

также значительно более раннего восстановления оптимального качества жизни пациента), позволяет рассматривать её в качестве эффективного дополнения технологии «ускоренного выздоровления».

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Дундаров З. А., Майоров В. М., Зыблев С. Л.,
Адамович Д. М., Лин В. В.

УО «ГомГМУ», УЗ «ГОСКБ», г. Гомель, Республика Беларусь

У пациентов с циррозом печени (ЦП) достоверно чаще, чем в остальной популяции, встречается рак толстой и прямой кишки, а метастазы в цирротическую печень выявляются в 2 раза реже, чем в нецирротическую [Hegediis Cs, Elster M., 1983]. Периоперационный период у пациентов с ЦП отличается более высоким уровнем послеоперационных осложнений и летальности, чем среди пациентов общей выборки. При этом частота осложнений и смертельных исходов напрямую коррелирует с тяжестью печеночно-клеточной недостаточности [Ziser A. et al., 2009]. При сочетании ЦП с портальной гипертензией (ПГ) стационарная летальность возрастает вдвое [Nguyen G. C. et al., 2009].

Цель: оценить эффективность мультидисциплинарного подхода в лечении пациентов с колоректальным раком, сочетающимся с циррозом печени и портальной гипертензией.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 13 пациентов, страдающих раком ободочной кишки, сочетающимся с ЦП и ПГ. Мужчин – 9, женщин – 4. Средний возраст 57 ± 4 года.

В срочном порядке по поводу осложнений рака толстой кишки оперированы 6 пациентов: ОКН – 5, перфорация опухоли – 1. ЦП класса «А» по Чайлд-Пью отмечен у 2, класс «В» – у 1, класс «С» – у 3 пациентов. Объем вмешательства включал выполнение операции Гартмана.

В плановом порядке оперированы 7 пациентов. С ЦП класса «А» – 4 чел., класса «В» – 3. Им выполнялась резекция толстой

кишки в соответствии с общепринятыми в онкологии объемами с формированием межкишечного анастомоза.

Результаты. Из 6 пациентов, оперированных в срочном порядке, в раннем послеоперационном периоде умерли 3 (50%), все с ЦП класса «С». Причины смерти: печеночно-клеточная недостаточность – 2, массивное кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ) – 1.

Из числа оперированных в плановом порядке у двух пациентов, которым никаких вмешательств на венах пищевода перед операцией не выполнялось, в раннем послеоперационном периоде развилось массивное кровотечение из ВРВПиЖ. В одном случае проводилась комплексная консервативная терапия с применением зонда Сангенстакен-Блекмора – наступил летальный исход. Во втором, при кровотечении из ВРВ желудка, выполнено срочное оперативное вмешательство – наружная деваскуляризация абдоминального отдела пищевода и проксимального отдела желудка, проксимальная гастротомия с остановкой кровотечения и прошиванием ВРВ.

У 3-х пациентов с ВРВП II ст. по А. Г. Шерцингер в предоперационном периоде выполнено по два сеанса эндоскопической склеротерапии ВРВП. Кровотечений в раннем послеоперационном периоде у них не отмечено.

В двух случаях, у пациентов с ВРВПиЖ III ст. и высоким риском кровотечения, выполнены симультанные операции: деваскуляризация пищевода и желудка, транссекция пищевода с эзофагофундопликацией по Черноусову, резекция толстой кишки. Оба пациента поправились, осложнений не было.

Заключение. Обязательным условием хирургического лечения рака толстой кишки, сочетающегося с ЦП и ПГ, является оценка риска развития кровотечения из ВРВПиЖ, степени печеночно-клеточной недостаточности и возможности выполнения не только онкологических операций, но и вмешательств на венах портальной системы (как эндоскопических, так и полостных), что позволит выработать правильную тактику лечения данного неблагоприятного сочетания.