

УДК [616.345+616.351]-006.6-06-089.197.4

НЕОТЛОЖНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Мармыш Г.Г., Довнар И.С., Цилиндзь И.Т., Филипович А.В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь*

Продолжающийся рост заболеваемости раком толстой кишки, возрастание частоты развития осложненных форм колоректального рака оставляют данную проблему в числе приоритетных и актуальных.

Несмотря на совершенствование и внедрение новых высокоэффективных методов диагностики, осложненные формы колоректального рака составляют, по данным литературы, 60–89%, и от 30 до 80% больных госпитализируются по экстренным показаниям в хирургические стационары в запущенной стадии заболевания. К осложненным формам колоректального рака относятся: обтурационная кишечная непроходимость, перфорация опухоли с развитием перитонита, кишечное кровотечение, параколитические воспалительные инфильтраты, разрыв кишечной стенки проксимальнее опухоли (диастатическая перфорация). Сложность и многоплановость хирургической тактики при развивающихся осложнениях колоректального рака определена. В экстренной хирургии тактика имеет дифференцированный характер и зависит от вида и особенностей осложнений, распространенности опухолевого роста, стадии заболевания, состояния гомеостаза, степени нарушения систем жизнеобеспечения и возраста больного. Послеоперационная летальность при осложненном колоректальном раке достигает 50%.

Наиболее частым осложнением колоректального рака является кишечная непроходимость в результате обтурации просвета кишки. В зависимости от профиля хирургического стационара это осложнение встречается у 20–85% больных, поступающих с осложненным раком толстой кишки. Возникает это осложнение в 2–3 раза чаще при

локализации в левой половине ободочной кишки. К началу проявления кишечной непроходимости у больных нередко имеются и другие осложнения: переход опухоли на соседние органы и ткани, воспалительные инфильтраты и изменения в параколитической зоне, анемия. Все это определяет разнообразие оперативных вмешательств при кишечной непроходимости опухолевого генеза.

Вторым по частоте осложнением является прободение опухоли или диастатический разрыв стенки кишки выше локализации опухоли, особенно при стенозирующем течении. Частота этого осложнения, по разным статистикам, составляет от 0,7 до 18%. Перфорация опухоли и стенки кишки может возникнуть при любой локализации, но, по литературным данным, чаще всего возникает в сигмовидной кишке, реже – при правосторонней локализации и опухоли прямой кишки.

Гнойно-воспалительные осложнения в самой опухоли или в окружающих тканях наблюдаются чаще при локализации рака в слепой, восходящей, нисходящей и прямой кишках. В то же время кровотечение из распадающейся опухоли наблюдается чаще при раке дистальных отделов толстой и прямой кишки и в большинстве случаев – в поздней стадии заболевания.

В клинике общей хирургии с 2003 по 2011 гг. находились на лечении и оперированы 158 больных с различными осложненными формами колоректального рака. Мужчин было 66 (41,8%), женщин – 92 (58,2%) в возрасте от 47 до 89 лет. С обтурационной кишечной непроходимостью госпитализировано 111 (70,3%) пациентов, при этом у 75 (67,6%) из них отмечена левосторонняя локализация опухоли, у 36 (32,4%) – правосторонняя. Перфорация стенки кишки в зоне опухоли и перитонит, по данным нашего исследования, наблюдались у 19 (12%) больных, при этом в левой половине ободочной кишки – у 7 (4,4%), в правой – у 6 (3,8%), в прямой кишке – у 2 (1,3%), и в поперечно-ободочной – у 2 (1,3%) пациентов. Гнойно-воспалительный параколитический абсцесс отмечен у 17 (10,8%) больных. Кровотечение наблюдали у 11 (7%) больных, при

этом причиной кровотечения был рак прямой кишки у 3 пациентов, рак левой половины ободочной кишки – у 5, и правой – у 3. У всех больных кровотечение было не интенсивным, но привело к анемизации больных или возникло на фоне анемии.

Диагностика осложненных форм рака толстой кишки основывается на данных анамнеза, объективного обследования, результатов рентгенологического, эндоскопического и лабораторного исследований.

Лечение больных с осложненными формами колоректального рака представляет большие трудности, так как большинство больных нуждаются в экстренной хирургической помощи с целью устранения развившихся осложнений и сохранения жизни. В случаях осложненных форм колоректального рака, когда больных приходится оперировать по экстренным показаниям в общехирургическом стационаре, выбор оптимальной тактики представляет значительные трудности. Вид оперативного вмешательства нередко выбирает хирург в зависимости от подготовленности, субъективно, без клинической объективизации рас пространенности процесса, нередко у пожилых, отягощенных интеркуррентными заболеваниями больных, большинство из которых госпитализируются в тяжелом состоянии. При этом необходимо решать вопросы и онкологического характера – избавление больного от злокачественного новообразования. Выполнены срочные операции при обтурационной кишечной непроходимости у 111 пациентов, у которых не удалось разрешить ее консервативными мероприятиями. Перфорация опухоли или стенки кишки с развитием перитонита потребовала выполнения экстренных операций у 36 больных. 11 больных с толстокишечными кровотечениями оперированы в срочном порядке после проведения предоперационной подготовки и выполнения гемотрансфузии по показаниям.

Характер и объем выполненных операций при осложненном колоректальном раке следующий: 92 (58,2%) больным выполнены радикальные операции, паллиативные вмешательства произведены 66

(41,8%) пациентам. Из радикальных – операция Гартмана – произведена у 60 (37,9%), правосторонняя гемиколэктомия – у 10 (6,3%), левосторонняя – у 15 (9,5%), резекция сигмы – у 5 (3,2%), передненизкая резекция прямой кишки – 2 (1,3%) больным. Из паллиативных операций наложены колостомы у 55 (34,8%) пациентов, а илеостомия выполнена 11 (7%) больным. Умерли после операции 32 (20,3%) пациента. Причин смерти очень много: прогрессирующий перитонит – 10 пациентов, несостоятельность швов анастомоза – 4, легочно-сердечная недостаточность – 18 пациентов.

Таким образом, следует отметить, что ранняя диагностика колоректального рака и своевременное оперативное лечение позволят значительно снизить и/или избежать тяжелых осложнений и будут способствовать улучшению результатов лечения.

УДК 616.34-007.272-007.274-036.11:616.381-072.1

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО АДГЕЗИОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Мармыш Г.Г., Цилиндзь И.Т., Кояло С.И.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь*

Кишечная непроходимость остается одним из наиболее серьезных заболеваний в неотложной хирургии. Спаечная кишечная непроходимость у пациентов после лапаротомии может проявляться в острой и хронической формах, составляя, по данным разных авторов, до 40–50% всей приобретенной кишечной непроходимости. Спаечный процесс в брюшной полости может носить прогрессирующий характер и вызывать рецидив заболевания у 8–10% больных.

Основным методом хирургического лечения спаечной кишечной непроходимости в настоящее время является открытая лапаротомия с