

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

**Сборник научных трудов
Республиканской научно-практической
конференции**

11 декабря 2009 года



Минск БГМУ 2009

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Сборник научных трудов
Республиканской научно-практической конференции

11 декабря 2009 года

Под редакцией профессора С. И. Третьяка, профессора Н. В. Завады



Минск БГМУ 2009

УДК 617-036.11-089.87 (082)

ББК 54.54 я 73

А 43

Актуальные вопросы экстренной хирургии : сб. науч. тр. Республ. науч.-
А 43 практ. конф. / под ред. С. И. Третьяка, Н. В. Завады. – Минск : БГМУ, 2009. –
132 с.

ISBN 978-985-528-067-6.

Содержит статьи по актуальным вопросам экстренной хирургии в Республики Беларусь.
Предназначен для врачей-хирургов, реаниматологов, научных сотрудников, преподавателей,
аспирантов, студентов.

УДК 617-036.11-089.87 (082)

ББК 54.54 я 73

Научное издание

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

**Сборник научных трудов
Республиканской научно-практической конференции**

11 декабря 2009 года

Под редакцией профессора С. И. Третьяка, профессора Н. В. Завады

Подписано в печать 30.11.09. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 7,67. Уч.-изд. л. 7,57. Тираж 210 экз. Заказ 682.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-528-067-6

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2009

Секция
**«ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ
У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ»**

*Гарелик П. В., Дубровицк О. И., Цилиндз И. Т.,
Могилевец Э. В., Жемойтяк Р. Р.*

**ОСТРАЯ ТОЛСТОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ
ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА В ЭКСТРЕННОЙ
АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

Обтурационная кишечная непроходимость является типичным осложнением рака толстой кишки, занимает второе место среди причин непроходимости и составляет 22–33 % от всех видов непроходимости.

Осложненные формы толстокишечной непроходимости опухолевого генеза среди впервые выявленных пациентов составляют 60–88 % (С. А. Алиев, 1999). Нерешенность проблемы ранней диагностики рака толстой кишки является причиной того, что 20 % этих пациентов поступают в общехирургические стационары по экстренным показаниям с осложненными формами.

Несмотря на определенные достижения в этой области, результаты оперативного лечения острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза не удовлетворяют хирургов и до сих пор остаются предметом дискуссий, так как послеоперационная летальность достигает 24–54,5 % и не имеет тенденции к снижению (В. В. Жебровский и соавт., 2003). Неудовлетворительные исходы оперативного лечения осложненных форм рака толстой кишки обусловлены тяжестью и запущенностью самого заболевания, пожилым и старческим возрастом большинства больных, противоречивыми мнениями по тактике, объему, методам оперативного лечения и способам его завершения. После госпитализации хирургам приходится решать вопросы оказания неотложной помощи по разрешению непроходимости, а при отсутствии эффекта от проводимого интенсивного консервативного лечения предпринимать хирургическое вмешательство выполняемое, как правило, для спасения жизни таких пациентов. В связи с этим проводимые паллиативные операции, в минимальном объеме из-за тяжести состояния и тяжелых осложнений приводят к значительному уменьшению продолжительности и качества жизни этих пациентов.

В данное исследование включено 33 больных оперированных в клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» с 2003 г. по сентябрь 2009 г., по экстренным показаниям

с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. Средний возраст больных составил 63,2 года, при этом до 50 лет было 6 больных (18,2 %), от 50 до 60 лет — 8 (24,2 %) и старше 60 лет — 19 (57,6 %) больных. Все пациенты, согласно классификации ASA были с высокой степенью операционного риска, подвергнуты оперативному лечению в экстренном порядке в связи с неразрешившейся кишечной непроходимостью.

Частота локализации опухоли в разных отделах толстой кишки установлена в следующем порядке: опухоли левой половины наблюдались наиболее часто и диагностированы у 13 (39,4 %) больных, правой — у 7 (21,2 %), поперечно-ободочной — у 5 (15,2 %) и прямой кишки — у 8 (24,2 %) больных. У каждого второго больного диагностирован запущенный и распространенный опухолевый процесс.

Из общего количества поступивших больных радикальные гемиколэктомии выполнены только у 9 (27,2 %); паллиативные операции Гартмана — у 10 (30,3 %) больных, резекция участка опухоли несущей кишки с разгрузочной колостомой — у 12 (36,4 %) больных, переднебрюшная резекция прямой кишки — у 2 (6,0 %).

После радикальных операций умер 1 (11,1 %) больной, после паллиативных — 4 (18,2 %).

Анализируемый материал диктует необходимость принимать срочные меры к организации ранней диагностики опухолевых заболеваний толстой кишки.

3014
*Гарелик П. В., Мармыш Г. Г., Полинский А. А.,
Хильмончик И. В., Мишар С. В.*

**ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ ФОРМ
РАКА ПИЩЕВОДА**

Рак пищевода — самое частое заболевание этого органа, составляет около 80–90 % всех заболеваний пищевода. Данное заболевание обычно рано проявляет себя и, казалось бы, должно своевременно диагностироваться, однако радикальному лечению удается подвергнуть относительно небольшой процент больных, при этом не менее 80 % пациентов госпитализируются в III–IV стадиях заболевания. Данное обстоятельство обуславливает при неоперабельных опухолях применять паллиативное лечение, в том числе некоторые виды хирургических вмешательств, выполняемые в общехирургических стационарах — лазерную деструкцию опухоли, установку металлических стентов, и при невозможности последних наложение различных видов гастростом.

В США и Европе все шире применяются эндоскопические паллиативные процедуры при раке пищевода. Чаще всего используется дилатация сте-

нозированного просвета пищевода, которая не может считаться эффективным методом лечения дисфагии, однако является ценным дополнением двух серьезных паллиативных процедур — интубации и разрушения опухоли.

Введение пищеводного протеза является методом выбора при эзофагореспираторных фистулах и инфильтративных кольцевых опухолях в средней, нижней трети пищевода и кардии. В настоящее время предпочтение отдается расширяющимся металлическим стентам благодаря термической памяти сплава. Для предотвращения прорастания опухоли и обтурации дыхательных фистул сетчатые стенты покрывают с обеих сторон силиконовой резиной, что поддерживает проходимость стента до 1 года.

Процедурой выбора является лазерная фотодеструкция опухоли, которая обычно проводится с помощью термального лазера. Нередко лазерной фотодеструкции предшествует электрокоагуляция или резекция с помощью петли, которые позволяют сократить продолжительность процедуры при больших размерах опухоли. С этой целью можно использовать зонд Visar.

В арсенале паллиативной терапии применяется химическая некротизация опухоли, осуществляемая с помощью игольчатых катетеров при введении нескольких миллилитров чистого этанола, нередко в сочетании с последующей лазерной фотодеструкцией и внутриспросветным разрушением опухоли.

При невозможности выполнения паллиативных эндоскопических манипуляций альтернативой служит гастростомия. Причем, в настоящее время процедурой выбора является чрезкожная установка зонда с эндоскопическим контролем его проведения и фиксации в просвете желудка.

В клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» за последние 3 года находился на лечении 21 больной с раком пищевода в неоперабельных стадиях, 1 из них с наличием эзофагореспираторной фистулы выполнена дилатация стенозированного просвета пищевода с последующим его стентированием. 3 больным произведено внутриспросветное разрушение опухоли методом электрокоагуляции. 17 больным произведена гастростомия, у 8 из них оперативное вмешательство осуществлялось под эндоскопическим контролем введения и фиксации трубки в просвете желудка.