

Національна академія медичних наук України
Державна установа
«Інститут медичної радіології
ім. С.П. Григор'єва НАМН України»



МАТЕРІАЛИ
науково-практичної конференції
за участю міжнародних фахівців
«Перспективи розвитку
реконструктивно-пластичної хірургії
в онкології»

21–22 вересня 2015 р.
Харків

УДК: 617+616-006

П-27

Редакційна рада Красносельський М.В. (голова)
Вінніков В.А. (заступник голови)
Пономарьов І.М., Костя П.І.,
Віннік Ю.О., Дуденко В.Є.

Відповідальний секретар Кулініч Г.В.

«Перспективи розвитку реконструктивно-пластичної хірургії в онкології»: матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю 21–22 вересня 2015 р.
/ Ред. рада Красносельський М.В. (голова) та ін.
Державна установа «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України». – Харків, 2015 р. – 74 с.

Адреса редколегії:
ДУ «Інститут медичної радіології
ім. С.П. Григор'єва НАМН України»
вул. Пушкінська, 82, Харків, 61024

Оргкомітет не несе відповідальності за зміст опублікованих тез

ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва
НАМН України», 2015

ЗМІСТ

АНАЛІЗ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ТИРОЇДНИЙ РАК (ЗА ДАНИМИ КЛІНІЧНОЇ БАЗИ ІНСТИТУТУ)

Астап'єва О.М., Луховицька Н.І., Ткаченко Г.І., Грушка Г.В.,
Васильєв Л.Я.4

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ерко И.П., Молошок А.А., Балабушко С.Б.7

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Жигулин А.В., Палица В.Я., Дмитренко О.А., Бондаренко В.В.,
Винницкая Д.К., Бернштейн Г.Б. 13

ПЕРВИЧНО-РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ

Завгородний С. Н., Данилюк М. Б., Рылов А. И., Обложко С. В. 16

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Корж Н.А., Радченко В.А., Попов А.И.22

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕГИОНАРНОГО СИМПАТИЧЕСКОГО БЛОКА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Костя П.Ю., Красносельский Н.В.24

РОЛЬ И МЕСТО ЭЛЕМЕНТОВ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Красносельский Н.В., Белый А.Н.28

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРВИЧНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ ТРАМ-ЛОСКУТОМ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Красносельский Н.В., Белый А.Н.31

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАКРЫТИЯ КОЛОСТОМ

Красносельский Н.В., Белый А.Н., Мовчан А.В.33

ЗАСТОСУВАННЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧНИХ ПРИЙОМІВ У ВІДНОВНІЙ ХІРУРГІЇ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Красносельський М.В., Білий О.М., Балака С.М.37

ОДНОМОМЕНТАННАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ГРУДНЫХ ЖЕЛЕЗ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ МАСТЭКТОМИЙ ПО ПОВОДУ РАКА

Красносельский Н.В., Белый А.Н., Балака С.Н., Майснер В.А.,
Шипилов С.А.39

РЕКОНСТРУКЦИЯ ГОРТАНОГЛОТКИ И ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ Красносельский Н.В., Костя П.И., Криворучко И.А., Хижняк А.А., Балака С.Н., Беленький В.А., Шипилов С.А.	41
РЕЗЕКЦИЯ ПИЩЕВОДА ПО А.Г. САВИНЫХ С ВОССТАНОВЛЕНИЕМ ЦЕЛОСТНОСТИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ ТРУБКИ ГАСТРОТРАНСПЛАНТАТОМ Красносельский Н.В., Криворучко И.А., Шальков Ю.Л., Балака С.Н., Беленький В.А., Шипилов С.А.	43
РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО Красносельский Н.В., Криворучко И.А., Флорикян А.К., Хижняк А. А., Крутько Е.Н., Балака С.Н.	45
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОМПРЕССИОННОГО СИНДРОМА ПРИ ЭКСТРА- И ИНТРАТОРАКАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ СОСУДИСТОГО РУСЛА Красносельский Н.В., Крутько Е.Н., Лодяная И.Н., Зюзько С.Н., Балака С.Н., Мушенко Е.В.	47
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА С ФОРМИРОВАНИЕМ ТОНКОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА Красносельский Н.В., Мовчан А.В., Белый А.Н.	49
РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Красносельский Н.В., Флорикян А.К., Балака С.Н., Беленький В.А., Шипилов С.А.	53
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ В КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ Крутько Е.Н.	55
ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЛЬНИХ ХІРУРГІЧНИХ УТРУЧАНЬ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ Міхановський О.А., Кругова І.М., Щит Н.М., Харченко Ю.В., Нестеренко А.С.	57
САМОРАСПРАВЛЯЮЩИЕСЯ ПРОВОЛОЧНЫЕ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ СТЕНТЫ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР ОРГАНОВ ЖКТ, ТРАХЕИ И БРОНХОВ Панов А.В., Красносельский Н.В., Спужак Р.М., Демьяненко В.В.	60

СПОСІБ ПЕРИОПЕРАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИ РАДИКАЛЬНІЙ МАСТЕКТОМІЇ	
Подрез Е.В., Шутов С.В.	64
ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Пономарев И.Н., Шутов С.В.	66
ТРАНСПОЗИЦИЯ ЯИЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ КАК МЕТОД СОХРАНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА	
Сухин В.С., Скрыпник Л.Д., Слободянюк О.В.	68
ОСОБЕННОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ТАКТИКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПОЛИАКРИЛАМИДНОМ МАММАРНОМ СИНДРОМЕ	
Шутов С.В.	70

АНАЛІЗ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ТИРОЇДНИЙ РАК (ЗА ДАНИМИ КЛІНІЧНОЇ БАЗИ ІНСТИТУТУ)

**¹ Астап'єва О.М., ² Луховицька Н.І., ² Ткаченко Г.І.,
² Грушка Г.В., ² Васильєв Л.Я.**

*¹Харківський національний медичний університет
²ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва
НАМН України», Харків*

Вступ. Актуальність проблеми ранньої діагностики раку щитоподібної залози та ефективного лікування хворих на диференційований рак щитоподібної залози (ДРЦЗ) зумовлена зростанням рівня захворюваності на тироїдний рак як серед жителів України, так і в усьому світі. Лікування хворих, згідно з Консенсусом 2004 року, включає хірургічний етап (тироїдектомію з ревізією шийних лімфовузлів, тироїдектомію з лімфодисекцією шиї), етап проведення радіоїодотерапії з досягненням радіонуклідної абляції «залишкової» тироїдної тканини з подальшою супресивною гормонотерапією. Виконання радикального хірургічного втручання має велике значення в подальшому лікуванні хворих, тобто від цього залежить кількість курсів радіоїодотерапії та застосування визначених доз радіоїоду для досягнення абляції, профілактики рецидивів ДРЦЗ та появи метастазів раку.

Мета дослідження. Проаналізувати характер хірургічного лікування хворих, які включені до клінічної бази даних інституту.

Матеріали та методи. Вивчали клінічні особливості перебігу ДРЦЗ у 145 пацієнтів, розподілених на три групи: 1-ша група — 45 пацієнтів з рецидивами тироїдного раку після комплексного лікування, 2-га — 50 хворих з пролонгацією захворювання на фоні продовження радіоїодотерапії та повторного хірургічного лікування, 3-тя група — 50 хворих з

повною абляцією «залишкової» тироїдної тканини після хірургічного втручання. Використовували клінічні, лабораторні, радіологічні дані з їх статистичною обробкою.

Результати дослідження. Усі хворі були прооперовані в різних медичних закладах країни, як онкологічного, так і неонкологічного профілю, тому хірургічне втручання носило як радикальний (тироїдектомія з лімфодисекцією шиї або тільки тироїдектомія), так і нерадикальний характер (субтотальна резекція щитоподібної залози, гемітироїдектомія, енуклеація вузла у щитоподібній залозі). Зважаючи на отримання патогістологічного підтвердження ДРЦЗ деяким хворим після нерадикальних утручань проводили «остаточну» тироїдектомію.

У переважної кількості хворих 3-ї групи проведено радикальне хірургічне втручання — 44 пацієнтам (88 % випадків) за один етап, на відміну від 24 пацієнтів (53,3 % випадків) серед хворих з рецидивами пухлини та лише 9 хворим (18% випадків) 2-ї групи. У 15 хворих (30% випадків) 2-ї групи хірургічне лікування було нерадикальним, що неодмінно позначилося на характері перебігу ДРЦЗ (продлонгація захворювання).

Повторну операцію в обсязі «остаточної» тироїдектомії після нерадикального характеру попередньої операції проведено 14 хворим (31,1 % випадків) 1-ї групи, 26 пацієнтам (52% випадків — тобто половині хворих) з продлонгацією хвороби та лише 4 хворим (8 % випадків) з абляцією.

У групі хворих з рецидивами пухлини спостерігалась найбільша кількість випадків метастазування ДРЦЗ в регіонарні лімфовузли шиї, тоді як у 20 хворих (44 % випадків) цієї групи тироїдектомія не супроводжувалася лімфодисекцією шиї, що сприяло в подальшому масивному прогресуванню раку навіть після радіонуклідної абляції «залишкової» тироїдної тканини.

Висновки. По-перше, радикальний характер хірургічного втручання хворих на ДРЦЗ забезпечує високу ефективність лікування хворих на ДРЦЗ та мінімізує можливість рецидивування тироїдного раку. По-друге, нерадикальне хірургічне лікування погіршує прогноз до вилікування хворих, сприяє застосуванню великих доз радіюду та збільшенню курсів радіюодотерапії, призводить до проведення повторної операції — «остаточної» тироїдектомії (додаткове анестезіологічне навантаження на пацієнтів), сприяє можливості рецидивування ДРЦЗ навіть після досягнення абляції «залишкової» тироїдної тканини.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ерко И.П., Молошок А.А., Балабушко С.Б.

*Черниговский областной онкологический диспансер,
Областное патологоанатомическое бюро, Чернигов*

Актуальность. В последнее десятилетие во всем мире наметилась стойкая тенденция повышения уровня заболеваемости колоректальным раком (КРР) [7, 11]. Параллельно с этим увеличилось и абсолютное число осложненных форм КРР, которые наблюдаются в 60–70 % случаев [2–6]. Наиболее частыми осложнениями КРР являются: обтурационная кишечная непроходимость (до 80–85 %); перифокальное воспаление (12–35 %); перфорация опухоли (2–27 %); кровотечение (4–15 %) [2–6, 8]. Пациенты с осложненными формами опухолевого процесса, преимущественно по линии экстренной медицинской помощи, поступают в ургентные и общехирургические клиники, где им, в лучшем случае, выполняют обструктивную резекцию толстой кишки. Основные аргументы отказа от выполнения первично-восстановительных операций в данном случае связаны с высокой частотой несостоятельности межкишечного анастомоза, техническими сложностями формирования последнего и высокой частотой послеоперационных осложнений. Помимо осложненного течения опухолевого процесса, показанием к выполнению обструктивных резекций для многих исследователей служат: неблагоприятные топографо-анатомические взаимоотношения органов брюшной полости и малого таза, тяжелая сопутствующая патология, пожилой и старческий возраст пациентов. По данным источников литературы, почти 40 % выполненных обструктивных резекций толстой кишки приходится на неосложненные формы заболевания [2, 3, 5, 6, 8].

Наличие перманентной колостомы значительно снижает социально-трудовую и психологическую адаптацию, качество жизни пациентов и требует существенных материальных затрат на комплексный уход за стомой [1, 4, 11].

Восстановление непрерывности кишечного тракта после обструктивных резекций толстой кишки является одним из наиболее технически сложных и травматичных вмешательств в колоректальной хирургии. Восстановление естественного пассажа по кишечнику выполняется не более чем у 20 % онкологических пациентов, и основной причиной отказа от операции является прогрессирующее опухолевое процесса. Среди пациентов, перенесших операцию Гартмана по поводу КРР, частота выполнения реконструктивно-восстановительного этапа колеблется от 17 до 44 % [3, 5, 6, 8, 11]. Дополнительно к неблагоприятным факторам, препятствующим успешному восстановлению естественного пассажа кишечного содержимого, относят выраженный рубцово-спаечный процесс в брюшной полости и малом тазе, препятствующий адекватной мобилизации сегментов толстой кишки; наличие большого диастаза между аппроксимированными сегментами, что требует расширения объема резекции кишки; наличие воспалительных и рубцовых изменений в кишечной стенке; высокий риск повреждения при мобилизации целостности петель тонкой кишки, а также соседних органов и сосудов. Травматичность реконструктивно-восстановительной операции в значительной степени определяет высокую частоту послеоперационных осложнений, составляющих 32–60 %. Летальность, в основном связанная с несостоятельностью толстокишечных анастомозов, достигает 8 % [3, 6, 8, 11].

Целью исследования был анализ способов и непосредственные результаты реконструктивно-восстановительных операций, а также заболеваний, при которых требовалось их выполнение у пациентов, перенесших обструктивные резекции толстой кишки.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 179 случаев реконструктивно-восстановительных операций у больных, перенесших обструктивную резекцию толстой кишки, за период 1990–2014 гг. Среди оперированных больных мужчин было 95 (53%), женщин — 84 (47%). По возрасту пациенты распределились таким образом: до 40 лет — 9 (5,0 %), 41–50 лет — 24 (13,4 %), 51–60 лет — 25 (14,0 %), 61–70 лет — 82 (45,8 %), более 71 года — 39 (21,8 %).

В 153 случаях (85,4 %) реконструктивные операции выполнялись после обструктивной резекции толстой кишки в связи со злокачественными заболеваниями толстого кишечника: при раке сигмовидной кишки — 86 случаев; при раке прямой кишки — 53; при раке селезеночного угла ободочной кишки — 7; при раке нисходящего отдела ободочной кишки — 5; при раке поперечной ободочной кишки — 1; при первично-множественном раке ободочной кишки (рак нисходящего отдела и сигмовидной кишки) — 1 случай. Умерли 2 больных от острой сердечно-сосудистой недостаточности (ОССН), летальность — 1,3 %.

В 26 случаях (14,6 %) реконструктивные операции выполнялись после обструктивной резекции толстой кишки не по поводу злокачественных заболеваний: перфорация дивертикула сигмовидной кишки — 8 случаев, псевдовоспалительная опухоль сигмовидной кишки — 7; экстрагенитальный эндометриоз — 2; по одному случаю: лейомиома сигмовидной кишки, травматический разрыв сигмовидной кишки, болезнь Крона, хронический неспецифический язвенно-некротический процесс ректосигмовидного отдела ободочной кишки, заворот сигмы, тромбоз сосудов брыжейки сигмовидной кишки, огнестрельное ранение брюшной полости, абдоминальный актиномикоз. Послеоперационной летальности не было.

Обструктивные резекции выполнялись в других лечебных учреждениях: при раке — в 75 % случаев, при неонкологических заболеваниях — во всех случаях.

Реконструктивно-восстановительные операции у онкологических больных выполнялись в сроки от 5 до 6 месяцев после обструктивных резекций, достаточный срок для проявления канцероматоза и метастазов. У неонкологических больных операции выполнялись в сроки от 4 месяцев до 1 года.

Предоперационное обследование включало оценку полноты ликвидации причин, приведших к формированию стомы, определения риска и тяжести планируемого вмешательства, изучения топографо-анатомических изменений в брюшной полости и полости таза, исследования состояния функционирующих, отключенных отделов толстой кишки и замыкающего аппарата прямой кишки. Диагностическая программа включала клинические и лабораторные методы исследования, эндоскопические (колоноскопия, гастродуоденоскопия, эндоскопия культи прямой кишки), рентгенологические, в том числе КТ брюшной полости и малого таза, ультразвуковые методы исследования органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, иммуноферментативные анализы.

Подготовку кишечника осуществляли путем механической очистки приводящего отдела ободочной кишки и культи прямой кишки. Объем и метод восстановления непрерывности кишечника окончательно определяли субоперационно в зависимости от выраженности рубцово-спаечного процесса, состояния культи толстой кишки. При длине культи толстой кишки более 10 см формировали внутрибрюшной анастомоз; менее 10 см — мобилизовали культю прямой кишки до тазовой диафрагмы и левую половину ободочной кишки с последующим низведением через заднепроходный канал с избытком и формированием отсроченного ректоободочно-

го анастомоза (операция по типу расширенной брюшно-анальной резекции).

Для восстановления непрерывности толстой кишки применяли следующие виды межкишечного соустья: сигморектоанастомоз — 96 (53,6 %), расширенная брюшно-анальная резекция с низведением левых отделов ободочной кишки — 27 (15,0 %), трансверзосигмоанастомоз — 16 (8,9 %), сигмосигмоанастомоз — 12 (6,7 %), расширенная брюшно-анальная резекция с низведением поперечно-ободочной кишки через окно брыжейки тонкой кишки — 7 (3,9 %), стандартная брюшно-анальная резекция — 6 (3,3 %), операция Дюамеля — 5 (2,7 %), десцендосигмоанастомоз с оставлением сигмостомы — 3 (1,6 %), трансверзосигмоанастомоз с проведением поперечно-ободочной кишки через окно брыжейки тонкой кишки — 2 (1,1 %), трансверзоректоанастомоз — 2 (1,1 %), трансверзосигмоанастомоз с оставлением колостомы — 1 (0,5 %), трансверзоректоанастомоз с проведением поперечно-ободочной кишки через окно брыжейки тонкой кишки — 1 (0,5 %), трансверзотрансверзоанастомоз — 1 (0,5 %). Колостому закрывали через 3–4 недели после операции.

В 22 (12,2%) случаях выполнялись дополнительные операции в объеме: резекция петель тонкой кишки — 10; резекция терминального отдела тонкой кишки с куполом слепой кишки и наложением илеоасцендоанастомоза — 1; надвлагалищная ампутация матки с придатками — 2; аднексэктомия — 3; удаление солитарных метастазов печени — 5; пластика послеоперационной вентральной грыжи герниопластической сеткой — 1.

Результаты. Послеоперационные осложнения наблюдались в 21 (11,7 %) случае. Среди них: недостаточность межкишечного анастомоза — 7 (3,9 %) случаев (6 пациентам проводилось консервативное лечение, а в одном случае выполнена релапаротомия, санация и дренирование брюш-

ной полости, трансверзостома, закрытие стомы выполнили через 1 месяц); госпитальная пневмония — 5 (2,8 %), ОССН — 2 (1,1 %), все эти случаи летальные; ятрогенная травма мочеточника — 2 (1,1 %), проведено ушивание ранения мочеточника интраоперационно; нагноение послеоперационной раны — 2 (1,1 %), спаечная тонкокишечная непроходимость — 1 (0,6 %), выполнена релапаротомия, вицеролиз; некроз низведённой ободочной кишки — 1 (0,6 %); очаговый некроз поперечно-ободочной кишки — 1 (0,6 %), выполнена релапаротомия, резекция поперечно-ободочной кишки, трансверзостома. Все случаи несостоятельности межкишечного анастомоза наблюдались у больных после формирования анастомоза конец-в-конец, при анастомозе бок-в-бок несостоятельности в нашем исследовании не зарегистрировано.

Выводы. Реконструктивно-восстановительные операции после обструктивной резекции толстой кишки сложные и опасные, однако они улучшают качество жизни больных и способствуют их возвращению к обычному образу жизни и профессиональной деятельности, избавляют от постоянного приобретения калоприемников и средств ухода за стомой.

Оптимальный срок выполнения реконструктивных операций у онкологических больных 5–6 месяцев после предыдущего оперативного вмешательства.

Метод восстановления непрерывности толстой кишки определяется объемом предыдущей операции, состоянием функционирующих и отключенных отделов кишки. Из-за спаечного процесса в ряде случаев выполнялись дополнительные операции. Наиболее частым послеоперационным осложнением является частичная несостоятельность швов межкишечного анастомоза, возникшая при наложении анастомоза конец-в-конец. При анастомозе бок-в-бок несостоятельности не отмечено.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Жигулин А.В., Палица В.Я., Дмитренко О.А.,
Бондаренко В.В., Винницкая Д.К., Бернштейн Г.Б.**

LISOD — Больница израильской онкологии, Киев

Введение. Ориентация на качество жизни как современный стандарт лечения больных раком молочной железы (РМЖ) выдвигает высокие требования к эстетическим результатам хирургического лечения. Органосохраняющая хирургия (ОСХ) с последующей лучевой терапией доказали свою эффективность и безопасность. Для предотвращения дефектов в молочной железе после ОСХ была внедрена концепция онкопластической хирургии (Audretsch, 1998). Онкопластика — это подход, использующий принципы пластической и реконструктивной хирургии в хирургическом лечении РМЖ. Представлены технические и онкологические аспекты онкопластических операций в ОСХ РМЖ, опыт центра современной маммологии (ЦСМ) Больницы израильской онкологии LISOD, организованного в 2008 г. в соответствии с критериями EUSOMA (Европейской организации специалистов по раку молочной железы).

Материалы и методы. Лечение планировалось на Междисциплинарной онкологической конференции на основании рекомендаций NCCN (National Cancer Comprehensive Network) с учетом предстоящей химио- и радиотерапии, а также ожидаемых эстетических результатов. Учитывались пожелания самой пациентки. При удалении небольших опухолей — до 20% от общего объема молочной железы доступы и формирование лоскутов планировались с учетом принципов перемещения и распределения железистой тка-

ни по типу ротации, редукционной маммопластики и мастопексии — volume displacement (замещение объема). При необходимости удаления большего объема использовался принцип volume replacement (перемещение объема), с закрытием дефекта привнесенными тканями с боковой грудной стенки, брюшной стенки, либо с использованием торакодорсального лоскута. У всех больных рутинно исследовался край резекции удаленного препарата в патоморфологических лабораториях «PathoLab» (Израиль) или «Pathologie Associates of Frankfurt» (Германия). При наличии показаний проводилось интраоперационное исследование края резекции. Мы применяли цветовую маркировку краев резекции удаленного хирургом препарата в операционной, что повышает достоверность оценки края резекции. Проводилась фотофиксация всех пациенток на всех этапах лечения в стандартных позах (перед операцией, предоперационная разметка, через 3, 6, 12, 24 месяца после операции).

Результаты. С 2007 г. по 02.2015 г. в ЦСМ выполнено 706 операций у 512 больных РМЖ. Органосохраняющих онкопластических операций выполнено 293 у 288 пациенток. Распределение по стадиям представлено в таблице:

Стадия	0	1	2a	2b	3a	3b	3c
Кол-во операций, абс. (%)	8 (2,8)	70 (24,3)	106 (36,7)	62 (19,3)	32 (11,9)	3 (0,9)	12 (4,1)

Средний возраст больных составил 53 г. (22–85 лет), средний размер опухоли — 3,1 см (0,8–7,7 см), средний вес удаленного препарата — 105 г (6–1034 г). Аксилярная лимфадэктомия (АЛД) выполнена у 126 пациенток (43%), биопсия сигнального лимфоузла (БСЛУ) — у 195 (66,6%). Вовлечение в опухоль края резекции выявлено у 13 (4,4%) пациенток. Использование принципов мастопексии, редук-

ционной маммопластики, привнесения ткани извне молочной железы, а также больших гландулярных ротаций применено у 63,9% пациенток. Операции по поводу двусторонней опухоли выполнены 7 (2,4%) пациенткам, симметризирующие операции — 14 (4,8%). Уровень ранних осложнений составил 24,2%. Отдаленные результаты отслежены у 86,5% пациентов. Средний срок наблюдения составил 32,7 (5–93) мес. Уровень местных рецидивов — 2%, системных рецидивов — 10,1%. Опухольспецифическая выживаемость составила 94,9%.

Выводы. Применение онкопластической хирургии в условиях специализированного ЦСМ является оптимальным в комплексном лечении РМЖ, позволяет обеспечить радикализм онкологического лечения без ущерба для эстетического вида молочной железы и улучшить качество жизни пациенток. Представленный опыт указывает на высокую эффективность такого подхода. Планирование онкопластических операций должно проводиться одновременно с разработкой общего плана онкологического лечения и реабилитации.

ПЕРВИЧНО-РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ

**Завгородний С. Н., Данилюк М. Б., Рылов А. И.,
Обложко С. В.**

*Коммунальное учреждение «Городская клиническая
больница экстренной и скорой медицинской помощи
г. Запорожье»*

Наиболее частыми осложнениями рака толстой кишки (РТК) являются: obturационная кишечная непроходимость (20,0–85,5%), перфорация кишки на фоне распада опухоли или проксимальнее ее за счет перерастяжения (диагностическая) — 0,39–18,00%, кровотечение (0,78–14,70%), прорастание опухоли в соседние органы и ткани (1,50–44,20%), перифокальные воспалительно-гнойные процессы (5,0–29,9%).

При РТК, осложненного непроходимостью кишечника и перфорацией кишечной стенки, в ряде случаев используется первичная резекция. Однако всякая резекция кишечника при перфорации РТК должна заканчиваться выведением отрезков кишки в виде одноствольного или двухствольного противоестественного заднего прохода. Данная тактика оправдана наличием перитонита, высокого риска развития несостоятельности анастомоза. При выполнении первичной резекции по поводу РТК, осложненного непроходимостью и перфорацией кишечной стенки, следует отказаться от первичного восстановления кишечной непрерывности независимо от локализации опухоли. Восстановление кишечной непрерывности должно производиться вторым этапом операции через 2 месяца, когда полностью будут ликвидированы последствия перитонита и наступит относительная нормализация общего состояния больного. Имен-

но такая тактика лечения рекомендуется множеством ведущих онкологических центров, и она приостановила поиск новых тактических решений по данной проблеме.

Несмотря на немногочисленные публикации о наложении первичного анастомоза при перитоните, развившемся вследствие перфорации опухоли толстого кишечника, все настойчивее раздаются призывы в пользу радикальных вмешательств с наложением первичного анастомоза уже на первом этапе оперативного лечения данной категории больных [4, 5]. Сейчас уже очевидно, что при обоснованном подборе больных, тщательной интраоперационной декомпрессии кишечника на фоне адекватной коррекции метаболических процессов можно ожидать удовлетворительных результатов после наложения первичного анастомоза [4, 5].

С целью оценки результатов хирургического лечения и определения перспектив для его улучшения проведен анализ комплексного лечения больных с перитонитом вследствие перфорации опухоли толстого кишечника.

Цель работы. Оценка результатов методики первичного наложения межкишечного анастомоза во время оперативного лечения по поводу перфорации опухоли толстого кишечника и определение эффективности данной методики в ургентной хирургии.

Объект и методы исследования. Проведено лечение 48 больных с перфорацией опухоли толстого кишечника (мужчин — 19 (39,6%), женщин — 29 (60,4%)) в возрасте от 42 до 85 лет (средний возраст $68,3 \pm 11$ лет), наблюдаемых в ГКБЭ и СМП г. Запорожье в течение 3 лет (2011–2013 гг.). Рак ободочной кишки $T_3N_1M_0$ диагностирован у 4 больных (8,3%), $T_4N_1M_0$ — 23 (47,9%), $T_4N_2M_0$ — 12 (25%), $T_4N_1M_1$ (Mts в печень) — 7 (14,6%), $T_4N_2M_1$ (Mts в печень) — у 2 больных (4,2%). Метастазы в печень были выявлены у 9 пациентов (18,8%). У 75% больных диагностировали сопутствующую патологию: у 23 выявлена сердечно-легочная патология

(63,9%), у 9 — заболевания со стороны гепатобилиарной системы (25%), у 4 пациентов — болезнь почек (11,1%).

Для проведения исследования пациенты разделены на 2 группы, в зависимости от времени госпитализации с момента наступления перфорации.

Первую группу составили пациенты, которые поступили до 12 часов с момента перфорации опухоли толстого кишечника (9 ± 3 час.), 27 человек (56,3%) от общего количества больных. Из них 17 женщин (63%), 10 мужчин (37%). Рак слепой и восходящей ободочной кишки диагностирован у 8 пациентов (29,6%), рак селезеночного угла и нисходящей ободочной кишки — у 5 (18,5%), рак сигмовидной кишки — у 14 пациентов (51,9%).

Во вторую группу вошли больные, поступившие в клинику через 12–48 часов с момента наступления перфорации опухоли. Данную группу представил 21 больной (43,75%), в том числе 12 женщин (57,1%) и 9 мужчин (42,9%). Рак слепой и восходящей ободочной кишки обнаружен у 6 пациентов (28,6%), рак селезеночного угла и нисходящей ободочной кишки — у 4 (19%), рак сигмовидной кишки — у 11 пациентов (52,4%).

Все больные доставлены в клинику по скорой медицинской помощи. После установления диагноза проведена предоперационная подготовка, основным этапом которой была инфузионная терапия, направленная в первую очередь на коррекцию нарушений центральной и периферической гемодинамики путем восполнения объема циркулирующей крови, улучшение реологических свойств крови, возмещение энергетического дефицита, коррекцию водно-электролитных нарушений, дезинтоксикацию. Конкретная реализация поставленных задач должна исходить из определения величины и характера дефицита, суточной потребности в воде и электролитах.

Гиповолемию устраняли инфузией препаратов, способствующих увеличению объема циркулирующей крови — ста-

бизол, гелофузин (10–15 мл/кг), плазма (5–10 мл/кг), альбумин (3–5 мл/кг). После этого назначали препараты, улучшающие реологические свойства крови и обладающие дезинтоксикационным действием (гекодез, реосорбилакт, реамберин). Энергетический дефицит обеспечивали 10 % раствором глюкозы с инсулином. Для коррекции нарушений водно-электролитного обмена вводили 5 % раствор глюкозы с добавлением солей натрия, калия.

Результаты и обсуждение. Пациенты обеих групп прооперированы в ургентном порядке с удалением опухоли и лимфодиссекцией. Всем пациентам выполняли назогастральную декомпрессионную интубацию тонкого кишечника, которая способствовала восстановлению перистальтики, существенно снижала уровень эндогенной интоксикации, способствовала профилактике кишечной непроходимости [1, 6] .

Учитывая современные подходы к наложению первичных анастомозов во время ургентных оперативных вмешательств, мы использовали эту методику при выполнении резекции толстого кишечника с опухолью, осложненной перфорацией у пациентов первой группы (поступивших до 12 часов с момента наступления перфорации опухоли). С целью декомпрессии мы выводили проксимальную культю кишечника в виде илеостомы (при правосторонней гемиколэктомии) и выведение колостомы (при выполнении левосторонней гемиколэктомии и резекции сигмовидной кишки).

У 8 (29,6%) больных выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза по типу бок-в-бок и выведением декомпрессионной подвесной илеостомы. У 5 больных (18%) выполнена левосторонняя гемиколэктомия с наложением трансверзосигмоанастомоза по типу бок-в-бок с декомпрессионной колостомой из проксимальной культы анастомоза. У 14 больных (51,9%) выполнена резекция сигмовидной кишки с наложением У-образного

десцендосигмоанастомоза по типу конец-в-бок с выведением колостомы проксимальной культи анастомоза.

Осложнений, связанных с несостоятельностью анастомоза, мы не наблюдали. Шести (22,2%) пациентам (2 — после правосторонней гемиколэктомии, 4 — после резекции сигмовидной кишки) выполнялась санационная релапаротомия на 2–4-е сутки послеоперационного периода.

Закрытие стомы выполняли на 11 ± 2 -е сутки, после разрешения симптомов перитонита, что предупреждало развитие осложнений, связанных со стомой [2, 3]. Продолжительность стационарного лечения больных составила 18 ± 3 койко-дня.

Летальный исход в послеоперационном периоде констатирован у 3 пациентов (11,1%). Непосредственной причиной смерти были раковая интоксикация, интоксикация на фоне разлитого перитонита и острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Пациентам второй группы выполнено удаление опухоли с лимфодиссекцией и выведением стомы, без накладывания первичного анастомоза.

У 6 пациентов (28,6%) выполнена правосторонняя гемиколэктомия с выведением илеостомы, 4 — левосторонняя гемиколэктомия с выведением трансверзостомы (19%), 6 — операция Гартмана (52,4%), и еще 6 пациентам выполнялась санационная релапаротомия (28,57%).

Продолжительность лечения больных составила 12 ± 3 дня. Пациенты второй группы выписаны с функционирующей стомой, с рекомендациями выполнения реконструктивного этапа через 4–6 мес.

Во второй группе летальный исход зарегистрирован у 8 больных (38,1%). Причиной смерти у этой группы, как и у предыдущей, являлась раковая интоксикация, интоксикация на фоне перитонита и острая сердечно-легочная недостаточность.

Анализируя причину летальности, мы отметили, что возрастной фактор не был ведущим, поскольку средний возраст в группе умерших ($72,5 \pm 1,2$ лет) не отличался существенно от такового во всей выборке ($p < 0,05$). При этом время от появления симптомов перитонита до операции в группе умерших значительно превышало среднее значение в выборке $28,2 \pm 3,6$ ч и 12 ± 6 ч, соответственно ($p > 0,05$), так и при сравнении групп: первая (до 12 часов) — 11,1%, вторая (12–48 часов) — 38,1%. Данное наблюдение доказывает, что интоксикация и перитонит являются основными причинами послеоперационной летальности больных.

Выводы. Основной причиной летальности у пациентов с перфорацией опухоли толстого кишечника является поздняя госпитализация, и как следствие — выраженная интоксикация на фоне разлитого перитонита.

Декомпрессионная стома во время наложения первичного анастомоза при перфорации опухоли толстого кишечника снижает нагрузку на анастомоз, и тем самым предотвращает развитие несостоятельности последнего.

Время до 12 часов с момента наступления перитонита, по результатам нашего исследования, является оптимальным для наложения первичного анастомоза.

Назогастральная интубация тонкого кишечника способствует раннему восстановлению перистальтики, существенно снижает уровень эндогенной интоксикации, способствует профилактике кишечной непроходимости.

Закрытие колостомы в раннем послеоперационном периоде не требует повторной госпитализации пациентов спустя длительный период времени, тем самым предупреждает развитие осложнений, связанных со стомой, и улучшает качество жизни пациентов в послеоперационном периоде.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Корж Н.А., Радченко В.А., Попов А.И.

*ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов
им. М.И. Ситенко НАМН Украины», Харьков*

По данным различных авторов, первичные опухоли позвоночника составляют небольшой процент (от 3,1% до 16% больных) от всех опухолей скелета [1, 4]. Первично возникшие опухоли позвоночника весьма разнообразны по своей морфологической структуре. Это связано в первую очередь с тем, что они исходят не только из костной ткани, но и из надкостницы, сосудов, нервов, хрящевой ткани, связок.

Материалы и методы исследования. Наши клинические наблюдения касаются 33 больных с доброкачественными и злокачественными опухолями позвоночника, лечившихся в отделении вертебродиагностики ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины».

Пациенты были распределены по локализации поражения: шейный отдел позвоночника – 7, грудной – 10, поясничный – 13, крестец – 3 больных. Среди них было 12 женщин и 14 мужчин в возрасте от 15 до 62 лет.

Методы исследования – рентгенологический, компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), ультразвуковое исследование, остеосцинтиграфия, контрастная ангиография.

Пункционная биопсия проведена нами на различных уровнях позвоночника 32 больным. Осложнений при пункционной биопсии не было. Открытая биопсия произведена у одного пациента.

Хирургическое вмешательство из переднего доступа было выполнено у 12 больных, из заднего доступа – у 8, комбинированный переднезадний доступ был выполнен у 13 па-

циентов, причем у 8 пациентов использовалось одноэтапное хирургическое вмешательство, а у 5 пациентов – двухэтапное.

Результаты лечения. Оценку результатов хирургического лечения опухолей позвоночника мы проводили по следующим критериям: радикализм вмешательства, наличие осложнений, динамика неврологических и ортопедических нарушений, наличие рецидивов опухоли и продолжительность жизни пациентов.

Радикальное удаление опухоли в пределах здоровых тканей было достигнуто у 26 из 33 больных. Причинами, помешавшими достичь абластичности, являлись: прорастание твердой мозговой оболочки спинного мозга, прорастание опухолью нижней полой вены и массивное неостанавливающееся кровотечение, при котором дальнейшее удаление опухоли могло привести к гибели больного. После операции положительный эффект неврологических нарушений был отмечен у всех пациентов с явлениями компрессионной радикулопатии и с синдромом парапареза. Общее состояние больных после операций улучшилось. Жизнедеятельность пациентов значительно повысилась после снятия болевого синдрома и улучшения функции позвоночника.

Сроки наблюдения больных составили от 3 до 18 месяцев. Прогрессирование заболевания после удаления опухоли отмечалось у 4 пациентов.

Выводы. Хирургическое лечение опухолей позвоночника должно включать в себя радикальное удаление образования в пределах «здоровых» тканей, восстановление нормальных анатомических взаимоотношений в пораженном позвоночном сегменте и создание надежной и жесткой стабилизации позвоночника.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕГИОНАРНОГО СИМПАТИЧЕСКОГО БЛОКА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Костя П.Ю., Красносельский Н.В.

*ГУ «Институт медицинской радиологии
им. С.П. Григорьева НАМН Украины», Харьков*

Рак грудной железы (РГЖ) — наиболее распространенная форма рака у женщин в возрасте от 13 до 90 лет, он занимает 1-е место в структуре смертности от онкопатологии. По оценкам ВОЗ, ежегодно регистрируется 800 тыс. – 1 млн новых случаев этого заболевания. С учетом растущей тенденции заболеваемости РГЖ, в том числе среди женщин до 45 лет, а также радикальности хирургического лечения, наблюдается большое количество пациентов, нуждающихся в проведении реконструктивных операций на грудной железе (ГЖ). Сегодня реконструктивная хирургия ГЖ является важным этапом обеспечения надлежащего качества жизни у пациентов, перенесших радикальное хирургическое или комбинированное лечение.

Одной из главных проблем современной реконструктивной хирургии является степень пластичности ткани, которая зависит от состояния микроциркуляторного русла и местной трофики тканей, величины хирургической травмы, провоспалительного фона и количества воспалительных факторов, возникших в ответ на хирургическую травму. Все это способствует развитию сладжа в микроциркуляторном русле и препятствует нормальной трофике и заживлению тканей.

Для подготовки мягкой реакции тканей на хирургическое воздействие и минимизации воспалительного ответа в ране необходима соответствующая глубина анестезии с обеспе-

чением хороших уровней седации, релаксации и аналгезии, а также полная и своевременная периоперационная подготовка. Для выбора метода и объема периоперационной подготовки при РГЖ необходимо провести анализ существующих методов, направленных на блокирование воспалительного ответа в тканях.

Существует всего два способа минимизировать воспалительный ответ на хирургическую травму в ткани. Первый способ — это периоперационная профилактика нестероидными противовоспалительными средствами или коксибами в сроки, соответствующие периоду полувыведения выбранного препарата. При правильной и индивидуальной подготовке этот метод выполним практически у любого пациента. Второй способ — это выраженная симпатическая блокада иннервируемой области раствором местного анестетика. Учитывая небольшую мировую практику по обеспечению регионарной анестезии ГЖ, как при радикальных, так и реконструктивных операциях, особое внимание было уделено самой методике.

Проведен информационно-аналитический обзор уже существующих методик, из которых были выбраны ретромаммарная инфильтративная анестезия ГЖ, паравертебральная блокада ГЖ и впервые представленный в начале 2014 г. Американской ассоциацией анестезиологов метод регионарной анестезии ГЖ под контролем УЗИ по методу PEC (pectoral nerves block). Данная методика в модификации PEC I была опробована в ИМП им. С.П. Григорьева НАМН Украины на 10 пациентах в период с августа 2014-го по февраль 2015 г.

На данный момент методика представлена в двух модификациях PEC I и PEC II. Для выполнения PEC I блока под контролем УЗИ выполняется поиск первого ребра по среднеключичной линии в подключичной области и далее датчик смещается латерально книзу, пока не визуализируются ори-

ентиры в виде третьего ребра, большой и малой грудной мышцы. В межмышечном пространстве между большой и малой грудной мышцей пролегают медиальный и латеральный грудные нервы, захват местным анестетиком которых позволяет проводить манипуляции на самой ГЖ. Однако этой зоны недостаточно при выполнении радикальной мастэктомии.

Модификация РЕС II позволяет расширить зону симпатического блока и заключается в продвижении после РЕС I УЗИ датчика далее вниз для визуализации четвертого ребра и начала передней зубчатой мышцы. По ней по латеральной поверхности грудной клетки проходит длинный грудной нерв, который блокируется путем введения местного анестетика малой грудной и передней зубчатой мышцей. При этом происходит вовлечение подмышечной области в симпатический блок.

В качестве местного анестетика выбран препарат группы амидов — бупивакаин гидрохлорид 0,5%. Недостатком данной блокады, как и других региональных симпатических блокад, является использование близкой к пограничной дозе большого количества препарата. Так, для выполнения РЕС I предполагается введение 10 мл бупивакаина 0,5%, для РЕС II — дополнительно 20 мл 0,5% бупивакаина гидрохлорида. Таким образом, суммарный объем препарата в блоке РЕС II предполагается от 30 мл 0,5% бупивакаина гидрохлорида, что является граничным значением токсической дозы данного монопрепарата.

На основании проведенного информационно-аналитического обзора и практической апробации данной методики выполнено сравнение последней с паравертебральным блоком ГЖ и ретромаммарной инфильтративной блокадой по следующим критериям:

- сложность выполнения;
- визуальный и ориентирный контроль выполнения манипуляции;

степень набухания тканей и объем вводимого анестетика; безопасность выполнения и риск диссеминации; приемлемость временных и денежных затрат.

Основными недостатками ретромаммарной инфилтративной блокады являются отсутствие ориентирного контроля положения иглы, высокая степень набухания ткани за счет большого количества анестетика и высокая степень пенетрации опухоли. Главным недостатком паравертебральной блокады ГЖ является техническая громоздкость за счет необходимости провести блокирование межреберных нервов минимум в пяти межреберных промежутках; также существует определенный риск развития пневмоторакса за счет глубокого проникновения иглы. Методика РЕС же технически относительно проста, имеет визуальный контроль и ориентиры положения иглы, что также делает ее более безопасной, и обладает минимальной степенью набухания тканей за счет сугубо межмышечного нагнетания анестетика.

В результате работы для выполнения реконструктивных операций на грудной железе была выбрана методика регионарной анестезии РЕС.

РОЛЬ И МЕСТО ЭЛЕМЕНТОВ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

^{1, 2} Красносельский Н.В., ^{1, 2} Белый А.Н.

¹ ГУ «Институт медицинской радиологии
им. С. П. Григорьева НАМН Украины», Харьков

² Харьковский национальный медицинский университет

Введение. Выделение в отечественном здравоохранении онкологии как самостоятельной медицинской специальности и практическая реализация концепции комплексного подхода к лечению злокачественных новообразований позволили спасти жизнь тысячам больных. Как оказалось, спасение от смерти и излечение от опасного заболевания еще не делает человека полностью здоровым. К сожалению, за спасение жизни онкологического больного приходится платить высокую цену: у 20–70% пациентов после радикального лечения возникают те или иные функциональные расстройства и осложнения, существенно влияющие на восстановление трудоспособности.

Современная концепция лечения онкологического больного основана на полном удалении злокачественной опухоли с регионарными зонами метастазирования. В результате радикальной операции неизбежно образуется дефект тканей, который приводит к образованию функциональных и косметических дефектов, порождая социальные и психологические проблемы.

Вполне очевидно, что без коррекции нанесенного в процессе радикальной терапии «ущерба» лечение онкологического больного не может считаться законченным. Поэтому восстановительное хирургическое лечение должно быть включено в общую комплексную программу в качестве обязательного компонента. Однако, на сегодняшний день, ре-

шение этой проблемы не входит в задачу традиционно сложившегося комплекса.

Во всех экономически развитых странах решение проблем восстановительного хирургического лечения является прерогативой специального раздела медицины, именуемого пластической, реконструктивной и эстетической хирургией (сокращенное название — «пластическая хирургия»). При этом особенно интенсивное развитие пластической хирургии происходит в тех областях медицины, где ее технологии более всего необходимы, в частности — в онкологии. Вместе с тем, отсутствие системного образования, недостаток информации и профессиональных контактов привели к тому, что в реальной жизни для восстановительных операций применяются старые и далеко не самые эффективные технологии.

Несмотря на то что основы восстановительного лечения онкологического больного были заложены в отечественном здравоохранении более пятидесяти лет назад, окончательное решение этой проблемы еще далеко от полного завершения.

Целью исследования явилась детальная разработка программы по изменению сложившейся системы взглядов на лечение онкологических заболеваний и формированию новой концепции, объединяющей воедино две задачи — максимальную онкологическую радикальность и полную коррекцию анатомических, функциональных и эстетических дефектов, возникающих в процессе реализации терапевтической программы.

Интеграция пластической хирургии в комплексную программу терапии злокачественных новообразований позволит повысить качество лечения онкологических больных за счет решения следующих задач:

- повышение радикальности лечения в результате расширения границ операбельности у больных с поздними стади-

ями заболевания и сложными анатомическими локализациями опухолевого роста;

- повышение качества жизни онкологических больных за счет коррекции анатомических, функциональных и эстетических нарушений, полученных в процессе радикального лечения;

- снижение экономических затрат на лечение некоторых категорий онкологических больных за счет сокращения сроков лечения и ранней хирургической реабилитации.

Пути решения этих задач мы видим в дополнительном обучении врачей-онкохирургов основам пластической, сосудистой и микрососудистой хирургии на курсах первичной специализации, в прохождении курсов тематического усовершенствования по данной теме и стажировке на рабочих местах в ведущих клиниках.

Вторым неотъемлемым моментом является включение элементов реконструктивно-восстановительной хирургии в протоколы лечения онкологических больных и подготовка соответствующих методических рекомендаций для врачей онкохирургов разных специальностей.

Выводы. Включение элементов пластической хирургии в протоколы комплексного лечения онкологических больных, повышение квалификации врачей-онкохирургов, онкогинекологов, ЛОР-онкологов в данной области, издание методических рекомендаций позволит снизить процент инвалидизации больных, улучшить их социальную адаптацию, повысить процент трудоспособных пациентов, что имеет не только психосоциальный, но и экономический эффект.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРВИЧНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ ТРАМ-ЛОСКУТОМ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

^{1, 2} Красносельский Н.В., ^{1, 2} Белый А.Н.

¹ *ГУ «Институт медицинской радиологии
им. С. П. Григорьева НАМН Украины», Харьков*

² *Харьковский национальный медицинский университет*

Введение. Среди больных раком молочной железы (РМЖ) постоянно возрастает количество женщин молодого возраста. Для многих из них удаление молочной железы (МЖ) является серьезной психоэмоциональной травмой. По данным психологического анализа, чувство неполноценности отмечали 90 % опрошенных, страх смерти, депрессия, отчаяние были отмечены у 75 %, исчезновение полового влечения выявлено у 30 % больных. У 22 % пациенток после мастэктомии произошел распад семьи; 30 % этих женщин также не могут смириться с потерей МЖ, а медикаментозная и психотерапия, направленные на устранение таких состояний не улучшают психоэмоциональный статус больных. Поэтому восстановление МЖ является перспективным направлением в реабилитации этих пациентов.

Реконструкция МЖ с помощью ТРАМ-лоскута — это основной метод реконструкции при среднем и большом размере молочной железы. Он позволяет добиться наиболее естественного результата (птоз, консистенция, сопоставление кожи), осуществить параллельную коррекцию передней брюшной стенки. Мобилизованный лоскут дает возможность получить достаточный объем тканей и площадь поверхности кожи для устранения дефекта.

Преимущества метода: одномоментно производится абдоминопластика, имеется возможность любой последующей косметической доработки, позволяет придать естественную

форму и сохранить симметрию даже при большом размере здоровой железы, позволяет воссоздать естественный контур МЖ, субмаммарную складку, изменение объема в зависимости от динамики массы пациентки, собственные ткани по консистенции максимально близки к ткани молочной железы.

Недостатки: часто требуется дополнительная коррекция после операции, слабость передней брюшной стенки, дополнительный рубец на животе, длительное время уходит на время операции и период госпитализации.

Цель исследования — уменьшить процент осложнений путем усовершенствования хирургической техники, рационального ведения послеоперационного периода, динамического инструментального мониторинга раны.

Материалы и методы. Выполнено одномоментное перемещение TRAM-лоскута на ножке после радикальной мастэктомии 12 пациенткам в возрасте до 55 лет с I–II стадией РМЖ. Из них 40% — курильщицы, однако ожидаемого, по данным мировой литературы, краевого некроза лоскута в этой группе мы не получили. Такое осложнение отмечено лишь у 2 больных, чему также способствовало длительное применение антикоагулянтной терапии у всех пациенток. Серома выявлена у 1 больной — своевременные регулярные пункции под контролем УЗИ позволили купировать ее без нагноения. Во всех случаях применяли проленовую сетку для пластики брюшной стенки. Послеоперационных грыж отмечено не было. Тщательный гемостаз во время операции, бережное отношение к тканям позволили полностью предотвратить развитие гематом в данной группе. Сроки наблюдения всех прооперированных пациенток составили 1–2 года. После заживления ран они получали адьювантное лечение по протоколу. Пролонгации заболевания в этой группе пациенток пока не отмечено.

Выводы. Тщательный интраоперационный гемостаз, бережное отношение к тканям во время операции позволяют значительно снизить процент гематом. Антикоагулянтная терапия длительное время после операции снижает вероятность тромбоза питающего сосуда. Динамический УЗИ-мониторинг послеоперационной раны, активное вакуум-дренирование из 4 точек, применение компрессионного белья уменьшают процент развития сером. Ранняя их аспирация препятствует развитию нагноения. Применение проленовой сетки дополнительно укрепляет брюшную стенку, предотвращая развитие вентральных грыж.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАКРЫТИЯ КОЛОСТОМ

^{1,2} Красносельский Н.В., ^{1,2} Белый А.Н., ¹ Мовчан А.В.

*¹ГУ «Институт медицинской радиологии
им. С.П. Григорьева НАМН Украины», Харьков*

²Харьковский национальный медицинский университет

Введение. За последние 10 лет отмечается значительный рост уровня заболеваемости раком толстой кишки. Многих больных госпитализируют в тяжелом состоянии с осложненными формами заболевания, что вынуждает проводить оперативные вмешательства по жизненным показаниям, которые заканчиваются наложением различного вида колостом. В настоящее время восстановление непрерывности толстой кишки при ликвидации колостом является одной из актуальных задач абдоминальной хирургии. Данное вмешательство по технической сложности порой превосходит первичную операцию и характеризуется относительно высокой частотой осложнений. Методы хирургической коррекции при ликвидации колостом за последние годы практически не претерпели кардинальных изменений. Послеоперационные осложнения встречаются у каждого третьего больного, а летальность сохраняется на уровне 1–5%.

При реконструктивных операциях на толстой кишке наиболее опасны гнойно-септические осложнения. При этом основную угрозу представляет условно-патогенная и анаэробная флора. Нефункциональный постстомальный отдел толстой кишки является дополнительным резервуаром высокопатогенных микроорганизмов. В этой связи важной задачей является проведение перед операцией комплекса мероприятий, направленных на подготовку кожи передней брюшной стенки и толстой кишки. До сих пор сроки восстановления кишечной непрерывности при колостомах не определены, и в зависимости от различных факторов колеблются от 2–3 недель до 1,5 лет.

Целью исследования было улучшение результатов закрытия колостом путем усовершенствования предоперационной подготовки, ведения послеоперационного периода, рациональным выбором хирургической тактики.

Материалы и методы. Восстановление кишечной непрерывности при колостомах, наложенных после радикальных операций по поводу рака, проведено нами у 17 больных раком ободочной кишки со 2–3-й стадией заболевания по истечении 6 месяцев после первой операции. За 2 недели до операции после рентген-контроля проходимости постстомического отдела кишки начиналась ее санация клизмами. Восстановление кишечной непрерывности при двухствольных колостомах (12 больных) в большинстве случаев выполнялось из местного доступа после ушивания колостомы и отделения ее от брюшной стенки. При одноствольных колостомах со значительным диастазом между престомальным отделом и культей выключенной кишки операция выполнялась из срединного доступа (3 больных). Последний также предпринимался нами для ревизии брюшной полости при подозрении на рецидив и поздние метастазы рака, а также при выполнении первого этапа двухэтапного восстановления кишечной непрерывности. Двухэтапное восстановление кишечной непрерывности при закрытии колостом показано при параколостомических грыжах, при глубокой и обширной мацерации кожи вокруг колостомы, при ее стриктурировании и в ряде случаев у больных сахарным диабетом (2 больных). При восстановлении кишечной непрерывности после ликвидации колостомы анастомозы формировались по типу «конец-в-конец» или «конец-в-бок» двухрядными узловыми швами, узелками первого ряда внутрь, с использованием атравматического шовного материала.

Результаты. Несмотря на адекватную антибиотикопрофилактику и антибиотикотерапию, нагноение послеоперацион-

ной раны отмечено у 30% больных, однако адекватное дренирование и регулярная санация раны позволили купировать осложнение у всех больных. Наружный кишечный свищ образовался у 12% больных. Во всех случаях произошло его закрытие в сроки от 2 недель до месяца.

Выводы. Профилактика гнойных осложнений в сочетании с рациональной тактикой и выбором метода хирургического лечения позволила улучшить результаты реконструктивно-восстановительных операций при ликвидации колостом.

ЗАСТОСУВАННЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧНИХ ПРИЙОМІВУ ВІДНОВНІЙ ХІРУРГІЇ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Красносельський М.В., Білий О.М., Балака С.М.

*ДУ «Інститут медичної радіології
ім. С.П. Григор'єва НАМН України», Харків*

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

У хірургічних клініках ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України» та Військово-медичного шпиталю медичного клінічного центру Північного регіону МО України починаючи з 2000 р. у плановому порядку прооперовано 360 хворих на рак товстого кишечника із застосуванням реконструктивно-пластичних технологій. З них радикальні операції було виконано у 345 пацієнтів (95,8%), сфінктерозберігальні втручання — в 98,3% випадків. Протипоказанням до їх проведення була наявність плоскоклітинного раку, а не відстань розташування пухлини від анального кільця.

Крім загальноприйнятих принципів радикалізму втручання використовували такі реконструктивно-пластичні прийоми: широку мобілізацію очеревини малого таза для закриття його порожнини та ретроперитонеального розташування зони анастомозу при резекції лівої половини ободової кишки та передньої резекції ПК; прецизійне виділення зовнішнього сфінктера ПК у випадку інвазії його пухлиною; демуккозацію наданальної зони або кукси ПК при низькому розта-

шуванні пухлини (1–3 см) і відновної операції Дюамеля для профілактики рубцевого стенозу анастомозу; створення кута й прототипу ампули при черевноанальній резекції; накладення мікросудинного анастомозу між судинами ректосигмоїдного відділу та пахвинними судинами при коротких брижах відповідного відділу; мобілізацію лівої половини й попереочної ободової кишки при коротких брижах. Неспроможність швів анастомозу становила 2,8%, післяопераційна летальність — 3,1%.

Застосування реконструктивно-пластичних прийомів при хірургічному лікуванні колоректального раку дозволяє поліпшити безпосередні результати з високим функціональним рівнем, отже їх необхідно обов'язково включати до технічного арсеналу.

ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ГРУДНЫХ ЖЕЛЕЗ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ МАСТЭКТОМИЙ ПО ПОВОДУ РАКА

**^{1,2} Красносельский Н.В., ^{1,2} Белый А.Н., ¹ Балака С.Н.,
³ Майснер В.А., ³ Шипилов С.А.**

*¹ ГУ «Институт медицинской радиологии
им. С.П. Григорьева», Харьков*

² Харьковский национальный медицинский университет

*³ Военно-медицинский клинический центр
Северного региона МО Украины, Харьков*

Рак грудной железы занимает 1-е место среди онкологической патологии у женщин. Радикальное хирургическое лечение этого заболевания представляет собой обширные калечащие вмешательства, после которых у пациенток часто развивается так называемый психологический коллапс. *Цель работы* — оптимизация методов одномоментного восстановления грудной железы после радикальных мастэктомий.

В 1995–2010 гг. на базе ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины», Военно-медицинского клинического центра Северного региона МО Украины и Харьковской областной клинической больницы прошли хирургическое лечение 38 больных раком грудной железы в возрасте 36–55 лет.

Радикальная мастэктомия выполнялась в различных модификациях с последующей одномоментной пластикой ТРАМ-лоскутом. Размер лоскута зависел от размеров дефекта, выраженности подкожной клетчатки передней брюшной стенки, конституциональных особенностей больной. Всегда применялся лоскут контралатеральной стороны, который после формирования подкожного тоннеля перемещался в область дефекта и фиксировался к коже. В случае

слабости передней брюшной стенки выполнялась аллопластика донорской зоны сетчатым протезом. В послеоперационный период обязательно назначались антикоагулянты. Послеоперационный период осложнился краевым некрозом трансплантата (до 10%) у 7 (18,4%) больных. У одной (2,6%) пациентки отмечен тотальный некроз трансплантата вследствие тромбоза питающей артерии. Хорошие косметические результаты оказались у 71,1%, удовлетворительные — у 26,3%, неудовлетворительные — у 2,6% пациенток.

Одномоментные реконструктивно-пластические операции после радикальных мастэктомий следует выполнять для предотвращения психологического коллапса у женщин, связанного с их инвалидизацией. При этом наиболее оптимальным методом является использование ТРАМ-лоскута, площадь которого выбирается с учетом конституциональных особенностей пациентки.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ГОРТАНОГЛОТКИ И ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ

**^{1,2} Красносельский Н.В., ¹ Костя П.И.,
^{2,3} Криворучко И.А., ^{2,3} Хижняк А.А., ¹ Балака С.Н.,
⁴ Беленький В.А., ⁴ Шипилов С.А.**

*¹ ГУ «Институт медицинской радиологии
им. С.П. Григорьева НАМН Украины», Харьков*

² Харьковский национальный медицинский университет

*³ Областная клиническая больница — центр экстренной
медицинской помощи и медицины катастроф, Харьков*

*⁴ Военно-медицинский клинический центр
Северного региона МО Украины, Харьков*

Гортаноглоточный сегмент и верхнюю треть пищевода принято считать одним из наиболее сложных разделов восстановительной хирургии пищеварительного тракта. При злокачественном поражении этой зоны, как правило, большие считаются нерезектабельными, а при комплексном лечении результаты крайне неблагоприятные.

Цель исследования — продемонстрировать возможность выполнения радикальных оперативных вмешательств с хорошим функциональных эффектом у больных с первичным раком и вторичным опухолевым поражением.

В 1993–2011 гг. на базе клиник ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН Украины», ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины» и Харьковской областной клинической больницы выполнена реконструкция обширных дефектов гортаноглотки и шейного отдела пищевода у 7 больных с применением предварительно мобилизованного из брюшной полости гастротрансплантата (4), аутоэнтеротрансплантата на сосудистой ножке (2), сформированного гастротрансплантата из малой

кривизны на сосудистой ножке (1). Из них 2 пациента оперированы по поводу местнораспространенных форм рака щитовидной железы, 3 — по поводу рака гортаноглотки и 2 — рака средней трети пищевода после предоперационной лучевой терапии.

Целостность пищеварительной трубки восстанавливалась атравматическим материалом (викрил 3/0-4/0) двухрядным швом с установкой трансназального зонда и восстановлением сосудистого русла микрососудистым артериальным швом «конец-в-конец» с ветвями наружной сонной артерии и венозного русла — анастомозом «конец-в-бок» с внутренней яремной вены. Из 7 больных у 2 отмечалась частичная несостоятельность краниального отдела пищеварительного анастомоза с последующим закрытием через 3 (1) и 4 (1) недели.

Выполнение реконструкции гортаноглотки и верхней трети пищевода при злокачественном процессе позволяет повысить эффективность как непосредственных, так и отдаленных результатов лечения и получить позитивный эффект.

РЕЗЕКЦИЯ ПИЩЕВОДА ПО А.Г. САВИНЫХ С ВОССТАНОВЛЕНИЕМ ЦЕЛОСТНОСТИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ ТРУБКИ ГАСТРОТРАНСПЛАНТАТОМ

**^{1,2} Красносельский Н.В., ^{2,3} Криворучко И.А.,
⁴ Шальков Ю.Л., ¹ Балака С.Н., ⁵ Беленький В.А.,
⁵ Шипилов С.А.**

*¹ ГУ «Институт медицинской радиологии
им. С.П. Григорьева НАМН Украины», Харьков*

² Харьковский национальный медицинский университет

*³ Областная клиническая больница — центр экстренной
медицинской помощи и медицины катастроф, Харьков*

*⁴ Харьковская медицинская академия
последипломного образования*

*⁵ Военно-медицинский клинический центр
Северного региона МО Украины, Харьков*

Идея выделения пищевода шейно-медиастинальным доступом была предложена McMaпиз и доведена до совершенства в г. Томск (Россия) хирургом-новатором, доктором медицинских наук, профессором А.Г. Савиных. В последнее время нами не выявлена информация о возможности выполнения этой операции.

Цель работы — продемонстрировать эффективность резекции пораженного опухолевым процессом пищевода с последующим его замещением гастротрансплантатом. Операция по А.Г. Савиных нами выполнена у 12 больных с опухолями пищевода с локализацией в нижнегрудном (8) и среднегрудном (4) отделах. После проведения стандартных исследований по определению уровня поражения, его протяженности, верификации и уточнения степени распространенности процесса оценивали степень операционного риска по Н.Н. Александрову, а индекс адаптации — по методике

клиники. У 4 больных в анамнезе отмечены легочные изменения в виде ре- и обструктивных изменений (ЖЕЛ/ДЖЕЛ — 48–50%), у 2 — инфаркт миокарда 2- и 3-летней давности (фракция выброса — 51-58%), у 2 — избыточная масса тела III степени.

Оперативное вмешательство выполнялось под эндотрахеальным наркозом с использованием индивидуально разработанных крючков различной длины и ширины, а также видеоассистирующей техники. Среднее время операции составило 265 мин. Интраоперационное осложнение отмечено у 1 больного в виде кровотечения из вен на уровне среднегрудного отдела, которое остановлено лигированием сосудов. Средняя кровопотеря не превышала 350,0 мл. Краевой некроз гастротрансплантата отмечен у 1 пациента, застойная пневмония — у 2. Летальности не было. Средний койко-день составил 16 сут.

Резекция пищевода по А.Г. Савиных является методом выбора при опухолях пищевода. Показанием для выполнения этой операции является высокая степень операционного риска. Разработанный индивидуальный инструментарий, а также использование видеоассистента позволяют тщательно и прецизионно выделить анатомические структуры с параэзофагеальной клетчаткой, что обеспечивает радикализм вмешательства.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

^{1,2} Красносельский Н.В., ^{2,3} Криворучко И.А.,
⁴ Флорикян А.К., ² Хижняк А. А., ¹ Крутько Е.Н.,
¹ Балака С.Н.

¹ *ГУ «Институт медицинской радиологии
им. С.П. Григорьева» НАМН Украины, Харьков*

² *Харьковский национальный медицинский университет*

³ *Областная клиническая больница — центр экстренной
медицинской помощи и медицины катастроф, Харьков*

⁴ *Харьковская медицинская академия
последипломного образования*

При опухолевой инвазии бифуркации трахей, главных и долевых бронхов приходится прибегать к выполнению «компромиссной операции» — резекции пораженного участка дыхательной трубки с последующим восстановлением целостности. Цель работы — показать целесообразность и эффективность реконструктивно-пластических операций при немелкоклеточном раке легкого у больных с локальным поражением бифуркации трахей и долевых бронхов и вовлечением в опухолевый процесс ветвей легочной артерии.

В 2005–2010 гг. нами выполнены радикальные оперативные вмешательства на нижних отделах дыхательной трубки с ее реконструкцией у 12 больных. Справа опухолевый процесс локализовался у 7, слева — у 5 пациентов. Начальная форма (T1-2) отмечена у 2, запущенная — у 10 больных. Операции на трахее выполнены в 6 (50%) случаях с резекцией развилки и наложением трахеобронхиального анастомоза. Лобэктомия с циркулярной резекцией прилежащего

бронха выполнена в 3 наблюдениях; с циркулярной резекцией главного бронха, участка легочной артерии и их реконструкцией — у 3 больных.

Основной технической сложностью операции является прецизионное выделение проксимального и дистальных отделов анатомических элементов, планируемых для наложения анастомоза. На всех этапах осуществлялся тщательный гемостаз. Особое внимание уделялось эвакуации слизи и крови из дистального отдела бронха. Восстановление целостности трахей и главного бронха начинали с наложения атравматических швов (викрил 3/0-4/0) на мембранозную часть, а затем на хрящевую. Сосудистый этап выполняли по общепринятым приемам атравматической нитью (пролен 5/0-6/0). Область анастомоза укреплялась предварительно мобилизованным лоскутом медиастинальной плевры (10) или перикардом (2). В послеоперационный период умер 1 больной от несостоятельности трахеобронхиального шва. Послеоперационная пневмония отмечалась у 5 больных.

Восстановительные операции на трахеобронхиальном дереве являются альтернативой по сравнению с пульмонэктомией, они улучшают функциональные результаты и повышают выживаемость в отдаленный период.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОМПРЕССИОННОГО СИНДРОМА ПРИ ЭКСТРА- И ИНТРАТОРАКАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ СОСУДИСТОГО РУСЛА

**^{1,2} Красносельский Н.В., ¹ Крутько Е.Н., ² Лодяная И.Н.,
³ Зюзько С.Н., ¹ Балака С.Н., ³ Мушенко Е.В.**

*¹ ГУ «Институт медицинской радиологии
им С.П. Григорьева НАМН Украины», Харьков*

² Харьковский национальный медицинский университет

*³ Областная клиническая больница — центр экстренной
медицинской помощи и медицины катастроф, Харьков*

Сдавление извне и опухолевая инвазия основных венозных и артериальных сосудов шеи и груди требуют своевременной диагностики степени компрессии и уровня расстройства кровообращения. Уровень послеоперационных осложнений и летальности при выполнении реконструктивно-пластических операций (РПО) на магистральных сосудах в этой зоне остается высоким и не удовлетворяет хирургов.

Цель работы — анализ клинических наблюдений и разработка программы хирургической коррекции компрессионного синдрома экстра- и интраторакальной локализации. Под наблюдением находились 139 больных с местнораспространенными опухолями шеи и средостения, осложненные компрессионным синдромом. При обследовании оценивали характер и степень сужения, состояние коллатерального кровотока по коммуникантным ветвям Везелиева круга.

Реконструктивно-пластические операции на сосудах выполнены у 32 (23%) больных. Показанием для циркулярной резекции магистральных сосудов было наличие опухолевой инвазии по длине с сужением на 1/3 при ушивании дефекта. Резекция сонной артерии была выполнена

у 15 больных с реконструкцией аутовеной (8), ПТФЭ протезом (4), анастомозом конец-в-конец (3). В одном случае проксимальный и дистальный концы лигированы. Показанием для временного шунтирования внутренней сонной артерии было наличие ассиметрии по надблоковым артериям $>25\%$ и ретроградное давление в краниальном отделе сосуда <60 мм рт. ст. РПО при опухолевом поражении магистральных сосудов средостения выполнены у 15 больных с замещением дефекта верхней полой вены ПТФЭ протезом в условиях временного шунта у 8, участком перикарда — у 4 и аутовеной — у 3. В ранний послеоперационный период у 2 больных отмечалось арозивное кровотечение вследствие нагноения послеоперационной раны, которое привело к гибели больных, и у 2 больных — развитие тромбоза верхней полой вены на десятые сутки без летального исхода.

Выполнение РПО на экстра- и интраторакальных сосудах при местнораспространенных опухолях шеи и средостения повышает радикальность операции и обеспечивает более высокое качество жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА С ФОРМИРОВАНИЕМ ТОНКОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА

Красносельский Н.В., Мовчан А.В., Белый А.Н

*ГУ «Институт медицинской радиологии
им. С.П. Григорьева НАМН Украины», Харьков*

Введение. Операции полного удаления желудка (гастрэктомии), заканчивающиеся формированием соединения между пищеводом и тонкой кишкой, до настоящего времени остаются наиболее трудными. Это объясняется, с одной стороны, сложностью предпринимаемых оперативных вмешательств, тяжестью основного заболевания, возрастом больных, с другой стороны, тяжелыми послеоперационными нарушениями, которые носят функциональный характер. Таким образом, создаваемое соединение, кроме высокой надежности исполнения, должно также обеспечивать удовлетворительное качество жизни, не приводить к развитию тяжелых послеоперационных расстройств, способствовать полноценной реабилитации оперированных больных.

Следует отметить, что даже при ранних стадиях рака желудка (РЖ), в случае невозможности выполнения эндоскопической резекции и органосохраняющей операции, показано выполнение гастрэктомии. При этом до 100% пациентов переживают 5 лет после операции. Однако качество жизни больных, перенесших гастрэктомию и излеченных от РЖ, остается неудовлетворительным. Существует мнение, что для минимизации клинических проявлений демпинг-синдрома, рефлюкс-эзофагита необходимо восстанавливать резервуарную функцию желудка, утраченную после его удаления.

В настоящее время это достигается формированием тонкокишечных резервуаров на выделенной по Ру-петле тон-

кой кишки (типа Hunt - Rodino) или на изолированном сегменте тонкой кишки. В последнем случае при хороших функциональных результатах существует риск развития таких серьезных осложнений, как парез, некроз трансплантатов с развитием несостоятельности швов анастомозов.

Метод восстановления непрерывности пищеварительного тракта по Ру после гастрэктомии применяется у 83,3% больных в клиниках Германии и Японии.

Для профилактики Ру-стаз синдрома, обусловленного стойким нарушением эвакуации из Ру-петли, разработана операция uncut Ру (формирование резервуара на непересеченной петле тонкой кишки выше заглушенной приводящей кишки).

В проспективных рандомизированных исследованиях после формирования резервуара на Ру-петле отмечено отсутствие рефлюкса, реже развивался демпинг-синдром, меньше количество приемов пищи в день, лучше динамика массы тела и качество жизни после первого послеоперационного года по сравнению с петлевой пластикой.

Цель работы — улучшить функциональные результаты после операций с формированием тонкокишечных резервуаров путем снижения послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Пациенты были разделены на 2 группы (у всех рак тела желудка, морфологически верифицированный, стадия заболевания III): в 1-ю группу включены 20 пациентов, которым выполнена радикальная гастрэктомия с лимфодиссекцией D2 чрезбрюшинным или комбинированным тораколапаротомным доступом, во 2-ю — 12 пациентов, у которых пластика удаленного желудка выполнена тонкокишечным резервуаром на непересеченной петле (uncut-Ру).

Методика формирования резервуара. После завершения резекционного этапа для формирования резервуара на непересеченной петле выбирается петля тощей кишки дли-

ной 40 см, формируется пищеводно-тонкокишечный анастомоз по принятой в клинике методике. Затем из приводящей и отводящей кишки формируется тонкокишечный резервуар длиной около 15 см (с рассечением просветов на 7–10 см). Тотчас ниже резервуара приводящая петля перевязывается лавсановой нитью и укрывается отдельными узловыми серозно-мышечными швами. На 5–7 см вниз от резервуара формируется межкишечный анастомоз между приводящей и отводящей петлями бок-в-бок.

Результаты. После радикальной гастрэктомии с лимфодиссекцией D2 у 15 из 20 пациентов ранний послеоперационный период протекал без специфических хирургических осложнений.

После гастрэктомии с формированием резервуара на непересеченной петле (uncut - Py) у 1 из 12 (8,35%) пациентов развилось кровотечение из линии шва «резервуарного» межкишечного анастомоза. Кровотечение остановлено с помощью консервативной гемостатической терапии.

По данным эндоскопического исследования, после операций с формированием тонкокишечных резервуаров эзофагит I степени выявлен только у 1 пациента (6,7%) через 3 месяца после операции. В группе пациентов, оперированных по методу Бильрот 2, рефлюкс-эзофагит развился через 3 месяца после операции почти у 90% пациентов, и частота его оставалась стабильной при динамическом наблюдении ($p < 0,05$).

Данные рентгенологического исследования позволили установить, что при формировании тонкокишечного резервуара на непересеченной петле удастся обеспечить замедление эвакуации до 40–60 минут. Ни в одном случае не отмечено молниеносной эвакуации. Рефлюкс бариевой взвеси выявлен лишь у 10% пациентов, что связано с формированием газового пузыря у верхне-внутреннего контура резервуара. Расширение и увеличение объема резерву-

ара и позволяет пациентам принимать большее количество пищи за меньшее число приемов.

По данным исследования, у 70% пациентов после формирования резервуара по uncut-Ру после эвакуация пищи продолжается не менее 160 минут. При этом ни у одного из пациентов эвакуация не продолжалась более 120 минут. Качество жизни у пациентов после петлевой пластики лучше по сравнению с пациентами, которым выполнялась операция по методу Бильрот 2 на протяжении всего срока наблюдения ($p < 0,05$).

Выводы. Проведенные исследования дают основания утверждать, что используемый в клинике надежный и технически простой метод реконструкции с формированием тонкокишечного резервуара на непересеченной петле позволяет снизить риски послеоперационных осложнений. Метод реконструкции с формированием резервуара, позволяет предупреждать или минимизировать клинические проявления рефлюкс-эзофагита, ускоренной эвакуации из отводящей петли, что дает возможность улучшить качество жизни и социальную реабилитацию пациентов. Формирование тонкокишечного резервуара может служить методом выбора реконструкции при радикальной гастрэктомии у больных раком желудка.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**^{1,2} Красносельский Н.В., ⁴ Флорикян А.К.,
¹ Балака С.Н., ³ Беленький В.А., ³ Шпилов С.А.**

*¹ ГУ «Институт медицинской радиологии
им. С.П. Григорьева НАМН Украины», Харьков*

² Харьковский национальный медицинский университет

*³ Военно-медицинский клинический центр
Северного региона МО Украины, Харьков*

*⁴ Харьковская медицинская академия последипломного
образования*

Последние десятилетия характеризуются увеличением числа заболеваний щитовидной железы, в том числе и местнораспространенных форм рака (МРФРЦЖ).

Цель исследования — протестировать эффективность программы хирургического лечения больных МРФРЦЖ путем дифференцированного выбора реконструктивно-пластических операций (РПО) с учетом степени распространенности и инвазии опухолевого процесса, морфофункциональных особенностей щитовидной железы и адаптационно-компенсаторных возможностей организма. Проанализированы результаты лечения 102 больных МРФРЦЖ за 1993–2011 гг. Инвазия опухоли в окружающие ткани отмечена у 90 (88,2%) больных. У 100 пациентов (98%) выполнены радикальные операции.

Оперативные вмешательства по поводу опухолевой инвазии трахеи выполнены у 86 (84,3%) больных. При I степени инвазии по Grillo у 62 (60,8%) пациентов использовался метод «сбривания». У 24 (23,6%) больных при II–IV степени инвазии применялись различные виды резекции дыхатель-

ной трубки (трахеостома наложена в одном случае при дефекте в 9 полуколец). При опухолевой инвазии сосудов (25 пациентов — 24,5%) РПО выполнены при резекции сонных (10), подключичных (2) артерий, верхней полой (10), внутренней яремной вен (3). Реконструктивные вмешательства на пищеводе выполнены у 9 (8,8%) больных, на покровных тканях — у 13 (12,7%) (в 6 случаях использовался большой сальник на сосудистой ножке). В послеоперационный период умерли 4 (3,9%) больных в результате: аррозийного кровотечения, тромбоэмболии легочной артерии, нагноения послеоперационной раны, лимфорей. Трехлетняя выживаемость составила 77,8%, а пятилетняя — 64,6%.

Единственным эффективным методом лечения больных МРФРЦЖ является радикальное хирургическое лечение, перспективность которого обусловлена РПО. Расширение показаний по выполнению РПО при расширенно-комбинированных и комбинированных вмешательствах существенно не влияет на частоту послеоперационных осложнений.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ В КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ

Крутько Е.Н.

ГУ «Институт медицинской радиологии
им. С.П. Григорьева НАМН Украины», Харьков

Введение. В отделении интенсивной терапии (ОИТ) ответственность за безопасность пациента и быстро меняющееся его физиологическое состояние несет врач-реаниматолог. Точность оценки состояния пациента влияет на своевременность коррекции интенсивной терапии, прогнозирование возможных изменений и исход заболевания, а также зависит от профессиональной компетенции реаниматолога, его психоэмоционального и физиологического состояния.

Цель работы. Определение физиологического статуса пациентов ОИТ по шкалам APACHE II и SAPS II, сравнение его с оценкой лечащего врача, прогнозирование исхода заболевания по шкалам и выявление наиболее значимых показателей предполагаемой летальности.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 43 историй болезни пациентов, находившихся на лечении и умерших в ОИТ за период 2012–2014 гг. Изучена и выполнена математическая обработка показателей по шкалам APACHE II и SAPS II, полученных за 5 дней до смерти.

Результаты и обсуждение. При взятой вероятной летальности в >53% у 34 (79,1%) пациентов из 43 по шкале SAPS II уже за 5 дней до смерти можно было с высокой степенью вероятности предположить неблагоприятный исход. По шкале APACHE II эту вероятность определили только у 14 (32,5%; $p < 0,05$) пациентов. Анализ записей лечащего врача показал, что только у 5 больных прогнозировался неблагопри-

ятный исход, а субъективная оценка степени тяжести 28 пациентов не вызвала настороженности и была отмечена как средняя либо стабильно тяжелая. Анализ шкалы SAPS II выявил 3 наиболее значимых показателя, влияющих на конечные результаты прогнозируемой летальности. Уровень неврологического статуса (шкала Глазго) у 24 (55,8%) больных составлял 8–7 баллов, что соответствует 13 оценочным баллам по шкале. В возрасте более 75–80 лет (16–18 баллов) было 19 (44,1%) пациентов. Обратил также на себя внимание респираторный индекс (соотношение PaO_2/FiO_2). Снижение его до 100–199, которое наблюдалось в 12 случаях (27,9%), оценивается в 9 баллов.

Выводы. Низкий уровень сознания и респираторного индекса, особенно у пациентов в возрасте более 75 лет, достаточно точно отражает степень тяжести реанимационного больного и коррелируют с прогнозируемой летальностью.

Шкала SAPS II, в отличие от шкалы APACHE II, позволяет более достоверно прогнозировать «сценарий» развития заболевания и предвидеть возможность неблагоприятного исхода, четко регистрировать изменения в состоянии пациентов в процессе лечения.

Отрицательная динамика уровня сознания и респираторного индекса достаточно четко указывает на неблагоприятный исход заболевания и в большинстве случаев позволяет отказаться от математического расчета по шкалам.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЛЬНИХ ХІРУРГІЧНИХ УТРУЧАНЬ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ

**^{1, 2} Міхановський О.А., ¹ Кругова І.М., ¹ Щит Н.М.,
¹ Харченко Ю.В., ¹ Нестеренко А.С.**

*¹ ДУ «Інститут медичної радіології
ім. С.П. Григор'єва НАМН України», Харків*

² Харківський національний медичний університет

Проблема раку шийки матки (РШМ) надзвичайно актуальна в Україні у зв'язку з тривалим зростанням рівня захворюваності і смертності від цієї патології. У світі РШМ займає друге місце серед злоякісних новоутворень жіночих статевих органів і третє серед раків у жінок (після раку молочної залози і раку товстої кишки).

Згідно з даними Національного канцер-реєстру України, за останні 10 років захворюваність на РШМ у країні збільшилася і становить 19,7 випадку на 100 000 жінок. Ця тенденція особливо виражена серед пацієнток репродуктивного віку: з 1,4 до 2,9 випадків у віковій категорії 20–24 роки; з 14,6 до 18,5 — у жінок 30–34 років.

Отже, великого значення набуває розробка нових медичних технологій в лікуванні РШМ. Нині в онкологічній практиці почала формуватися ідеологія органозберігального лікування злоякісних пухлин, основний принцип якого полягає в досягненні максимальної ефективності зі збереженням високої якості життя при мінімальних ускладненнях. Існує думка, що на початкових стадіях пухлинного процесу радикальність поширених операцій значно перевищує необхідну.

Таким чином, метою даної роботи було вивчення ефективності хірургічного та комбінованого лікування хворих на РШМ з органозберігальними операціями.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження були матеріали, отримані при обстеженні 10 хворих на РШМ IAB, IIA і IIIA стадій (T1a-v-2aN0-1M0) віком від 20 до 40 років, яким проводилося хірургічне та комбіноване лікування у відділенні онкогінекології ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України».

За віком пацієнтки розподілилися так: 20–24 роки — 2 хворі, 25–29 років — 1, 30–34 роки — 3, 35–39 років — 4 хворі.

Діагноз захворювання встановлювали на підставі результатів клінічного, рентгенологічного (УЗД, КТ) та морфологічного обстеження. Переважно це були хворі з IA (T1aN0M0) стадією РШМ — 6 (60,0%), IB (T1vN0M0) — 2, IIA (T2aN0M0) — 1 і IIIB (T1vN1M0) — також 1 хвора. За гістологічною структурою пухлини пацієнтки розподілилися так: із плоскоклітинним зроговілим і незроговілим раком — 7 (70,0%); з аденокарциномою — 3 (30,0%).

Хірургічне лікування хворим на РШМ проводили в об'ємі екстирпації матки з ділянкою піхви без придатків — 4 (40,0%) і розширеної екстирпації матки за методом Вертгейма з ретропозицією яєчників — 6 (60,0%). Двом пацієнткам до операції була проведена контактна променева терапія на апараті АГАТ-В сумарною дозою (СД) на т.А 15 Гр. Чотирьом хворим із T1v-2aN0-1M0 стадією РШМ проводили післяопераційний курс дистанційної гамма-терапії (ДГТ) на апараті РОКУС-М на ділянку таза і зони регіонарного метастазування СД на т.А / В 44–46 Гр.

Термін спостереження склав від 3 до 5 років. Критеріями ефективності лікування хворих на РШМ були відсутність рецидивів і метастазів; рівень якості життя — добре самопочуття, відсутність симптомів клімаксу; збережена функція яєчників — наявність фолікулів у яєчниках за даними УЗД і нормальний рівень статевих гормонів.

Результати та їх обговорення. Аналіз ефективності лікування хворих на РШМ з органозберігальними операціями показав, що у жодної пацієнтки не було виявлено рецидивів і метастазів. Всі вони відмічають гарне загальне самопочуття, відсутність клімактеричного синдрому, вони працюють, живуть статевим життям. Дані УЗД і аналізу крові на статеві гормони свідчать про збереження функції яєчників. Дві пацієнтки звернулися в Центр репродукції людини з метою штучного запліднення. Ускладнення, зумовлені об'ємом хірургічного втручання, мали місце лише в однієї хворої з T2aN0M0 РШМ у вигляді лімфокісти з помірно вираженим лімфостазом нижньої кінцівки.

Висновки. Органозберігальні операції зовсім не погіршують результати хірургічного та комбінованого лікування хворих на РШМ, при цьому зберігається висока якість життя пацієнток та знижується кількість післяопераційних ускладнень.

**САМОРАСПРАВЛЯЮЩИЕСЯ
ПРОВОЛОЧНЫЕ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ СТЕНТЫ:
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕВОЙ
ПАТОЛОГИИ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР
ОРГАНОВ ЖКТ, ТРАХЕИ И БРОНХОВ**

**¹ Панов А.В., ^{1,2} Красносельский Н.В., ^{1,2} Спужак Р.М.,
¹ Демьяненко В.В.**

*¹ ГУ «Институт медицинской радиологии
им. С.П. Григорьева НАМН Украины», Харьков*

² Харьковский национальный медицинский университет

Высокая частота осложнений (до 36%) при использовании ригидных стентов (Monga A, Kumar D, Jain SK., 2002; Leiper K, Morris Al., 2002) обусловила разработку саморасправляющихся проволочных металлических стентов (СПМС) (Katsanos K, Sabharwal T et al., 2010; Vakil N, Morris Al, Marcon N et al., 2001; Siersema PD, Hop WCJ, van Blankstein M et al., 2001). Применение СПМС позволяет существенно расширить возможности оказания специализированной помощи пациентам с местнораспространенными и генерализованными формами опухолей различных локализаций, а также больным, не подлежащим традиционным методам комбинированной и комплексной коррекции ввиду выраженной сопутствующей неонкологической патологии.

Стенты, о которых идет речь, нашли наиболее широкое применение при лечении доброкачественных стриктур и опухолевых поражений пищевода, пилородуоденальной зоны, трахеи и бронхов. При опухолевых сужениях пищевода внедрению в практику лечения СПМС способствовали также высокая смертность (до 22%) и частота осложнений (до 71%) при оперативной коррекции (Ahmed ME, Gustavsson S., 1990; Bremmer RM, De Meester TR., 1991). В качестве альтернативы хирургическим техникам наложения обходных

анастомозов (Soriano A, Davis MP, 2011; Katsanos K, Sabharwal T, Adam A, 2010) стентирование может быть применено при лечении как первичной опухоли, так и рецидивов в области различных анастомозов (Maetani I, Akatsuka S et al., 2005; Jeurnink SM, Steyerberg EW et al., 2010; Jeurnink SM, Steyerberg EW et al., 2010). СПМС могут использоваться для обеспечения дыхательной и нутрициальной компенсации при подготовке к хирургическому лечению и в случае неэффективности химиотерапии первой линии тогда, когда даже наблюдающаяся резорбция опухоли не приводит к уменьшению симптомов стеноза либо обструкции (Tytgat GN, 1990).

В последнее десятилетие внимание исследователей было направлено на разработку показаний и противопоказаний к использованию СПМС в практическом здравоохранении (Hozumi Kumagai et al., 2012).

По мнению Bolliger CT, Mathur PN, Beamis JF (2002), Bolliger CT, Sutedja TG et al. (2006), показаниями к установке СПМС являются:

- Неоперабельная злокачественная обструкция или внешняя компрессия
- Обеспечение проходимости после деблокирования опухоли
- Предупреждение внешнего сдавления
- Окклюзия злокачественных свищевых сообщений со смежными органами
- Опухоль анастомоза
- Доброкачественные стриктуры, рецидивирующие после баллонной дилатации
- Невозможность хирургической коррекции

Авторы предлагают также установить следующие противопоказания к установке СПМС:

- Радикально излечимые опухолевые процессы
- Терминальные состояния

- «Низкие» тонкокишечные обструкции
- Перфорации в свободные полости
- Локальная ишемия
- Сепсис
- Канцероматоз брюшины

В 2014–2015 гг. в клинике ИМР было установлено 9 СПМС различных модификаций 8 пациентам.

Троим пациентам были установлены 3 трахеобронхиальных полностью покрытых СПМС. В одном случае стентирование произведено для профилактики развития несостоятельности культи главного бронха после левосторонней расширенной пульмонэктомии. У двоих пациентов произведено стентирование доброкачественных посттравматических стриктур трахеи и правого главного бронха.

Четверым больным установлено 5 частично покрытых пищеводных стентов при опухолевой стриктуре кардиоэзофагеальной зоны. В одном случае у пациентки с лимфомой кардиального отдела желудка с переходом на абдоминальный отдел пищевода отмечена миграция стента в желудок вследствие частичной резорбции опухоли на фоне полихимиотерапии. Произведена эндоскопическая репозиция стента. Один больной скончался вследствие прогрессии опухолевого процесса спустя 97 дней после установки стента. В течение всего периода наблюдений нарушений пассажа по пищеводу у пациента не отмечено. Двое пациентов в настоящее время получают курс лучевой и химиотерапии. Сроки наблюдения — 3 и 4 недели. Пациенту с опухолевым пилороантральным стенозом с целью обеспечения пассажа пищи последовательно установлены два непокрытых СПМС в связи с увеличением зоны опухолевого поражения желудка.

Выводы. Применение самораскрывающихся проволочных металлических стентов позволяет обеспечить безопасное проведение хирургического лечения в случае местнорас-

пространенных опухолевых процессов и создать необходимые условия для проведения паллиативной лучевой и химиотерапии у неоперабельных больных с сохранением приемлемого качества жизни. Установка СПМС после проведения механической дилатации может быть методом выбора при доброкачественных трахеобронхиальных стриктурах.

СПОСІБ ПЕРИОПЕРАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИ РАДИКАЛЬНІЙ МАСТЕКТОМІЇ

Подрез Е.В., Шутов С.В.

ДУ «Інститут медичної радіології
ім. С.П. Григор'єва НАМН України», Харків

Мета і завдання дослідження. Поліпшити результати лікування хворих на рак молочної залози шляхом вивчення динаміки больового синдрому у групах дослідження і вдосконалення методики періопераційного знеболення.

Матеріали та методи дослідження. Всім пацієнткам виконувалось оперативне втручання в обсязі радикальної мастектомії за Мадденом або Пейті. Всі пацієнтки в залежності від способу знеболення були поділені на дві групи: у 1-й (n = 46) — знеболення після операції проводили за вимогою пацієнтки промедолом 20 мг/мл внутрішньом'язово, у 2-й (n=59) — знеболення в післяопераційному періоді проводили на основі аплікаційної анестезії відповідно до запропонованої методики на основі введення між краями рани дистального кінця катетера із болюсним уведенням бупівакаїну в дозі 25–35 мг кожні 4–6 годин. Знеболення проводили протягом 2 діб після операції. Рівень больової імпульсації визначали за допомогою візуальної аналогової шкали болю (ВАШ, 0–10 балів, Huskisson E.C., 1974). Комплексну задоволеність пацієнтками від проведеного знеболення було оцінено на основі визначення показника «Айова шкала задоволеності анестезією» (ISAS).

Результати і висновки. Дослідження динаміки больового синдрому у групах свідчило, що при застосуванні стандартного методу знеболення вираженість больового синдрому більша протягом раннього післяопераційного періоду. Показник за ВАШ склав у першу добу $3,84 \pm 0,4$ в 1-й та $1,48 \pm 0,2$ в 2-й групах відповідно. Схожа відмінність відзна-

чена також при визначенні показника ВАШ на 3-тю добу. Більовий синдром в 2-й групі мав динаміку до зниження вже з першої післяопераційної доби. Показник за шкалою ISAS також був більш високим у 2-й групі, ніж у 1-й: $1,0 \pm 0,3$ проти $1,7 \pm 0,4$. Застосування розробленої методики подовженого зрошення рани мінімізувало необхідність у використанні наркотичних анальгетиків і, таким чином, прискорювало активізацію пацієнток у ранішньому післяопераційному періоді та зумовлювало терміни перебування пацієнток у стаціонарі. Тоді як тривалість перебування пацієнток у стаціонарі в 1-й групі становила $20,0 \pm 0,5$ діб, то у пацієнток у 2-й групі цей термін становив лише $16,0 \pm 0,5$ діб.

В результаті проведеного дослідження було виявлено, що інтенсивність більового синдрому за суб'єктивною та об'єктивною оцінкою була значно нижчою у 2-й групі дослідження.

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пономарев И.Н., Шутов С.В.

ГУ «Институт медицинской радиологии
им. С.П. Григорьева НАМН Украины», Харьков

Рак молочной железы (РМЖ) является актуальной проблемой современной клинической онкологии. Однако качество жизни больных остается неудовлетворительным, так как радикальная мастэктомия по-прежнему является основным типом оперативного вмешательства, даже при ранних стадиях РМЖ. Основную проблему органосохраняющего лечения составляет высокий риск развития местных рецидивов, что обуславливает необходимость продолжения поиска новых, более эффективных методов локального воздействия на опухолевый процесс. Это и послужило основанием для проведения данного исследования.

Цель работы — оценить факторы, повышающие риск местного рецидива и диссеминации опухоли при органосохраняющем лечении рака молочной железы.

В сравнительном аспекте нами были проанализированы результаты лечения 161 больной РМЖ T1N0M0 — T2N1M0, получавшей органосохраняющее лечение в ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН Украины» в 2000–2014 годах.

Материалы и методы. Возраст больных колебался в диапазоне 24–78 лет. В репродуктивном возрасте были 109 пациенток, в менопаузальном — 52. Больных разделили на две группы: в первую вошли 104 больных РМЖ, лечение которых было начато с органосохраняющей операции, с последующим курсом лучевой терапии (ЛТ) на оставшуюся молочную железу (МЖ); вторая состояла из 57 пациенток,

лечение которым было начато с предоперационной ЛТ с последующей органосохраняющей операцией.

Методика проведения курса ЛТ была разработана в условиях нашего института. Данная методика представляет концентрированное облучение с мультифракционированием дозы на молочную железу СОД 25 Гр с локальным облучением опухоли СОД 34 Гр, подмышечных лимфоузлов СОД 20 Гр. В послеоперационном периоде МЖ не облучалась. Результаты лечения отслеживались более 60 мес. от момента операции.

Результаты. Проведенный анализа показал, что в первой группе больных частота местных рецидивов составила 15,6%.

Проведение курса предоперационной ЛТ с локальным облучением опухоли (вторая группа) способствует улучшению локального контроля.

Частота рецидивов достоверно снижается: в 3,9 раза — у больных без учета возрастного фактора, в 2,6 раза — у больных моложе 55 лет, в менопаузальном возрасте ни у кого из пациенток второй группы не отмечено их появления до 36 месяцев наблюдения.

Выводы. Исследование подтвердило, что органосохраняющие операции заслуженно являются одним из утвердившихся стандартов лечения ранних форм РМЖ.

Применение предоперационной лучевой терапии с локальным облучением опухоли (34 Гр) при органосохраняющих операциях в комплексном лечении ранних стадий РМЖ увеличивает среднюю продолжительность безрецидивного периода за счет снижения частоты местного рецидивирования.

ТРАНСПОЗИЦИЯ ЯИЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ КАК МЕТОД СОХРАНЕНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА

Сухин В.С., Скрыпник Л.Д., Слободянюк О.В.

*ГУ «Институт медицинской радиологии
им. С.П. Григорьева НАМН Украины», Харьков*

Сохранение яичников у женщин репродуктивного возраста, больных раком шейки матки (РШМ), позволяет сохранить гормональный фон. Классически в программу комбинированного лечения больных IB–IIB стадий входит лучевая терапия (ЛТ), которая оказывает негативное влияние на овариальную функцию. У больных РШМ более распространенных стадий (III–IV), основным методом лечения является химиолучевой, при котором необходимая доза ЛТ гораздо выше таковой при адьювантном курсе. Для сохранения овариальной функции у больных репродуктивного возраста предложено проведение операции транспозиции (латеропозиции) яичников как при начальных стадиях заболевания — этап операции расширенной пангистеректомии, так и в качестве самостоятельной операции при запущенных стадиях заболевания.

Целью исследования явился контроль адекватности выполнения данной операции путем оценки субъективных ощущений (жалобы на «приливы»), а также фолликулогенеза на основании данных ультразвукового исследования у больных операбельным раком шейки матки.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ данных историй болезни пациенток с операбельным РШМ (стадии IB–IIA, IIB), проходивших лечение в клинике института в 1994–2008 гг. Программа лечения включала хирургический этап, адьювантный курс дистанционной ЛТ на полость малого таза (СОД 44 Гр), химиотерапии (при

стадии IIIВ Т1а-2аN0-1M0). Субъективные ощущения больных (жалобы на «приливы») оценивались качественным путем (факт наличия). Ультразвуковое обследование органов малого таза является неотъемлемой частью программы предоперационного обследования больных онкогинекологического профиля. Период наблюдения составил 1 год.

Результаты. Среди 161 больной РШМ в репродуктивном возрасте (до 45 лет) находилась 71 пациентка. В группу исследования включено 9 больных РШМ стадий IA–IIIВ Т1а-bN0-1M0, средний возраст — 36,4 г., которым проведена транспозиция яичников. Контрольную группу составили 62 женщины с РШМ стадий IA–IIIВ Т1а-bN0-1M0, которым проведено удаление яичников.

Жалобы на «приливы» отмечены у 2 из 9 (22,2 %) пациенток группы исследования и у 51 из 62 (82,3 %) пациенток контрольной группы. В исследуемой группе данный феномен объясняется тем, что возраст одной пациентки составил 43 года, что может свидетельствовать о наличии раннего климакса, не связанного с лечением. Возраст другой пациентки составил 42 года. Этой больной проведен адъювантный курс химиотерапии ввиду стадии РШМ IIIВ Т1bN1M0, что оказало угнетающий эффект на овариальную функцию.

Выводы. Проведение транспозиции (латеропозиции) яичников у больных раком шейки матки является адекватным методом сохранения гормонального фона. Проведение химиотерапии оказывает угнетающее, однако зачастую обратимое влияние на овариальную функцию.

ОСОБЕННОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ТАКТИКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПОЛИАКРИЛАМИДНОМ МАММАРНОМ СИНДРОМЕ

Шутов С.В.

*ГУ «Институт медицинской радиологии
им.С.П. Григорьева НАМН Украины», Харьков*

В Украине методика инъекционного введения полиакрил-амидного геля (ПААГ) в молочные железы (МЖ) с целью их увеличения была достаточно популярна в 90-е годы прошлого века. Учитывая большое количество и разнообразие поздних осложнений, многие клиники отказались от ее применения. Однако и до настоящего времени встречаются случаи использования данного метода для коррекции формы МЖ. В 2000 году российскими коллегами было предложено объединить осложнения, связанные с использованием ПААГ при полиакриламидном маммарном синдроме (ПМС).

Целью исследования были выявление и анализ наиболее частых осложнений, связанных с этой методикой; оптимизация алгоритма обследования данной категории больных; разработка и применение возможных реконструктивных оперативных вмешательств при ПМС; определение показаний к выполнению одномоментной гетерореконструкции МЖ.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезней 52 пациенток за период с 1999 по 2014 год, которые обратились в институт с различными осложнениями после инъекционного интрамаммарного введения ПААГ.

Сроки обращения в клинику после введения геля варьировались от 2 до 15 лет. Гель вводился в разных клиниках Украины и России. Как правило, использовался гель «Интерфал» у 42 больных или «Фармакрил» — у 5. Остальные пациентки не могли вспомнить название введенного им

геля. Основные жалобы, с которыми обращались больные: деформация контура МЖ и их фиброз, миграция геля из маммарной области, инфекционно-септические осложнения, птоз молочных желез разной степени выраженности, асимметрия МЖ, пигментация и трофические изменения кожи вплоть до некроза. В большинстве случаев эти осложнения встречались в различных комбинациях. Все больные были прооперированны. Лечение заключалось в хирургическом удалении геля и гелеом из МЖ и зон его миграции с одномоментной гетерореконструкцией МЖ у 47 и отсроченной у 5 пациенток с использованием имплантатов с микрополиуритановой оболочкой. У 3 пациенток после одномоментной гетерореконструкции ранний послеоперационный период осложнился выраженной лимфореей с присоединением вторичной инфекции, а у двоих больных через 6 месяцев после операции, что явилось показанием для удаления имплантов.

Результаты. Нами были установлены следующие наиболее частые осложнения, связанные с интрамаммарным введением полиакриламидного геля:

- Склонность к абсцедированию
- Способность к межтканевой миграции
- Массивные трофические изменения в окружающих мягких тканях, вплоть до некроза
- Выраженная клеточная пролиферация в ткани грудной железы, выявленная при морфологическом исследовании удаленных тканей.

В результате исследования были сделаны такие выводы. Наиболее информативным методом обследования больных с ПМС является компьютерная томография с 3D реконструкцией, позволяющая максимально достоверно оценить распространенность процесса.

Удаление ПААГ должно проводиться максимально радикально не только из МЖ, но и из всех зон его миграции.

При необходимости нужно выполнять подкожную маммэктомию с удалением участков фасций и мышц, пропитанных гелем.

Выводы. Наиболее оптимальным методом лечения больных с ПМС является одномоментная реконструкция МЖ с использованием имплантатов с микрополиуритановой оболочкой.

Хирургу, выполняющему эти вмешательства необходимо владеть техникой реконструктивно-пластических операций.

Обсуждение вопроса о введении моратория на применение ПААГ для корригирующей маммопластики, безусловно, является целесообразным.