

выполнено 11 реконструктивно-восстановительных операций на мочевыводящих путях: в 7 случаях левого мочеточника, в 4 случаях обоих мочеточников. Осложнений у данной группы больных не отмечено. Для устранения натяжения мочеточника и профилактики несостоятельности уретероцистоанастомоза, верхняя часть тела мочевого пузыря с верхушкой перемещались в левую или правую подвздошную область. Задняя поверхность тела и верхушка мочевого пузыря фиксировались четырьмя отдельными узловыми швами из длительно рассасывающегося материала № 2/0 к передней поверхности левой большой поясничной мышцы. Через разрез мочевого пузыря в его полость устанавливался катетер, и выводились интубационные трубки мочеточников.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ И ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУРАХ МОЧЕТОЧНИКОВ

Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Муслимов М.И.,
Муслимов В.И., Гасанов А.Г., Салихов М.Р.

ООО НПО «Инновационные клеточные технологии»,
г. Москва, Россия

МИУВ ГУ ПП, г. Москва, Россия

ГБУЗ «НЦРБ», г. Ногинск, Московская обл., Россия

В последнее время значительно расширены показания к оперативному лечению злокачественных образований таза с дополнением их лимфодиссекцией в объёме до D-3, что неизбежно в отдаленном послеоперационном периоде приводит к увеличению частоты приобретенной органической обструкции мочеточников. Наиболее частой причиной механической обструкции мочеточников являются послеоперационные рубцовые сужения и облитерации, это нередко приводит к возникновению протяженных стриктур дистальных третей мочеточников с нарушением оттока мочи по ним и требующих различных методов его восстановления.

Нами по поводу поздних стадий рака прямой кишки проведено комплексное лечение 589 пациентам, из них у 102 были местнораспространенные формы рака прямой кишки. В последующем у 28 (27,5%) пациентов в сроки от 6 до 18 месяцев диагностированы стриктуры дистальных третей мочеточников, сопровождающиеся нарушением оттока мочи. В 18 (17,7%) случаях это были стриктуры левого мочеточника, в 5 (4,9%) – правого, в 5 (4,9%) случаях – обоих мочеточников. У 12 (42,9%) пациентов с ограниченными по протяженности стриктурами восстановление проходимость мочеточников было выполнено с применением малоинвазивных методов. У 16 (57,1%) пациентов рубцовые стриктуры мочеточников возникли после повторных циторедуктивных оперативных вмешательств типа Гартмана и с иссечением пораженной канцероматозом тазовой брюшины. Стриктуры были протяженными и занимали практически всю дистальную треть мочеточников от места перекреста с подвздошными сосудами до мочевого пузыря. Последней группе больных до проведения реконструктивно-восстановительных операций выполнены перкутанные нефростомии. Реконструктивно-восстановительные операции проводились в сроки от 9 до 24 месяцев после первичного оперативного вмешательства на толстой кишке. Выполнено 16 симультанных реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке и мочевыводящих путях: в 11 случаях левого мочеточника, в 5 случаях обоих мочеточников. Осложнений у данной группы больных не было.

Для пластики протяженных стриктур нижней трети

мочеточника мы предпочитаем формировать прямой цистоуретероанастомоз по следующей методике. Проводится выполнение левосторонней или правосторонней мобилизации и уретеролиза от лоханки до мочевого пузыря, резекция дистальной трети поврежденного или облитерированного мочеточника в пределах здоровых тканей. Мобилизация передней и задней стенок мочевого пузыря с сохранением правых и левых сосудисто-нервных пучков до шейки. Через отдельный прокол верхушки мочевого пузыря слева или справа в полость мочевого пузыря проводится проксимальный конец мочеточника с избытком до 1,5 см, фиксируется серозно-мышечными швами монофиламентной нитью из длительно рассасывающегося материала к слизистой мочевого пузыря. Выступающий в просвет мочевого пузыря участок мочеточника рассекается продольно до 1,0 см с дополнительной фиксацией слизистой мочеточника к слизистой мочевого пузыря с созданием инвагината мочеточника, выступающего в полость мочевого пузыря. Со стороны брюшной полости стенка мочеточника фиксируется к стенке мочевого пузыря серозно-мышечными швами. Мочеточник интубируется полимерной трубкой с внутренним диаметром 1-2 мм. Для устранения натяжения мочеточника и профилактики несостоятельности созданного цистоуретероанастомоза тело мочевого пузыря с его верхушкой перемещается в левую или правую подвздошную область и фиксируется к передней поверхности большой поясничной мышцы. В мочевой пузырь устанавливается дренажная трубка, которая вместе с мочеточниковыми интубаторами выводится на переднюю брюшную стенку. Выполняется экстраперитонизация тела и верхушки мочевого пузыря с созданным цистоуретероанастомозом перемещенным лоскутом париетальной брюшины подвздошной области со стороны, противоположной стороне фиксации мочевого пузыря к большой поясничной мышце. При двустороннем цистоуретероанастомозе экстраперитонизация с одноименной стороны осуществляется лоскутом париетальной брюшины бокового канала. Экстраперитонизированная подвздошная область с частью тела и верхушкой мочевого пузыря с цистоуретероанастомозом дренируется силиконовой трубкой. Дренажирование полости малого таза проводится с противоположной подвздошной области.

НИЗКИЕ ЧРЕЗБРЮШНЫЕ РЕЗЕКЦИИ И ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Муслимов В.И.,
Раскатова Е.В., Гасанов А.Г.

ЦВКГ им. А.А.Вишневского, МО РФ, г. Красногорск,
Московская обл., Россия

МИУВ ГУ ПП, г. Москва, Россия

ГБУЗ «НЦРБ», г. Ногинск, Московская обл., Россия

Проблема качества жизни и социальной реабилитации после низкой чрезбрюшной резекции и экстирпаций прямой кишки в настоящее время не теряет актуальности. Кроме этого, огромную роль при утрате резервуарной функции прямой кишки играют нарушения психоэмоционального статуса не только пациентов, но и их близких. В настоящее время литературе описано достаточно много методик формирования кишечных резервуаров при низких резекциях прямой кишки (Ривкин В.Л. и соавт. 2004.), однако, их не всегда возможно применить из-за технических сложностей их выполнения, необходимости использования большого участка низводимой в полость малого таза ободочной или тонкой кишки.

ЦЕЛЬ. Разработать и обосновать новую технически доступную технологию формирования толстокишеч-