

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

XVII ЗДОРОВЬЕ
АССАМБЛЕЯ МОСКВЫ

АССАМБЛЕИ «ЗДОРОВЬЕ МОСКВЫ»

Результаты выживаемости пациентов, перенесших открытую радикальную цистэктомию, в сравнении с лапароскопической радикальной цистэктомией

С.Н. Переходов¹, М.И. Васильченко¹, Д.А. Зеленин¹,
И.В. Семенякин², М.В. Забелин³, Р.И. Алиев¹

¹ ГБУЗ «Городская клиническая больница им. В.П. Демикова Департамента здравоохранения города Москвы»

² ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения города Москвы»

³ ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России

Актуальность: по данным литературы, послеоперационная смертность пациентов, перенесших цистэктомию с кишечной пластикой, составляет от 2,3% до 26,9%. Послеоперационная летальность больных, перенесших цистэктомию, в последние годы снижается во многом благодаря усовершенствованию хирургической техники цистэктомии и улучшению качества интра- и послеоперационного обеспечения. Так, по данным зарубежных авторов, летальность после радикальной цистэктомии составляет 1,4–5%.

Материалы и методы: изучение выживаемости явилось одним из основных параметров оценки эффективности лечения в нашем исследовании. Для этого наблюдали за исходами заболевания в течение максимально возможного периода времени. Период наблюдения составил от 1 года до 16 лет. Наиболее часто он занимал 2–3 (15,8–15,5%) года. Для решения поставленной задачи мы провели оценку общей выживаемости у 310 пациентов, которые входили

в исследование и перенесли цистэктомию различными методами: открытая радикальная цистэктомия (ОРЦ), лапароскопическая радикальная цистэктомия (ЛРЦЭ), робот-ассистированная радикальная цистэктомия (РАРЦ). Далее из всех пациентов была выделена группа со злокачественными новообразованиями мочевого пузыря, составившая 285 пациентов, которым была проведена оценка онкоспецифической выживаемости и оценка безрецидивной выживаемости. Анализ результатов выживаемости проводился с использованием метода Каплана – Мейера.

Результаты: общая выживаемость у пациентов после цистэктомии составила 70,5%. При анализе результатов лечения в зависимости от вида операции было определено, что медиана продолжительности жизни в группе пациентов после лапароскопической цистэктомии составила 97,7%. Медиана продолжительности жизни в группе пациентов после открытой цистэктомии составила 80,6%. Для сравнения результатов открытой и лапароскопической цистэктомий была выбрана однолетняя выживаемость (так как медиана продолжительности жизни в группе с лапароскопической цистэктомией составляет 1 год), за этот период выживаемость составила 95%. За данный период наблюдения статистически значимых отличий выявлено не было. Онкоспецифическая выживаемость выше общей, так как при подсчете онкоспецифической выживаемости умерший от сопутствующих заболеваний (не от онкологической причины) является оставшимся под наблюдением, то есть наблюдение является цензурированным. Необходимо отметить, что онкоспецифическая выживаемость после робот-ассистированной и лапароскопической цистэктомий составляла 100%; после открытой цистэктомии однолетняя выживаемость составляет 96,7%, трехлетняя – 82,4%, за весь период наблюдения – 74,4%. Безрецидивная выживаемость пациентов в нашем исследовании составляет 81,2%. Медиана продолжительности жизни у пациентов, умерших от рецидива опухоли, составила 3 года

после операции и 1 год после рецидива новообразования. Медиана продолжительности жизни пациентов после операции без рецидива достигала 4 лет (что на 33,3% больше, чем с рецидивом; $p=0,077$).

Таким образом, в нашем исследовании общая выживаемость составила 70,5%, онкоспецифическая – 76,5%, безрецидивная – 81,2%. Полученные данные в целом схожи с результатами других авторов.

Выводы: результативность минимально инвазивных методик, применяющихся в проведении радикальной цистэктомии в настоящее время, хотя они и не являются признанными стандартами в лечении, схожа, а в некоторых случаях превышает открытую хирургию. Полученные результаты свидетельствуют о преимуществах лапароскопических и робот-ассистированных операций перед другими техниками и требуют дальнейшего накопления данных для оценки отдаленных эффектов лечения.

Анализ лечения больных с острой кишечной непроходимостью на фоне злокачественного диссеминированного поражения органов брюшной полости

А.В. Шабунин, З.А. Багателія, Д.Н. Греков, И.Ю. Коржева, А.В. Гугнин, В.А. Афанасьева
ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы»

Актуальность проблемы: кишечная непроходимость является частым осложнением диссеминированных злокачественных новообразований и встречается, по данным разных авторов, в 3–43% всех случаев, чаще всего при раке яичников (5–51%) и колоректальном раке (10–28%). Несмотря на то что оперативные методы на сегодняшний день находятся на 1-м месте в лечении кишечной непроходимости при злокачественных заболеваниях, подобная тактика связана с высокой частотой осложнений (7–90%), а также обуславливает снижение качества жизни пациентов. В последнее время в литературе появились данные о декомпрессионной чрескожной эндоскопической гастростомии (ЧЭГ) как альтернативном методе лечения данного заболевания при отсутствии положительного эффекта от консервативного медикаментозного лечения и невозможности установки стента.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН) при

злокачественном диссеминированном поражении органов брюшной полости путем чрескожной эндоскопической гастростомии.

Материалы и методы: нами изучены результаты лечения 21 больного, поступившего в хирургическую клинику Боткинской больницы с острой кишечной непроходимостью в период с 2015 г. по август 2018 г. Причиной кишечной непроходимости явился распространенный диссеминированный процесс в брюшной полости различной локализации: рак ободочной кишки – 16 больных (76,1%); рак матки – 3 (14,3%); рак яичников – 1 (4,8%); рак желудка – 1 (4,8%). Средний возраст больных составил $67,4 \pm 2,2$ года (от 52 до 84 лет). Преимущественно большее число больных было лицами женского пола – 15 (71,4%), число мужчин – 6 (28,6%). Этим больным были выполнены следующие экстренные оперативные вмешательства: формирование двустольной илеостомы – 9 (42,9%); формирование обходного кишечного анастомоза – 6 (28,7%); резекция тонкой кишки – 2 (9,6%); расширенная правосторонняя гемиколэктомия с формированием двустольной илеостомы – 1 (4,7%); резекция поперечно-ободочной кишки с формированием двустольной илеостомы – 1 (4,7%); двустольная трансверзостомия – 1 (4,7%). Впервые была выполнена ЧЭГ ($n=1$; 4,7%) у пациентки 71 года с раком восходящей ободочной кишки T4N1M1. Оценка качества жизни проводилась по шкале EORTC QLQ-C30.

Результаты: послеоперационная летальность в группе оперативного лечения составила 6 (29%) больных. Смерть больных наступила в результате прогрессирования онкопроцесса в 5 случаях (83,3%), ТЭЛА – в 1 (16,7%). Продолжительность операции составила в среднем $185 \pm 12,5$ мин. (от 78 до 292). Послеоперационные осложнения возникли в 7 (33,3%) случаях: перитонит – в 2 (28,6%); раневые инфекционные осложнения – в 5 (71,4%). Длительность пребывания в стационаре в среднем составила 12,75 койко-дня. Продолжительность проведения ЧЭГ составила 15 мин. Развития послеоперационных осложнений не было. Длительность пребывания в стационаре – 3 койко-дня. Оценка качества жизни по шкале EORTC QLQ-C30 продемонстрировала более высокие результаты после проведения ЧЭГ, чем после оперативных методов лечения.

Выводы: оперативные методы лечения больных острой кишечной непроходимостью на фоне диссеминированного поражения органов брюшной полости ассоциированы с высокой частотой осложнений и значительным ухудшением качества жизни пациентов в сравнении с ЧЭГ, проведение которой имеет ряд преимуществ. Наш