

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБОУ ВО «СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНЗДРАВА РОССИИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ



НЕДЕЛЯ НАУКИ - 2022

МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОГО МОЛОДЁЖНОГО ФОРУМА



СТАВРОПОЛЬ, 2022

мин. В наблюдениях за основной группой интраоперационных осложнений не отмечено, вследствие того, что кровотечение из ЛЖП и вероятность термического поражения окружающих тканей блокировались использованием гемогубки. Осложнения наблюдались у 14 (25%) пациентов контрольной группы. Таким образом, оценка уровня АСТ, АЛТ и билирубина, является необходимым и информативным инструментом не только в диагностике холецистита, но и позволяет оценить состояние больного и эффективность лечения. Применение гемогубки во время ЛХЭ, влияет на течение послеоперационного периода: снижаются сдвиги активности печеночных ферментов (АЛТ, АСТ), что в последующем сокращало сроки стационарного лечения. По нашему мнению, это связано с минимальной воспалительной реакцией тканей в ложе желчного пузыря при использовании гемогубки.

Список источников.

1. Лещенко И.Г. Руководство по хирургическим болезням пожилых /И.Г. Лещенко, Р.А. Галкин. - 2-е изд., перераб. и доп. – Самара: ООО «Офорт». 2016. С. 494.
2. Михайлов А. Ю. Перспективы развития лапароскопической холецистэктомии / А. Ю. Михайлов, Р. Ф. Усманова, К. Р. Назмеева // Сб. науч. ст. / Научные исследования в современном мире: опыт, проблемы и перспективы развития. - 2022. – С. 241-245.
3. Рахимов О.У., Туреуметов А.А., Мухаммадсолих Ш.Б. Особенности применения гемостатического препарата «Гемогубка» после холецистэктомии // Бюллетень Ассоциации врачей Узбекистана. – 2020. – №4. – С. 42-46.
4. Садыков Р.А., Исмаилов Б.А., Ким О.В. Новое пленочное покрытие из производных целлюлозы для местного гемостаза // Новости хирургии. – 2019. – №3 (27). – С. 256-263.
5. Совпель О.В., Шаповалова Ю.А. Опыт использования электрохирургических методов гемостаза при лапароскопических операциях // Бюллетень восточно-сибирского научного центра сибирского отделения Российской академии медицинских наук. -2015. -4. -С.18-20.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В РАМКАХ ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСАНАЛЬНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ (ТЭО)

Саян Э.В., Гридасов И.М.

ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России

Актуальность. Рак прямой кишки – злокачественная опухоль, развивающаяся из клеток эпителия прямой кишки и локализуемая в пределах 15 см от ануса при измерении ригидным ректоскопом. [1]

Рак прямой кишки занимает лидирующие позиции по заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей.

В 2019 году в России зарегистрировано 29 918 новых случаев рака прямой кишки, и умерло по этой причине 16 360 пациентов. [2]

Основным методом лечения больных со ЗНО прямой кишки является хирургический в комплексе с химиолучевой терапией.

Однако, на наш взгляд, наиболее эффективными способами улучшения результатов лечения больных с опухолями прямой кишки является профилактика, скрининг и ранняя диагностика.

В лечении ранних форм ЗНО прямой кишки решающую роль играет трансанальная эндоскопическая микрохирургия (ТЭО). [3]

Цель нашей работы - описать применение ТЭО (и видеозендоскопии) при лечении раннего рака прямой кишки в рамках клинического случая проведения симультантной операции: резекция сигмовидной кишки с использованием видеозендоскопических технологий в сочетании с ТЭО.

Приводим наблюдение.

Больная М. 69 лет, поступила в онкологическое (хирургическое) отделение №1 ГБУЗ СК СККОД 29.09.2021 в плановом порядке. При поступлении предъявляла жалобы на слабость, периодические запоры. Данные симптомы отмечает с июня 2021 года. В августе обратилась к гастроэнтерологу по месту жительства. В условиях СККОД проведено комплексное обследование в соответствии с Клиническими рекомендациями (в том числе колоноскопия и гистологическое исследование опухоли, МРТ малого таза)

При поступлении состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Цвет кожи и видимых слизистых физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Выполнена фиброколоноскопия на 5-7 см. от ануса в прямой кишке обнаружена опухоль на площади до 2,5см с ростом в просвет кишки на 1см. На 20см от ануса циркулярный рост опухоли в просвете кишки. Заключение: С-г n/3 и v/3 прямой кишки. Для гистологического исследования была выполнена биопсия обоих новообразований.

По данным гистологического исследования: препарат №1 умеренно-дифференцированная аденокарцинома прямой кишки. Препарат №2 Тубулярная аденома толстой кишки, low grade (с интраэпителиальной дисплазией 2 степени), воспалением, небольшими участками эрозирования поверхности.

Согласно данным МРТ: МР картина полиповидного образования прямой кишки, инфилтративного с-г в ректосигмоидном отделе прямой кишки с вероятным вовлечением небольшого участка тазовой брюшины слева.

Установлен диагноз:

Основной: рак ректосигмоидного отдела прямой кишки ст. 2 (сT3N0M0), кл. гр.2 Опухоль нижнеампулярного отдела прямой кишки, кл. гр. 1Б

Осложнение: кишечная непроходимость в стадии субкомпенсации

Сопутствующий: Вегето-сосудистая дистония по смешанному типу. Атрофический и антральный гастрит. Недостаточность кардии. Грыжа ПОД. Эрозивный рефлюкс- эзофагит 1 ст.

Принято решение провести оперативное лечение в объеме симультантной одномоментной операции, первым этапом которой являлась ТЭО, вторым – резекция прямой кишки с использованием видеоэндоскопических технологий.

В результате оперативного лечения было получено заключение патогистологического исследования: препарат № 1 Тубулярная аденома толстой кишки, low grade (с интраэпителиальной дисплазией 2 степени), воспалением, небольшими участками эрозирования поверхности.

Препарат № 2 Тубулярная аденома толстой кишки, low grade (с интраэпителиальной дисплазией 2-3 степени), воспалением, очаговым скоплением лимфоцитов, небольшими участками эрозирования поверхности.

Препараты № 3,4 Аденокарцинома толстой кишки low grade (низкой степени злокачественности), с некрозами, с участками периневрального распространения, с изъязвлением поверхности, прорастает все слои стенки кишки, врастает в околокишечную клетчатку, близко подрастает к висцеральной брюшине, но не врастает в нее. Во всех лимфатических узлах околокишечной клетчатки и апекальных лимфатических узлах картина реактивного лимфаденита. Слабо выраженный серозный параколит. В краях резекции с препарата (дистальный, проксимальный) и присланном отдельно крае резекции опухолевого роста не выявлено, в стенке толстой кишки хроническое воспаление.

Препараты были отправлены в федеральный онкологический центр НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова для проведения молекулярно-генетического исследования (МГИ).

Результат исследования мутаций в генах KRAS (кодоны 12, 13, 61, 146), NRAS (кодоны 12, 13, 61), BRAF (кодон 600), определение микросателлитной нестабильности (MSI) и амплификации гена HER2/neu – мутации в генах KRAS, NRAS, BRAF не обнаружены. Микросателлитная нестабильность (MSI) и амплификация гена HER2 не обнаружены.

Решение консилиума - учитывая результаты МГИ проведение адьювантной лекарственной терапии не показано. Рекомендовано динамическое наблюдение." При контрольном обследовании через 12 месяцев после проведенного лечения по результатам лабораторно-

инструментальных методов исследования данных за прогрессирование опухолевого процесса и рецидив заболевания нет. Качество жизни хорошее, больная полностью реабилитирована, вернулась к обычному образу жизни.

Заключение.

В пределах исследуемого клинического случая можно сделать вывод о безусловной эффективности, безопасности и онкологической адекватности применения ТЭО как метода лечения ранних форм рака и доброкачественных новообразований прямой кишки, в том числе при первично-множественных опухолях прямой кишки.

Данный клинический случай позволяет рекомендовать описанный малоинвазивный метод лечения опухолей прямой кишки к широкому внедрению в хирургическую практику. Он небезосновательно может быть рекомендован больным с ранними формами рака прямой кишки, так как реализует не только онкологическую адекватностью и безопасностью, но и один из важных критериев – органосохранность и качество жизни больного.

Список источников.

1. А.Д. Каприн, В.В. Старинский, А.О. Шахзадова Злокачественные новообразования в России в 2020 году (заболеваемость и смертность) – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, – 2021. – илл. – 252 с. ISBN 978-5-85502-268-1
2. Федянин М. Ю., Гладков О. А., Гордеев С. С., Трякин А. А., Черных М. В. и соавт. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака прямой кишки. Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2020 (том 10).23
3. Doornebosch P. G., Tollenaar R., de Graaf E. J. R. Is the increasing role of transanal endoscopic microsurgery in curative for T1 rectal cancer justified? //PG Doornebosch. – С. 9.
4. Sgourakis G. et al. Transanal endoscopic microsurgery for T1 and T2 rectal cancers: a meta-analysis and meta-regression analysis of outcomes //The American surgeon. – 2011. – Т. 77. – №. 6. – С. 761-772.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ЛУЧЕВЫХ ЦИСТИТОВ У ЖЕНЩИН

Смирнова Е.А., Л.В. Турджян

ФГАОУ ВО "Российский университет дружбы народов"

Лучевая терапия таза малого таза, таких заболеваниях как колоректальный рак, рак яичников и рак шейки матки, может привести к необратимому повреждению мочевого пузыря и развитию острого лучевого цистита (ОЛЦ) [1]. Примерно у 10% пациентов, получавших лучевую терапию малого таза, развивается ОЛЦ [6]. ОЛЦ имеет три отдельные фазы: острая, латентная и хроническая. Острая фаза возникает во время и вскоре после завершения лучевой терапии малого таза. Как правило, пациенты испытывают симптомы нижних мочевыводящих путей, такие как учащенное мочеиспускание, императивные позывы и никтурия. Обычно эта фаза длится 12 недель. Латентная и хронические фазы затягиваются на множество недель и лет.

В одном экспериментальном исследовании было показано, что при ОЛЦ происходит истончение стенки уретерия, начиная с 4-й недели после облучения и достигая пика через 8 недель. Более того в эти сроки наблюдается выраженное снижение содержания Е-кадгерина и уроплакина III, веществ, которые обеспечивают прочность межклеточных контактов [5]. Таким образом, при ОЛЦ в первую очередь происходит повреждение и нарушение проницаемости уретерия. Что в свою очередь способствует присоединению вторичной инфекции.

Лучевая терапия при онкологических заболеваниях органов, расположенных в малом тазу, нередко сопровождается осложнениями и развитием лучевого цистита. Пациенты испытывают дискомфорт, вплоть до развития болевого синдрома, который нарушает качество жизни в значительной степени. Поэтому актуальным вопросом является медикаментозная коррекция постлучевых осложнений.