

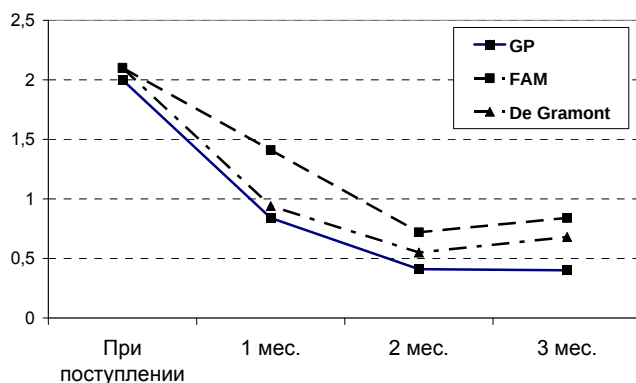


Рис. 1. Динамика средних значений интенсивности боли у больных сравнимых групп, в баллах по ШВО.

На представленном рисунке можно отметить, что на фоне применения гемцитабина и цисплатина наблюдалась более ранняя и выраженная регрессия болевого синдрома. При контрольном обследовании спустя 2,5-3 месяца от начала лечения среди лиц, получающих химиотерапию по схеме GP, 5 человек указывали на отсутствие системных болевых проявлений, в том числе 2 пациента, ранее имеющих выраженный болевой синдром и получающих сильные опиаты (морфин). Лишь в 1 случае наблюдалась стойкость болевых проявлений с сохранением исходных доз приема анальгетиков.

В то же время в 1-й группе (схема FAM) подобные явления отмечались у 3-х человек, а у 1-го с усилением боли в динамике. Отказ от морфина в этой группе наблюдался в 1 случае с переводом больного на промедол. На фоне 48-часовых инфузий фторурацила (3-я группа) эффективность занимала среднее положение между 1-й и 2-й группами. Таким образом, применение схемы GP позволяет более эффективно воздействовать на болевые проявления при раке поджелудочной железы. С другой стороны, применение De Gramont, при несколько меньшем эффекте регрессии боли, экономически более оправданно и доступно.

Обобщая представленные результаты можно сделать вывод о том, что на фоне применения полихимиотерапии клинические проявления онкопроцесса, в частности хронический болевой синдром, более значительно регрессируют при использовании гемцитабина и цисплатина, что, вероятно, обусловлено особенностями патогенетического воздействия препаратов. Одной из возможных точек воздействия, на наш взгляд, является субклинический эйфоризирующий эффект гемцитабина, регистрируемый у многих пациентов. Применение

схемы De Gramont так же позволяет получить положительный клинический эффект. В целом, малое количество наблюдений, безусловно, не позволяет сделать однозначные выводы. Однако данное направление требует дополнительных исследований.

МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ, ПРОРАСТАЮЩИЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ: ВОЗМОЖНОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЩАДЯЩИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

О.И. Кит, Ю.А. Геворкян,
Н.В. Солдаткина, Д.А. Харагезов

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону

Местно-распространенный рак толстой кишки, прорастающий мочевой пузырь является одной из сложных проблем современной онкологии в связи со сложностью лечения и высоким процентом инвалидизации. Большинство таких больных помимо оперативного вмешательства на толстой кишке выполняется субтотальная резекция мочевого пузыря или цистэктомия (Сидоров Д.В. и соавт., 2010). Несмотря на большое количество исследований, поиск способов улучшения результатов хирургического лечения данной категории больных продолжает оставаться актуальным.

Цель исследования: улучшение результатов лечения местно-распространенного рака толстой кишки, прорастающего в мочевой пузырь, путем расширения показаний для сохранения основания мочевого пузыря с устьями мочеточников и уретрой и пластическим замещением дефекта мочевого пузыря изолированным тонкокишечным резервуаром.

Материал и методы.

Проанализированы результаты лечения 17 больных местно - распространенным раком толстой кишки, прорастающим в мочевой пузырь, из них 11 мужчин. 7 больных находилось в возрасте от 43 до 50 лет, 10 больных – в возрасте от 51 до 59 лет. Распределение по стадиям: $T_4N_1M_0$ – 3 больных, $T_4N_2M_0$ – 9 больных, $T_4N_3M_0$ – 5 больных. Гистологически у всех больных была установлена аденокарцинома. Больные были распределены на 2 группы. 1 (основную) группу составили 7 больных, которым выполнена операция в объеме резекции толстой кишки, субтотальной резекции мочевого пузыря с сохранением основания мочевого пузыря с устьями мочеточников и уретрой и

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