

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ
И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
НЕЙРОЭНДОКРИННЫМИ ОПУХОЛЯМИ
ТОНКОЙ КИШКИ****И. Я. Мамедов, И. Ю. Фейдоров****Место работы:** ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия**Эл. почта:** mammedov.ilgar@bk.ru

Цель: Нейроэндокринные опухоли тонкой кишки являются редкими и медленно растущими опухолями, которые возникают из нейроэндокринных клеток желудочно-кишечного тракта, синтезирующих вазоактивные молекулы. Внедрение в повседневную клиническую практику современных методов инструментальной и морфологической диагностики привело к увеличению частоты заболеваемости за последние десятилетия.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов обследования и лечения 65 пациентов с НЭО ТК. Мужчин было 33, женщин — 32. Возраст пациентов варьировал от 23 до 91 года, составив в среднем (59,1 ± 14,5) года. Средний период наблюдения составляет 38 месяцев (от 4 до 74). У 32 больных первично диагностированы метастазы в печени, у 14 пациентов имелись локорегионарные метастазы, в 19 случаях диагностирована локальная опухоль. По результатам морфологической верификации у 34 больного диагностирована НЭО G1, у 28 пациентов — НЭО G2 и в 3 случаях — НЭО G3.

Результаты: По результатам проведенного анализа было установлено, что причиной обращения за медицинской помощью у 24 (36,9%) больных явились боли в животе. Проявление карциноидного синдрома диагностировано у 9 пациентов (13,8%), среди которых метастатическое поражение печени установлено. Развитие осложнений опухолевого процесса привело к выявлению НЭО ТК у 10 (15,4%) пациентов в виде острой кишечной непроходимости. У 21 (32,3%) пациентов диагностировано случайно при профилактическом осмотре. Изучение результатов исследования маркеров НЭО позволило установить менее чем 3-кратное повышение уровня ХГА, серотонина и 5-ГИУК. Осмотр терминального отдела тонкой кишки при проведении ФКС обеспечил визуализацию НЭО у 13 пациентов.

Применение ПЭТ-КТ с ⁶⁸Ga-DOTA-TATE/TATE позволило локализовать НЭО в тонкой кишке, а также определить метастатические очаги и уточнить распространенность процесса у 23 пациентов. В зависимости от объема замещения печеночной паренхимы метастазами поражение печени I типа (единичные метастазы в одной доле) установлено у 7 пациентов, II типа (множественные метастазы в одной доле и единичные в другой) — у 6 пациентов, III типа (множественные метастазы в обеих долях) — у 12 пациентов. Хирургическое лечение проведено 34 (52,3%) из 65 пациентов, в том числе в 10 случаях — по пово-

ду тонкокишечной непроходимости. Послеоперационные осложнения, которые повлекли за собой повторное хирургическое вмешательство, были у 1 пациента. Эндоскопическое удаление опухоли выполнено у 2 пациентов, резекция тонкой кишки — у 28 пациентов, правосторонняя гемиколэктомия — у 4 пациентов. Средний размер удаленных новообразований составил 31 мм (от 7 до 130 мм). В настоящее время 27 пациентов (41,5%) получают противоопухолевую терапию АСС, в том числе в 6 случаях — эверолимус по поводу прогрессирования на первой линии лечения.

Заключение: Нейроэндокринные опухоли тонкой кишки чаще всего диагностируют, как метастатическую или местно-распространенную опухоль. Основной причиной поздней диагностики является длительное бессимптомное течение заболевания, а также наличие неспецифических клинических проявлений. Наибольшую информативность в диагностике НЭО ТК демонстрируют МСКТ и ПЭТ-КТ. Хирургический метод является основным в лечении больных НЭО ТК, в свою очередь ранняя диагностика позволяет проводить радикальное хирургическое лечение.

**ВЛИЯНИЕ НЕОАДЪЮВАНТНОГО ЛЕЧЕНИЯ
НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА
НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ
С РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ НИЗКОЙ
ЛОКАЛИЗАЦИИ****Л. И. Гайнуллина, А. А. Свечкова, А. А. Захаренко****Место работы:** ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия**Эл. почта:** leyla.gaynullina202@gmail.com

Цель: Оценить влияние неoadъювантного лечения на частоту возникновения и выраженность синдрома низкой передней резекции (СНПР) у пациентов со средне- и низнеампулярным раком прямой кишки после радикального оперативного лечения.

Материалы и методы: Ретроспективное одноцентровое исследование. Проанализировано 52 пациента с гистологически верифицированной неметастатической аденокарциномой прямой кишки средне- и низнеампулярного отдела. 26 пациентам было проведено неoadъювантное лечение в объеме курса химиолучевой терапии. 26 пациентов были первично прооперированы. Характеристики пациентов обеих групп сопоставимы. Всем пациентам проведено радикальное хирургическое лечение в объеме передней резекции прямой кишки (ПРПК) с тотальной мезоректумэктомией.

Первичная конечная точка: частота встречаемости СНПР в данной когорте пациентов с проведенным неoadъювантным лечением и без него. Вторичная конечная точка — степень тяжести СНПР по шкале LARS.

Опухоли желудочно-кишечного тракта

Средние значения параметров в группах сравнивались при помощи U-теста Манна–Уитни. За статистически значимый уровень достоверности принято значение $p \leq 0,05$. Статистический анализ проведен с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics.

Результаты: В группе пациентов без неадьювантного лечения СНПР встречается статистически значимо реже, чем в группе пациентов с неoadьювантным лечением: 19% против 54% соответственно ($p \leq 0,05$). По шкале LARS в группе пациентов, получивших неoadьювантное лечение, тяжелый СНПР наблюдался у 11 пациентов, незначительный СНПР — у 3 пациентов. В группе без неoadьювантного лечения незначительный СНПР выявлен у 5 пациентов, у 21 пациента СНПР выявлено не было.

Заключение: Предоперационное лечение в объеме химиолучевой терапии является значимым фактором риска развития СНПР у пациентов с раком прямой кишки низкой локализации. У пациентов, получивших неoadьювантное лечение, СНПР тяжелой степени встречается чаще, чем у пациентов без преоперационного лечения. Необходимо дальнейшее изучение влияния факторов риска на развитие СНПР и оценка влияния данного синдрома на качество жизни пациентов в исследованиях более высокого доказательного уровня на большей когорте пациентов.

КОРРЕКЦИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ: СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО И ПЕРОРАЛЬНОГО СПОСОБОВ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

А. Р. Алексеева, А. А. Захаренко, А. Х. Хамид

Место работы: ФГОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Эл. почта: leyla.gaynullina202@gmail.com

Цель: Оценка эффективности парентерального и перорального препаратов железа в рамках периоперационной коррекции анемии у пациентов с колоректальным раком.

Материалы и методы: Когортное одноцентровое пилотное исследование на базе онкологического отделения № 1 ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. В исследование было включено 118 пациентов с гистологически верифицированной местно-распространенной или локализованной аденокарциномой ободочной кишки, осложненной анемией смешанного генеза, в том числе железodefицитной. Пациенты рандомизированы в соотношении 1:1 на 2 группы: коррекция с помощью парентерального железа и перорального железа. Характеристики пациентов обеих групп сопоставимы. Всем пациентам выполнено радикальное хирургическое лечение.

Первичная конечная точка: разница уровня гемоглобина исходно и через месяц после операции.

Вторичные конечные точки: частота ранних послеоперационных осложнений, уровень железа, ферритина, трансферрина и ОЖСС исходно и через месяц после оперативного лечения.

Результаты: Анемия 1 степени тяжести была у 30 и 33 пациентов, 2 степень тяжести — у 23 и 22, 3 степень — у 6 и 4 пациентов, в группе парентерального и перорального железа соответственно. Выявлена статистически значимая разница между группами по показателю исходного уровня гемоглобина и гемоглобина через месяц после операции ($p < 0,05$). По показателю железа сыворотки крови и ферритина также наблюдается статистически значимая разница между группами ($p = 0,046$ и $p = 0,005$ соответственно). В обеих группах выявлена слабая корреляционная связь между уровнем гемоглобина после коррекции и наличием послеоперационных осложнений.

Заключение: В исследуемой когорте препараты внутривенного железа демонстрируют более эффективную коррекцию периоперационной анемии, выявлена статистически значимая разница по показателям гемоглобина, ферритина и железа сыворотки крови. Разница наличия ранних послеоперационных осложнений сопоставима для обеих групп.

АНАЛИЗ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Д. В. Фирсов², К. В. Веденков², А. В. Сажин², И. С. Лебедев¹, К. Д. Далгатов¹, А. О. Атрощенко¹, Л. Ф. Кашапова¹, Н. С. Донченко¹, Д. М. Пугаев¹, А. А. Акоюн¹, С. Г. Гайдаров¹

Место работы: 1. ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ», Москва, Россия; 2. ФГАУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Эл. почта: dr.atroshchenko@yandex.ru

Цель: Анализ непосредственных результатов хирургического лечения пациентов с местно-распространенным раком ободочной кишки.

Материалы и методы: За период с июня 2022 по июль 2023 в отделении абдоминальной онкологии ММКЦ «Коммунарка» было радикально оперировано 674 пациента с КРР. Из них у 50 (7,4%), по данным предоперационного обследования (на основании данных компьютерной томографии), диагностирован местно-распространенный рак ободочной кишки (МРРОК) — T2–3N2bM0; T4a/T4bNлюбоеM0. Пересмотр данных методов лучевой диагностики референс-специалистами лучевой диагностики ММКЦ «Коммунарка» позволил получить результаты чувствительности метода 89,7%, а специфичность составила 77,8%. Группа больных с МРРОК состояла из 28 (56%) женщин и 22 (44%)

мужчин, средний возраст составил 69 лет. Симптомное течение заболевания отмечено у 36 (72%) пациентов, из них: нарушения стула — 6 (12%), кишечное кровотечение — 3 (6%), токсико-анемический синдром — 27 (54%), стойкий болевой синдром обусловленный распространением опухоли — 13 (26%), снижение массы тела — 4 (8%). Показатель индекса Charlson 5 баллов отмечен у 8 больных, 6 и 7 баллов — у 13 и 29 соответственно. Степень анестезиолого-операционного риска по ASA: II степень установлена у 16, III степень — у 34 пациентов. Распределение пациентов по локализации первичной опухоли было следующим: 19 (38%) — сигмовидная кишка, 4 (8%) — слепая кишка, в 5 (10%) — левый изгиб ободочной кишки, 12 (24%) — восходящая ободочная кишка, в 6% — правый изгиб ободочной кишки, в 8% — поперечная-ободочная кишка, в 3 (6%) — нисходящая ободочная кишка. Вторично пораженным органом при интраоперационной ревизии в 4% являлся мочевой пузырь, диафрагма — в 4%, селезенка — в 2%, матка с яичниками — в 2%, семенные пузырьки — в 2%, поджелудочная железа — в 2%, тонкая кишка — в 8%, паранефральная клетчатка — в 14%, большой сальник — в 16%, желудок — в 6%, желчный пузырь — в 4%, печень — в 2%, брюшина — в 34%.

Результаты: Средняя длительность операции в группе МРРОК составила 294 мин, при этом 9 (18%) операций выполнено лапароскопическим методом. Частота конверсий составила 22% и в основном была связана с трудностью осуществления безопасной тракции массивного опухолевого конгломерата лапароскопическим инструментом, а также инвазией первичной опухоли в органы гепато-панкреато-билиарной системы. При этом вовлечение в опухолевый процесс передней брюшной стенки, петель тонкой кишки, большого сальника, паранефральной клетчатки, дна мочевого пузыря не создавали значимых трудностей для мобилизации органокомплекса en block, в том числе и с использованием на этапе выделения и клипирования сосудов лапароскопического метода, а вот врастание опухоли в 12-перстную кишку и поджелудочную железу чаще приводило к конверсии доступа на срединную лапаротомию. Средняя величина кровопотери составила 180 мл, интраоперационная гемотрансфузия потребовалась в одном случае у пациента с распространением опухоли на селезенку и диафрагму. В группе локализованного рака ободочной кишки частота выполнения лапароскопических операций достигает 81%, частота конверсий не превышает 4%, а средняя продолжительность операции составляет 239 мин.

Послеоперационные осложнения отмечены у 5 (10%) пациентов: Clavien–Dindo II — 1 (нарушение ритма сердца, восстановлено инфузией кордарона); IIIA — 3 (2 — нагноение послеоперационной раны, 1 — гематома в ложе резецируемого сегмента печени); IIIB — 1 (несостоятельность межкишечного анастомоза). Умерло 2 пациента от прогрессирования полиорганной недостаточности (после комбинированной правосторонней гемиколэктомии с панкреато-дуоденальной резекцией и резекцией верхней бры-

жечной вены, а также после комбинированной левосторонней гемиколэктомии со спленэктомией и резекцией левого купола диафрагмы). По результатам патоморфологического исследования в 4% случаев опухоль стадирована как T2N2b, в 30% — T3N2b, в 30% — T4a, в 36% — T4b; инвазия в лимфатические сосуды присутствовала в 56% случаев, венозная инвазия — в 42%, перинефральная инвазия — в 32%; R1-резекция выполнена у 1 пациента при инвазии опухоли в головку поджелудочной железы с вовлечением верхнебрыжечной вены (положительный край резекции по сосуду).

Заключение: Анализ результатов хирургического лечения больных МРРОК показывает, что наибольшие трудности в выполнении радикального вмешательства возникают при вовлечении первичной опухолью органов гепато-панкреато-билиарной системы, также у этих пациентов выше риск послеоперационных осложнений и летальности. Возможно, попытка проведения предоперационной химиотерапии у данной группы больных позволит повысить частоту объективного ответа, что, в свою очередь, дает надежду на уменьшение объема оперативного вмешательства и повышение частоты R0-резекций. Важное значение в первичной диагностике местно-распространенного рака ободочной кишки отводится компьютерной томографии, которая демонстрирует высокие показатели чувствительности и специфичности метода.

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРОКСИМАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПРЯМОЙ КИШКИ

Л.Т. Газиев, Д.М. Алмурадова, А.А. Юсупов, Ч.О. Юсупова,
Р.С. Бобокулов, Н.И. Садуллаева

Место работы: Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент,
Республика Узбекистан

Эл. почта: adham_yusupov96@mail.ru

Цель: Повысить эффективность лечения больных раком ректосигмоидного и верхнеампулярного отделов прямой кишки путем выполнения первично-восстановительных и реконструктивно-восстановительных операций.

Материалы и методы: Материалом для исследования послужили данные о 860 больных раком проксимальных отделов прямой кишки, оперированных в РСНПМЦО-иР за 10-летний период. Из них 410 (47,7%) мужчин и 450 (52,3%) женщин. Возраст больных колебался от 22 до 78 лет, средний возраст составил 55,5 года. Доля больных старше 50 лет составила 61,9%. В большинстве случаев опухоль поражала верхнеампулярный отдел у 468 (54,4%) больных, реже, у 372 (43,2%) пациентов — ректосигмоидный. Одновременное поражение опухолевым процессом ректосигмоидного и верхнеампулярного отделов наблюдалось наиболее редко — в 20 (2,4%) случае. Наиболее часто опухоль имела строение аденокар-

Опухоли желудочно-кишечного тракта

циномы — у 787 (91,5%) больных. Среди 726 пациентов, подвергнутых хирургическим вмешательствам в радикальном объеме, местная распространенность опухолевого процесса соответствовала T4 у 383 (44,5%) больных, T3 — у 415 (48,3%) пациентов. На долю пациентов, у которых опухоль классифицировалась, как T1–2, приходилось 7,2% (62 больных). У 315 (36,6%) больных были обнаружены метастазы в регионарные лимфатические узлы, у 114 (13,3%) пациентов — отдаленные метастазы. Из 860 больных раком проксимальных отделов прямой кишки у 243 (28,3%) пациентов имелись 59 различных осложнений опухолевого процесса.

Результаты: Из 860 больных раком проксимальных отделов толстой кишки в 725 (84,3%) случаях были выполнены хирургические вмешательства в радикальном объеме. У 135 (15,7%) пациентов выполнены симптоматические операции или пробная лапаротомия. Резектабельность составила 84,3%. Следует отметить, что резектабельность была выше среди больных с неосложненным опухолевым процессом, чем среди пациентов, у которых имели место различные осложнения основного заболевания — 88,6% и 73,5% соответственно ($p < 0,001$). Первично-восстановительные операции выполнены у 688 (80%) больных. Удельный вес первично-восстановительных операций при неосложненном опухолевом процессе был достоверно выше, чем при осложненном — 88,7% и 77,2% соответственно ($p < 0,001$). Среди хирургических вмешательств, выполненных в радикальном объеме, наиболее часто выполнялись внутрибрюшная резекция — 305 (35,5%) случаев, и брюшно-анальная резекция прямой кишки — 272 (31,66%) наблюдения. У 100 (11,6%) больных раком проксимальных отделов прямой кишки были выполнены комбинированные оперативные вмешательства с резекцией 1020 органов и/или анатомических структур. Из 860 больных, оперированных по поводу рака проксимальных отделов прямой кишки, интраоперационные осложнения отмечены у 65 (7,6%) пациентов, послеоперационные осложнения — у 131 (15,2%) больных, у которых было 198 осложнений. Послеоперационная летальность составила 4,2%.

Заключение: Применение разработанных способов хирургических вмешательств у больных раком проксимальных отделов прямой кишки позволило выполнить хирургические вмешательства в радикальном объеме у 84,3% больных, в том числе 73,5% при осложненном опухолевом процессе. Это позволило выполнить первично-восстановительные операции у 95,9% больных, в том числе у 87,2% пациентов с осложненным опухолевым процессом, и в 98,7% у больных без таковых. Частота интра- и послеоперационных осложнений составила, соответственно, 7,6% и 15,2%, послеоперационная летальность — 4,2%. Несостоятельность швов анастомоза привела к летальному исходу только в 2 (0,4%) случаях, что свидетельствует о высокой надежности разработанных и применяемых в клинике способов формирования одно- и двухрядного инвагинационных (дупликатурных) анастомозов.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОТЯГОЩЕННЫХ ПО ФАКТОРАМ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Д. В. Фирсов, К. В. Веденков, А. В. Сажин, И. С. Лебедев,
К. Д. Далгатов, Д. М. Пугаев, А. А. Акопян, А. О. Атрощенко

Место работы: ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ»,
Москва, Россия

Эл. почта: artashes83@mail.ru

Цель: Совершенствование оснащенности и уровня хирургии в стационарах, расширение показаний к активной хирургической тактике у пожилых и отягощенных коморбидных пациентов, а также повышение частоты ранней выявляемости опухолей ободочной и прямой кишки на амбулаторном этапе ведут к ежегодному росту оперативной активности и, соответственно, к росту числа послеоперационных осложнений. Из них наиболее распространенными в колоректальной хирургии являются раневые инфекции, послеоперационный парез и несостоятельность анастомоза. Последнее является наиболее серьезным осложнением, встречающимся в 2,9–20% случаев и обуславливающим треть всех летальных исходов после колоректальных операций.

Наличие в анамнезе артериальной гипертензии, заболеваний легких, неврологических нарушений и ишемической болезни сердца увеличивает вероятность развития любых послеоперационных осложнений в особенности у пожилых пациентов. Факторы риска послеоперационных осложнений общеизвестны, к ним относятся факторы, связанные с пациентом (возраст, наличие сахарного диабета, анемии, ожирение и др.), и факторы, обусловленные самой опухолью (местнораспространенный процесс, размеры опухоли, наличие отдаленных метастазов). Кроме того, также выделяют независимые факторы: возраст, пол, выполненные ранее операции на брюшной полости, сопутствующие заболевания, наличие метахронного/синхронного опухолевого процесса, и факторы зависимые, такие как нутритивный статус, наличие морбидного ожирения, прием кортикостероидов, курение, злоупотреблением алкоголем.

Целью настоящего исследования явилась изучение частоты и характера клинического течения несостоятельности толстокишечных анастомозов после радикального хирургического лечения, а также оценка их взаимосвязи с независимыми факторами риска послеоперационных интраабдоминальных осложнений.

Материалы и методы: Был проведен анализ непосредственных результатов хирургического лечения пациентов с колоректальным раком, отягощенных по факторам риска послеоперационных интраабдоминальных осложнений за период с июня 2022 г. по июль 2023 г. Всего за данный период по поводу злокачественных новообразований

ободочной и прямой кишки было радикально прооперировано 674 пациента с неметастатическим колоректальным раком. В 43,9% случаев имелась II стадия заболевания, в 31,6% была III стадия, в 26,6% случаях — I стадия, с IV стадией пациенты в исследование не включались. Профиль коморбидной патологии включал в себя наличие ХСН 2–3 ст. по NYHA (19,5%), постинфарктный кардиосклероз (7,3%), хроническую почечную недостаточность 1–3 ст. (7,3%), хроническую обструктивную болезнь легких (5,9%) и другие заболевания. Показатель индекса Charlson составил в 12,1% 5 баллов, в 24,3% — 6 баллов, в 63,4% — ≥ 7 баллов. Всем пациентам проводилась адекватная предоперационная подготовка, направленная на коррекцию витальных функций. В исследование не включались пациенты, оперированные в экстренном порядке по поводу осложненного течения опухолевого процесса, а также пациенты с наличием отдаленных метастазов. 12,5% пациентов имели II степень и 87,5% пациентов — III степень анестезиолого-операционного риска по ASA. Факторами риска, способными повлиять на развитие несостоятельности колоректального анастомоза, считали возраст ≥ 75 лет, наличие тяжелых хронических сосудистых заболеваний (стентирование коронарных артерий, ОИМ либо ОНМК с наличием неврологического дефицита в анамнезе, гипертоническая болезнь III стадии), мужской пол, сахарный диабет 2 типа, наличие исходной анемии (уровень гемоглобина 90 г/л и ниже), оперативные вмешательства на органах брюшной полости в анамнезе, наличие местнораспространенного, а также метастазов/синхронного опухолевого процесса, ожирение (ИМТ 30 кг/м^2 и более), гипоальбуминемию (снижение уровня сывороточного альбумина менее 35 г/л). Факторы хирургического вмешательства в настоящем исследовании не изучались. Объемы хирургического вмешательства включали в себя выполнение резекций прямой кишки с тотальной либо парциальной мезоректумэктомией с лимфодиссекцией D2 (19,5%), резекций сигмовидной кишки с лимфодиссекцией D2 (17%), левосторонних гемиколэктомий с лимфодиссекцией D2 (12,1%), правосторонних гемиколэктомий (46,3%). Формирование анастомозов производилось как аппаратным, так и ручным способами. **Результаты:** Инструментально подтвержденная несостоятельность колоректального анастомоза в послеоперационном периоде суммарно была диагностирована у 18 пациентов (2,67%). По указанным факторам риска эти пациенты распределились на 3 группы: 1 группа (до 3 факторов риска) — 7 пациентов, 2 группа (до 5 факторов риска) — 10 пациентов, и 3 группа (более 5 факторов риска) — 1 пациент. Согласно консенсусу International Study Group of Rectal Cancer (2010) по тяжести клинических проявлений пациенты с несостоятельностью анастомоза в исследуемых группах распределились следующим образом. В 1 группе: степень А (субклиническое течение осложнения) была у 1 пациента, степень В (потребовавшая применения миниинвазивных методов лечения) — у 3 пациентов, степень С (потребовавшая формирования отключающей стомы

либо разобщения колоректального анастомоза) — у 3 пациентов. В 2 группе: степень А была у 1 пациента, степень В — у 1 пациента, степень С — у 8 пациентов. В 3 группе: степень С — у 1 пациента. Летальность, как результат развившейся несостоятельности анастомоза, составила 0,3% (2 пациента). Средний койко-день в указанных группах пациентов составил — $21,7 \pm 4,03$. Многофакторный анализ позволил считать наиболее значимыми независимыми факторами риска, влияющими на развитие несостоятельности анастомоза наличие тяжелых хронических сосудистых заболеваний, мужской пол, наличие местнораспространенного, а также метастазов/синхронного опухолевого процесса, анемию, ожирение.

Заключение: Подавляющее большинство случаев развившейся несостоятельности анастомоза было в группах пациентов с наличием 5 и более факторов риска (11 пациентов, 61,1%). Наиболее часто в исследуемых группах встречалось тяжелое (степень С) течение несостоятельности анастомоза (12 пациентов, 66,6%). Оценка риска несостоятельности анастомоза с помощью интегральных шкал балльной оценки, планирование объема хирургического вмешательства и уровня лимфаденэктомии с учетом отягощающих факторов риска и своевременная их коррекция на предоперационном этапе могут позволить снизить вероятность развития несостоятельности анастомоза после операций по поводу колоректального рака.

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЙ РАК ЖЕЛУДКА: ФОНОВЫЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА У ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРО- ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА (СЗФО)

А. В. Тряпицын, А. Ю. Барановский

Место работы: ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

Эл. почта: tryapitsin@gmail.com

Цель: Изучить фоновые хронические заболевания и факторы риска нейроэндокринного рака желудка и у жителей СЗФО.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 6007 пациентов, проходившие обследование в клинике «Высоких медицинских технологий имени Н.И. Пирогова» Санкт-Петербургского государственного университета в 2020–2021 г. в связи с симптомами диспептического характера в рамках планового предоперационного обследования и/или в процессе динамического наблюдения по поводу хронических заболеваний органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Большинство пациентов были представителями Северо-Западного федерального округа. Всем обследуемым выполняли видеоезофагогастродуоденоскопию высокого разрешения на оборудовании экспертного класса, по показаниям выполнялся быстрый гистохимический уреазный тест на *Helicobacter Pylori* и биопсия.