

пластическим замещением дефекта мочевого пузыря изолированным тонкокишечным резервуаром. 2 (контрольную) группу составили 10 больных, которым выполнена операция в объеме резекции толстой кишки, резекция мочевого пузыря с формированием микроциста.

Методика пластического замещения дефекта мочевого пузыря изолированным тонкокишечным резервуаром: после мобилизации и транспозиции петли тонкой кишки, с помощью линейного сшивающего аппарата формировался резервуар, который анастомозировался с основанием мочевого пузыря 2-мя рядами швов. Тонкокишечный резервуар дренировали в левой подвздошной области, там же отдельно выводились мочеточниковые катетеры.

Проведенное нами морфологическое исследование показало, что поражение стенки мочевого пузыря при прорастании рака толстой кишки в большинстве случаев не выходит за пределы видимых границ опухоли, что позволило нам выполнять субтотальную резекцию мочевого пузыря даже при расположении опухоли вблизи мочепузырного треугольника.

Результаты исследования. Ближайшие послеоперационные осложнения развились у 1 больного в основной и контрольной группе. Выполнение субтотальной резекции мочевого пузыря с пластическим замещением объема мочевого пузыря вместо формирования микроциста у больных 1 группы позволило улучшить показатели хирургической реабилитации больных, достоверно улучшить показатели дневного и ночного удержания мочи.

Так, уже через 3 месяца после операции все больные основной группы удерживали мочу в дневное время суток. Ночное мочеиспускание к 3 месяцу после операции в основной группе восстановилось у 70% больных, через 6 месяцев все больные основной группы удерживали мочу в ночное время. У больных контрольной группы мочеиспускание осуществлялось через эпицистостому.

Показатель уровня качества жизни изменился от «неудовлетворительного» до операции и в раннем послеоперационном периоде в обеих группах больных, до «удовлетворительного» в ближайшие и в отдаленные сроки после операции (90% больных в основной группе и 50% больных в контрольной группе,  $p < 0,05$ ).

Больные обеих групп находятся под наблюдением от 7 месяцев до 1 года. За время наблюдения в основной группе не выявлено местных рецидивов и отдаленных метастазов опухоли. В контрольной группе у 1 больного

через 8 месяцев после операции обнаружены метастазы в печень. Таким образом, субтотальная резекция мочевого пузыря с пластическим замещением объема мочевого пузыря изолированным сегментом тонкой кишки у больных основной группы не ухудшает результаты лечения больных.

Итак, результаты исследования показали, что все изученные показатели были достоверно лучше у больных основной группы, при этом не уменьшается безрецидивный и безметастатический период. Эти данные свидетельствуют о преимуществе и необходимости расширения показаний к функционально-щадящим оперативным вмешательствам на мочевом пузыре при местно-распространенном раке толстой кишки, прорастающим в мочевой пузырь, что будет способствовать медицинской и социальной реабилитации больных.

Выводы:

1 При прорастание рака толстой кишки в мочевой пузырь, в отличие от первичного рака мочевого пузыря, возможно выполнение функционально-щадящих операций на мочевом пузыре, таких как субтотальная резекция мочевого пузыря с сохранением основания мочевого пузыря с устьями мочеточников и уретрой и тонкокишечной пластикой, даже при расположении опухоли вблизи мочепузырного треугольника.

2 Сохранение основания мочевого пузыря с устьями мочеточников и уретрой у больных основной группы способствовало улучшению показателей хирургической реабилитации больных, быстрому восстановлению показателей дневного и ночного удержания мочи.

3 Сохранение основания мочевого пузыря с устьями мочеточников и уретрой у больных основной группы не ухудшает показатели дальнейшего прогрессирования опухоли при значительном улучшении показателей качества жизни больных ( $p < 0,05$ ).

---

#### **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ РАКА ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ**

*О.И. Кит, Ю.А. Геворкян, В.Е. Колесников,  
Н.В. Солдаткина, Д.А. Харгазов, А.В. Дашков*

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону

---

Рак толстой и прямой кишки является одной из самых распространенных патологий в

структуре онкологических заболеваний. Основным методом лечения больных раком толстой и прямой кишки остается хирургический.

Хирургические вмешательства на толстой и прямой кишке относятся к одним из наиболее сложных в абдоминальной онкологии и сопровождаются высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности – 14-42,7% и 1-15,9% соответственно. В этой связи вопрос об улучшении непосредственных результатов хирургического лечения рака толстой и прямой кишки не потерял своей актуальности и в настоящее время.

За последние два десятилетия эволюция малоинвазивных технологий привела к формированию отдельного направления в хирургии рака толстой и прямой кишки. Многочисленные рандомизированные исследования доказали, что лапароскопические операции при раке толстой и прямой кишки отличаются от открытых операций значительно меньшей кровопотерей, снижением болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращением сроков пребывания больного в стационаре и сроков восстановления физической активности.

С использованием лапароскопической техники нами прооперировано 90 больных раком толстой и прямой кишки, из них 49 мужчин и 41 женщина. Средний возраст оперированных больных составил  $56 \pm 12,8$  лет. По локализации опухоли в толстой кишке больные распределились следующим образом: сигмовидная кишка – 46 больных, прямая кишка – 29, правая половина ободочной кишки – 15. Гистологически у всех больных была установлена аденокарцинома различной степени дифференцировки.

Подготовка больных к операции включала бесшлаковую диету накануне операции и механическую очистку толстой кишки. В связи с ограниченностью показаний к видеоэндоскопическим вмешательствам проводился тщательный отбор больных: оценивались локализация первичной опухоли и ее местное распространение, конституциональный тип, тяжесть течения сопутствующего заболевания и пр. С учетом ограничения возможности интраоперационной ручной пальпаторной ревизии кроме стандартных методов исследования проводились уточняющие методы – компьютерная томография или магнитно-резонансная томография (оценка состояния забрюшинных лимфатических узлов, местного статуса опухоли).

При патологии сигмовидной кишки больным выполняли лапароскопическую резекцию сигмовидной кишки ( $n=44$ ), обструктивную

резекцию с последующей реконструкцией ( $n=1$ ). При патологии прямой кишки выполняли лапароскопическую переднюю резекцию ( $n=9$ ) и брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки ( $n=20$ ). При локализации опухоли в восходящем отделе ободочной кишки производили лапароскопическую правостороннюю гемиколэктомию ( $n=15$ ).

Послеоперационные осложнения развились у 3 больных. Это были несостоятельность колоректального анастомоза ( $n=1$ ), нагноение послеоперационной раны в области минилапаротомии ( $n=2$ ). У больного с несостоятельностью колоректального анастомоза данное осложнение удалось купировать консервативными мероприятиями. Летальных исходов не отмечено.

Сроки пребывания в стационаре у больных после лапароскопических вмешательств были на 3-5 дней меньше, чем после открытых вмешательств. За время наблюдения (от 6 до 14 месяцев) не выявлено местных рецидивов опухоли и прогрессирования заболевания.

Показатель уровня качества жизни изменился от «неудовлетворительного» до операции до «удовлетворительного» в раннем послеоперационном периоде и в течение отслеженного периода времени.

Таким образом, наш опыт лапароскопических операций на толстой и прямой кишке показал, что данный вид оперативного пособия является технически выполнимым, щадящим для пациентов и обеспечивают благоприятное течение послеоперационного периода. Тщательный отбор больных позволяет снизить риск осложнений. Малоинвазивные технологии в хирургии позволяют сократить сроки пребывания больных в стационаре, что, несомненно, является благоприятным фактором в процессе их реабилитации. По нашему мнению, лапароскопические операции являются перспективным направлением хирургии, они позволяют провести хирургическое лечение с высоким медико-социальным эффектом.

---

#### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХИМИОТЕРАПИИ С ОЗОНИРОВАННЫМИ СРЕДАМИ**

*О.И. Кит, Ю.А. Геворкян, С.А. Ильченко,  
Е.М. Франциянц, Н.В. Солдаткина, А.В. Дашков*

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону