



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АСТРАХАНСКОЙ
ОБЛАСТИ**



**АСТРАХАНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

**Министерство здравоохранения Астраханской области
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный
медицинский университет»**

Министерство здравоохранения Российской Федерации

**ДОСТИЖЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ КАК ОСНОВА
СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И
БЛАГОПОЛУЧИЯ ОБЩЕСТВА**

МАТЕРИАЛЫ

**МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**г. Астрахань,
7 сентября 2017 г.**

обморок упасть. Или на время солнечной астраханской феерии переберитесь куда-нибудь посевнее, например, в Архангельск. Сегодня там +19. И будьте здоровы. Ведь только это имеет значение».

Интернет на сегодняшний день является одним из самых доступных, действенных двусторонних каналов общения медицинского сообщества с представителями целевых аудиторий. Но в системе коммуникаций не стоит забывать и традиционные инструменты: печатные СМИ, радио и телевидение.

Системный подход – использование известных и современных технологий - позволит обеспечить широкий охват населения и реализацию информационной политики Министерства здравоохранения.

Малоинвазивные хирургические технологии в лечении колоректального рака: опыт регионального онкологического центра

**Р.А. Мурашко¹, Е.А. Ермаков¹, И.Б. Уваров¹,
В.Б. Каушанский¹, Р.В. Коньков¹,
Д.Д. Сичинава¹, Б.Н. Садиков¹**

ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер №1» Министерства здравоохранения Краснодарского края, г.Краснодар¹

Цель: оценка результатов робот-ассистированных (РА) и лапароскопических (ЛС) вмешательств при колоректальном раке (КРР) в условиях регионального онкологического учреждения.

Методы исследования. Проанализированы результаты хирургического лечения 200 пациентов с КРР, которым выполнены малоинвазивные вмешательства: РА (n=77) и ЛС (n=123). РА операции выполнялись на роботической

хирургической системе da Vinci Si (Intuitive Surgical, Inc., Sunnyvale, CA, USA).

ЛС операции выполнены в учреждении в период 2011 – 2017 гг., РА операции выполнены в период 2015 - 2017 г. одной бригадой хирургов, обладающей опытом ЛС хирургии при КРР. Группы не имели статистически значимых различий по возрастному, половому составу, частоте сопутствующей патологии.

Показанием к операции во всех случаях была морфологически верифицированная аденокарцинома ободочной и прямой кишки, I – III стадии.

Статистическая обработка проведена с использованием программного пакета STATISTICA 6.0. (компания StatSoft).

Результаты. Характер операций в РА группе: передняя резекция прямой кишки (ПРПК)-50 (из них низкая - 22); резекция сигмовидной кишки – 17; брюшно-анальная резекция (БАР) ПК-1; левосторонняя гемиколэктомия (ЛГКЭ)-1; правосторонняя гемиколэктомия (ПГКЭ) – 6. В ЛС группе так же преобладали ПРПК - 39 операций и резекция сигмовидной кишки - 34. Заметно большую долю занимала ПГКЭ (23; 18,7%). Кроме того, спектр ЛС операций включал брюшно-промежностную экстирпацию (БПЭ) (17), ЛГКЭ (9), БАР (1), субтотальную колэктомию (1).

Частота первичного анастомоза (96,1 vs 82,9%) и, соответственно, концевой колостомы, различались между группами за счет БПЭ в ЛС группе (3,9 vs 21,1%, $p=0,0008$). Превентивную коло/илеостому формировали при ПРПК с одинаковой частотой в обеих группах (36,4 и 21,1%). Средняя длительность РА операций оказалась больше, чем ЛС ($237,5 \pm 74,9$ мин. Vs $213,1 \pm 73,1$; $p=0,024$). Интраоперационная кровопотеря (средняя) была сопоставима в обеих группах ($107,1 \pm 41,9$ мл и $122,0 \pm 69,9$ соответственно, $p=0,077$).

Конверсия на лапаротомию при РА вмешательствах произведена у 3 пациентов (3,9%), в ЛС группе конверсия была

также в 3 случаях (2,9%). Течение послеоперационного периода после РА операций не имело существенных различий с группой ЛС вмешательств. Осложнения в группе РА операций развились у 8 (10,4%), в группе ЛС – у 6 (4,9%), различия статистически не значимы.

Число несостоятельности колоректального анастомоза в обеих группах была сопоставима (4/74; 5,4% vs 5/102; 4,9%). Летальный исход развился у 1 больного после РА операции (1/77; 1,3%), после ЛС операций летальных исходов не было.

Длительность нахождения пациентов в стационаре после РА операций не отличалось статистически значимо от показателя ЛС группы ($14,2 \pm 4,4$ vs $14,4 \pm 4,8$ дней). Восстановление перистальтики после РА операций отмечалось на 1 – 3 сутки ($1,1 \pm 0,19$), начало функционирования стомы или первый стул – на 2 – 4 сутки ($2,2 \pm 0,28$). Эти показатели не имели статистически значимых различий с соответствующими показателями для ЛС группы.

Оценку патоморфологических показателей удаленного препарата провели в подгруппах пациентов, оперированных по поводу рака РПК: в РА группе -51, в ЛС – 57 пациентов. Статистически значимых различий в размере опухолей не выявлено. Опухолевого роста в проксимальном и дистальном краях препарата не обнаружен ни в одном случае.

Хирургический клиренс (расстояние от дистального края опухоли до дистальной линии резекции) в РА группе составил $3,6 \pm 1,5$ см, в ЛС – $2,3 \pm 1,2$ см (разница статистически не значима). Исследование циркулярной границы резекции: в РА группе подтвердило радикальность операции во всех случаях (R0-резекция в 100% случаев) и в 93,0% в ЛС группе. В каждом удаленном препарате исследовалось в среднем $13,6 \pm 3,1$ лимфатических узлов (8 – 22).

Заключение. Технические этапы ЛС и РА операций при КРР идентичны и стандартизированы. РА операции сопоставимы с ЛС по кровопотере, частоте конверсий, но

характеризуются большей продолжительностью. Течение послеоперационного периода, частота и характер осложнений после РА и ЛС вмешательств не имеют статистически значимых различий. Малоинвазивные хирургические операции при КРР характеризуются достаточной безопасностью и онкологической адекватностью, подтверждаемой патогистологическими исследованиями.

Отдаленные результаты применения малоинвазивных хирургических технологий в лечении КРР требуют дальнейшего изучения.

Система медицинской профилактики в Астраханской области.

Итоги многолетней деятельности регионального здравоохранения по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни

Г.А. Набиуллина¹, Г.Б. Куандыков¹

ГБУЗ АО "Центр медицинской профилактики"¹ г.Астрахань

Цель: оценить состояние службы медицинской профилактики, систему медицинской профилактики, ее эффективность и региональные особенности.

Методы. Источник получения информации – статистические отчеты, нормативно-правовые документы, результаты собственных исследований.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что последние годы являются ключевыми для построения нескольких принципиальных составляющих эффективной работы региональной системы здравоохранения, ее профилактических подразделений по созданию системы