

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Послеоперационные осложнения выявлены у 4 больных. В 1 случае после РЧА дренирован абсцесс печени, у двух больных после правосторонней гемигепатэктомии дренированы биломы поддиафрагмального пространства, и у 1 больного дренирован межпечетельный абсцесс. В первый год после РЧА выявлены 4 рецидива метастаза. Кумулятивная 1-, 3- и 5-летняя выживаемость изучена у 88 больных и составила 88,6%, 35,3% и 19,5%, соответственно.

**ВЫВОДЫ.** РЧА является эффективным методом локальной деструкции метастазов, имеет незначительное число послеоперационных осложнений и может быть использована при невозможности выполнить резекцию печени.

## СИНДРОМ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ (ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ)

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилов Д.А., Наумов А.В., Братищева Н.Н.

ОГБУЗ БОКБ Святытеля Иоасафа, межрегиональный колопроктологический центр, кафедра госпитальной хирургии НИУ «БелГУ», г. Белгород Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Частая, многомоментная дефекация и недержание кишечного содержимого без ощущения позывов с чувством неполного опорожнения получили название «синдрома низкой передней резекции прямой кишки». Изучение данной проблемы имеет большое для понимания сути физиологических процессов происходящих у пациентов после органосохраняющих операций по поводу рака прямой кишки.

**ЦЕЛЬ.** Изучение функциональных особенностей прямой кишки, её сфинктерного аппарата и мышц тазового дна у больных после органосохраняющих операций по поводу среднеампулярного рака прямой кишки.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Для изучения данной проблемы мы проанализировали функциональные результаты лечения у 98 больных после брюшно-анальной резекции и у 82 больных после низкой передней резекции прямой кишки прооперированных в БОКБ Святытеля Иоасафа в период с 1998 по 2015 год. В данном исследовании группы оценены на однородность по полу, возрасту, по гистологическому строению и степени дифференцировки опухолевых клеток, по степени выраженности и распространению онкологического процесса.

Критерии включения: локализация нижнего края опухоли выше 6 см и ниже 12 см по данным жесткой ректоскопии, прохождение предоперационного курса лучевой терапии и наличие 18-ти месяцев безрецидивного течения заболевания. Основные критерий исключения: несостоятельность колоректального анастомоза и гнойно-септические осложнения в тазовой области.

Основной объем исследований осуществлен на полифункциональном лечебно-диагностическом комплексе «Polygraf ID» американской фирмы «Medtronic» с оценкой 34 показателей сократительной, рефлекторной, сенсорной и накопительной функций при проведении аноректальной манометрии, профилометрии анального сфинктера с дополнительной электромиографией.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** После брюшно-анальной резекции снижение сократительной активности наружного сфинктера прослеживается только на ранних сроках послеоперационного периода и через 4-6 месяцев мы не видим достоверной разницы в функциональных показателях между двумя операциями. Нарушения тонической активности внутреннего сфинктера стой-

кие и продолжительные и только к 9-12 месяцам после операции приближаются к показателям после низкой передней резекции, у которых изменения были весьма незначительны – около 2-3% от нормы.

Как после брюшно-анальной, так и после низкой передней резекции ректо-анальный ингибиторный рефлекс отсутствовал у всех больных. Появление нового колоанального ингибиторного рефлекса происходит не ранее 9-12 месяцев вне зависимости от выполненной операции со значительным увеличением порога рефлекса, его латентного периода, и снижением средней амплитуды и продолжительности.

Субъективные пороги чувствительности были существенно снижены без достоверной разницы между двумя операциями. Порог первого ощущения на 22-24%, порог первого позыва к дефекации на 36-39% и максимально терпимого объема на 48-51% с уменьшением диапазона между ними.

В данном исследовании мы не выявили разницы в характеристиках накопительной функции. Как после брюшно-анальной, так и после низкой передней резекции показатели адаптационной способности кишки были одинаково увеличены: величина максимального давления на 33-36%, время адаптации на 43-46% и уровень остаточного давления на 51-54%. Аналогичная ситуация с показателями эластичности: коэффициент эластичности снижен на 32-35% и порог сократительного ответа на 24-26%.

Сенсорная и накопительная функций в двух группах восстанавливаются не ранее 9-12 месяцев, при этом мы не выявили достоверной разницы в показателях между двумя операциями.

Причина худших функциональных результатов брюшно-анальной резекции по сравнению с низкой передней в нарушении тонической активности наружного сфинктера в течении 4-6 месяцев и внутреннего сфинктера в течении 9-12 месяцев после операции.

**ВЫВОД.** Функциональные нарушения, характерные для синдрома низкой передней резекции прямой кишки, обусловлены комплексными изменениями сократительной, рефлекторной, сенсорной и накопительной функций прямой кишки и её сфинктерного аппарата.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Майстренко Н.А., Сазонов А.А.

ВМедА им. С.М.Кирова, клиника факультетской хирургии им. С.П.Федорова, г. Санкт-Петербург, Россия

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** На территории России первичный диагноз рака толстой кишки ежегодно устанавливается у 60000 человек, при этом высокие показатели заболеваемости отмечаются и в Северо-Западном регионе. Известно, что встречаемость колоректального рака достигает пиковых значений к 65-70 годам. Отсутствие эффективных методик скрининга не позволяет улучшить показатели ранней диагностики данного заболевания. Как следствие, не снижается удельный вес местнораспространенных форм рака толстой кишки. Высокая частота местнораспространенного рака толстой кишки, наряду с его «старением», свидетельствуют об актуальности вопроса применения комбинированных вмешательств у больных пожилого и старческого возраста.

**ЦЕЛЬ.** Оценить результаты хирургического лечения больных местнораспространенным колоректальным раком пожилого и старческого возраста.