

на операционном столе. Полное расправление стентов достигнуто на первые сутки после имплантации. Нормализация стула получена на вторые – третьи сутки.

В одном случае у пациентки с доброкачественной стриктурой возникла перфорация зоны анастомоза, которая была сразу же диагностирована. 9 пациентов радикально оперированы после подготовки кишечника на 4-7 сутки. Пациент с неоперабельным раком прямой кишки после стентирования, в течение первых 6 месяцев дважды обращался в клинику для повторной имплантации стента, вследствие его миграции. Смерть пациента через 5 месяцев. До последнего дня жалоб на нарушения стула не было.

**ВЫВОДЫ.** Установка никелид-титановых саморасправляющихся колоректальных стентов для купирования явлений острой кишечной непроходимости с последующим выполнением радикального вмешательства является оптимальным вариантом хирургической тактики.

Эндопротезирование позволяет улучшить качество жизни пациентов с неоперабельным раком толстой кишки в качестве окончательного способа лечения.

## ЛЕЧЕНИЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ИНВАЗИЕЙ В ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНУЮ КИШКУ

Помазкин В.И.

*Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург, Россия*

Лечение местнораспространенного рака толстой кишки с вовлечением в опухолевый процесс органов панкреатодуоденальной зоны вызывает большие трудности.

Целью работы являлся анализ нашего опыта хирургического лечения рака ободочной кишки при инвазии опухоли в двенадцатиперстную кишку. В исследование включены результаты лечения 7 больных в возрасте от 68 до 76 лет. У 1 пациента была выполнена панкреатодуоденальная резекция с правосторонней гемиколэктомией. У 6 больных правосторонняя гемиколэктомия сочеталась с атипичной резекцией двенадцатиперстной кишки. Для замещения ее дефекта, составляющего от 2/3 до 3/4 окружности, использовали трансплантат, выкроенный из начального отдела тощей кишки с созданием дуоденоюноанастомоза по типу «бок-в-бок». При исследовании маркированных краев удаленной части двенадцатиперстной кишки, у всех больных они оставались интактными от опухолевого роста, что позволяло расценивать радикальность резекции на уровне R0. В раннем послеоперационном периоде летальных исходов не было. Послеоперационные осложнения были: панкреатический свищ (14,3%), спаечная кишечная непроходимость (14,3%), кровотечение из острых язв желудка (14,3%). Ни один из пациентов не требовал повторного оперативного вмешательства. В отдаленном периоде все больные отмечали удовлетворительную функцию работы верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Умер 1 пациент с панкреатодуоденальной резекцией через 6 месяцев при генерализации опухолевого процесса. Среди пациентов с резекцией двенадцатиперстной кишки спустя 3 года после операции не имели отдаленных метастазов или местных рецидивов 5 (83,3%) больных. Комбинированные операции при местнораспространенном раке ободочной кишки с изолированной инвазией в двенадцатиперстную кишку с атипичной ее резекцией имеют хорошие непосредственные и отдаленные результаты. Образовавшийся дефект двенад-

цатиперстной кишки может быть ликвидирован созданием дуоденоюноанастомоза с петлей начального отдела тощей кишки.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ ДВУХЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕВОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Помазкин В.И.

*Свердловский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург, Россия*

Единого мнения по вопросам хирургической тактики при обтурационной опухолевой непроходимости левой половины толстой кишки до настоящего времени нет. Целью работы была оценка отдаленных результатов двух вариантов двухэтапного лечения опухолевой толстокишечной непроходимости. В основную группу включено 260 больных с формированием на первом этапе двустольной колостомы и последующей резекции толстой кишки с удалением опухоли и ликвидацией стомы. В контрольную группу включено 192 пациента с выполнением на первом этапе обструктивной резекции кишки и последующей восстановительной операцией. Группы были сопоставимы по возрасту, половому составу, стадии опухоли. Средний срок существования колостомы в основной группе составил 41,2 дня, в контрольной – 196,3. При восстановительной операции отсутствие спаек в брюшной полости было у 45,4% больных основной группы, в контрольной – лишь у 5,2%. В тоже время, выраженный спаечный процесс 3 степени был, соответственно, у 4,5% и 22,4% пациентов. На восстановительном этапе послеоперационная летальность в основной группе составила 1,2%, в контрольной 1,5%. Осложнения после операции наблюдались, соответственно, у 9,2% и у 34 (17,7%) пациентов. Уже на этом этапе в контрольной группе ранний местный рецидив опухолевого процесса был выявлен у 8,8% больных. При оценке качества выполненной первичной операции Гартмана, неудаленная зона регионарного лимфооттока была обнаружена у 25,2% пациентов. После завершающего этапа лечения местные рецидивы выявлены у 5,1% больных основной группы и 13,7% контрольной группы. Соответственно, частота выявленных метастазов составила 7,1% и 16,7%. Кумулятивная выживаемость через 3 года в основной группе была 81,6%, в контрольной – 65,7%, через 5 лет – 69,4% и 50,9%, соответственно. Выполнение разгрузочной колостомы при опухолевой непроходимости левой половины толстой кишки и отсроченной радикальной операции с одномоментным восстановлением целостности кишечного тракта имеет лучшие отдаленные результаты по сравнению с неотложными радикальными обструктивными резекциями толстой кишки и последующим восстановлением пассажа.

## НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ В СТРУКТУРЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Помазков А.А., Черкасов М.Ф., Хиндикайнен А.Ю., Кушнарева О.Э., Федорова К.Ю.

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия*

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Нейроэндокринные опухоли (НЭО) составляют до 20% новообразований желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). До 89% НЭО ЖКТ локализу-