату черевної порожнини проводили

через 24 та 48 год після моделювання гострого поширеного перитоніту.

Отримані результати вказують на те, що розвиток гострого поширеного перитоніту на тлі раку ободової кишки впродовж 48 год характеризується вірогідним збільшенням кількості висіяних штамів *K. pneumoniae*, мікроорганізмів роду *Proteus*, дріжджоподібних грибів роду *Candida*, появою росту *S. aureus*, а також зростанням популяційного рівня *E. coli*, *K. pneumoniae*, мікроорганізмів роду *Proteus* та *Streptococcus*, дріжджоподібних грибів роду *Candida*.

Це необхідно враховувати при виборі частоти санації черевної порожнини, методів її проведення, а також спектра антибактеріальних препаратів.

Особливості репарації тканин навколо сітчастого імплантата на тлі злоякісного новоутворення

О.І. Іващук, І.К. Морар, В.Ю. Бодяка
Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

У хворих зі злоякісними новоутвореннями органів черевної порожнини відзначено високий ризик виникнення евітрації та інших небезпечних ускладнень з боку післяопераційної рани, які зумовлені явищами вторинного імунodefіциту, кахексії, анемії тощо. Застосування сітчастих імплантатів з метою попередження цих післяопераційних ускладнень певною мірою може вирішити окрему проблему, проте відсутні дані щодо репаративної здатності тканин навколо сітчастого імплантата в цієї категорії пацієнтів. Вивчення морфології грануляційної тканини на тлі злоякісного новоутворення дасть змогу більш диференційовано підійти до тактики застосування сітчастих імплантатів у хворих онкологічного профілю.

У зв'язку з цим метою нашого дослідження було з'ясувати в експерименті особливості морфології грануляційної тканини навколо елементів сітчастого імплантата передньої черевної стінки на тлі злоякісного новоутворення.

Експеримент виконано на 34 щурах, яким імплантовано сітку ULTRAPRO в тканини м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки. Першу групу утворили 8 тварин, яким не прищеплювали пухлину Герена. Другу групу становили 12 щурів із пухлиною Герена, яким імплантовано сітку. До третьої групи увійшли 14 щурів, яким після видалення пухлини Герена імплантовано сітку. Проводили морфометрію за допомогою комп'ютерної мікроденситометрії.

Отримані результати свідчать, що наявність в організмі злоякісного новоутворення пригнічує процеси дозрівання грануляційної тканини навколо елементів сітчастого імплантата. Радикальне видалення пухлини призводить до сповільнення процесів дозрівання грануляційної тканини навколо елементів сітчастого імплантата, що доводить вірогідне зменшення площі грануляційної тканини, оптичної густини забарвлених колагенових волокон, а також збільшення кількості клітин, питомого об'єму кровонаповнення судин.

Таку особливість необхідно враховувати при пластиці передньої черевної стінки сіт-

частим імплантатом після виконання паліативних та особливо радикальних оперативних втручань у хворих з онкологічною патологією.

Особливості теплового потоку молочної залози, ураженої злоякісним новоутворенням

О.І. Іващук, І.Д. Постевка, В.Ю. Бодяка
Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Незважаючи на розвиток сучасної онкології, рак молочної залози продовжує залишатися найбільш розповсюдженим захворюванням серед жінок. На сьогодні єдиним ефективним способом боротьби з раком молочної залози є превентивна діагностика, що вказує на необхідність створення нових неінвазивних технологій, які б доповнювали традиційні методи обстеження. Показником швидкості перебігу біологічних процесів в організмі людини є тепловий потік внутрішніх органів, значення якого змінюється при різних патологічних станах. Вимірювання теплового потоку з поверхні молочної залози дозволить вдосконалити принципи діагностики її захворювань, зокрема онкологічного генезу.

Тому метою нашого дослідження було з'ясувати тепловиділення тканин молочної залози у жінок зі злоякісними новоутвореннями зазначеної локалізації.

Обстежено 125 жінок віком від 18 до 45 років. Основну групу становили 93 хворі на рак молочної залози I (T1N0M0) — ІА (T1–2N0–1M0) стадії. Групу порівняння утворили 32 абсолютно здорові жінки. Визначення теплового потоку молочної залози проводили контактним способом, використовуючи термоелектричний медичний тепломір.

Отримані результати свідчать, що тепловий потік патологічно неуразеної правої чи лівої молочної залози вірогідно не відрізняється, проте переважають показники верхніх квадрантів над нижніми. За наявності злоякісного новоутворення у молочної залозі тепловий потік у кожному її квадранті вірогідно відрізняється від інших. При порівнянні теплового потоку патологічно неуразеної молочної залози та за наявності в ній злоякісного новоутворення показники при раку вірогідно нижчі у всіх квадрантах органа, незалежно в якому із них розташована пухлина.

Таким чином, тепловий потік молочної залози повною мірою відображає морфофункціональний стан її тканин, що може бути використано з метою додаткової діагностики злоякісних новоутворень цієї локалізації, особливо при проведенні масового скринінгу жінок.

Радикальне лікування хворих на рак верхньогрудної частини стравоходу

С.І. Кіркільєвський, П.С. Крахмальов, Ю.М. Кондрацький, Р.І. Фридель
Національний інститут раку, Київ, Україна

Щороку в Україні на рак стравоходу захворює близько 2000 осіб, серед них близько 300 (10–15%) — на рак верхньогрудної частини стравоходу. Традиційно у цього контингенту пацієнтів застосову-

ють паліативне консервативне лікування (радіохіміотерапія). Метою роботи було покращення ефективності лікування хворих на рак верхньогрудної частини стравоходу за рахунок радикального видалення пухлини після неoad'ювантної радіохіміотерапії.

Дослідну групу становили 9 хворих на рак верхньогрудної частини стравоходу, яким було проведено комплексне лікування із застосуванням радикального оперативного втручання в обсязі субтотальної езофагоектомії після неoad'ювантної радіохіміотерапії (2 цикли променевої терапії до сумарної вогнищевої дози 60 Гр та 2 цикли внутрішньоартеріальної селективної поліхіміотерапії за схемою цисплатин + 5-флуороурацил).

Використання 2 циклів неoad'ювантної радіохіміотерапії під час операції дозволило відступати від пухлини в оральному напрямку на 1–2 см замість традиційних 4 см. За даними післяопераційного патоморфологічного дослідження, вогнища пухлинного росту на краях резекції не визначалися. Оперативне втручання суттєво поліпшило безпосередні результати та якість життя хворих. Відзначається тенденція до поліпшення віддалених результатів, але дані, у зв'язку з малим терміном спостереження, ще не є достовірними.

Комплексне лікування хворих на рак верхньогрудної частини стравоходу із застосуванням радикального оперативного втручання в обсязі субтотальної езофагоектомії після неoad'ювантної радіохіміотерапії дає змогу провести радикальне лікування таких пацієнтів, а отже, покращити якість життя та результати лікування.

Острая obturационная толстокишечная непроходимость в сочетании с осложненной ущемленной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (клиническое наблюдение)

А.И. Кравченко, А.В. Фокин
Клиника «Odrex», Одесса, Украина
Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Целью клинического наблюдения является анализ результатов успешного лечения пациентки с острой obturационной толстокишечной непроходимостью в сочетании с осложненной ущемленной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Пациентка *Ш.*, 1938 г. рождения, госпитализирована в клинику (июнь 2014 г.) с жалобами на постоянную тупую боль в эпигастральной области и левом подреберье, однократную рвоту, отсутствие аппетита, выраженную общую слабость спустя 12 ч после возникновения жалоб. Обращалась в поликлинику по месту жительства (выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагофиброскопия, оденоскопия, общий анализ крови). В связи с неинформативностью результатов обследования проведена компьютерная томография органов брюшной полости и малого таза (с внутривенным контрастированием). Установлен диагноз: стенозирующее образование селезеночного поворота толстой кишки (селезеночный угол), ущемленная диафрагмальная

грыжа, перфорация полого органа. Во время проведения предоперационной подготовки у больной возникла спонтанная остановка дыхания и сердечной деятельности. После реанимационных мероприятий и инфузионной подготовки произведено оперативное вмешательство по жизненным показателям — лапаротомия, операция Гартмана, позадижелудочное дренирование зоны микроперфорации пищеводно-желудочного перехода, санация и дренирование брюшной полости. Гистологическое заключение: умеренно-дифференцированная аденокарцинома, прорастающая всю толщину стенки толстой кишки; края резекции — опухолевого роста нет; большой сальник — полнокровные сосуды; данных о метастатическом поражении нет.

Послеоперационный период осложнился развитием двустороннего экссудативного плеврита, коагулопатии, подкожной гематомы нижнего угла лапаротомной раны, геморриoidalными кровотечениями. На 3-и сутки после операции развился наружный желудочный свищ (по ходу дренажного канала), что подтверждено при компьютерной томографии органов брюшной полости с контрастированием триомбрином + N-метилглюкамином. На фоне проводимого лечения на 25-е сутки свищ самостоятельно закрылся. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 36-е сутки для дальнейшего лечения в условиях областного онкологического диспансера. В августе 2014 г. пациентка находилась на лечении в клинике по поводу тромбоза глубоких вен. В октябре 2014 г. произведено вскрытие и дренирование поддиафрагмального абсцесса слева. Январь 2015 г. — лапаротомия, иссечение колостомы, восстановление целостности толстого кишечника с трансверзо-десцендоанастомозом «конец-в-бок», санация и дренирование брюшной полости, геморриодэктомия по Миллигану — Моргану. Послеоперационный период протекал гладко, заживление *per prima*. Выписана в удовлетворительном состоянии на 12-е сутки.

Анализируя клиническое наблюдение, можно предположить, что ведущую роль занимает стенозирующая аденокарцинома селезеночного угла толстой кишки. Развившаяся острая обтурационная кишечная непроходимость спровоцировала повышение внутрибрюшного давления и ущемление в существующей грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

Особенности иммуногистохимической диагностики нейроэндокринных опухолей травного тракта

А.С. Кривешко, О.Г. Курик, В.О. Яковенко, В.В. Баздирев

Национальный медицинский университет им. О.О. Богомольца, Київ, Украина

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної і клінічної медицини» Державного управління справами, Київ, Украина

Медицинский центр «Универсальная клиника «Обері», Київ, Украина

Нейроэндокринные опухоли (НЕО) травного тракта на сьогодні є актуальною проблемою. Основним у морфологічній діагностиці НЕО є імуногістохімічне (ІГХ)

дослідження. Проведений аналіз сучасних публікацій, присвячених діагностиці НЕО, дозволив зробити висновки, що для верифікації НЕО доцільно використовувати поєднання таких імунних маркерів, як хромогранін А, синаптофізін, CD56, а для визначення проліферативної активності — Ki-67, p53 і AMACR. Нещодавно вчені провели дослідження та визначили залежність ступеня експресії AMACR від стадії розвитку НЕО. AMACR — цитоплазматичний ензим, який відіграє основну роль у бета-окисненні розгалужених ланцюгів жирних кислот. Встановлено кореляцію між рівнем експресії AMACR, Ki-67 та p53 і потенціалом злоякісності пухлини NET G1 (neuroendocrine tumor), NET G2 та NEC (neuroendocrine carcinoma) (таблиця).

Таблиця. Експресія Ki-67, p53 та AMACR при різному ступені злоякісності пухлини

Пухлина	Ki-67	P53	AMACR
NET G1	1,7%	0%	0%
NET G2	7,2%	0%	66,7%
NEC	67,1%	66,7%	90,2%

Отже, для визначення відмінності між NEC та NET можна застосовувати p53 та Ki-67, а AMACR дає можливість диференціювати не лише NEC від NET, але й NET G1 від NET G2.

NET G1 — високодиференційовані пухлини з низьким ступенем злоякісності, високою експресією хромограніну А, синаптофізину, мітотичним індексом (MI) <2 та проліферативною активністю (Ki-67) <20, високою експресією CD56, низькою експресією p53, без експресії AMACR.

NET G2 — високодиференційовані пухлини з перемижним ступенем злоякісності, високою експресією хромограніну А, синаптофізину, MI 2–20 та проліферативною активністю 2–20, помірною експресією CD56, помірною експресією p53, експресією AMACR >60%.

NEC — низькодиференційовані злоякісні пухлини з високим ступенем злоякісності, слабкою експресією хромограніну А, але експресією синаптофізину на рівні >70%, MI >20 та проліферативною активністю >20, низькою експресією CD56, високою експресією p53. Основною відмінністю є висока експресія AMACR — 90%.

Отже, найбільш інформативним для підтвердження біологічної природи та оцінки ступеня злоякісності НЕО є використання таких маркерів, як хромогранін А, синаптофізін, CD56, Ki-67, p53 та AMACR.

Алгоритм діагностики первинних злоякісних пухлин печінки

Г.В. Лаврик

Национальный институт рака, Київ, Украина

Зростання захворюваності на злоякісні пухлини печінки диктує необхідність пошуку можливостей раннього виявлення та адекватного підходу до лікування. Провідну роль у встановленні стадії захворювання відіграють променеві методи діагностики.

Мета дослідження — визначити доцільність використання методів променевої діагностики у стадіюванні первинних пух-

лин печінки, плануванні тактики та оцінці ефективності лікування.

Проведено комплекс променевих методів дослідження (ультразвукове дослідження (УЗД), спіральна комп'ютерна томографія (СКТ) та магнітно-резонансна томографія (МРТ)) і проаналізовано дані 175 хворих на первинний рак печінки. За результатами гістологічної верифікації операційного та біопсійного матеріалу в 81,1% випадків діагностовано гепатоцелюлярну карциному, в 6,2% — холангіоцелюлярну карциному, в 12,5% — гепатобластому. Вік пацієнтів становив від 6 до 72 років, чоловіків було 97, жінок — 78. У стандарт обстеження пацієнтів входило дослідження органів черевної порожнини (прицільно печінки); УЗД у В-режимі та з методиками картування (кольорове доплерівське картування, енергетичне доплерівське картування) для оцінки гемодинамічних змін в основних висцеральних судинах; СКТ-дослідження із застосуванням внутрішньовенного болюсного підсилення зі скануванням в артеріальну та портальну фазу, із реконструкцією зображень у режимах MIP, MinIP, 3D. МРТ виконано у 56 пацієнтів для оцінки та уточнення розповсюдження пухлини, виявлення рівня обструкції жовчних проток, наявності інфільтрації на прилеглі органи та тканини. Відповідь пухлини на лікування оцінювали кожні 8 тиж (за результатами СКТ або МРТ) відповідно до критеріїв RECIST.

За результатами УЗД новоутворення в печінці виявлено у всіх пацієнтів. Специфічними УЗ-ознаками первинного раку печінки встановлено наявність пухлини вузлового (59,3%), мультивузлового (28,3%) чи дифузного (12,3%) характеру, зниженої (78,5%), підвищеної (13,3%) чи анехогенної (7,9%) неоднорідної структури. Також виявлена надлишкова васкуляризація (84,4%) у структурі пухлини, гемодинамічно значущі порушення кровотоку (75,7%) у загальній печінковій артерії та ознаки портальної гіпертензії у 83,3% проведених досліджень. Чутливість УЗД у визначенні стадії пухлинного процесу становила: при T2 — 89%, при T3–4 — 94%.

За характером контрастування уточнено специфічні КТ-ознаки: встановлено дифузну гіперденсність (27,3%) та/або переважно неоднорідну знижену (72,7%) щільність пухлини, наявність гіперденсної (88,9%) перифокальної зони. При моно-/білобарному (75,0%) ураженні визначено характер контрастування неураженої паренхіми (наявність зон зниженої щільності — у 57,3%) з гіпер- (32,5%) та гіподенсними (87,9%) осередками.

Визначено варіант живлення пухлини, інвазію у венозне (34,8%) русло, залучення великої воротної (34,8%), печінкових (51,5%) і нижньої порожнистої (13,7%) вени, уточнено варіанти судинної анатомії печінки (54,5%), наявність збільшених лімфатичних вузлів (84,7%). Точність СКТ при T3–4 та збільшених лімфовузлах печінково-дуоденальної зв'язки становила 87 і 100% відповідно. Застосування МР-холангіографії доповнило дані про залучення жовчних проток (77,3%) із визначенням рівня

обструкції: інтра- (67,7%) та позапечінковий (12,4%) блок. Період діагностичного моніторингу становив від 6 міс до 5 років, крім загально-клінічних досліджень, включав проведення контрольних УЗД та/чи СКТ/МРТ грудної, черевної порожнини для оцінки перебігу злоякісного процесу в печінці після поліхіміотерапії, виконання операції, для виключення/виявлення рецидиву. На основі комплексу застосованих променевих методів розроблено алгоритм діагностики первинних злоякісних пухлин печінки.

Застосування комплексу променевих методів дослідження дає можливість визначити доцільність застосування кожного методу, виявити найбільш специфічні ознаки, уточнити розповсюдженість пухлинного процесу, спланувати обсяг лікування, оцінити його ефективність і спрогнозувати подальший перебіг хвороби.

Променевий моніторинг післяопераційних ускладнень після резекції печінки різного обсягу

Г.В. Лаврик, Т.С. Головки, А.В. Лукашенко, О.О. Халісєв, Л.А. Шевчук, О.О. Бакай, Л.В. Руда

Національний інститут раку, Київ, Україна

Резекція печінки пов'язана з високим ризиком виникнення післяопераційних ускладнень, частота їх появи залишається достатньо високою і не має наразі суттєвої тенденції до зниження. Низький функціональний резерв паренхіми печінки, що залишається, — основний фактор розвитку післяопераційної печінкової недостатності. Значне місце займають і гнійно-септичні інтраабдомінальні ускладнення з формуванням запальних інфільтратів, абсцесів у зоні виконаної операції.

Проведено та проаналізовано комплекс динамічних (ультразвукове дослідження, спіральна комп'ютерна томографія) досліджень у пацієнтів, котрим було виконано операції на печінці. У структурі оперативних втручань провідне місце зайняли анатомічні резекції — у 59,4% пацієнтів; із них у 24,5% — секторальні (бісегментарні), 18,7% — гемігепатектомія, 12,2% — сегментарні резекції, у 6,1% — розширені резекції, у 4,6% — повторні операції на печінці.

Жовчовиділення по дренажу та підтікання рідинного вмісту за ходом дренажної трубки (73,1%) мало місце в перші дні післяопераційного періоду, але при подальших дослідженнях візуально не діагностувалося. Підкапсульне накопичення жовчі по краю резекції виявлено у 8,5% хворих, формування біломи, що потребувало дренажу, — у 5,6%. Затім жовчі по краю печінки та/чи підпечінково/піддіафрагмально (18,5%) пов'язаний із розміром ранової поверхні печінки та наявністю на поверхні дрібних жовчних проток.

Накопичення рідинного вмісту у зоні операції становило 87,6%, при подальших спостереженнях кількість рідини зменшувалася та далі її не фіксували зовсім. Виникло осумкування (12,7%) рідини в зоні операції. У динаміці відмічали згущення (6,3%) рідинного вмісту, появу включень (9,2%), стовщення капсули (7,7%). У піддіафрагмальному просторі сформований абсцес діагностовано в 3,2% випадків. Реактивний правобічний плеврит (8,1%) розглядався

нами не як ускладнення, а як місцева реакція на операцію. У 5 випадках виконано дренажування правого гемотораксу.

При оцінці стану судинних анастомозів виявлено ознаки оклюзії печінкової артерії (1,4%), що потребувало повторної операції. Стеноз печінкової артерії (1,4%) діагностовано в більш віддалені терміни спостереження.

Різні види порушень ворітного та печінкового кровотоку визначено у 13,3% спостережень: оклюзійний (2,8%), неоклюзійний (6,8%) тромбоз основного ствола та/чи залишкової гілки (правої/лівої) ворітної вени. У подальшому (після лікування) відмічено зменшення розмірів пристінкового тромбу та часткове відновлення просвіту вени. Деформація просвіту (2,8%) нижньої порожнистої вени проявлялася нерівністю та деформацією контура стінки вени, звуженням просвіту, збільшенням лінійної швидкості кровотоку (>3 рази), наявністю турбулентного кровотоку дистальніше від місця звуження. Ці порушення було розцінено як гемодинамічно не значущі. Ознаки біліарної гіпертензії: у вигляді розширення (>0,2 см) внутрішньопечінкових (13,9%) жовчних проток у ранній післяопераційний період у подальшому проявлялося біліарним (10%) «сладж»-синдромом як предиктор розвитку післяопераційного холангіту у 3 хворих.

Застосування динамічних досліджень дозволило своєчасно виявити післяопераційні ускладнення, скоригувати лікування, а надалі вести моніторинг пацієнтів.

Променева діагностика тромбозу системи ворітної вени пухлинного походження

Г.В. Лаврик, О.О. Халісєв

Національний інститут раку, Київ, Україна

Наявність пухлини в ділянці гепатопанкреатобіліарної зони (ГПБЗ) потребує визначення розповсюдження процесу для подальшого планування лікування: можливості виконання операції чи застосування консервативних куративних методів. Одним із важливих моментів є оцінка венозного кровотоку в системі ворітної вени (ВВ), його перерозподіл як наслідок оклюзії, наявність колатералей.

Мета дослідження — визначення можливостей променевих (ультразвукове дослідження — УЗД) і спіральна комп'ютерна томографія — СКТ) методів у діагностиці пухлинних тромбозів системи ВВ при злоякісних новоутвореннях ГПБЗ.

Виконано та проаналізовано результати досліджень 56 пацієнтів із злоякісними пухлинами в ділянці ГПБЗ (гепатоцелюлярна карцинома — 17, рак підшлункової залози — 35, злоякісні лімфоми — 4), у яких при проведенні СКТ виявлено різні форми та варіанти тромбозу ВВ та/чи її гілок. СКТ-дослідження виконано в динамічних режимах: Shue Start, ранно, пізно артеріальну та порталну фази із внутрішньовенним болюсним введенням контрасту для візуалізації судин (однократне введення неїонного рентгеноконтрастного препарату із розрахунку 1,5–2 мл/кг маси тіла пацієнта зі швидкістю 3–5 мл/с). Проведено реконструкції зображень у режимах MIP, MinIP, 3D. У 46 випадках виконано УЗД

для оцінки напрямку та визначення кількісних показників (V_{vol} , V_{mean}) кровотоку ВВ. Морфологічно діагноз підтверджено у всіх пацієнтів.

Базова затримка накопичення контрасту в паренхімі внаслідок пухлинного процесу проявилася у вигляді зменшення порталного кровотоку (V_{vol} ВВ < 600 мл/хв), що візуально визначалося у зниженні ехогенності/щільності (37,6%) паренхіми печінки, зменшенні об'єму (64,2%) секції чи сегмента.

Проводили оцінку тромбозу за локалізацією, протяжністю, інвазією в стінку, ступенем оклюзії, наявністю колатерального кровотоку. Діагностовано тромбоз стовбура (42,8%), часткових гілок (30,3%), гілок басейну ВВ (на рівні confluens — 33,9%, селезінкової — 37,5%, верхньої брижової вени — 28,5%). Серед основних ознак тромбозу виділено повну та неповну оклюзію, із частковим та повним (19,6%) вивоненням просвіту вени. При неповній оклюзії визначено компресію (23,2%), звуження просвіту >50% (57,2%), інвазію в стінку (25,7%) вени. При УЗД виявлено зміну направленості кровотоку із гепатопетального на гепатофульній (82,1%), сповільнення швидкості (V_{mean} ВВ до < 10 см/с) — у 92,8% спостережень, відсутність коливання діаметра просвіту (>15 мм) ВВ при диханні — у 87,5%.

Серед додаткових непостійних ознак виявлено збільшення сегмента ВВ (12,5%), розширення просвіту (>11 мм — часткові гілки та >13–15 мм — у стовбурі) — у 26,7% випадків. Ознаки порталної гіпертензії, спленомегалії, асцити розцінювалися як додаткові симптоми оклюзії в системі ВВ.

Результатом пухлинного тромбозу ВВ є швидке формування колатералей: у вигляді кавернозної трансформації маргінальних вен холедоха (14,2%), перигастрального (28,5%) колатерального кровотоку у відповідь на оклюзію селезінкової вени при пухлинах підшлункової залози.

Застосування комплексного променевого дослідження дозволило оцінити розповсюдженість основного процесу, діагностувати тромбоз ВВ, оцінити його поширеність, спланувати обсяг лікування.

Ендовидеохирургические технологии в лечении рака и гастроинтестинальных стромальных опухолей желудка

О.Э. Луцевич¹, Э.А. Галлямова¹⁻⁴,

С.В. Галлямова³, К.С. Преснов^{2,4},

А.А. Макушин³, А.С. Ерин⁵, А.В. Харчук²

¹Московский государственный медицинский стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, кафедра факультетской хирургии № 1, Москва, Россия

²Центральная клиническая больница гражданской авиации, Москва, Россия

³ЗАО «Группа компаний «Меди», Москва, Россия

⁴Медицинский центр Центрального банка России, Москва, Россия

⁵Городская клиническая больница № 50, Москва, Россия

Рак желудка продолжает составлять почти треть всех смертельных исходов от злокачественных опухолей во всем мире. Хирургический метод остается основным

способом в лечении местно-распространенного рака желудка. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) чаще всего локализируются в желудке. У больных с опухолями более 10 см 5-летняя выживаемость составляла всего лишь 20%.

Цель исследования — улучшить результаты лечения больных с раком и ГИСО желудка путем применения эндовидеохирургических технологий.

С 2000 по 2014 г. прооперировано 75 больных с различными формами онкологических заболеваний желудка. Из них 48 (64%) мужчин и 27 (36%) женщин. Возраст больных колебался от 32 до 75 лет. Объем поражения устанавливали на основании рентгенологического, эндоскопического, ультразвукового исследования, компьютерной томографии. Оценку поражения желудка также проводили по данным биопсии. Стадию процесса в дооперационный и послеоперационный период оценивали согласно классификации Международного противоракового союза.

В клиниках, представленных коллективом авторов, выполнено 75 эндовидеохирургических вмешательств: лапароскопическим доступом оперировано 55 (73,3%) пациентов, из них 29 — по поводу рака желудка, 26 — ГИСО желудка. Лапароскопически ассистированным доступом проведены хирургические вмешательства у 3 (4,0%) пациентов по поводу рака желудка; мануально ассистированным — у 17 (22,7%) больных раком желудка. В 24 (32,0%) случаях выполнена гастрэктомия: у 3 пациентов проведена лапароскопически ассистированная, в 12 случаях — лапароскопическая и в 9 — гибридная гастрэктомия. В 25 (33,3%) случаях осуществлена субтотальная резекция желудка: у 17 пациентов — лапароскопическая субтотальная резекция желудка и 8 — гибридная субтотальная резекция желудка. В 20 (26,7%) случаях выполняли лапароскопическую секторальную резекцию желудка, в 6 (8,0%) — лапароскопическую проксимальную. При раке желудка всем пациентам проводили стандартную D-2-лимфодиссекцию. Выполняли данные оперативные вмешательства с использованием стандартных наборов для эндовидеохирургических операций, применяли ультразвуковые ножницы Harmonic («Ethicon Endo-Surgery»), аппарат биполярной коагуляции Ligasure, EnSeal, набор линейных эндоскопических сшивающих аппаратов (Eshelon, АТВ-45, Flex, EndoGIA-30, Endouaniversal), устройство для ручного ассистирования Lap-Disk, Dextrus («Ethicon Endo-Surgery»). Удаленный орган помещали и эвакуировали из брюшной полости в герметичном контейнере, соблюдая принципы абластики. Время оперативных вмешательств составило 100–400 мин, кровопотеря — 250–900 мл, продолжительность койко-дня — 4–15 сут. Осложнения после операции возникли в 3 (4,0%) случаях в виде анастомозита. У 1 (1,3%) пациента с развившимся анастомозитом установлен самораскрывающийся непокрытый нитиноловый стент (удален через 2 мес).

Применение эндовидеохирургических технологий в лечении пациентов со злокачественными образованиями желудка

позволяет обеспечить соблюдение онкологических принципов терапии при злокачественных заболеваниях и адекватную радикальность оперативного вмешательства при малой/минимальной инвазивности. Малый процент осложнений (4,7%) позволяет сопоставить эндовидеохирургические методы лечения с традиционными, однако в связи с небольшим количеством наблюдений систематизировать отдаленные онкологические результаты считаем преждевременным.

Диагностика зубчатых неоплазий товстой кишки

Д.М. Нагорна¹, О.Г. Курик^{2,3}, В.О. Яковенко^{2,3}, О.С. Губар²

¹Национальный медицинский университет им. О.О. Богомольца, Київ, Україна

²Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної і клінічної медицини» Державного управління справами, Київ, Україна

³Медичний центр «Універсальна клініка «Обері», Київ, Україна

Зубчасті аденоми (ЗА) товстої кишки — різновид передракових утворень слизової оболонки товстої кишки, які відносно нещодавно почали діагностувати в нашій країні. Раніше їх діагностували як аденоми, гіперпластичні поліпи, але в останні роки виявилось, що ці утворення мають специфічний генез, до того ж у них характерна морфологічна будова. ЗА — це колоректальні неоплазії, які гістологічно характеризуються зірчастоподібним перетворенням епітелію крипт, розширенням крипт, можливо, з їх одночасним видовженням. ЗА мають високий онкогенний потенціал і тому підлягають хірургічному лікуванню.

Мета — визначення частоти виявлення ЗА при скринінговій колоноскопії з подальшим морфологічним дослідженням біоптатів.

Проведено ретроспективну оцінку результатів морфологічного дослідження матеріалу, взятого при проведенні 499 діагностичних колоноскопій з біопсією (відеоендоскопія Olympus CF-150; Olympus GIF-160Z «Olympus Optical Co., Ltd», Токіо, Японія), які були виконані у 2013 р. на базі Медичного центру «Універсальна клініка «Обері» м. Києва. Пацієнти були віком від 16 до 85 років.

Із 499 у 360 (72%) пацієнтів були виявлені аденоми, із них ЗА — у 94 (26%). ЗА можуть бути поліпоподібними і плоскими. Поліпоподібні аденоми з поверхні мають зірчасту будову, а ближче до основи — будову тубулярних аденом, де відмічають ознаки дисплазії епітелію. Плоскі ЗА — це неоплазії, які не мають поліпоподібної будови, практично не підвищуються над рівнем слизової оболонки кишки, але крипти із зірчастим перетворенням епітелію розширені, можуть бути видовжені, розташовуватися горизонтально. Якщо пласка ЗА у довжину більша 10 мм, то вона належить до LST ЗА. Іноді діагностують зубчасті мікроаденоми в межах кількох крипт. Гістологічно 40% ЗА були поліпоподібними, 57% — плоскими і 3% — мікроаденомами.

ЗА є частою патологією слизової оболонки товстої кишки, яку виявляють у 26% пацієнтів із поверхневими неоплазіями товстої кишки. Скринінгова колоноскопія з біопсією є ефективною для діагностики передракових колоректальних неоплазій, до яких належать ЗА.

Ендоскопічна папілєктомія

І.Л. Насташенко

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ, Україна

Київський міський центр хірургії захворювань печінки, підшлункової залози та жовчних протоків, Київ, Україна

Мета — покращити результати ендоскопічного лікування хворих із доброякісними новоутвореннями великого сосочка дванадцятипалої кишки шляхом вдосконалення методики ендоскопічної папілєктомії.

Наведено досвід виконання ендоскопічної папілєктомії у 7 пацієнтів з приводу доброякісних новоутворень великого сосочка дванадцятипалої кишки. В усіх випадках вони були симптомними — пацієнти обстежували з приводу механічної жовтяниці. Пухлини Фатерова сосочка були виявлені при виконанні ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії, верифікацію діагнозу проводили за даними морфологічного дослідження біопсійного матеріалу. З метою встановлення поширеності процесу у хворих з аденомами великого сосочка дванадцятипалої кишки виконували ендоскопічне ультразвукове дослідження. Виявлення розповсюдження пухлини за межі слизової оболонки кишки, на дистальну частину жовчних і панкреатичної проток було підставою для відмови від виконання ендоскопічної папілєктомії на користь черевної операції. У 4 (57,1%) випадках папілєктомію проводили методом петельної електроексцизії і в 3 (42,9%) — за розробленим у клініці способом.

При виконанні ендоскопічної папілєктомії за розробленим у клініці способом кратність втручань при первинній операції зменшилася на 60,0%, рецидивів захворювання (спостереження з контрольними біопсіями в строки від 14 до 27 міс) не було, у контрольній групі — 25,0%.

Ендоскопічна папілєктомія є операцією вибору у хворих з аденомами великого сосочка дванадцятипалої кишки. Можливості покращення результатів ендоскопічної папілєктомії полягають у вдосконаленні техніки виконання операції.

Технические аспекты выполнения лапароскопической лимфодиссекции D3 при опухолях правой половины ободочной кишки

А.Н. Павленко, К.Г. Шостка

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ленинградский областной онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия

Аудит результатов лечения пациентов с опухолями правых отделов ободочной кишки привел к существенному изменению хирургической техники. Рекомендованной

методикой в настоящее время является техника «complete mesocolic excision». Сегодня нет общепринятой методики, рекомендованной для выполнения этого этапа операции лапароскопическим способом, что и обусловило актуальность данной темы.

В 1-м хирургическом отделении ГБУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер» лапароскопические вмешательства с «complete mesocolic excision» выполняют с 2010 г.

Целью настоящей видеопрезентации является демонстрация методики выполнения «complete mesocolic excision» лапароскопическим способом.

Операцию проводят из четырехпортового доступа при давлении 15 мм рт. ст. После осуществления трекции за купол слепой кишки рассекают париетальную брюшину сразу под проекцией подвздошно-толстокишечных сосудов. Двигаясь в медиально-латеральном направлении, париетальную фасцию осторожно короткими движениями отсепаровывают от висцеральной фасции брыжейки восходящей ободочной кишки. При этом одним инструментом хирург приподнимает висцеральную брюшину и удерживает ее как занавеску, способствуя проникновению углекислого газа в шелевидное пространство между фасциями и помогая диссекции. Визуализируются и выделяются двенадцатиперстная кишка, головка поджелудочной железы и ее кривовидный отросток. Далее рассекают париетальную брюшину корня брыжейки тонкой кишки от уровня основания подвздошно-толстокишечных сосудов до основания средних толстокишечных сосудов. Выделяют переднюю поверхность верхней брыжеечной вены и основание подвздошно-толстокишечных сосудов, последние клипированы и пересекаются. Используя ультразвуковой скальпель, скелетируют переднюю полую окружность верхней брыжеечной вены до уровня основания желудочно-толстокишечного ствола со смещением клетчатки с лимфоузлами в сторону препарата. Далее диссекцию, на наш взгляд, целесообразно продолжать из «верхнего» доступа. После рассечения желудочно-ободочной связки непосредственно у дуги желудочно-сальниковых сосудов вскрываем сальниковую сумку. Рассекается желудочно-поджелудочная связка и визуализируется поверхность поджелудочной железы. После отсечения брыжейки ободочной кишки от нижнего края поджелудочной железы завершается мобилизация и выделение желудочно-толстокишечного ствола, толстокишечная ветвь клипирована и пересекается. Выделяют основание средних толстокишечных сосудов, последние раздельно клипированы и пересекаются.

Непосредственные результаты лапароскопических операций при колоректальном раке

*А.Н. Павленко, К.Г. Шостка, А.А. Сахаров
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ленинградский областной онкологический диспансер»,
Санкт-Петербург, Россия*

Развитие малоинвазивной хирургии за последние 2 десятилетия привело к ши-

рокому внедрению лапароскопических технологий в повседневную практику. Не является исключением и онкология. В настоящее время золотым стандартом при локализованных опухолях колоректальной локализации становятся малоинвазивные вмешательства. В 1-м хирургическом отделении ГБУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер» лапароскопические вмешательства выполняются с 2009 г.

Целью настоящего исследования явилось изучение непосредственных результатов выполнения лапароскопических вмешательств. В анализ не вошли пациенты, оперированные в 2009 и 2010 гг. Для статистической обработки информации использован пакет прикладных программ Statistica 10.0 for Windows.

В период с 2011 по февраль 2015 г. в нашем центре у 137 пациентов операция по поводу колоректального рака начата лапароскопическим способом. У 13 (9,5%) больных произведена конверсия операции. Характеристика выполненных вмешательств: лапароскопически ассистированная брюшно-промежностная экстирпация — 15 (10,9%); лапароскопически ассистированная правосторонняя гемиколэктомия — 30 (21,9%); лапароскопическая внутрибрюшная резекция прямой кишки в сочетании с тотальной мезоректумэктомией — 22 (16,1%); лапароскопическая резекция сигмовидной кишки — 37 (27,0%); лапароскопическая левосторонняя гемиколэктомия — 6 (4,4%); лапароскопическая субтотальная колэктомия — 1 (0,7%).

В 12 (8,8%) случаях причинами конверсии явилось местное распространение опухоли, сопряженное с ожирением, у 1 (0,7%) пациента развилось интраоперационное кровотечение из пресакральных вен, что также послужило причиной конверсии.

Осложнения в послеоперационный период возникли у 5 (3,6%) пациентов, перенесших лапароскопические вмешательства. У 1 пациента развился синдром Маллори — Вейса с кровопотерей тяжелой степени, многократной мelenой, в дальнейшем развилась несостоятельность десцендоректоанастомоза с разлитым перитонитом, что потребовало выполнения лапаротомии. У другого пациента в ранний послеоперационный период развилось внутрибрюшное кровотечение, что потребовало выполнения релапароскопии, остановки кровотечения из паранефральной клетчатки. В 3 (2,2%) случаях возник послеоперационный парез кишечника, разрешившийся на фоне консервативной терапии. Летальных исходов не было.

Лапароскопична поліпектомія гігантських поліпів товстої кишки

*О.С. Тивончук, А.Ю. Згонщик, О.Ю. Назаренко
ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова»
Національної академії медичних наук України,
Київ, Україна*

Стандартне лікування хворих із доброякісними поліпами ободової кишки — це колоноскопична резекція за допомогою

діатермічної петлі. Великі поліпи (>2,5 см) можуть бути видалені, якщо є адекватна колоноскопична візуалізація ніжки. Низькі поліпи і ті, що стеляться, можуть бути видалені частинами, але цей метод не рекомендується для поліпів з виразкуванням. Досвідчений ендоскопіст визначає розмір і необхідний метод видалення.

Через великий розмір, розташування у складному місці або через дуже широку ніжку деякі поліпи неможливо видалити за допомогою гнучкого колоноскопа, і в таких випадках виникає необхідність застосувати хірургічний метод. Розвиток лапароскопичної хірургії товстої кишки дозволяє видалення товстокишкових поліпів міні-інвазивним шляхом. Лапароскопічний доступ має дві технічні проблеми: по-перше, розміщення поліпа, по-друге, його належне хірургічне видалення. Залежно від форми поліпа, його розміру і розташування лапароскопічне видалення може бути виконане через колостомію, часткову резекцію кишки (великі поліпи, що стеляться) чи онкологічну резекцію у разі підозри на рак.

З 2013 по 2015 р. у відділенні хірургії шлункового тракту виконано 15 лапароскопічних втручань на товстій кишці з передопераційним діагнозом «доброякісних» новоутворень, які неможливо було видалити за допомогою колоноскопа. У 10 пацієнтів діагностовано аденоматозні поліпи під час колоноскопичної біопсії, у 5 хворих біопсію проводили після лапароскопічного видалення (колоноскопичне взяття матеріалу було неможливе або через незручне розташування, або через загрозу кровотечі). Основними причинами направлення в хірургію були неможливість колоноскопичного видалення через великий розмір поліпа та наявність короткої і широкої основи поліпа.

Використовували лапароскопічний доступ із 3 троакарів. В одному випадку використовували додатковий четвертий троакар. Інтраопераційну колоноскопію для локалізації поліпа застосовували у 60% хворих, коли лапароскопічно «пропальпувати» поліп не вдалося. Повздовжню колотомію «по тені» виконували за допомогою УЗ-скальпеля або коагуляційного гачка. Ніжку поліпа пересікали апаратом EndoGIA (35 або 45 мм). Колостомічний отвір ушивали дворядним швом.

Усім 15 пацієнтам операція виконана лапароскопічно без переходу на конверсію. Місцем локалізації поліпів була сигмоподібна кишка (на 25–35 см за колоноскопом) і ректосигмоїдний відділ (17 см).

За результатами післяопераційної біопсії в 14 випадках утворення було доброякісним, у 1 пацієнта за післяопераційною біопсією виявлено рак на верхівці поліпа, без ураження ніжки.

Діапазон розмірів видалених аденоматозних поліпів варіював від 1,5 до 6,5 см. Ширина ніжки поліпа становила від 2,5 до 3,5 см.

Середнє післяопераційне перебування в стаціонарі становило 5 днів (3–9 днів). Жодних серйозних ускладнень не відмічали. В одному випадку діагностовано інфекцію троакарної рани.

У 2 з 15 пацієнтів при подальшому колоноскопичному спостереженні через

6–12 міс виявлено доброякісні аденоматозні поліпи розмірами 5–12 мм у різних відділах товстої кишки, які й видалили колоноскопичним методом.

Поліп, який не може бути видалений за допомогою колоноскопії (через його розмір і розташування), можна успішно видалити через лапароскопічний доступ.

Неоад'ювантна хіміопроменева терапія з внутрішньоартеріальним введенням цитостатиків у хворих на рак стравоходу

Р.І. Фридель

Національний інститут раку, Київ, Україна

Рак стравоходу — злоякісне захворювання, що характеризується високою частотою раннього лімфогенного метастазування та розвитком дисфагії. На основі проведених метааналізів рандомізованих досліджень виявлено, що більшість вчених надає перевагу комплексному підходу до лікування пацієнтів із цією нозологічною формою, яке передбачає застосування доопераційної хіміопроменевої терапії з подальшим хірургічним лікуванням.

Метою дослідження було порівняльне вивчення ефективності неоад'ювантної радіохіміотерапії з внутрішньоартеріальним і внутрішньовенним шляхом введення цитостатиків. У дослідження включено 54 хворих із гістологічно підтвердженим діагнозом «плоскоклітинний рак внутрішньогрудного відділу стравоходу II–III стадії», яких рандомізували у 2 групи: 26 — в основну та 28 — у контрольну. Пацієнти основної групи отримували доопераційну хіміопроменеву терапію з внутрішньоартеріальним введенням цитостатиків, а пацієнти контрольної групи — стандартну хіміопроменеву терапію з внутрішньовенним введенням препаратів. Хіміотерапію та променеву терапію застосовували одночасно; через 2–3 тиж хворих оперували.

Патоморфологічні дані про відповідь пухлини на проведене лікування зафіксовано у 42 хворих — по 21 випадку у контрольній та основній групах. Результати виявилися такими: у контрольній групі повної регресії пухлини досягнуто у 3 хворих, часткової регресії — у 19, стабілізації процесу — у 2. У основній групі в 1 хворого повна регресія, у 19 — часткова регресія, стабілізація процесу зареєстрована в 1 пацієнта. У 8 хворих контрольної групи та у 6 основної після проведеного хіміопроменевого лікування порівняно з вихідним показником мало місце зниження стадії — з N1 до N0.

На основі аналізу застосування хіміопроменевої терапії у хворих на рак внутрішньогрудного відділу стравоходу можна зробити висновок, що протипухлинна відповідь є вираженою в обох досліджуваних групах. Остаточні висновки щодо доцільності застосування доопераційної хіміопроменевої терапії з внутрішньоартеріальним введенням цитостатиків у хворих на рак внутрішньогрудного відділу стравоходу можна буде зробити після вивчення віддалених результатів.

Результати лікування пацієнтів після тазових звисцераций по поводу местного-распространенного рака прямой кишки

К.Г. Шостка, А.Н. Павленко, А.А. Сахаров
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ленинградский областной онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия

Радикальність операції — найбільш важливий прогностический фактор, впливаючий на результати лікування пацієнтів со злокачественними опухольми любой локализации. Вовлечение соседних с прямой кишкой органов в опухолевый процесс и необходимость достижения негативного латерального края резекции вынуждают выполнять операции с удалением этих органов малого таза. Вовлечение дистальной уретры, предстательной железы или стенки мочевого пузыря в области треугольника Льюто требует выполнения цистэктомии. Такие операции получили название тазовых звисцераций.

В период с 2005 по 2013 г. в нашем центре выполнена 81 звисцерация малого таза по поводу колоректального рака. Для ретроспективного анализа была составлена карта кодирования историй болезни, основанная на 86 признаках. Информацию о летальных исходах отслеживали в популяционном канцер-регистре Ленинградской области и путем телефонного анкетирования. Статистическая обработка информации произведена при помощи пакета прикладных программ Statistica 10.0 for Windows.

Нами выполнены следующие варианты тазовых звисцераций: 39 (48,1%) тотальных, 12 (14,8%) из которых — инфралевавторные и 27 (33,3%) — супралевавторные; 42 (51,9%) задних, из них надлевавторных — 27 (33,3%), инфралевавторных — 15 (18,5%). Интраоперационную кровопотерю оценивали расчетным способом, она составила: >2000 мл — в 1 (1,2%) случае, 1500–2000 мл — 2 (2,5%), 1000–1500 мл — 6 (7,4%), <1000 мл — 30 (37,0%), <500 мл — 42 (51,9%). Формирование мочевого резервуара в модификации Vicker выполнена у 31 (79,5%) больного, в модификации Mainz — Rouch II (имплантация мочеточников в сигмовидную кишку) — у 1 пациента, реконструкция в авторской методике Широкограда — еще у 1, формирование неосцистобладдера по Штудеру — у 1 больного. В связи с тяжестью состояния и невозможностью первичной пластики у 5 (6,2%) пациентов произведена уретерокутанеостомия (выведение мочеточников на переднюю брюшную стенку), у 3 из них в дальнейшем выполнены реконструктивные операции. Послеоперационные осложнения развились у 37 (45,7%) больных. Гнойно-септические осложнения: перитонит — 10 (12,3%), апостематозный нефрит — 1 (1,2%), нагноение послеоперационной раны — 14 (17,3%), пневмония — 3 (3,7%), тазовый абсцесс — 9 (11,1%), несостоятельность толстокишечного анастомоза — 5 (6,2%) случаев. Источником перитонита явились следующие осложнения: несостоятельность уретеролеанастомоза — 3 (3,7%), несостоятельность

или перфорация илеококондита — 3 (3,7%), перфорация тонкой кишки — 2 (2,5%), несостоятельность толстокишечного анастомоза — 2 (2,5%). У 5 (6,2%) пациентов с перитонитом и 1 пациента с апостематозным нефритом развилась клиническая картина сепсиса. Другие осложнения: послеоперационное кровотечение — 4 (4,9%), атония мочевого пузыря — 35 (83,3%), послеоперационный парез — 8 (9,9%), острый инфаркт миокарда — 1 (1,2%), тромбоз легочной артерии — 2 (2,5%) случая. У 14 (17,3%) пациентов по поводу развившихся осложнений были сформулированы показания к релапаротомии.

Умерли 8 пациентов, послеоперационная летальность составила 9,9%. Причиной летальных исходов явились: перитонит — 5 (6,2%), сепсис — 1 (1,2%), тромбоз легочной артерии — 1 (1,2%), кровотечение — 1 (1,2%).

5-летняя выживаемость, рассчитанная прямым методом, в группе радикальных тазовых звисцераций достигла 42%, в группе паллиативных звисцераций — 10%.

Ендоскопічна підслизова дисекція нейроендокринних пухлин травного каналу

В.О. Яковенко, О.Г. Курик

Медичний центр «Універсальна клініка «Оберіг», Київ, Україна

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної і клінічної медицини» Державного управління справами, Київ, Україна

Серед усіх пухлин травного каналу (ТК) нейроендокринні пухлини (НЕП) становлять до 8%.

Мета дослідження — визначити можливість ендоскопічної діагностики та мініінвазивного лікування при НЕП ТК.

Протягом 2008–2015 рр. при ендоскопічних дослідженнях ТК у 0,08% (21/25 788) хворих виявлено НЕП у різних відділах ТК. У верхніх відділах шлунково-кишкового тракту новоутворення локалізувалися у 6 випадках, у дистальній частині здухвинної кишки і проксимальній частині ободової кишки — у 5, у товстій кишці — у 10, у тому числі у 5 — у прямій кишці. У 16 хворих діагноз був підтверджений при ендосонографії ТК.

Ендоскопічну підслизову дисекцію виконано в 11 хворих, ендоскопічну резекцію слизової оболонки — у 7, хірургічну резекцію — у 3. Для морфологічної верифікації проводили імуногістохімічне дослідження з виявленням експресії маркерів хромограніну А, синаптофізину, нейронспецифічної енолази, цитокератину, CD56. Спостереження протягом 3 міс — 7 років: ускладнення — 0, рецидиви — 1 (у групі ендоскопічної резекції слизової оболонки), летальність — 0. Тривалість госпіталізації у групі ендоскопічної підслизової дисекції — 2,3 доби, ендоскопічної резекції слизової оболонки — 1,4, хірургічної резекції — 7,7.

1. Ефективним способом діагностики НЕП ТК є ендоскопічні дослідження з ендосонографією, імуногістохімічним дослідженням.

2. Ендоскопічне міні-інвазивне видалення (ендоскопічна підслизова дисекція, ендоскопічна резекція слизової оболонки) НЕР ТК є ефективним методом лікування цієї категорії хворих.

Диагностика и хирургическое лечение рака поджелудочной железы и периампулярной зоны

В.Г. Ярешко, К.Н. Отарашвили, С.Г. Живица, Ю.А. Михеев

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования министерства здравоохранения Украины», Запорожье, Украина

Результаты хирургического лечения больных раком поджелудочной железы (РПЖ) на протяжении последних десятилетий не могут удовлетворить хирургов ни относительно оценки непосредственных и отдаленных результатов, ни продолжительности и качества жизни в послеоперационный период. Определяющими факторами неудовлетворительного лечения пациентов при РПЖ являются, прежде всего, низкая резектабельность опухоли из-за высокой частоты местно-распространенности процесса или метастазирования.

Цель исследования — проанализировать результаты хирургического лечения больных РПЖ в зависимости от видов произведенных оперативных вмешательств.

За последние 5 лет (2009–2014 гг.) в клинике оперировано 439 больных РПЖ и периампулярной зоны. Мужчин было 262 (59,6%), женщин — 177 (40,7%), средний возраст пациентов составил 61,4 года. У 397 (90,4%) лиц заболевание было осложнено механической желтухой, у 44 (10,0%) —

дуоденальной непроходимостью. Основным в диагностике и стадировании опухоли было определение опухолеассоциированного антигена СА-19-9, проведение ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и эндоскопии с ретроградной панкреатохолангиографией (ЭРПХГ). Дооперационную иммуногистологическую верификацию диагноза проводили методом трепан-биопсии под контролем УЗИ, информативность которой составила 93,4%. При этом у большинства больных (97,2%) диагностированы различного вида и дифференциации аденокарциномы. Для определения стадии заболевания и оценки результатов лечения пациентов с РПЖ придерживались TNM классификации Международного противоракового союза (Pancreas 6th edition).

Из 439 оперированных больных у 78 (17,7%) выполнена панкреатодуоденальная резекция (ПДР), у 361 (82,2%) — различные виды дренирующих операций. ПДР проводили по методике Whipple, а объем лимфаденэктомии соответствовал классификации Castelfranks (1999 г.) и включал стандартную (n=69) и расширенную (n=11). Малоинвазивная декомпрессия в виде чрескожного чреспеченочного наружного дренирования желчных протоков под контролем УЗИ выполнена у 78 (17,7%) пациентов, эндоскопическое стентирование опухоли — у 35 (7,9%). Дооперационную верификацию опухоли проводили методом трепан-биопсии под контролем УЗИ или эндоскопическим контролем при ЭРХПГ. При этом информативность трепан-биопсии под

контролем УЗИ составила 93,4%, при эндоскопии — 26,4%.

Нами впервые была разработана операция радиочастотной термоабляции (РЧТА) опухоли головки поджелудочной железы с помощью аппарата «Rita Medical Systems» (США). Основными показаниями к операции были опухоли головки поджелудочной железы >3,0 см у больных пожилого возраста со степенью операционного риска >3 баллов по классификации АСА. Сутью операции является введение зонда-электрода «StarBurst VXL» в опухоль головки через резецированную часть железы между головкой и хвостом. Продолжительность абляции составила 10 мин в пределах температурного режима 110 °С. Восстановительный этап операции заключался в наложении панкреато- и гепатикоэнтероанастомоза на петле по Ру. Осложнений и летальных исходов операции не было.

Наиболее часто возникали осложнения после ПДР — 67,9% (при летальности 5,1%), после паллиативных дренирующих операций — 9,7% (летальность — 1,6%).

Каждая из известных методик хирургического лечения при РПЖ требует современных подходов на основании использования малоинвазивных технологий как в предоперационный период, так и для ликвидации послеоперационных осложнений. В настоящее время оперативное лечение пациентов с РПЖ остается единственным радикальным лечебным вариантом при данной патологии, а предложенная методика РЧТА может дополнить арсенал известных хирургических вмешательств и требует в дальнейшем изучения клинической эффективности.