

ХИРУРГИЯ И ОНКОЛОГИЯ

**ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**ХІІІ РОССИЙСКОГО КОНГРЕССА
ПО КОЛОРЕКТАЛЬНОМУ РАКУ**

28–30 НОЯБРЯ 2024 Г.



XIII

Российский конгресс по колоректальному раку

Т Е З И С Ы

28–30 ноября 2024,
Москва

Содержание

Авдеенко В.А., Невольских А.А., Бурьян П.К.

Исследование эффективности неоадъювантной химиолучевой терапии с использованием симультанного интегрированного буста с эскалацией дозы лучевой терапии у больных раком прямой кишки 4

Азовский Д.И., Афанасьев С.Г., Спирина Л.В.

Неоадъювантная химиотерапия в комбинированном лечении рака ободочной кишки 4

Алексанцев Д.В., Мамедли З.З., Пологиновский А.В.

Позиционные нейропатии в тазовой онкохирургии 4

Анненкова Е.М., Невольских А.А.

Хирургическое лечение больных раком поперечной ободочной кишки в зависимости от уровня лигирования средней ободочной артерии 5

Байитов О.И., Гайнутдинов А.А., Ёриев А.Ж., Сайдуллаев С.Р.

Химиотаргетная терапия у пациентов с метастазами колоректального рака в печени: клинический анализ и перспективы 5

Башурова О.Д.

Хирургическое лечение как основной метод при комбинированном лечении рака прямой кишки с метастазами 6

Беленькая Я.В., Гордеев С.С.

Выбор оптимального метода стадирования аноректальной меланомы: анализ специализированного регистра Российского общества специалистов по колоректальному раку 6

Богомолов Д.Н., Оболенская В.Н., Горохов Н.Д.

Опыт эндоскопической диагностики метастатического поражения толстой кишки 7

Валиев А.А., Гатауллин Б.И., Занькина А.П., Гатауллин И.Г., Хаснов Р.Ш., Валитов Б.Р.

Симультанные лапароскопические вмешательства при колоректальном раке с метастазами в печень: опыт Республики Татарстан 7

Вахрушева А.Р., Ахметзянов Ф.Ш.

Анализ клинико-морфологических особенностей течения рака прямой кишки у лиц молодого возраста 8

Гайнутдинов А.А., Мухаммадиев Р.Б., Байитов О.И., Ёриев А.Ж., Сайдуллаев С.Р.

Диагностика и терапия метастатического поражения печени при колоректальном раке: клинический анализ и перспективы 8

Гатауллин Б.И., Тойчуев З.М., Гатауллин И.Г., Шакиров Р.К., Дидакунан Ф.И.

Предикторы развития парастомальных грыж у пациентов с одностольной колостомой: анализ факторов риска 9

Гаулика В.О.

Пути улучшения диагностики и лечения раннего рака толстой кишки 9

Демина Е.А., Жданова А.В., Казанцева Н.В.

Определение статуса микросателлитной нестабильности при колоректальном раке с использованием картриджа Idylla MSI Test 10

Доронин Н.В., Половинкин В.В., Ширалиев Р.М.-А., Каушанский В.Б.

Способ реконструкции промежностной раны и тазового дна после экстралеваторной экстирпации прямой кишки 10

Егоров В.И., Котельников А.Г., Патютко Ю.И., Ахметзянов Ф.Ш., Подлужный Д.В., Поляков А.Н., Кудашкин Н.Е., Розенгартен М.В.

Ближайшие и отдаленные результаты мультивисцеральных операций с панкреатодуоденальной резекцией при колоректальном раке 11

Жук А.С., Садовский Д.Н., Сидоров С.А., Руденков М.П., Рассошко П.Г.

Результат лечения пациента с гигантской кондиломой Бушке–Левенштейна (pTisN0M0) перианальной области 11

Зубайраева А.А., Ефетов С.К., Козий А.Ю.

Первично-забрюшинный доступ в хирургии рака левых отделов толстой кишки: топографо-анатомическая навигация с использованием анатомических ориентиров 12

Израильбекова К.Ш., Ниёзова Ш.Х., Камышов С.В., Исламов Х.Д. Изучение возможностей химиотаргетной терапии у больных метастатическим колоректальным раком	12
Кудряшов В.А. Применение флуоресцентной ангиографии при оперативном лечении колоректального рака	13
Лебедько М.С., Исакова А.А., Кулушев В.М., Поликарпов А.А., Лебедев С.С. Сравнительный анализ продольных и поперечных мини-лапаротомий при операциях по поводу рака толстой кишки	13
Панова П.Д., Ефетов С.К. Анатомические ориентиры при забрюшинном этапе хирургического лечения рака правой половины ободочной кишки	14
Полозов С.В., Дарвин В.В., Каримов И.М. Виртуальная илеостомы при низких передних резекциях по поводу рака прямой кишки	14
Резник И.П., Невольских А.А., Авдеенко В.А. Патоморфологическая оценка качества тотальной мезоколонэктомии при раке правой половины ободочной кишки	15
Сербяева М.С. Исследование экзосомальных микроРНК у пациентов с колоректальным раком методом секвенирования нового поколения	16
Сидоров С.А., Слободин Ю.В., Садовский Д.Н., Жук А.С., Францкевич Д.В. Лапароскопический метод лечения рака ободочной и прямой кишки в условиях спаечного процесса брюшной полости	16
Сильвестрова С.Ю., Индейкина Л.Х., Макарова А.А., Ручкина И.Н. Желчные кислоты как фактор риска развития рака толстой кишки	17
Собчук М.А., Коньков Р.В., Александров И.И. Способ устранения петлевой колостомы методом кисетного шва	17
Сулейманова А.М., Рубанская М.В., Сагоян Г.Б., Галанскова А.Г., Сидорова Д.Д., Терехина Д.А., Керимов П.А., Киргизов К.И., Мамедли З.З., Трякин А.А., Варфоломеева С.Р. Колоректальный рак у детей и подростков: опыт НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина	18
Таранец К.О., Файзулина Р.Р., Скоробогатых Д.С. Опыт эндоскопических резекций при колоректальных латерально распространяющихся опухолях	18
Чепоров С.В., Воркунов М.А., Милафетнова В.В., Кесельман Ю.А., Иванова О.С., Левшина М.Н., Ширяев Н.П. Оценка общей выживаемости при проведении 3-й линии лекарственной терапии у пациентов с метастатическим колоректальным раком.	19
Чепоров С.В., Иванова О.С., Милафетнова В.В., Кесельман Ю.А., Левшина М.Н., Вагнеров И.С., Ширяев Н.П. Оценка общей выживаемости пациентов с колоректальным раком в зависимости от наличия мутации гена RAS	19
Черных М.А., Белоусов А.М., Шостка К.Г. Ранняя диагностика несостоятельности кишечного анастомоза: новый взгляд	20
Чичерина М.А. Выбор хирургической тактики при комбинированном лечении больных раком прямой кишки, осложненным нарушением кишечной проходимости.	20
Швец Д.С., Каганов О.И., Орлов А.Е., Козлов А.М., Миколенко Н.И. Предикторы риска развития осложнений у больных метастатическим колоректальным раком при проведении комбинированного лечения.	21
Ширалиев Р.М.-А., Половинкин В.В., Доронин Н.В., Каушанский В.Б., Волков А.В., Воронцов А.О. Влияет ли доступ при хирургическом лечении рака прямой кишки у пожилых пациентов на послеоперационные осложнения и онкологическую безопасность?	22
Эрперт Я.А., Динов Р.М. Половой диморфизм при колоректальном раке с учетом методов лечения	22
Юшкевич Е.С., Колядич Г.И., Тур А.Г., Богодяж Д.С., Ануфреенок И.В., Чиж Д.В., Татаринович В.Т. Анализ результатов хирургического лечения раннего рака прямой кишки	23

Исследование эффективности неоадьювантной химиолучевой терапии с использованием симультанного интегрированного буста с эскалацией дозы лучевой терапии у больных раком прямой кишки

Авдеенко В.А., Невольских А.А., Бурьян П.К.

Медицинский радиологический научный центр
им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава
России, г. Обнинск

Цель работы – изучить эффективность неоадьювантной химиолучевой терапии с использованием симультанного интегрированного буста (ХЛТ + СИБ) с эскалацией дозы лучевой терапии у больных раком прямой кишки по показателю частоты полных ответов.

Материалы и методы. В исследование включены больные с аденокарциномами дистальных отделов прямой кишки (≤ 7 см, категория $\geq T2$ и/или N1–2, и/или категории мртЦР ≤ 2 мм), которым в период 2022–2024 гг. была проведена ХЛТ + СИБ в суммарной очаговой дозе 55 Гр с 4 циклами консолидирующей химиотерапии в режиме FOLFOX6. При оценке ответа на лечение всех пациентов делили на 3 категории: полный (сCR – отсутствие клинических, эндоскопических и магнитно-резонансных признаков остаточной опухоли), почти полный клинический ответ (пCR – поверхностная язва, остаточная аденоматозная при наличии TRG 1–2 по данным магнитно-резонансной томографии) и отсутствие ответа (iCR – наличие остаточной опухоли и/или TRG 1–2 по данным магнитно-резонансной томографии). У пациентов с сCR применяли тактику активного динамического наблюдения.

Результаты. ХЛТ была завершена в полном объеме у 34 (94,4 %) из 36 пациентов, консолидирующая химиотерапия – у 35 (97,2 %). Всего токсические реакции, оцениваемые по шкале RTOG, были отмечены у 28 (77,7 %) больных, при этом токсичность III–IV степеней зарегистрирована в 1 (2,8 %) случае. При оценке ответа на лечение сCR, пCR и iCR были диагностированы у 5 (13,8 %), 7 (19,4 %) и 23 (63,9 %) пациентов соответственно и у 1 пациента выявлены отдаленные метастазы. В программу активного динамического наблюдения были включены 6 пациентов. Хирургическое лечение в объеме тотальной мезоректумэктомии выполнено 26 (72,2 %) больным, трансанальной микрохирургии – 2 (5,6 %). Полный патоморфологический ответ (pCR) установлен в 5 (17,9 %) случаях.

Выводы. Частота полных ответов (сCR + pCR) при использовании ХЛТ + СИБ составила 27,8 %, что выше по сравнению с традиционной химиолучевой терапией (15–25 %).

Неоадьювантная химиотерапия в комбинированном лечении рака ободочной кишки

Азовский Д.И., Афанасьев С.Г., Спирина Л.В.

ФГБНУ «Томский национальный исследовательский
медицинский центр Российской академии наук», г. Томск

Цель работы – разработать метод комбинированного лечения рака ободочной кишки с применением неоадьювантной химиотерапии и оценить его эффективность.

Материалы и методы. В исследование включены 23 пациента с морфологически доказанным операбельным раком ободочной кишки (стадией опухолевого процесса T2–4N0–3), получавшие стационарное лечение в 2022–2023 гг. Обследование выполнялось перед началом лечения, через 4 курса и перед операцией. Лечение проводилось по следующей схеме: 8 курсов неоадьювантной полихимиотерапии по схеме FOLFOX6. Через 6–8 нед после завершения консервативной терапии проводилось оперативное вмешательство.

Результаты. При плановом морфологическом исследовании гистологического материала у 2 (8,7 %) пациентов зафиксирована I стадия регрессии опухоли по А.М. Mandard, у 2 (8,7 %) – II стадия, у 5 (21,7 %) – III стадия. В 22 % случаев отмечалось снижение стадии со II–III до 0–I стадий, а также в 48 % случаев до II стадии, в остальных случаях миграции стадии не отмечалось. Медиана наблюдения составила 24 мес, за данный период выявлен 1 случай прогрессирования заболевания.

Выводы. При оценке объективного ответа опухоли на неоадьювантную терапию установлено, что у большинства пациентов (56,5 %) выявлена частичная регрессия опухолевого процесса, при этом стабилизация отмечалась у 39,1 % больных. Из нежелательных явлений химиотерапии наиболее часто наблюдались тошнота – у 10 (43 %) больных, гематологическая токсичность – у 11 (47 %). Хирургические осложнения категории IIIb по Clavien–Dindo в послеоперационном периоде наблюдались у 3 (13 %) больных.

Позиционные нейропатии в тазовой онкохирургии

Александров Д.В., Мамедли З.З., Пыльников А.В.

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава
России, г. Москва

Цель работы – оценка частоты и клинических характеристик позиционных нейропатий у пациентов с онкологическими заболеваниями, перенесших оперативные вмешательства.

Материалы и методы. Ретроспективное изучение историй болезни пациентов, получавших хирургическое лечение в 2023 г., у которых в послеоперационном периоде отмечены признаки вторичной нейропатии верхних и/или нижних конечностей. Основным анализируемым параметром была частота послеоперационных нейропатий среди пациентов, перенесших хирургическое вмешательство, дополнительными – степень неврологического дефицита, медиана регресса неврологического дефицита.

Результаты. В исследование включены 29 пациентов, получавших лечение в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина в 2023 г., у которых в послеоперационном периоде развилась клиническая картина позиционной нейропатии. Общая частота позиционных нейропатий составила 0,28 %. Большинство пациентов ($n = 19$; 65 %) исследуемой группы получали лечение по поводу злокачественных новообразований органов малого таза (отделения проктологии, гинекологии и урологии). Преобладающими были нейропатии плечевого сплетения (96 %). Тяжелая степень неврологического дефицита отмечена у 35 % пациентов, средняя – у 45 %, легкая – у 20 %. Медиана длительности наблюдения за пациентами составила 8,4 мес. В течение 10 мес у 27,5 % пациентов неврологический дефицит различной степени сохранялся и оставался единственной жалобой в послеоперационном периоде. Индекс массы тела и время операции не влияли на тяжесть дефицита. Положение Тренделенбурга чаще всего ассоциировалось с тяжелым и среднетяжелым дефицитом. 83 % пациентов с позиционными нейропатиями составляли трудоспособное население.

Выводы. Позиционные нейропатии могут сохраняться в течение длительного времени, необходима разработка методов их профилактики.

Хирургическое лечение больных раком поперечной ободочной кишки в зависимости от уровня лигирования средней ободочной артерии

Анненкова Е.М.¹, Невольских А.А.^{1,2}

¹Обнинский институт атомной энергетики – филиал ФГАОУ ВО «НИЯУ «МИФИ», г. Обнинск;

²Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, г. Обнинск

Цель работы – анализ непосредственных результатов лечения больных раком поперечной ободочной кишки (ПОК) в зависимости от уровня лигирования средней ободочной артерии (СОА).

Материалы и методы. В исследование включены 49 пациентов (62,3 % мужчин, 36,7 % женщин) с аденокарциномами ПОК I–IV стадий, которым в период

2018–2024 гг. выполнены хирургические вмешательства в объеме правосторонней гемиколэктомии (39 случаев), резекции ПОК (5) и левосторонней гемиколэктомии (5). Медиана возраста больных составила 66 (37–86) лет. У 17 (34,7 %) больных имелись новообразования проксимальной трети ПОК, у 20 (40,8 %) – средней трети и у 12 (24,5 %) – дистальной трети ПОК. В 15 (30,6 %) случаях был использован открытый доступ и в 34 (69,4 %) – видеоэндоскопический.

Результаты. При использовании видеоэндоскопического доступа в 6 (21,4 %) случаях была выполнена конверсия в открытое хирургическое вмешательство. В 23 (46,9 %) случаях основной ствол СОА был сохранен, в 26 (53,1 %) – лигирован в основании. В 7 случаях были выполнены комбинированные хирургические вмешательства. Медиана длительности хирургического вмешательства составила 182,5 (45–410) мин, медиана объема кровопотери – 100 (10–600) мл. Послеоперационные осложнения в соответствии с классификацией Clavien–Dindo отмечены в 17 (34,7 %) случаях, в том числе $\geq$ III степени – в 10. Общая частота осложнений составила 39,1 % (9 из 23) при сохранении основного ствола СОА и 30,7 % (8 из 26) при лигировании ее в основании ($p = 0,766$), частота осложнений $\geq$ III степени – 5 (21,7 %) и 5 (19,2 %) соответственно ($p = 1,0$).

Выводы. Резекция ПОК – технически сложное вмешательство, требующее большего количества времени для выполнения, значительного хирургического опыта. Статистически значимых различий по непосредственным результатам лечения в зависимости от уровня перевязки СОА не выявлено.

Химиотаргетная терапия у пациентов с метастазами колоректального рака в печени: клинический анализ и перспективы

Байитов О.И., Гайнутдинов А.А., Ёриев А.Ж., Сайдуллаев С.Р.

Навоийский областной филиал «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии» Минздрава Республики Узбекистан, г. Ташкент

Цель работы – оценить выживаемость пациентов с метастатическим колоректальным раком, получавших химиотерапию XELOX и XELOX в сочетании с бевацизумабом, а также токсический профиль данных схем терапии.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии г. Ташкента (Узбекистан). В исследование включены 66 пациентов с метастатическим колорек-

тальным раком, из которых 56 мужчин и 10 женщин со средним возрастом 56,8 года. Всем пациентам проведена гистологическая верификация аденокарциномы с метастазами в печени. Состояние пациентов оценивалось по шкале ECOG Performance Status (0–2). Первая группа (31,8 %) получала схему XELOX с бевацизумабом, а вторая (68,2 %) – только схему XELOX. Количество курсов варьировалось от 4 до 6, эффективность терапии оценивалась каждые 9–12 нед с помощью рентгенографии, компьютерной томографии и ультразвукового исследования.

Результаты. Одногодичная выживаемость в первой группе (XELOX с бевацизумабом) составила 80,9 %, во второй (только XELOX) – 71,1 %. Частота нежелательных явлений I–II степеней была выше в первой группе (71,4 %) по сравнению со второй (48,9 %). Диарея III степени была зарегистрирована у 4,7 % пациентов, получавших XELOX с бевацизумабом.

Выводы. Комплексная терапия метастатического колоректального рака, включающая бевацизумаб и схему XELOX, продемонстрировала увеличение выживаемости и является перспективной. Тем не менее частота нежелательных явлений при добавлении бевацизумаба выше, что требует дальнейшего изучения и оценки для оптимизации подходов к лечению.

Хирургическое лечение как основной метод при комбинированном лечении рака прямой кишки с метастазами

Башурова О.Д.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва

Цель работы – изучение современного подхода к лечению рака прямой кишки хирургическим методом при метастазировании.

Материалы и методы. С использованием базы данных PubMed был проведен оценочный анализ статей, посвященных хирургическому лечению рака прямой кишки при метастазировании. Для поиска нужной информации использовались следующие комбинации терминов: rectal cancer, surgical treatment of rectal cancer, metastasis of rectal cancer, rectal cancer survival. Также был сделан упор на клинические рекомендации по раку прямой кишки от 2024 г.

Результаты. Основным методом лечения рака прямой кишки с метастазами остается хирургическое вмешательство. Общая выживаемость за 5 лет пациентов с метастазами в печени и легких составила 30–50 %.

Выводы. Хирургическое лечение на поздней (IV) стадии рака прямой кишки, при которой появляются метастазы, является основным методом. Однако на IV стадии рака хирургическое вмешательство применяется

в комбинации с другими методами лечения, в зависимости от размеров метастазов и их расположения. Метастазы являются фактором низкой выживаемости пациентов, но при хирургическом лечении и правильно, персонализировано подобранном подходе к лечению пациента показатель выживаемости увеличивается по сравнению с таковым у пациентов без хирургического лечения или с неправильно подобранной тактикой лечения.

Выбор оптимального метода стадирования аноректальной меланомы: анализ специализированного регистра Российского общества специалистов по колоректальному раку

Беленькая Я.В., Гордеев С.С.

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»
Минздрава России, г. Москва

Введение. Для аноректальной меланомы отсутствует единая валидированная система стадирования.

Цель работы – определение оптимального метода стадирования для аноректальной меланомы.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование, основанное на анализе специализированного регистра Российского общества специалистов по колоректальному раку за 1999–2021 гг., были включены пациенты с аноректальной меланомой. Критерием исключения было наличие метастазов. Оцениваемым параметром была достоверность различий показателей общей (ОВ) и безрецидивной (БРВ) выживаемости в зависимости от критерия первичной опухоли при оценке согласно 3 классификациям: плоскоклеточного рака анального канала (UICC TNM, 8-я редакция), модифицированной классификации Stefanou (IA-B – глубина инвазии до 1,5 мм, IIA – глубина инвазии 1,6–4 мм, IIB – глубина инвазии более 4 мм), аденокарциномы прямой кишки (UICC TNM, 8-я редакция).

Результаты. В исследование были включены 59 пациентов. Медиана наблюдения составила 69,6 мес. При использовании классификации плоскоклеточного рака анального канала не было получено статистически значимых различий в показателях ОВ (T1 и T2, $p = 0,3$; T1 и T3, $p = 0,109$; T2 и T3, $p = 0,460$) и БРВ (T1 и T2, $p = 0,392$; T1 и T3, $p = 0,590$; T2 и T3, $p = 0,997$). По классификации Stefanou статистически значимо различались ОВ IA-B и IIA ($p = 0,006$), IA-B и IIB ($p = 0,043$), БРВ – $p = 0,043$ и $p = 0,47$ соответственно. Между стадиями IIA и IIB различий в ОВ и БРВ не было ($p = 0,340$ и $p = 0,567$ соответственно). Согласно классификации аденокарциномы прямой кишки статистически значимых различий в ОВ не было (T1 и T2, $p = 0,132$; T1 и T3, $p = 0,145$;

T2 и T3, $p = 0,776$). Однако по показателю БРВ статистически значимые различия отмечались между T1 и T2 ($p = 0,011$). Статистически значимых различий в БРВ между T1 и T3, T2 и T3 не было ($p = 0,253$ и $p = 0,446$ соответственно).

Выводы. Таким образом, наиболее оптимальной из 3 изученных классификаций для стадирования аноректальной меланомы является классификация Stefanou. Однако целесообразна дальнейшая валидация этих результатов.

Опыт эндоскопической диагностики метастатического поражения толстой кишки

Богомолов Д.Н., Оболенская В.Н., Горохов Н.Д.

ГБУЗ АО «Областной клинический онкологический диспансер», г. Астрахань

Цель работы – определение эндоскопической картины метастатической патологии толстой кишки и дифференциальная диагностика с другими злокачественными новообразованиями.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты 9202 колоноскопий, выполненных в отделении эндоскопии ГБУЗ АО «ОКОД» за 2021–2023 гг. и первую половину 2024 г. За анализируемый период диагностировано 849 злокачественных новообразований толстой кишки, из которых в 23 случаях определено опухолевое поражение толстой кишки метастатического генеза. Метастатическое поражение толстой кишки является достаточно редкой и мало освещенной в литературе патологией.

В наших наблюдениях отмечена следующая структура метастатических опухолей: 1 случай – метастазы рака шейки матки, 7 – метастазы рака яичников, 3 – метастазирование рака молочной железы, 9 – метастазы рака толстой кишки, 1 – метастаз рака почки, 1 – метастаз рака печени, 1 – метастаз меланомы. Все пациенты обследованы в разные сроки после проведения специализированного лечения по основному заболеванию (от 6 мес до 20 лет после достижения ремиссии). В 87 % случаев метастатическое поражение было верифицировано щипцовой биопсией.

Результаты. Проанализировав 23 наблюдения метастатического поражения толстой кишки, мы пришли к выводу, что метастатические опухоли толстой кишки весьма разнообразны по эндоскопической картине. Локализация данной патологии возможна во всех отделах толстой кишки. Встречались множественные очаги и одиночные образования; экзофитные опухоли, небольшие изъязвления и обширные инфильтративно-язвенные поражения, требующие дифференциальной диагностики с первичными новообразованиями и экстраорганной опухолевой инвазией.

Тем не менее было отмечено, что в большинстве случаев метастазы представляют собой эндофитные новообразования плотной консистенции с разной степенью выраженности субэпителиального компонента. Изъязвленная поверхность является следствием прогрессии образования.

Эндоскопическая картина метастатического поражения толстой кишки во многом зависит от размера метастаза, глубины расположения и наличия интраэпителиальной инвазии. Макроскопических особенностей в зависимости от морфологии выявлено не было.

Выводы. Врачам-эндоскопистам, работающим с пациентами онкологического профиля, необходимо принимать во внимание возможность обнаружения сложных для диагностики метастатических опухолей толстой кишки. Выявление и верификация метастазов на ранней стадии развития позволят скорректировать схему специального лечения и улучшить прогноз.

Симультанные лапароскопические вмешательства при колоректальном раке с метастазами в печень: опыт Республики Татарстан

Валиев А.А., Гатауллин Б.И., Занькина А.П., Гатауллин И.Г., Хаснов Р.Ш., Валитов Б.Р.

ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Татарстан им. проф. М.З. Сигала», г. Казань

Цель работы – оценить непосредственные результаты и целесообразность выполнения симультанных лапароскопических вмешательств у больных колоректальным раком с синхронными метастазами в печень.

Материалы и методы. В исследование включены 11 больных, получавших лечение в РКОД МЗ РТ с 2022 по 2024 г. по поводу колоректального рака с синхронными метастазами в печень, которым были выполнены симультанные операции лапароскопическим доступом. Критериями включения в данное исследование являлись морфологически подтвержденный диагноз, присутствие синхронного резектабельного метастатического поражения печени, уровень соматического статуса 1–2 по шкале ASA.

Результаты. В 7 случаях первичный очаг имел локализацию в прямой кишке, в 3 – в сигмовидной кишке, в 1 – в правой половине ободочной кишки. Средняя продолжительность оперативных вмешательств составляла $194 \pm 36,5$ мин, средний объем интраоперационной кровопотери – $350 \pm 17,3$ (150–600) мл. Классический прием Прингла нами не использовался, при обширных резекциях печени проводили селективную сосудистую изоляцию резецируемого сегмента на все время выполнения паренхиматозного этапа.

При резекциях печени чаще выполнялись анатомические резекции. Были выполнены по 2 случая правосторонней и левосторонней гемигепатэктомии, 2 – бисегментэктомии, а также 5 – сегментэктомий. Длительность послеоперационного койко-дня в среднем была 9,9 сут. Летальных исходов во время госпитализации и в течение 30 сут после операции не зарегистрировано. Среди осложнений отмечен 1 тяжелый случай IIIb по классификации Clavien–Dindo в виде клинически значимой несостоятельности колоректоанастомоза, что потребовало повторного оперативного вмешательства – выполнения разгрузочной транверзостомии.

Выводы. Наше исследование не имеет сравнительной группы, однако полученные результаты позволяют нам с осторожностью говорить о том, что симультанная резекция по поводу колоректального рака с синхронным метастатическим поражением печени лапароскопическим доступом является возможным и безопасным методом при соблюдении четкого критерия отбора пациентов. Результаты нашей работы сопоставимы с данными других авторов.

Анализ клинико-морфологических особенностей течения рака прямой кишки у лиц молодого возраста

Вахрушева А.Р., Ахметзянов Ф.Ш.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань;
ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Татарстан им. проф. М.З. Сигала», г. Казань

Цель работы – анализ клинико-морфологических особенностей течения рака прямой кишки у пациентов молодого возраста.

Материалы и методы. В ретроспективное, нерандомизированное когортное исследование включены 106 пациентов с верифицированным диагнозом рака прямой кишки (C20), находившихся на стационарном лечении в РКОД МЗ РТ с 01.01.2014 по 31.12.2020.

Результаты. Медиана возраста пациентов составила 37 лет. Из 106 больных 56 (53 %) были женщины и 50 (47 %) – мужчины. В структуре заболеваемости основную долю составляли пациенты с III стадией – 46,2 %, на долю I и II стадий пришлось 30,2 и 23,6 % соответственно. По 42 случая рак прямой кишки был локализован в верхне- и среднеампулярном отделах, в 22 случаях – в нижнеампулярном отделе прямой кишки. 94 (88,7 %) случая представлены аденокарциномами low-grade (34 – G1 и 60 – G2), 12 (11,3 %) – аденокарциномой high-grade. У 65 (61,3 %) пациентов выявлена анемия различной степени тяжести, у 12 (11,3 %) – кишечная непроходимость. У 7 пациентов, госпитализи-

рованных неотложно, выявлено кровотечение из прямой кишки. 43 (41 %) пациентам проводилась неoadъювантная лекарственная терапия: у 16 – классическим, у 27 – средним фракционированием. В 23 случаях был достигнут лучевой патоморфоз TRG3, в 15 – TRG2 и всего в 5 случаях – TRG1. Всем пациентам было проведено оперативное вмешательство: 67 (63 %) случаев – ВБРПК, 18 (17 %) – БАРПК, 15 (14 %) – БПЭПК, 6 (6 %) – операции по типу Гартмана.

Выводы. Преобладание местно-распространенных форм рака прямой кишки требует повышенной онконастороженности. Выявленные особенности рака прямой кишки возможно учитывать в программах первичной диагностики, что позволит улучшить раннее выявление и результаты лечения. Однако остается открытым вопрос разработки специфических лечебных подходов для пациентов молодого возраста с учетом клинико-биологических характеристик опухолей прямой кишки в данной возрастной группе.

Диагностика и терапия метастатического поражения печени при колоректальном раке: клинический анализ и перспективы

Гайнутдинов А.А., Мухаммадиев Р.Б., Байитов О.И.,
Ёриев А.Ж., Сайдуллаев С.Р.

Навоийский областной филиал «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии» Минздрава Республики Узбекистан, г. Ташкент

Цель работы – исследовать ключевые диагностические и терапевтические аспекты при колоректальном раке с метастатическим поражением печени, анализируя клинические результаты.

Материалы и методы. Обследованы 85 пациентов с метастатическим колоректальным раком (53,0 % мужчин и 47,0 % женщин, средний возраст $62,3 \pm 4,9$ года), у которых гистологически подтверждена аденокарцинома прямой или ободочной кишки. Для диагностики использованы ультразвуковые исследования и компьютерная томография, выявлявшие характер метастатического поражения.

Результаты. Выявлены множественные метастазы в печени у 92,0 % пациентов и билобарное поражение у 81,3 % обследованных. Применение таргетных препаратов в схемах химиотерапии значительно повысило эффективность лечения пациентов с изначально резектабельными метастазами.

Выводы. Совмещение ультразвуковых исследований и компьютерной томографии позволяет обеспечить высокую точность диагностики метастазов в печени при колоректальном раке. Наиболее эффективной

схемой предоперационной химиотерапии для резектабельных метастазов оказалась комбинация XELOX/FOLFOX4 с добавлением бевацизумаба. Настоящее исследование подчеркивает важность дальнейших исследований для усовершенствования терапевтических стратегий для пациентов с данной патологией.

Предикторы развития парастомальных грыж у пациентов с одностольной колостомой: анализ факторов риска

Гатауллин Б.И., Тойчуев З.М., Гатауллин И.Г., Шакиров Р.К., Дидакунан Ф.И.

ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Татарстан им. проф. М.З. Сигала», г. Казань

Цель работы – выявить предрасполагающие факторы риска возникновения параколостомических осложнений у больных с сопутствующей патологией после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

Материалы и методы. Нами были изучены ретроспективные результаты лечения 151 пациента с параколостомическими осложнениями после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки по поводу рака. Больные находились на лечении в РКОД МЗ РТ. Для прогнозирования развития параколостомических осложнений в послеоперационном периоде у всех пациентов исследовали функцию внешнего дыхания, индекс массы тела, величину внутрибрюшного давления, состояние передней брюшной стенки, а также учитывался возраст пациента (>45 лет). Пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу включены 50 пациентов, которым на конечном этапе операции была сформирована колостома с использованием аллопластического материала. В контрольную группу вошел 101 пациент, которым была сформирована колостома традиционным методом.

Результаты. При изучении отдаленных результатов в контрольной группе больных было отмечено возникновение 14 (13,86 %) осложнений в области колостомы, выявленных в сроки от 3 мес до 5 лет после радикального вмешательства. В основной группе поздних осложнений со стороны колостомы не наблюдали.

Выводы. Выделение факторов риска и групп пациентов с повышенной степенью риска развития осложнений позволяет дифференцированно подходить к их профилактике. Таким образом, проблема выбора способа профилактики парастомальных грыж выходит сейчас на первый план.

Разработка системы расчета индивидуального риска с использованием искусственного интеллекта (AI)

может помочь улучшить прогноз негативных событий и принять превентивные меры, а также улучшить качество жизни пациентов.

Установка сетчатых эндопротезов значительно снижает количество повторных операций по поводу парастомальной грыжи. Продолжается изучение эффективности использования сетчатых эндопротезов. В некоторых клиниках они применяются в рутинной практике.

Пути улучшения диагностики и лечения раннего рака толстой кишки

Гаулика В.О.

БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия», г. Ханты-Мансийск

Цель работы – совершенствование диагностики и лечения колоректального рака путем определения показаний к малоинвазивным эндоскопическим вмешательствам.

Материалы и методы. В проспективное одноцентровое обсервационное исследование были включены 156 пациентов с новообразованиями в толстой кишке размером от 10 до 50 мм, по эндоскопическим и морфологическим критериям не прорастающими в подслизистый слой. Диагностика пациентов включала сбор анамнеза и первичный осмотр, сбор анамнеза жалоб, семейного анамнеза по онкологическим заболеваниям, физикальный осмотр, общий анализ крови, анализ крови на онкомаркеры, исследование кала на скрытую кровь, колоноскопию, видеоколоноскопию, магнитно-резонансную томографию, компьютерную томографию, эндоректальное ультразвуковое исследование, гистологическое исследование биопсии, взятой во время колоноскопии.

Результаты. Всего в период 2018–2024 гг. пациентам было проведено 748 полиэктомий. В ходе процедуры выполнялась биопсия пораженных участков для последующего гистологического исследования. Было выявлено 592 доброкачественных образования, удаленных по гистологическому заключению, и 156 новообразований были определены как ранний рак.

На основе проведенной диагностики пациентам были предложены варианты хирургического вмешательства для лечения раннего рака толстой кишки. Исходя из этого, были выделены следующие группы пациентов: А – выполнялся малоинвазивный эндовидеохирургический метод, Б – выполнялась лапароскопическая резекция, В – выполнялась открытая резекция.

Большинство рецидивов наблюдалось в группах с открытыми (3,57 %) и лапароскопическими резекциями. Большинство осложнений наблюдалось в группе,

где применялся малоинвазивный эндовидеохирургический метод.

Продолжительность госпитализации пациентов с малоинвазивными и эндоскопическими методами составляла в среднем 2–3 дня. При открытых вмешательствах период госпитализации – 7–10 дней. Пациенты, которым проводились малоинвазивные вмешательства, отмечали меньше болей и быстрее возвращались к обычной жизни.

Выводы. Комплексное применение современных методов диагностики и лечения позволило усовершенствовать эффективность выявления и терапии раннего рака толстой кишки.

Определение статуса микросателлитной нестабильности при колоректальном раке с использованием картриджа Idylla MSI Test

Демина Е.А., Жданова А.В., Казанцева Н.В.

ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», г. Екатеринбург;

ГБУЗ СО «Институт медицинских клеточных технологий», г. Екатеринбург

Цель работы – определить наличие микросателлитной нестабильности (MSI) у пациентов с метастатическим колоректальным раком с помощью картриджа Idylla MSI Test.

Материалы и методы. MSI – феномен, который обнаруживается в результате возникновения патогенных вариантов в генах группы MMR. Данный маркер является критически важным для определения тактики лечения при колоректальном раке.

Наше исследование проводилось на автоматизированном приборе Idylla (Biocartis) с использованием картриджа Idylla MSI Test, включающего 7 мономорфных биомаркеров (ACVR2A, BTBD7, DIDO1, MRE11, RYR3, SEC31A, SULF2). Согласно протоколу производителя, было сделано по 1–2 среза толщиной 5 мкм. Всего протестировано 37 образцов с колоректальным раком с блоков FFPE, которые ранее были охарактеризованы на предмет дефицита (dMMR) с помощью иммуногистохимического анализа в нашем учреждении.

Результаты. Среди пациентов было 40 % мужчин и 60 % женщин, средний возраст которых составлял 61 (27–88) год. У большинства пациентов опухоли локализовались в ободочной (29,7 %), сигмовидной (27,0 %) и прямой (24,3 %) кишке. У значительной части пациентов (32/37, 86,4 %) выявлялась IV стадия заболевания, у остальных (5/37, 14 %) – II стадия. В результате исследования 8 образцов были классифицированы с высоким статусом MSI (MSI-H), так как у них опреде-

лялось наличие более двух мутантных биомаркеров, а 29 образцов имели статус микросателлитностойких (MSS). Также отмечалось преобладающее парное выпадение белков MLH1 и PMS2 – 43,2 %, MSH2 и MSH6 – 10,8 %.

Выводы. Таким образом, полностью автоматизированная система Idylla является альтернативным методом определения статуса MMR при колоректальном раке, значительно сокращает время работы и обеспечивает выполнение генетических исследований в кратчайшие сроки. Тест-система Idylla MSI обладает высокой чувствительностью и специфичностью, что позволяет обнаруживать образцы со статусом MSI-H при минимальном процентном содержании опухолевых клеток – 20 %.

Способ реконструкции промежностной раны и тазового дна после экстралеваторной экстирпации прямой кишки

Доронин Н.В.¹, Половинкин В.В.^{2,3},
Ширалиев Р.М.-А.¹, Каушанский В.Б.^{1,3}

¹ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1» Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар;

²ГБУЗ «НИИ – Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского» Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар;

³кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар

Введение. Брюшно-промежностная экстирпация (БПЭ) является операцией выбора при хирургическом лечении рака нижнеампулярного отдела прямой кишки и анального канала. Экстралеваторная брюшно-промежностная экстирпация (ЭлБПЭ) прямой кишки в сравнении с БПЭ характеризуется меньшей частотой местных рецидивов, положительного края резекции и непреднамеренной перфорации кишки. Однако ЭлБПЭ ассоциируется с высокими показателями послеоперационных осложнений ран промежности, поскольку она образует полость большого размера, чем при БПЭ, что делает реконструкцию промежности актуальной проблемой.

Цель работы – снижение числа послеоперационных осложнений промежностной раны после ЭлБПЭ прямой кишки по поводу нижнеампулярного рака прямой кишки путем применения нового способа.

Материалы и методы. С 1 октября 2023 г. проводится набор пациентов в многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование (ClinicalTrials.gov: NCT06066931). Согласно расчету объема выборки, при значениях α – 0,05 и β – 80 % в случае равномерного набора в течение 3 лет необходимый объем выборки составляет 150 пациентов (по 50 пациентов в группе

пластики промежностной раны простым ушиванием, сетчатым эндопротезом и новым способом).

Суть предложенного способа пластики (патент № RU 2814643) заключается в использовании двусторонних перемещенных кожно-фасциальных ягодичных лоскутов, которые обеспечивают адекватное заполнение глубокого и поверхностного дефектов промежностной раны.

Результаты. В настоящее время в исследование включены 67 пациентов (набор пациентов продолжается). Частота ранних послеоперационных осложнений $\geq$ III степени по классификации Clavien–Dindo в группе простого ушивания составляет 8/23 (35 %) (4 (17 %) – серома, 3 (13 %) – нагноение промежностной раны, 1 (4,3 %) – тонкокишечная непроходимость); в группе пластики сетчатым эндопротезом – 6/22 (27,2 %) (4 (18,1 %) – серома, 2 (9 %) – нагноение промежностной раны); в группе пластики новым способом – 4/22 (18,1 %) (1 (4,5 %) – гематома промежностной раны, 1 (4,5 %) – частичный некроз лоскута, 1 (4,5 %) – нагноение промежностной раны, 1 (4,5 %) – толстокишечная непроходимость).

Выводы. В настоящее время нет единого мнения о показаниях и выборе методики пластики промежностной раны. Согласно предложенной нами методике, благодаря перемещению двух лоскутов с обеих сторон раны достигается полное заполнение обширного глубокого и поверхностного дефектов промежностной раны, а хорошо кровоснабжаемые лоскуты обеспечивают заживление промежностной раны первичным натяжением в подавляющем большинстве наблюдений.

Ближайшие и отдаленные результаты мультивисцеральных операций с панкреатодуоденальной резекцией при колоректальном раке

Егоров В.И.¹⁻³, Котельников А.Г.¹, Патютко Ю.И.¹,
Ахметзянов Ф.Ш.^{2,3}, Подлужный Д.В.¹, Поляков А.Н.¹,
Кудашкин Н.Е.¹, Розенгартен М.В.³

¹ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина»
Минздрава России, г. Москва;

²ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский
университет» Минздрава России, г. Казань;

³ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический
диспансер Минздрава Республики Татарстан
им. проф. М.З. Сигала», г. Казань

Цель работы – изучение непосредственных и отдаленных результатов мультивисцеральных операций (МВО) с панкреатодуоденальной резекцией (ПДР) при раке толстой кишки.

Материалы и методы. В основную группу включены 42 больных, которые перенесли МВО с ПДР по поводу рака толстой кишки. Группа сравнения – когорта

из 46 больных раком толстой кишки, которым выполнялась резекция толстой кишки с резекцией двенадцатиперстной кишки и/или головки поджелудочной железы (МВО без ПДР).

Результаты. Частота послеоперационных осложнений $\geq$ III степени по Clavien–Dindo и летальности в обеих группах была сопоставимой – 13/42 (31 %) против 11/46 (23,9 %); $p = 0,2$ и 3/42 (7,1 %) против 3/46 (6,5 %); $p = 1,0$ соответственно. Локорегионарный рецидив в группе МВО без ПДР отмечался достоверно чаще – 18/43 (41,9 %) против 4/33 (12,1 %); $p = 0,005$. Пятилетняя общая выживаемость в группе МВО с ПДР составила 42,1 % (95 % доверительный интервал (ДИ) 17,2–65,4), а в группе МВО без ПДР – 26,4 % (95 % ДИ 11,8–43,6). Медиана общей выживаемости в группе МВО с ПДР составила 44 мес (95 % ДИ 26– ∞), в группе МВО без ПДР – 13 (95 % ДИ 10–31); $p = 0,005$. При однофакторном анализе инвазия верхней брыжеечной вены оказала достоверное влияние на общую выживаемость (отношение рисков (ОР) 21,84; 95 % ДИ 1,52–313,7; $p = 0,02$). При многофакторном анализе независимыми факторами, отрицательно влияющими на общую выживаемость, оказались локорегионарный рецидив (ОР 4,65; 95 % ДИ 2,1–10,44; $p < 0,001$), инвазия в верхнюю брыжеечную вену (ОР 41,77; 95 % ДИ 4,25–409,73; $p = 0,001$), а положительно – МВО с ПДР (ОР 0,29; 95 % ДИ 0,12–0,7; $p = 0,005$) и адъювантная химиотерапия (ОР 0,34; 95 % ДИ 0,14–0,8; $p = 0,013$).

Выводы. МВО с ПДР при местно-распространенном раке ободочной кишки с клиническими признаками инвазии двенадцатиперстной кишки и/или головки поджелудочной железы является операцией выбора при наличии соответствующих условий для их выполнения.

Результат лечения пациента с гигантской кондиломой Бушке– Левенштейна (pTisNOM0) перианальной области

Жук А.С., Садовский Д.Н., Сидоров С.А., Руденков М.П.,
Рассошко П.Г.

ГУ «Республиканский клинический медицинский центр»
Управления делами Президента Республики Беларусь,
г. Минск

Цель работы – представить результат лечения гигантской кондиломы Бушке–Левенштейна. Ретроспективно изучить каждый этап комбинированного лечения гигантской кондиломы Бушке–Левенштейна перианальной области.

Материалы и методы. Пациент Т., 1979 года рождения, мужчина, 10 лет беспокоит образование в области прямой кишки, трудности с актом дефекации, частое выделение крови из кондиломы. Ранее за

медицинской помощью не обращался. При осмотре определялось в перианальной области образование бледно-розового цвета до 20 см, полностью перекрывающее анус и распространяющееся на анальный канал. До оперативного вмешательства выполнена многоточечная биопсия образования – папилломатозная пролиферация многослойного плоского эпителия с койлоцитозом, воспалительная инфильтрация в подлежащей дерме. Первым этапом перед оперативным вмешательством пациент использовал гель «Виферон» в течение 10 дней. Вторым этапом выполнена лазерная редуцирующая вапоризация опухоли с электрокоагуляцией ее поверхности в режиме лазера 1470 нм 15 W. Через 3 мес выполнен третий этап: операция с иссечением опухоли и оставлением небольшого участка опухоли в области анального канала. Четвертый этап лечения через 1 мес – иссечение остатков ткани кондиломы анальной области с перемещением слизистой анального канала на дефект. В течение 10 дней каждого послеоперационного периода 1 раз в сутки использовались ректальные свечи с интерфероном.

Результаты. Срок пребывания в стационаре за 3 госпитализации составил 20 дней. Полный курс лечения составил 6 мес. После окончания лечения сфинктер прямой кишки нормотоничен, смыкается полностью, анальный канал сужен до 1 см за счет стриктуры. Удержание кала сфинктером прямой кишки не нарушено.

Выводы. В результате этапного и комбинированного лечения гигантской кондиломы Бушке–Левенштейна перианальной области удалось достичь оптимального косметического и функционального эффекта.

Первично-забрюшинный доступ в хирургии рака левых отделов толстой кишки: топографо-анатомическая навигация с использованием анатомических ориентиров

Зубайраева А.А.^{1,2}, Ефетов С.К.^{1,2}, Козий А.Ю.¹

¹Университетская клиническая больница № 4
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), г. Москва;

²кафедра факультетской хирургии № 2 ФГАОУ ВО Первый
МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), г. Москва

Цель работы – представить систему интраоперационной топографо-анатомической навигации с использованием хирургических плоскостей и стандартных анатомических ориентиров для первично-забрюшинного доступа и оценить непосредственные результаты лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ непосредственных результатов оперативных вмешательств в объеме

сегментарной резекции толстой кишки с сосудосберегающей лимфодиссекцией из первично-забрюшинного доступа ($n = 23$) с мая 2023 г. по сентябрь 2024 г.

Выделение мезоколической клетчатки и лимфодиссекция выполнялись в пределах хирургических плоскостей по стандартным анатомическим ориентирам.

Первым этапом мезоколон выделяется в мезоколической межфасциальной плоскости, располагающейся аксиально между париетальной мезоколической и преренальной фасциями. Анатомические ориентиры: левый латеральный канал, поясничная мышца, мочеточник и гонадные сосуды, внутренностные нервы.

Вторым этапом лимфодиссекция проводится в медиальной мезоколической плоскости, располагающейся вдоль медиального края аорты. Анатомические ориентиры: бифуркация аорты, основание нижней брыжеечной артерии, гипогастральное сплетение, нижняя брыжеечная вена.

Третьим этапом лимфодиссекция и выделение мезоколона завершались в краевой желудочно-панкреатической плоскости, проходящей в проекции вентрального края поджелудочной железы. Анатомические ориентиры: горизонтальная часть двенадцатиперстной кишки, нижний край тела поджелудочной железы, место впадения нижней брыжеечной вены в селезеночную вену, нижний полюс селезенки.

Результаты. Медиана объема кровопотери составила 50 мл (интерквартильный размах (IQR): 50–100 мл), медиана удаленных регионарных лимфатических узлов – 24 (IQR: 22–40) и апикальных – 2 (IQR: 2–5). Медиана длительности операций составила 290 мин (IQR: 250–320 мин), а лечения в стационаре – 13 дней (IQR: 12–17 дней).

Выводы. Для освоения первично-забрюшинного доступа представлена система топографо-анатомической навигации и хирургических плоскостей, позволяющих безопасно внедрить новый доступ, что демонстрирует непосредственные результаты лечения. Он может рассматриваться в качестве альтернативного доступа при операциях по поводу аденокарциномы левых отделов ободочной кишки.

Изучение возможностей химиотаргетной терапии у больных метастатическим колоректальным раком

Израильбекова К.Ш., Ниёзова Ш.Х., Камышов С.В.,
Исламов Х.Д.

Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр онкологии и радиологии Минздрава
Республики Узбекистан, г. Ташкент

Цель работы – сравнение эффективности схем химиотерапии (ХТ) с использованием таргетных препаратов у больных метастатическим колоректальным раком.

Материалы и методы. В ретроспективном исследовании изучались долгосрочные результаты лечения 115 пациентов (60 мужчин и 55 женщин; средний возраст – 62,3 года) с колоректальным раком и метастазами в печень в период с 2017 по 2023 г. Пациенты были разделены на 3 группы: 1-я – получавшие ХТ: XELOX/FOLFOX4; 2-я – получавшие XELOX/FOLFOX4 с бевацизумабом; 3-я – получавшие FOLFOX4 с цетуксимабом при наличии мутаций гена KRAS.

Результаты. Каждый пациент получил 6 курсов неоадьювантной ХТ, но таргетные препараты не смогли существенно снизить токсичность лечения, хотя и повысили вероятность последующих комбинированных хирургических вмешательств. Пациенты с хирургическим лечением получали 6 курсов адьювантной ХТ, а другие – поддерживающую терапию с применением 5-FU/LV или капецитабина. Медиана общей выживаемости в 1-й группе больных составила 7,4 мес (95 % доверительный интервал (ДИ) 6,2–8,6), во 2-й – 11,5 мес (95 % ДИ 10,5–12,4) и в 3-й – 9,7 мес (95 % ДИ 8,8–10,7). Медиана времени до прогрессирования заболевания в данных группах составила 4,9 мес (95 % ДИ 4,1–6,4), 6,9 мес (95 % ДИ 5,3–8,7) и 5,6 мес (95 % ДИ 4,1–7,2) соответственно.

Выводы. В настоящее время данные об эффективности таргетных препаратов при колоректальном раке с метастазами в печень и их сочетании с ХТ ограничены из-за отсутствия стандартизированного протокола лечения. Комбинированная химиотаргетная терапия колоректального рака с метастазами в печень, особенно с применением бевацизумаба, продемонстрировала лучшие результаты по сравнению со стандартной ХТ и цетуксимабом в сочетании с ХТ.

Применение флуоресцентной ангиографии при оперативном лечении колоректального рака

Кудряшов В.А.

Гомельский областной клинический онкологический диспансер, г. Гомель

Введение. Частота несостоятельности колоректального анастомоза после оперативного лечения колоректального рака в различных клиниках достигает 23 %, при этом наблюдается ежегодный рост заболеваемости раком.

Цель работы – оценить частоту несостоятельности анастомоза при оперативном лечении колоректального рака с применением флуоресцентной ангиографии (ФА).

Материалы и методы. Проведено оперативное вмешательство 173 пациентам с колоректальным раком. I стадия опухолевого процесса была у 40 пациентов, II стадия – у 72, III стадия – у 45, IV стадия – у 7. Боль-

шинству пациентов при наложении колоректального анастомоза использовали ФА с применением индоцианина зеленого.

Результаты. Резекция сигмовидной кишки выполнена на 64 пациентам, правосторонняя гемиколэктомия – 58, передняя резекция прямой кишки – 33, левосторонняя гемиколэктомия – 5, резекция поперечно-ободочной кишки – 4, прочие операции – 9.

При наложении колоректального анастомоза для минимизации риска его несостоятельности 25 больным выполнена ФА. В 2 случаях ее проведение привело к изменению объема резекции. Пациентам после выполнения исследования с индоцианином зеленым наложение трансверзостомы не проводилось. Послеоперационные осложнения отмечены у 12 (6,9 %) пациентов.

У 1 пациентки после низкой передней резекции с тотальной мезоректумэктомией развилась микронесостоятельность анастомоза без перитонита, была сформирована трансверзостома. У 1 пациентки в послеоперационном периоде развился сепсис на фоне фульминантно протекающего развития псевдомембранозного колита. Пациентка умерла на 58-е сутки после операции. Послеоперационная летальность составила 0,57 %.

Выводы. ФА позволила предотвратить развитие несостоятельности колоректального анастомоза у всех пациентов, которым она выполнялась, а также избежать наложения превентивной трансверзостомы и реконструктивной операции в будущем.

Низкий процент послеоперационных осложнений (6,9 %) и летальности (0,57 %) позволяет рекомендовать выполнение лапароскопических вмешательств с применением ФА при колоректальном раке.

Сравнительный анализ продольных и поперечных мини-лапаротомий при операциях по поводу рака толстой кишки

Лебедько М.С., Исакова А.А., Кулушев В.М.,
Поликарпов А.А., Лебедев С.С.

ГБУЗ «Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С.П. Боткина ДЗМ», г. Москва

Введение. Послеоперационная вентральная грыжа – частое осложнение после малоинвазивной резекции толстой кишки, снижающее качество жизни пациентов. Выбор типа мини-лапаротомии для экстракорпорального этапа операции является актуальным вопросом.

Цель работы – изучить влияние типа мини-лапаротомии на частоту послеоперационных вентральных грыж после лапароскопических и робот-ассистированных резекций толстой кишки по поводу рака, а также оценить факторы риска возникновения грыж.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование историй болезней пациентов, перенесших резекцию толстой кишки в ММНҚЦ им. С.П. Боткина в 2022–2023 гг. Критерии включения: 1) верифицированный рак толстой кишки; 2) лапароскопические и робот-ассистированные методы операций; 3) выполнение мини-лапаротомии для экстракорпорального этапа операции. Критерии исключения: 1) открытые операции; 2) конверсия доступа; 3) возраст старше 90 лет; 4) ECOG >3. Пациенты были разделены на две группы: продольная мини-лапаротомия и поперечная мини-лапаротомия.

Анализ факторов риска проводился в однофакторном анализе.

Результаты. Проанализировано 215 историй болезни пациентов, перенесших робот-ассистированные и лапароскопические резекции толстой кишки: в группе поперечной мини-лапаротомии $n = 151$ (70,2 %), в группе продольной мини-лапаротомии $n = 64$ (29,8 %). По полу, возрасту, частоте осложнений группы статистически значимо не различались ($p > 0,5$). Послеоперационные вентральные грыжи: в группе продольных мини-лапаротомий – 14/64 (21,9 %), в группе поперечной мини-лапаротомии – 1/151 (0,7 %); различия статистически значимы ($p < 0,05$). Факторами риска грыж были возраст старше 65 лет, индекс массы тела > 30 кг/м², респираторные заболевания и раневая инфекция.

Выводы. Результаты показывают, что поперечная мини-лапаротомия значительно снижает риск послеоперационной вентральной грыжи по сравнению с продольной. Исследование подтверждает важность выбора типа мини-лапаротомии для минимизации риска послеоперационной грыжи. По возможности следует избегать продольных разрезов по белой линии живота.

Анатомические ориентиры при забрюшинном этапе хирургического лечения рака правой половины ободочной кишки

Панова П.Д., Ефетов С.К.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва

Цель работы – улучшение результатов лечения рака правой половины ободочной кишки у пациентов с высоким индексом массы тела и спаечным процессом в брюшной полости методом забрюшинного доступа.

Материалы и методы. Выполнены пересмотр и анализ первых 5 операций, на основании которых было выделено 11 ориентиров. Анатомические ориентиры использовали для поэтапного выполнения оперативного вмешательства. Переход от одного к другому осуществлялся с помощью тупой диссекции, рассече-

нием электрохирургическими инструментами или путем клипирования и пересечения сосудов.

Результаты. Первоначальный ориентир – поперечная фасция и предбрюшинная клетчатка, которую выделяли тупым способом, расширяя забрюшинное пространство. Переход в межфасциальный слой выполнялся после определения наиболее латеральной точки фиксации фасции Герота к париетальной брюшине или париетальной фасции мезоколон. В каудальной части операционного поля в межфасциальном слое ориентиром является передняя поверхность правого мочеточника и гонадных сосудов. Диссекция выполнялась в медиальном направлении до следующего ориентира – наружного края нисходящей части двенадцатиперстной кишки, которая идентифицируется в медиальной части операционного поля. После выделения кишки диссекция выполнялась по передней поверхности головки поджелудочной железы. В этой зоне основными ориентирами являются сосуды. Первой в операционном поле идентифицировали наиболее латеральную толстокишечную ветвь ствола Генле. После пересечения всех толстокишечных ветвей, ориентируясь на место впадения ствола Генле в верхнюю брыжеечную вену, вскрывали париетальную фасцию под последней. Диссекция выполнялась до основания подвздошно-ободочных сосудов и основания средних ободочных артерии и вены. В краниальной части операционного поля ориентирами являлись место впадения правой желудочно-сальниковой вены в ствол Генле и основание правой желудочно-сальниковой артерии.

Выводы. Хирургическое лечение рака правой половины ободочной кишки технически возможно выполнить из забрюшинного доступа, ориентируясь на анатомические структуры в этой области. Такое вмешательство может быть альтернативой лапароскопическим операциям в сложных клинических ситуациях.

Виртуальная илеостома при низких передних резекциях по поводу рака прямой кишки

Полозов С.В., Дарвин В.В., Каримов И.М.

БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Сургутский государственный университет», г. Сургут;
БУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут

Цель работы – проведение сравнительного анализа результатов хирургического лечения 2 групп пациентов, оперированных в объеме низкой передней резекции прямой кишки с формированием аппаратного анастомоза.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ результатов лечения 2 групп пациентов: с пет-

левой превентивной илеостомой (ПИ) и с виртуальной илеостомой (ВИ). Критериями сравнения были количество послеоперационных осложнений, в том числе несостоятельность анастомоза, продолжительность операции и госпитализации.

Результаты. В группу ПИ были включены 32 пациента с илеостомой по Торнболу, в группу ВИ – 30 пациентов. Несостоятельность анастомоза была отмечена у 3 (9,4 %) пациентов группы ПИ и у 3 (10,0 %) больных группы ВИ ($p = 0,633$). Таким образом, лишь у 3 (10 %) пациентов группы ВИ потребовалось трансформировать виртуальную илеостому в петлевую.

Продолжительность операции в группе ПИ составила 182 (162,0; 202,0) мин, в группе ВИ – 176 (159,0; 200,1) мин ($p = 0,096$). Частота повторных релапаротомий в группе ПИ не отличалась от таковой в группе ВИ – 2 (6,2 %) и 2 (6,6 %) соответственно ($p = 0,669$).

Продолжительность госпитализации в группе ПИ составила 13,5 (11,0; 15,0) койко-дня, ВИ – 13 (10,8; 14,0) койко-дня ($p = 0,26$). Послеоперационная кишечная непроходимость отмечена у 3 (9,4 %) пациентов группы ПИ и у 2 (6,6 %) пациентов группы ВИ ($p = 0,469$). Инфекция области хирургического вмешательства развилась у 2 (6,2 %) пациентов группы ПИ и у 1 (3,3 %) пациента группы ВИ ($p = 0,475$).

Выводы. Сравнение результатов лечения 2 групп пациентов не выявило статистически значимого увеличения количества осложнений, в том числе несостоятельности анастомоза, при применении ВИ в качестве альтернативы ПИ. У 90 % пациентов группы ВИ удалось избежать формирования ненужной петлевой илеостомы и исключить необходимость повторного хирургического вмешательства по восстановлению непрерывности подвздошной кишки.

Патоморфологическая оценка качества тотальной мезоколонэктомии при раке правой половины ободочной кишки

Резник И.П., Невольских А.А., Авдеев В.А.

*Медицинский радиологический научный центр
им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии»
Минздрава России, г. Обнинск*

Введение. На сегодняшний день единственным общепринятым критерием оценки качества выполнения тотальной мезоколонэктомии (ТМКЭ) при раке ободочной кишки является оценка плоскости резекции параколической клетчатки, предложенная в 2008 г. N. West. В то же время этого недостаточно, чтобы оценивать уровень перевязки магистральных сосудов и объем лимфодиссекции. Таким образом, разработка критериев оценки зоны D3-лимфодиссекции с исследованием апикальных лимфатических узлов и стандартизация пато-

морфологической оценки качества ТМКЭ с учетом всех параметров являются актуальной и важной задачей.

Цель работы – разработка системы комплексной оценки качества ТМКЭ при раке правой половины ободочной кишки на основе универсальных критериев.

Материалы и методы. Работа основана на патоморфологическом исследовании удаленных при правосторонней гемиколэктомии препаратов. Макроскопическое исследование включало оценку плоскости резекции параколической клетчатки по N. West (2008 г.), качества выполнения ТМКЭ по S. Benz (2019 г.), картирование и выделение лимфатических узлов по группам согласно японской клинической классификации (JSCCR), а также оценку основных и дополнительных параметров, таких как длина тонкой и толстой кишки, размер и локализация опухоли, расстояние от опухоли до краев резекции, до уровня перевязки магистральной артерии, а также расстояние от уровня перевязки магистральной артерии до ближайшей кишечной стенки, площадь брыжейки ободочной кишки. Фотодокументация основных этапов макроскопического исследования стала основным критерием включения пациентов в исследование. После фиксации в 10 % растворе нейтрального формалина с последующей проводкой и изготовлением гистологических препаратов выполняли стандартное микроскопическое исследование с применением светового микроскопа Nikon Eclipse Ci (Япония).

Результаты. В исследование включены 120 пациентов (49 мужчин, 71 женщина), оперированных в период с ноября 2022 г. по июнь 2024 г. Медиана возраста составила 65 (37–88) лет. У 4 (3,3 %) пациентов была установлена pT1 категория опухоли, у 19 (15,8 %) – pT2, у 77 (64,2 %) – pT3 и у 20 (16,7 %) – pT4. В 22 % случаев опухоли располагались в слепой кишке, в 48 % – в восходящей ободочной кишке, в 10 % – в печеночном изгибе поперечной ободочной кишки и в 20 % – в проксимальной трети поперечной ободочной кишки.

Хорошее качество выделения мезоколической фасции (Grade 3) по N. West обнаружено в 81 (67,5 %) случае, удовлетворительное (Grade 2) – в 37 (30,8 %), плохое (Grade 1) – в 2 (1,7 %). Истинная ТМКЭ (тип 0 по S. Benz) была выполнена в 55 (45,8 %) случаях, тип 1 – в 31 (25,8 %), тип 2 – в 32 (26,7 %) и тип 3 – в 2 (1,7 %). Медиана исследованных лимфатических узлов составила 44 (9–225), пораженных – 4 (1–51). Поражение лимфатических узлов выявлено у 68 (56,7 %) пациентов. Поражение апикальных лимфатических узлов установлено в 9 (7,5 %) случаях, при этом у 3 пациентов опухоли располагались в слепой кишке с поражением 203 группы лимфатических узлов, у 4 пациентов – в восходящей ободочной кишке с поражением всех групп апикальных лимфатических узлов. В случае локализации опухоли в печеночном изгибе поперечной ободочной кишки и проксимальной трети поперечной ободочной кишки метастазы в апикальную 223 группу были обнаружены у одного

пациента из каждой группы. Факторы неблагоприятного прогноза, такие как наличие периневрального роста, лимфо- и ангиоваскулярной инвазии, опухолевых депозитов и метастазов в лимфатические узлы, были выявлены у 80 (66,7 %) пациентов.

Выводы. Хорошее качество выделения мезоколической фасции (Grade 3) по N.West установлено в 8 (67,5 %) случаях. Истинная ТМКЭ (тип 0 по S. Benz) была выполнена в 55 (45,8 %) случаях. Для комплексной оценки качества макроскопического препарата необходимо использование двух данных систем оценки.

Для опухолей слепой кишки адекватным объемом лимфодиссекции является удаление апикальных лимфатических узлов 203 группы. При локализации опухоли в восходящей ободочной кишке необходимо выполнять удаление всех групп апикальных лимфатических узлов (203, 213, 223). При опухолях печеночного изгиба и правой половины поперечной ободочной кишки достаточно выполнять удаление 223 группы лимфатических узлов.

Применение комплексной оценки качества удаленных препаратов после правосторонней гемиколэктомии необходимо для оценки качества хирургического лечения и позволило выявить факторы неблагоприятного прогноза у 80 (66,7 %) пациентов, которым была назначена своевременная и адекватная адъювантная терапия.

Исследование экзосомальных микроРНК у пациентов с колоректальным раком методом секвенирования нового поколения

Сербяева М.С.

КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского», г. Красноярск;

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, г. Красноярск

Цель работы – выбор целевых экзосомальных микроРНК для диагностики колоректального рака с использованием метода секвенирования нового поколения в зависимости от возраста пациентов.

Материалы и методы. Выделение экзосом осуществлялось с использованием изолирующего агента согласно рекомендуемому производителем протоколу. На этапе подготовки образцов был выполнен забор венозной крови у 10 пациентов с колоректальным раком в стандартную пробирку 10 мл с ЭДТА (этилендиаминтетрауксусной кислотой), затем проводилось отстаивание образцов не менее 30 мин, забор 1 мл сыворотки крови, их центрифугирование в режиме 2000g в течение 30 мин и перенос образцов в новую пробирку.

На втором этапе к образцу добавлялся изолирующий агент экзосом в соотношении 2:1 и проводилось инкубирование в течение 12 ч при температурном режиме от 2 до 8 °C, повторное центрифугирование в режиме 10 000g в течение 60 мин, добавление 0,1 мл PBS (фосфатного буферного солевого раствора с pH 7,4) с последующим определением гидродинамического диаметра экзосом на лазерном анализаторе. Секвенирование нового поколения проводилось на DNBSEQ с использованием стандартного протокола.

Результаты. При исследовании 10 образцов было получено превалирование частиц размером от 30 до 120 нм. В результате определены 8 молекул экзосомальных микроРНК, наиболее характерных для пациентов с колоректальным раком старше 50 лет (hsa-mir-26b, hsa-mir-124-1, hsa-mir-518b, hsa-mir-520d, hsa-mir-518d, hsa-mir-612, hsa-mir-1283-1, hsa-mir-1260a), и 1 молекула, наиболее характерная для пациентов моложе 50 лет (hsa-mir-4510).

Выводы. В мировой литературе описано использование отдельных экзосомальных микроРНК, однако комбинации (панели) не разработано для пациентов с колоректальным раком. В панель, по результатам проведенного анализа, включены 9 нановезикул – hsa-mir-26b, hsa-mir-124-1, hsa-mir-518b, hsa-mir-520d, hsa-mir-518d, hsa-mir-612, hsa-mir-1283-1, hsa-mir-1260a, hsa-mir-4510.

Лапароскопический метод лечения рака ободочной и прямой кишки в условиях спаечного процесса брюшной полости

Сидоров С.А., Слободин Ю.В., Садовский Д.Н., Жук А.С., Францкевич Д.В.

ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь, г. Минск

Цель работы – показать возможность соблюдения онкологических принципов лапароскопической оперативной техники у пациентов с раком кишечника в условиях спаечного процесса брюшной полости.

Сравнить и оценить характеристики в группах пациентов при выполнении основных этапов оперативной техники в лечении рака ободочной и прямой кишки у пациентов со спаечным процессом брюшной полости и без него.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализировано 100 историй болезни пациентов с раком кишечника различной локализации, которым выполнены оперативные вмешательства лапароскопическим методом в отделении хирургии ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь за 2017–2024 гг.

Пациенты разделены на 2 группы по 50 человек: 1-я – пациенты без предшествующей операции на брюшной полости; 2-я – пациенты со спаечным процессом в брюшной полости после ранее выполненных операций в брюшной области. Расстановка троакаров у пациентов при операциях на левых, правых отделах ободочной кишки и прямой кишке стандартная и одинаковая в обеих группах. Выраженность спаечного процесса оценивалась по шкале перитонеального индекса адгезии, где брюшная полость разделена на 9 областей и межкишечные спайки.

Результаты. Средняя продолжительность операции у пациентов 1-й группы – 196 мин, 2-й – 320 мин. Время на висцеролиз – от 10 до 126 мин. Полный объем лимфодиссекции выполнен в обеих группах. Принцип выделения кишки с брыжейкой – медиально-латерально – соблюден в обеих группах.

Выводы. Лапароскопический вид оперативного вмешательства у пациентов с раком кишечника в условиях спаечного процесса брюшной полости позволяет соблюдать онкологические принципы с необходимым объемом лимфодиссекции, однако время оперативного вмешательства при таком методе увеличивается.

Желчные кислоты как фактор риска развития рака толстой кишки

Сильвестрова С.Ю.¹, Индейкина Л.Х.^{1,2},
Макарова А.А.¹, Ручкина И.Н.¹

ГБУЗ «Московский клинический научный центр
им. А.С. Логинова ДЗМ», г. Москва;

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ»,
г. Москва

Цель работы – определить значение фекальной экскреции желчных кислот у больных раком толстой кишки в зависимости от локализации.

Материалы и методы. В исследование включены 34 больных раком толстой кишки различной локализации (10 – сигмовидной кишки, 7 – верхнеампулярного отдела прямой кишки, 8 – нижнеампулярной части прямой кишки, 9 – слепой кишки) и 7 здоровых добровольцев. Медиана (Ме) возраста пациентов 64 (63; 74) года. Концентрацию желчных кислот оценивали методом иммуноферментного анализа в суточном кале с последующим расчетом экскреции. Статистический анализ данных проведен в программе Statistica 10 с помощью Ме и непараметрических методов. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. У 26 (78 %) из 34 больных суточная экскреция желчных кислот в кале увеличена в 1,5–4 раза по сравнению с таковой у здоровых добровольцев (Ме 216 (165; 238) мг/сут) и была наибольшая у пациентов с раком верхнеампулярного отдела прямой кишки

(Ме 869 (585; 921) г/сут), а наименьшая – с поражением нижнеампулярной части прямой кишки (Ме 340 (259; 497) мг/сут). У больных раком сигмовидной и слепой кишки величина экскреции желчных кислот составила соответственно Ме 383 (284; 421) мг/сут и Ме 426 (323; 473) мг/сут. При сравнении экскреции желчных кислот у лиц с раком разной локализации и здоровых добровольцев получены различия ($p < 0,04$). При этом наименьшая фекальная концентрация желчных кислот была при поражении сигмовидной кишки: Ме 0,75 (0,61; 0,98) мг/г, а самая высокая – при раке слепой кишки: Ме 1,97 (1,83; 2,13) мг/г. При сравнении концентрации желчных кислот у больных раком разной локализации и здоровых добровольцев получены значимые различия ($p < 0,05$).

Выводы. При опухолях толстой кишки любой локализации отмечается повышение суточной экскреции желчных кислот в сравнении с таковой у здоровых добровольцев, что может свидетельствовать о влиянии желчных кислот на канцерогенез. Необходимо дальнейшее изучение данной гипотезы.

Способ устранения петлевой колостомы методом кисетного шва

Собчук М.А., Коньков Р.В., Александров И.И.

ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1»,
г. Краснодар

Цель работы – оценка и сравнение способа устранения петлевой колостомы методом кисетного шва. Усовершенствование способа устранения петлевой колостомы.

Материалы и методы. В исследование вошли 267 пациентов, которые были прооперированы в течение 4 лет на базе Клинического онкологического диспансера (Краснодар). Устранение петлевой колостомы методом кисетного шва выполнялось 99 пациентам. Проводился многофакторный анализ, изучающий преимущества данного метода.

Результаты. По сравнению с общепринятой методикой, данный метод имеет свои преимущества. Наблюдения в течение 4 лет показали хорошие результаты как во время проведения устранения петлевых колостом, так и в послеоперационном периоде.

Внебрюшинное устранение колостомы с формированием отдельных узловых швов выполнено 161 пациенту. Наши результаты: нагноение послеоперационной раны – у 19 (11,9 %) пациентов; несостоятельность анастомоза – у 8 (4,9 %).

Внебрюшинное устранение колостомы с формированием кисетного шва выполнено 112 пациентам. Наши результаты: нагноение послеоперационной раны – у 7 (6,3 %) пациентов; несостоятельность анастомоза – у 3 (2 %).

Выводы. Результаты наших исследований показали, что время операции значительно сокращается, также устранение петлевой колостомы методом кисетного шва технически выполняется проще. Частота несостоятельности при данной методике устранения стомы значительно меньше (1,02 %).

Колоректальный рак у детей и подростков: опыт НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина

Сулейманова А.М., Рубанская М.В., Сагоян Г.Б.,
Галанскова А.Г., Сидорова Д.Д., Терехина Д.А.,
Керимов П.А., Киргизов К.И., Мамедли З.З.,
Трякин А.А., Варфоломеева С.Р.

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава
России, г. Москва

Введение. Колоректальный рак крайне редко встречается в детской популяции. Стандартизованные режимы его лекарственного лечения у детей и подростков не определены ввиду редкости патологии и отсутствия проспективных многоцентровых клинических исследований. Результаты опубликованных исследований на небольших когортах пациентов свидетельствуют о высокой частоте встречаемости неблагоприятных прогностических факторов у пациентов молодого возраста.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ пациентов с гистологически верифицированным диагнозом колоректального рака в возрасте ≤18 лет за период с декабря 2015 г. по октябрь 2024 г., получавших консультативную помощь или лечение в условиях НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина. Проанализированы клинико-морфологические, молекулярно-генетические характеристики колоректального рака у детей, а также объем проведенного лечения.

Результаты. За период с декабря 2015 г. по октябрь 2024 г. зарегистрированы 28 пациентов в возрасте ≤18 лет с гистологически верифицированным диагнозом колоректального рака. Медиана возраста на момент постановки диагноза составила 13 (9,8–18) лет. Соотношение по полу (м:д) – 1:1. Распределение по локализации было представлено следующим образом: в 50 % ($n = 14$) случаев поражение левых отделов толстой кишки (нисходящей ободочной кишки и сигмовидной кишки), в 25 % ($n = 7$) – правых отделов толстой кишки (слепой кишки и восходящей ободочной кишки), в 7,1 % ($n = 2$) – поперечной ободочной кишки, в 14,3 % ($n = 4$) – ректосигмоидного отдела и прямой кишки, в 3,6 % ($n = 1$) – без первично выявленного очага. В большинстве случаев морфологическая картина была представлена перстневидноклеточным (28,6 %) и муцинозным (17,9 %) паттернами. В 78,6 % случаев

на момент верификации диагноза пациенты имели III–IV стадии заболевания. Статус соматических мутаций генов семейства *RAS* известен для 24 пациентов: у 4/24 (16,7 %) обнаружена мутация в гене *KRAS*, у 1/24 (4,1 %) – мутация в гене *NRAS*. Микросателлитная нестабильность трактовалась как высокая (MSI-H) в 3/28 (10,7 %) случаях. В качестве лечения использовались мультимодальные подходы, которые экстраполировались из рекомендаций по лечению взрослых пациентов с колоректальным раком и включали хирургическое лечение, химиотерапию, таргетную и иммунотерапию, в некоторых случаях проводилась лучевая терапия. Медиана длительности наблюдения составила 37,6 мес.

Выводы. Данный анализ подтверждает редкость колоректального рака у детей и подростков, преобладание левосторонней локализации, а также подчеркивает низкую частоту встречаемости соматических мутаций генов семейства *RAS* и MSI-H статуса опухоли. Требуется детальный анализ эффективности терапии.

Опыт эндоскопических резекций при колоректальных латерально распространяющихся опухолях

Таранец К.О., Файзулина Р.Р., Скоробогатых Д.С.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Оренбург

Цель работы – изучить эффективность эндоскопических методов в выявлении колоректальных латерально распространяющихся опухолей (LST).

Материалы и методы. Анализ проведенных в ГАУЗ ООКБ № 2 эндоскопических резекций LST за 2020–2023 гг.

Результаты. Проанализированы 1762 эндоскопические полипэктомии, удаление LST – в 99 (5,61 %) случаях. Средний размер образований – $2,6 \pm 0,3$ см. Локализация: купол слепой кишки – 21 (21,2 %), восходящая ободочная кишка – 26 (26,3 %), сигмовидная – 19 (19,2 %), другие – 33 (33,3 %) случая. Согласно Парижской классификации, обнаружено 79 (76,4 %) LST гранулярного типа (гомогенного типа – 31 (39,2 %), нодулярного смешанного – 48 (60,8 %)), негранулярного – 23 (22,6 %).

Основная гистологическая структура – аденома слизистой с умеренной дисплазией эпителия, преобладанием ворсинчатого эпителия – 31 (29,2 %), тубулярная аденома – 26 (24,5 %), тубуловорсинчатый (смешанный) вариант – 36 (33,9 %). У 5 (4,7 %) пациентов – фокусы микроаденокарциномы в аденоме. В 8 (7,5 %) случаях не проведена биопсия образования из-за недостаточной подготовки.

EMR единым блоком проведены в 78 (78,7 %) случаях, фрагментарная резекция – в 21 (21,3 %). У 1 пациента от эндоскопической резекции решено отказаться в пользу правосторонней гемиколэктомии ввиду высокого

риска перфорации стенки кишки, в 2 (1,9 %) случаях образование не удалено из-за технических трудностей.

Выводы. Согласно полученным данным, эндоскопические методы доказали высокую эффективность в отношении колоректальных LST. Большая часть образований удалена радикально. Эндоскопические резекции LST – основной метод их лечения, LST обладают низким потенциалом к подслизистой инвазии. EMR – минимально инвазивное вмешательство, связанное с меньшим количеством осложнений, быстрым восстановлением. Из-за отсутствия большого описанного опыта их резекции LST представляют большой интерес для эндоскопии и хирургии.

Оценка общей выживаемости при проведении 3-й линии лекарственной терапии у пациентов с метастатическим колоректальным раком

Чепоров С.В., Воркунов М.А., Милафетнова В.В., Кесельман Ю.А., Иванова О.С., Левшина М.Н., Ширяев Н.П.

Кафедра онкологии с гематологией
ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ярославль;
ГБУЗ ЯО «Областная клиническая онкологическая больница», г. Ярославль

Цель работы – оценить общую выживаемость (ОВ) у пациентов с метастатическим колоректальным раком при использовании регорафениба как препарата выбора в качестве 3-й линии лекарственной терапии.

Материалы и методы. Для анализа отобраны 88 пациентов с диагнозом метастатического колоректального рака, которые получали 3-ю линию лекарственной терапии в период с 2019 по 2024 г. в Областной клинической онкологической больнице (Ярославль). Пациенты были разделены на 4 группы: I группа (40,9 % ($n = 36$)) – регорафениб; II группа (11,4 % ($n = 10$)) – FOLFOX (оксалиплатин, кальция фолиат, 5-фторурацил) + бевацизумаб; III группа (26,1 % ($n = 23$)) – FOLFIRI (ириротекан, кальция фолиат, 5-фторурацил) + афлиберцепт; IV группа (21,6 % ($n = 19$)) – XELOX (капецитабин, оксалиплатин).

Результаты. Наилучшие показатели ОВ отмечены в I группе больных, где применялся препарат регорафениб: медиана ОВ – 36,0 мес (доверительный интервал (ДИ) 6,7–65,3; $p = 0,001$). На 2-м месте – IV группа пациентов, получавшая реиндукцию лечения по схеме XELOX, – 34,0 мес (ДИ 17,1–50,9; $p = 0,001$). Группы II (FOLFOX + бевацизумаб) и III (FOLFIRI + афлиберцепт) продемонстрировали схожие результаты ОВ: 26,5 мес (ДИ 5,9–47,1) и 29,0 мес (ДИ 11,6–46,4; $p = 0,001$) соответственно.

Проводилась оценка ОВ в I группе в зависимости от наличия мутации в гене RAS. Медиана ОВ оказалась равнозначной и составила при наличии мутации гена RAS 31 мес (ДИ 25,7–36,3), при диком типе мутации – 31 мес (ДИ 15,9–46).

Выводы. Применение регорафениба при метастатическом колоректальном раке продемонстрировало наилучшие показатели ОВ в качестве препарата 3-й линии лекарственной терапии. Использование реиндукции разными комбинациями лекарственных средств в лечении данной группы пациентов не улучшало результаты лечения. Наличие мутации в гене RAS достоверно не влияет на ОВ при применении регорафениба.

Оценка общей выживаемости пациентов с колоректальным раком в зависимости от наличия мутации гена RAS

Чепоров С.В., Иванова О.С., Милафетнова В.В., Кесельман Ю.А., Левшина М.Н., Вагнер И.С., Ширяев Н.П.

Кафедра онкологии с гематологией
ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ярославль;
ГБУЗ ЯО «Областная клиническая онкологическая больница», г. Ярославль

Введение. Колоректальный рак является одним из ведущих онкологических заболеваний в связи с высокой заболеваемостью и смертностью как в России, так и во многих других странах мира. В Ярославской области по данным на 2023 г. заболеваемость колоректальным раком занимала 4-е место среди всех злокачественных новообразований и составляла 4,7 на 10 тыс., а смертность от него составляла 9,6 % и занимала 2-е место среди злокачественных новообразований. Известно, что определенные изменения на молекулярном уровне способствуют возникновению, прогрессированию и метастазированию колоректального рака. Причем биологические характеристики опухоли, включая чувствительность к лекарственной терапии, зависят от варианта мутации в гене RAS. В настоящее время применение различных комбинаций лекарственной терапии позволяет существенно увеличить продолжительность жизни больных колоректальным раком.

Цель работы – оценить общую выживаемость (ОВ) пациентов с колоректальным раком с различными мутациями гена RAS в Ярославской области.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 61 пациента с диагнозом метастатического колоректального рака и наличием мутаций в гене RAS, получающих лечение за последнее время в Областной клинической онкологической больнице (Ярославль). Вы-

делены 4 группы пациентов в зависимости от схем 3-й линии ПЛТ: I группа (13,9 % ($n = 16$)) – FOLFOX (лейковорин, 5-фторурацил, оксалиплатин) + таргетный препарат (ТП); II группа (13,1 % ($n = 15$)) – FOLFIRI (лейковорин, 5-фторурацил, иринотекан) + ТП; III группа (53,9 % ($n = 62$)) – регорафениб; IV группа (19,1 % ($n = 22$)) – другие схемы терапии. Статистическая обработка данных проводилась в программе StatSoft, Inc. (2011), Statistica (data analysis software system), version 10 (www.statsoft.com). Оценка ОВ проводилась методом Каплана–Майера. Достоверность предикторов оценивалась с помощью логарифмического рангового критерия (Log Rank (Mantel-Cox) – *log-rank*-тест).

Результаты. При проведении ПЛТ у пациентов с мутацией гена *RAS* ОВ в I группе по схеме FOLFOX + ТП составила 44 мес (доверительный интервал (ДИ) 17,2–66,7; $p = 0,006$); во II группе по схеме FOLFIRI + ТП – 26 мес (ДИ 24,1–27,8; $p = 0,053$); в III группе по схеме регорафениб – 31 мес (ДИ 20,6–41,3; $p = 0,03$); в IV группе с другими схемами ПЛТ – 29 мес (ДИ 27,5–36,4; $p = 0,022$).

Выводы. У пациентов с мутацией гена *RAS* наилучшие показатели ОВ были получены при проведении 3-й линии ПЛТ по схеме FOLFOX + ТП, что также увеличило ОВ на 18 мес по сравнению с контрольными группами ($p < 0,05$). При оценке эффективности других схем ПЛТ значимых различий не обнаружено.

Ранняя диагностика несостоятельности кишечного анастомоза: новый взгляд

Черных М.А., Белоусов А.М., Шостка К.Г.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург

Введение. Несмотря на технологические достижения, несостоятельность толстокишечного анастомоза остается одним из наиболее серьезных осложнений колоректальной хирургии, в том числе онкохирургии. Ее частота колеблется от 1 до 30 % и чаще развивается при «низких» анастомозах. Ранняя диагностика несостоятельности необходима для снижения смертности, продолжительности госпитализации и вероятности рецидива опухоли. Одним из широко применяемых биохимических маркеров несостоятельности анастомоза является С-реактивный белок с пороговым значением в 180 мг/л на 4-й послеоперационный день (ПОД).

Цель работы – оценить возможность применения интерлейкина 6 (ИЛ-6) как раннего маркера развития несостоятельности межкишечного анастомоза у пациентов, перенесших резекционное хирургическое вмешательство по поводу колоректального рака.

Материалы и методы. В ретроспективное когортное исследование включены пациенты, которым в период с 2021 по 2024 г. проведено хирургическое вме-

шательство по поводу колоректального рака с формированием первичного анастомоза. В группу без осложнений послеоперационного периода вошли 227 пациентов, в группу с несостоятельностью анастомоза – 26 пациентов. У всех пациентов до операции и с 1-го по 5-й ПОД исследованы уровни ИЛ-6 плазмы. Затем проведен анализ посуточной динамики маркера в норме и при развитии несостоятельности анастомоза.

Результаты. Среди 253 включенных в исследование пациентов было 114 (45 %) мужчин и 139 (55 %) женщин. Средний возраст пациентов составил $63,8 \pm 10,9$ года. Индекс массы тела пациентов составил в среднем $27,1 \pm 4,5$ кг/м². Правосторонняя гемиколэктомия выполнена 63 (25 %) пациентам, резекция поперечной ободочной кишки – 2 (1 %), левосторонняя гемиколэктомия – 13 (5 %), резекция сигмовидной кишки – 98 (39 %) и резекция прямой кишки – 77 (30 %). При этом лишь 6 (2,4 %) пациентам выполнена лапаротомная операция, остальным 247 (97,6 %) пациентам – лапароскопическое вмешательство. При неосложненном течении послеоперационного периода наблюдалось пиковое повышение уровня ИЛ-6 на 1-й ПОД (медиана 25,4 [16,82; 36,29] пг/мл), затем его уровень с каждым днем снижался. Несостоятельность анастомоза развилась на 2-й ПОД у 6 (23 %) пациентов, на 3-й – у 7 (27 %), на 4-й – у 9 (34,6 %) и на 5-й – у 4 (15,4 %). При этом наблюдалось ежедневное повышение значений ИЛ-6 с пиковым его значением на 3-й ПОД (медиана 131,31 [79,99; 453] пг/мл). Уровень ИЛ-6 70 пг/мл и более на 3-й ПОД свидетельствовал о развитии несостоятельности анастомоза (чувствительность 80,8 %, специфичность 98,6 %, AUC 0,974).

Выводы. По данным проведенного исследования можно сделать вывод о том, что ИЛ-6 плазмы крови может быть использован как ранний биохимический маркер развития несостоятельности межкишечного анастомоза.

Выбор хирургической тактики при комбинированном лечении больных раком прямой кишки, осложненным нарушением кишечной проходимости

Чичерина М.А.

Кафедра общей хирургии ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва

Цель работы – определить хирургическую тактику лечения пациентов с нарушением толстокишечной проходимости при комбинированном лечении больных раком прямой кишки.

Материалы и методы. Изучены данные 184 пациентов с гистологически верифицированной аденокарциномой прямой кишки без признаков отдаленных

метастазов, которым была выполнена передняя резекция прямой кишки с формированием колоректального или колоанального анастомоза. Из них 148 пациентам были сформированы различные варианты превентивной или разгрузочной стом. В исследуемую группу были включены 15 (10,1 %) пациентов, у которых на этапе первичного обследования выявлена клиника нарушения толстокишечной проходимости: жалобы, опухлевая стриктура более 1 см по данным эндоскопии и ректального осмотра, признаки супрастенотического расширения толстой кишки по данным компьютерной томографии. Всем 15 пациентам планировалось выполнение роботической или лапароскопической тотальной мезоректумэктомии, 12 (80 %) пациентам было показано неоадьювантное лечение. Для проведения намеченного плана лечения на первом этапе выполнялась лапароскопическая петлевая проксимальная трансверзостомия с позиционированием стомы с учетом предстоящей малоинвазивной операции. Проведено неоадьювантное лечение: в 11 (73,3 %) случаях – химиолучевая терапия, в 1 (6,7 %) – химиотерапия, и далее в сроки 8–9 нед выполнялось основное хирургическое вмешательство – передняя резекция прямой кишки. На третьем этапе выполнялось закрытие трансверзостомы. В качестве предоперационной характеристики оценивали показатели: пол, возраст, индекс массы тела, ASA, индекс коморбидности, распределение по стадии заболевания.

Результаты. Осложнений после формирования трансверзостомы не было. 12 пациентам проведено неоадьювантное лечение: 11 (73,3 %) – химиолучевая терапия и 1 (6,7 %) – химиотерапия; без осложнений. Вторым этапом выполнена тотальная мезоректумэктомия всем 15 пациентам: 9 (60 %) – роботическим доступом (DaVinci Si) и 6 (40 %) – лапароскопически. Расположение стомы не явилось ограничением для выполнения малоинвазивной операции. Расстановка троакаров проводилась стандартно, с учетом расположения стомированной кишки, под визуальным контролем лапароскопа. Ни в одном случае не потребовался перенос стомы или ее закрытие. Несостоятельность анастомоза после тотальной мезоректумэктомии отмечена у 1 (6,6 %) пациента. Адьювантная терапия проводилась у 12 (80 %) пациентов. Отдаленные послеоперационные осложнения зарегистрированы у 2 (13,3 %) пациентов, при этом хирургическое вмешательство потребовалось 1 больному. Закрытие стомы на данный момент было выполнено у 8 (53,3 %) пациентов, у 2 пациентов стома не закрыта в связи с сопутствующей патологией, у 3 пациентов выявлено прогрессирование заболевания, 2 пациента – в процессе адьювантной терапии. Уровень послеоперационных осложнений после закрытия стомы составил 37,5 %. Средний период до закрытия стомы – 166 дней.

Выводы. У больных раком прямой кишки с нарушением толстокишечной проходимости и риском декомпенсации формирование на первом этапе петлевой прок-

симальной трансверзостомы позволяет выполнить весь предполагаемый объем неоадьювантного лечения и последующую тотальную мезоректумэктомию малоинвазивным роботическим и лапароскопическим доступами.

Предикторы риска развития осложнений у больных метастатическим колоректальным раком при проведении комбинированного лечения

Швец Д.С.^{1,2}, Каганов О.И.^{1,2}, Орлов А.Е.^{1,2},
Козлов А.М.^{1,2}, Миколенко Н.И.¹

¹ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Самара;

²ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», г. Самара

Введение. Колоректальный рак занимает 3-е место в структуре онкологической патологии, у 20–25 % пациентов уже имеются отдаленные метастазы. С бессимптомной первичной опухолью лечебный подход – системная терапия. При наличии осложненной первичной опухоли перед началом химиотерапии необходима их хирургическая коррекция. Какой объем операции выбрать, в настоящее время является вопросом дискуссий.

Цель работы – выявить предикторы доклинических осложнений, влияющих на результаты лечения и оптимизировать тактику комбинированного лечения.

Материалы и методы. В исследование вошли 202 пациента с метастатическим колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью, получавшие лечение в ГБУЗ СОКОД. Первым этапом выполнена операция с целью ликвидации кишечных осложнений. В последующем проводилась системная терапия. Выполнен анализ возникших осложнений различных этапов лечения. Проведен однофакторный анализ логистической регрессии, который выявил значимые предикторы осложнений. В последующем была построена многофакторная модель логистической регрессии с пошаговым исключением по методу Вальда.

Результаты. Многофакторный анализ выявил предикторы доклинических проявлений осложнений и онкологического прогноза, влияющие на годовую выживаемость: альбумин/глобулиновый коэффициент, лейкоцитарный индекс Кребса, индекс MCV, количество внутренних органов, пораженных метастазами, схема предстоящей таргетной терапии. На основании анализа определены показания к удалению первичной опухоли у больных метастатическим колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью.

Выводы. С целью минимизации риска развития осложнений на этапе системной терапии удаление первичной опухоли показано при наличии предикто-

ров воспаления и кровотечения из первичного очага. Удаление первичной опухоли не показано при наличии признаков печеночной недостаточности, метастатического поражения более одного органа и осложнений первичной опухоли.

Влияет ли доступ при хирургическом лечении рака прямой кишки у пожилых пациентов на послеоперационные осложнения и онкологическую безопасность?

Ширалиев Р.М.-А.¹, Половинкин В.В.^{2,3}, Доронин Н.В.¹,
Каушанский В.Б.¹, Волков А.В.^{2,3}, Воронцов А.О.^{2,3}

¹ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1»
Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар;

²ГБУЗ «НИИ – Краевая клиническая больница № 1
им. проф. С.В. Очаповского» Минздрава
Краснодарского края, г. Краснодар;

³ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский
университет» Минздрава России, г. Краснодар

Цель работы – оценить влияние хирургического доступа (роботического или лапароскопического) на послеоперационные осложнения и онкологическую безопасность у пожилых пациентов с раком прямой кишки.

Материалы и методы. В исследование включили 117 пациентов в возрасте 60–74 лет с раком средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки (T1–3N0–N2bM0), оперированных в период с 2021 по 2023 г. Пациенты распределены на 2 группы: 1-я ($n = 62$) – роботические операции; 2-я ($n = 55$) – лапароскопические операции. Оценивались показатели пред-, интра- и послеоперационного периодов, а также результаты патогистологического исследования.

Результаты. Статистически значимо больше времени уходило на выполнение операций с применением роботической технологии, чем на лапароскопические операции ($264 \pm 76,4$ и $205,6 \pm 69,4$ мин соответственно; $p < 0,01$). Объем кровопотери в сравниваемых группах составил $108,7 \pm 202,5$ мл при роботических операциях и $95,1 \pm 78,5$ мл при лапароскопических ($p < 0,01$). Статистически значимой явилась частота конверсии: при лапароскопических операциях – 10,9 % (6/55), при роботических – 1,6 % (1/62) ($p < 0,01$). Частота же повторных операций в 1-й и 2-й группах не имела статистически значимого различия (6,5 % (4/62) и 1,8 % (1/55); $p = 0,47$). Послеоперационные осложнения в целом чаще развивались в группе роботической хирургии ($p = 0,01$).

Несостоятельность анастомоза выявлена в 5 (8,1 %) случаях при использовании роботической технологии и в 2 (3,6 %) – лапароскопического доступа ($p = 0,01$). Показатели патогистологического исследования удаленного препарата не различались в сравниваемых

группах. Однако хорошее качество (Grade 3) мезоректумэктомии преобладало при применении роботической технологии.

Выводы. Стратегия лечения пациентов пожилого возраста в большей части основана на результатах лечения более молодых возрастных групп, что не позволяет объективизировать особенности ведения этого контингента пациентов. В связи с этим актуальным является выявление факторов риска развития послеоперационных осложнений в этой когорте больных с учетом способа хирургического доступа, который может оказывать влияние на течение послеоперационного периода.

Половой диморфизм при колоректальном раке с учетом методов лечения

Эрперт Я.А., Динов Р.М.

Казанская государственная медицинская академия –
филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования»
Минздрава России, г. Казань

Введение. По данным Global Cancer Statistics 2022, в мире зафиксировано 1 142 286 новых случаев рака толстой кишки, 538 167 смертей от него и 729 823 новых случаев рака прямой кишки, 343 817 смертей от этой патологии.

Цель работы – сравнительный анализ показателей выживаемости при колоректальном раке у пациентов разного пола.

Материалы и методы. Проанализированы отделенные результаты лечения 119 больных колоректальным раком в возрасте до 50 лет.

Результаты. Общая 5-летняя выживаемость у мужчин составила 53,6 %, у женщин – 60,3 % ($p = 0,034$). При I стадии заболевания статистически значимых различий в показателях выживаемости между мужчинами и женщинами нет (около 100 %) ($p = 0,081$). При II стадии 5-летняя выживаемость у мужчин составила 63,6 %, у женщин – 90 % ($p = 0,003$). При III стадии – 50 и 66,7 % ($p = 0,034$), при IV стадии – 11,1 и 21,4 % соответственно ($p = 0,029$). Проанализирована медиана общей выживаемости у больных колоректальным раком с учетом характера лечения. В группе мужчин при раке ободочной кишки наиболее благоприятные результаты были после хирургического (mOS >60 мес) и комплексного (mOS = 32,1 мес) методов лечения. У женщин при раке ободочной кишки выживаемость составила более 5 лет при хирургическом лечении (mOS >60 мес).

У мужчин, больных раком прямой кишки, наиболее благоприятные результаты были после комплексного (mOS = 47,5 мес) и хирургического (mOS = 16,2 мес)

лечения. Медиана выживаемости более 5 лет у женщин была после хирургического (mOS >60 мес), комбинированного (mOS >60 мес) и комплексного (mOS >60 мес) лечения.

Выводы. Существенным фактором, влияющим на общую выживаемость больных колоректальным раком в возрасте до 50 лет и не зависящим от метода лечения, является женский пол.

Анализ результатов хирургического лечения раннего рака прямой кишки

**Юшкевич Е.С., Колядич Г.И., Тур А.Г., Богодяж Д.С.,
Ануфреенок И.В., Чиж Д.В., Татаринович В.Т.**

*ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»,
г. Минск*

Цель работы – проанализировать результаты хирургического лечения раннего рака прямой кишки с использованием различных методик малоинвазивного хирургического лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 66 пациентов в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова за период 2010–2023 гг., которым выполнены малоинвазивные вмешательства по поводу раннего рака прямой кишки. Группа 1 (49 пациентов) – трансанальное удаление опухоли и группа 2 (17 пациентов) – трансанальная эн-

доскопическая микрохирургия. Медиана наблюдения составила 47 мес.

Результаты. Среднее расстояние от ануса в группе 1 составило 5,7 см, в группе 2 – 7,0 см. По показателю интраоперационной кровопотери, длительности госпитализации (медиана составила 4 койко-дня) группы сопоставимы.

В послеоперационном периоде осложнения развились у 4 пациентов: в группе 1 в 1 случае возникло кровотечение, потребовавшее эндоскопического гемостаза, в 1 случае – пневмоперитонеум, не потребовавший хирургического лечения; в группе 2 возникли кровотечение с последующим эндоскопическим гемостазом и позднее послеоперационное осложнение – стриктура прямой кишки с последующим хирургическим лечением.

По результатам послеоперационного патоморфологического исследования: рестадирирование по категории Т наблюдалось в 31,4 % случаев, в 21,4 % случаев – в сторону повышения стадии Т. Также 12 пациентов имели стадию pT2. В обеих группах различия по показателям общей, скорректированной и бессобытийной выживаемости были статистически незначимыми: общая 5-летняя выживаемость – $88,7 \pm 4,8$ %, общая 5-летняя скорректированная выживаемость – $95,2 \pm 3,3$ %, показатель 5-летней бессобытийной выживаемости составил $87,2 \pm 5,6$ %.

Выводы. Малоинвазивные технологии являются альтернативой тотальной мезоректумэктомии при лечении ранних стадий рака прямой кишки, в том числе с точки зрения онкологической безопасности.

Печатается в авторской редакции.
Корректор Л.А. Лукманова. Дизайн и верстка – Е.В. Степанова.
© Оформление и верстка блока. ООО «ИД «АБВ-пресс», 2024

Издатель: ООО «Издательский дом «АБВ-пресс».
115478 Москва, Каширское шоссе, 24, стр. 15.
Тел: +7 (499) 929-96-19. E-mail: abv@abvpress.ru.
www.abvpress.ru

Перепечатка материалов и использование их в любой форме возможны только с письменного разрешения ООО «Издательский дом «АБВ-пресс». Несмотря на то что содержание данной публикации было тщательно проверено, ни издатели, ни их партнеры не несут какой-либо ответственности или обязательств за актуальность предоставленной информации, за любые ошибки, пропуски или опечатки в оригинальном тексте или переводе, как и за любые вызванные этим последствия

ISBN 978-5-6051364-9-1



9 785605 136491 >

ISBN 978-5-6051364-9-1



9 785605 136491 >