

При наличии доброкачественных полипов, повторные полипэктомии выполнялись у 1865 (61,98 %) пациентов.

При наличии полипов с различной степенью дисплазии повторные полипэктомии выполнялись у 288 (47,45 %) пациентов.

После удаления озлокачествленных полипов рецидивы аденокарциномы имели место у 7 пациентов. Всем были выполнены радикальные операции на толстой кишке (3 передние резекции прямой кишки, 2 резекции сигмовидной кишки, 1 резекция поперечной ободочной кишки и 1 правосторонняя гемиколэктомия).

ВЫВОДЫ

1. Фиброколоноскопия является определяющим диагностическим и профилактическим мероприятием у больных с кишечной дисфункцией.

2. Эндоскопическое удаление малигнизированных полипов может быть радикальным способом лечения рака толстой кишки на ранней стадии.

3. Динамическое наблюдение за пациентами после полипэктомии обеспечивает своевременную диагностику и лечение рецидива полипов и рака толстой кишки.

4. В случае введения фиброколоноскопии в перечень обязательных профилактических диагностических исследований у людей старше 45 лет, даже не предъявляющих жалоб на работу кишечника, будет достигнуто принципиальное повышение уровня ранней диагностики и обеспечение лечения опухолей толстой кишки на ранней стадии.

Р.В. Говорков, А.В. Юданов, Л.Н. Кирилин, И.А. Ганичева, И.А. Токмаков

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

*ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)
Новосибирский областной центр колопроктологии (Новосибирск)*

Наиболее частым осложнением колоректального рака является обтурационная кишечная непроходимость. По данным большинства авторов частота ее колеблется от 30 до 76 %. Пациенты в возрасте старше 60 лет составляют 80 %. При этом 100 % больных данной категории имеют сопутствующую соматическую патологию. Большая часть пациентов (60 – 90 %) попадает в стационар в сроки более трех суток. Все вышеизложенное определяет высокую послеоперационную летальность, достигающую 50 %.

Цель исследования: определить условия возможности выполнения радикальных операций при обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением с 2005 по 2011 г. находились 103 пациента с обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза. Оперативное вмешательство с резекцией сегментов толстой кишки проведено у 81 (80,6 %) пациента вне зависимости от возраста, тяжести состояния, давности непроходимости и стадии онкопроцесса. Определяющим фактором в тактике являлась возможность резектабельности. Формирование колостомы и обходного анастомоза, как минимальный и достаточный объем вмешательства выполнено у 22 пациентов с нерезектабельным онкологическим процессом.

ВЫВОДЫ

Методом выбора при лечении больных с обтурационной кишечной непроходимостью является оперативное вмешательство с резекцией сегментов толстой кишки, направленное на устранение кишечной непроходимости опухолевого генеза и удаление субстрата у возрастных пациентов с сопутствующей патологией. При этом необходимыми условиями являются наличие специализированного многопрофильного стационара, хирурга, владеющего техникой радикальной операции, современное техническое обеспечение, такое как сшивающе-режущие аппараты, аппарат биполярной коагуляции Liga Sure, ультразвуковой скальпель, которые позволяют значительно сократить время и травматичность операции. Важной составляющей является наличие полноценного анестезиологического и реанимационного пособия.